



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

**“Relación entre Ingesta Nutricional y Dentición
en Adultos Mayores internados en
Establecimientos de III Nivel Geriátrico”.**

Tutores: Mg. Dr. Raúl J. Álvarez Lemos

Lic. Diana Domínguez

Tesista: Gisela Mariana Risari

Título a obtener: Licenciada en Nutrición

Mayo 2011

Dedicatoria,

A mi esposo e hija, Gustavo y Julia, que simplemente iluminan mi vida y sin ellos no hubiera podido llegar a la meta.

A mi mamá, Bibiana, por estar siempre a mi lado, por enseñarme el amor al estudio y ser mi ejemplo en la vida.

A mis abuelos, Olga, Pascuala, Roberto y Néstor, que sé que están orgullosos por este logro.

A mis amigas incondicionales, testigos de cada momento de mi vida, Julieta y Mónica.

Agradecimientos,

A los ancianos que se prestaron voluntariamente a participar en este estudio, y al personal de las residencias geriátricas, porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

A mis tutores, Dr. Raúl Álvarez Lemos y Lic. Diana Domínguez, por su dedicación y tiempo, comprensión, contención y motivación constante que me permitió llevar a cabo este trabajo.

A mi mamá, Bibiana, quien me aportó todos sus conocimientos y años de experiencia para poder desarrollar este trabajo.

ÍNDICE

| | |
|---|----------|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| DEFINICIONES OPERACIONALES | 7 |
| EL ENVEJECIMIENTO | 7 |
| ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO | 8 |
| ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA | 11 |
| TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO | 11 |
| HISTORIA Y MITOS SOBRE ENVEJECIMIENTO | 18 |
| LA CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DE NUTRIRSE | 21 |
| FISIOLOGÍA DIGESTIVA | 23 |
| DENTICIÓN NORMAL | 24 |
| SALUD ORAL Y DENTAL Y NUTRICIÓN | 26 |
| PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS Y PRÓTESIS DENTALES | 27 |
| FUNCIÓN GÁSTRICA, DUODENOPANCREÁTICA E INTESTINAL | 28 |
| INMUNIDAD DEL INTESTINO | 31 |
| NUTRICIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES | 31 |
| VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR | 33 |
| RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DEL ANCIANO | 34 |
| <i>Energía</i> | 34 |
| <i>Agua</i> | 36 |
| <i>Proteínas</i> | 37 |
| <i>Lípidos</i> | 38 |
| <i>Carbohidratos</i> | 41 |
| <i>Fibra</i> | 41 |
| <i>Vitaminas y minerales</i> | 42 |
| CARACTERES FÍSICOS Y QUÍMICOS | 45 |
| SELECCIÓN DE ALIMENTOS Y FORMAS DE PREPARACIÓN | 46 |
| MALNUTRICIÓN EN EL ANCIANO | 47 |
| <i>Malnutrición por defecto (subnutrición)</i> | 48 |
| <i>Malnutrición por exceso</i> | 50 |
| ALGUNOS SIGNOS DE RIESGO EN EL ANCIANO | 51 |
| CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA BOCA CON EL ENVEJECIMIENTO | 52 |
| PÉRDIDAS SENSORIALES | 52 |
| FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADECUADA NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES | 53 |
| PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS DE LOS ADULTOS MAYORES | 56 |
| <i>Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.)</i> | 56 |
| <i>Malnutrición</i> | 60 |
| <i>Capacidad funcional</i> | 60 |
| <i>Falta de apetito</i> | 62 |
| <i>Medicamentos</i> | 62 |
| TRASTORNOS EMOCIONALES | 64 |
| DEPRESIÓN Y NUTRICIÓN | 65 |
| ANTECEDENTES | 72 |

| | |
|--|------------|
| PLANTEO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN | 84 |
| JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA | 84 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 85 |
| OBJETIVO GENERAL | 85 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 86 |
| METODOLOGÍA | 86 |
| LUGAR EN QUE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE CONTEXTO ... | 86 |
| POBLACIÓN EN ESTUDIO..... | 86 |
| <i>Criterios de inclusión:</i> | 87 |
| <i>Criterios de exclusión:</i> | 87 |
| MUESTRA | 87 |
| DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 87 |
| HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 88 |
| DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN | 90 |
| CONCLUSIONES | 109 |
| BIBLIOGRAFÍA | 112 |
| ANEXO | 119 |
| ENCUESTA ALIMENTARIA | 119 |

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende evaluar la relación existente entre la dentición y su capacidad de ingesta de nutrientes en adultos mayores institucionalizados en residencias geriátricas. Esta población se encuentra por lo general fuera de los marcos de contención familiares, lo cual implica prima facie una desvinculación del contexto emocional del anciano.

Según Osvaldo Prieto Ramos y Enrique Vega García, a lo largo de todo el desarrollo, la vida humana ha estado condicionada por la nutrición y la salud. Al igual que las enfermedades una nutrición inadecuada acelera el envejecimiento. Para algunos autores el envejecimiento, como cualquier otro proceso biológico, tiene lugar en el contexto de la segunda ley de la termodinámica y, por tanto, es una expresión de la tendencia que con el transcurso del tiempo tienen todos los sistemas orgánicos de proceder hacia el desorden. De hecho, la unidad estructural y funcional de todo organismo vivo es la célula que, desde el punto de vista termodinámico, es un sistema abierto capaz de intercambiar, a través de su membrana, energía y sustancias con su entorno.

El sistema celular mantiene sus características estructurales y funcionales en el rango de la normalidad porque los nutrientes lo hacen posible. En la misma medida en que se ve afectado, independientemente de las causas que lo determinen, la capacidad funcional del subsistema digestivo, y el movimiento de energía y sustancias a nivel celular, se verán afectados también y como resultado, el organismo como unidad, se verá forzado a pasar de un estado a otro.

Siguiendo a Hugo Valderrama, las dietas, vitaminas y fármacos digestivos, son prescritos cotidianamente a los envejecientes, pero el examen odontológico no es rutinario. Generalmente, no se tiene presente que la digestión de los alimentos comienza en la boca.

Una mínima observación de la dentadura de los ancianos puede modificar toda una conducta asistencial.

El odontólogo es sin lugar a dudas, un pilar fundamental en el equipo interdisciplinario gerontológico de salud, a pesar de que paradójicamente, las interconsultas entre médicos y odontólogos son excepcionales.

El olvido constante de la salud de la boca y una inexplicable separación de la misma del resto del cuerpo hecha por médicos y odontólogos impiden una visión integral de la salud del anciano.¹

¹ Carnevale S., Soldano O., Bassan N. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria. Tomo XXVI Año 26. Septiembre de 2009.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIONES OPERACIONALES

- ✓ Ingesta nutricional: en este estudio de investigación el concepto “ingesta nutricional” se refiere a la capacidad biológica de alimentación que tiene el anciano. El concepto biológico se vincula a su calidad dentaria ya que se entiende como tal la posibilidad de cortar, desgarrar y triturar los alimentos en la cavidad bucal en el inicio de formación del bolo alimenticio como primer paso del proceso nutricional biológico.
- ✓ Establecimientos de III nivel geriátrico: conformado por geriátricos con internación permanente, también llamados de larga estancia o instituciones totales.

EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso evolutivo, universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y de la presencia de patologías.

Podemos mencionar distintos tipos de envejecimiento: *funcional*, es el estado funcional en las diferentes edades, es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos, y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento; *cronológico*, es contar el tiempo transcurrido desde el nacimiento, en ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras es casi repentina, tanto como el número de aniversarios, influyen las enfermedades y los factores socio-económicos.

El envejecimiento *prematuro*, también llamado Progeria ó Síndrome de Hutchinson-Gilford ó Síndrome de Werner, es un desorden genético recesivo que ocurre en adultos de 20 a 30 años. La gente que está afectada empieza a envejecer rápidamente a los 20 o 30 años y parece que son unos 20 años más viejos de lo que realmente son. Además de parecer más viejos, estos pacientes desarrollan otros tipos de enfermedades y desordenes, se detiene el crecimiento (enanismo) y se van produciendo alteraciones de la piel (envejecimiento) con pérdida de elasticidad, manchas pardas, atrofia del tejido celular subcutáneo, caída del pelo, cejas e incluso pestañas. Este síndrome se da con una incidencia de 3 / 1.000.000 mundialmente, sin embargo es ligeramente más común en Japón. Desde que fue descrita en 1886 se han identificado unos 100 casos de progeria.

La vejez debe ser alcanzada como un proceso evolutivo de la vida humana, en forma activa y saludable.

El período de envejecimiento es un proceso de múltiples transformaciones a nivel biopsicosocial.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud define a las personas como adultos mayores a “personas de 60 años y más (WHO, 2002)”, y el número de estos individuos de más de 60 años está aumentando rápidamente en todo el mundo. La División de Población de las Naciones Unidas estimó que este grupo etáreo representaba el 10% de la población mundial en 1999. Estos cambios demográficos serán más dramáticos en los países menos desarrollados, donde la estructura de edad poblacional cambiará rápidamente de una que es predominantemente joven, a otra más equilibrada entre todos sus grupos de edad (United Nations, 1999; WHO, 2001). Actualmente sólo Europa y Japón tienen

poblaciones con un 20% de personas de 60 años y más. En el año 2050, excepto la mayoría de países africanos, casi todos los países restantes sobrepasarán esta proporción. Además se espera que la población de 80 años y más en adelante se triplique, y viéndose aumentado el número de centenarios a partir del 2050.

Según estimaciones de la ONU, en 2050, un 23% de la población Argentina será mayor de 60 años. Y esos datos ya son realidad en la ciudad de Buenos Aires, que concentra el mayor porcentaje de personas mayores de todo el país, con un 21,6%. En la Provincia de Santa Fe supera el 15% de Adultos Mayores de 60 años y más. La Esperanza de Vida al nacer para los hombres es de 74,86 años y para las mujeres es 80,92 años.

En la actualidad, se estima que son 605 millones las personas de 60 años y más, de los que aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados, y se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance los 1.2 billones, siendo Europa, como en la actualidad, la región más envejecida del mundo².

En general, la población anciana está constituida principalmente por mujeres, debido a que viven más. Para el año 2025, se prevé que el número de mujeres ancianas en Asia aumente de 107 a 248 millones, y en África de 13 a 33 millones.

Según la Organización de Naciones Unidas, a mediados de este siglo el número de personas mayores de 60 años superará por primera vez en la historia al de los niños. "Hay un cambio dramático que afectará tanto al mundo en desarrollo como desarrollado", advirtió Somnath Chatterji, coordinadora del Estudio Global sobre el Envejecimiento de la OMS.

Un informe de Naciones Unidas alerta sobre el creciente envejecimiento de la población mundial, y los riesgos que esto implica. En el 2050, según los cálculos del organismo

² OMS, 2002.

internacional, las personas mayores de 60 años representarán el 32% de los habitantes del planeta. De esta manera, superarán por primera vez en la historia el número de niños.

El estudio fue elaborado por la División de la Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, que presentó cifras comparativas sobre las implicancias económicas y sociales de este fenómeno.

El crecimiento anual de la población mundial, según esos datos, es de un 1,14%, y se esperaba que alcanzara los 6.600 millones de habitantes en esta década. Ese número estaría conformado por el 28% de niños (menores de 15 años), el 18% de jóvenes (de entre 15 y 24 años) y el 44% de personas en edad laboral (de entre 15 y 59 años).

En cuanto a las personas mayores (por encima de los 60 años) representan sólo un 10% de la población mundial. Sin embargo, se prevé que su número se triplique y pase de 705 millones en la actualidad a casi 2.000 millones en el 2050.

"Esto quiere decir que por primera vez en la historia, el número de personas ancianas superará al de niños en el 2050", analizó de Somnath Chatterji, coordinadora del Estudio Global sobre el Envejecimiento y la Salud Adulta del Organismo Mundial de la Salud (OMS).

La especialista consideró que es un tema grave que debe ser tenido en cuenta por los gobiernos. "Mi mensaje es que el envejecimiento de la población es algo que debe abordarse; hay un cambio dramático que afectará tanto al mundo en desarrollo como desarrollado", y que "los países en desarrollo envejecerán antes de volverse ricos".

Chatterji, planteó que tendrá repercusiones en el plano social y económico, y se requerirá de una mayor asistencia en la financiación de servicios para la salud.

En un detalle del informe señala que Europa es la región donde la población es más

vieja, ya que las personas ancianas representan el 21% del total, mientras que los niños sólo el 15%. "En 35 años, Italia será el segundo país en donde prevalecerá más población anciana, sólo por detrás de España", dijo Chatterji. Las expectativas demográficas en Europa son que las personas mayores constituyan el 35 % del total de la población en el 2050 y que en Norteamérica -que actualmente es la segunda región más vieja del planeta, con un 17% de ancianos- alcance la meta del 27% en el 2050. En contraste, África cuenta actualmente con la población más joven, ya que las personas mayores constituyen tan sólo el 5%, mientras que los niños alcanzan el 15%.

ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA

El cono sur de América – Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay – junto con México concentran las dos terceras partes de la población de adultos mayores de toda la región de América latina y el Caribe; siendo la característica socio-demográfica promedio de este colectivo poblacional de sexo femenino (60%) con residencia estable en áreas urbanas y con instrucción primaria completa.³

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que afecta a todo el cuerpo. Cada órgano declina de manera independiente en su función. Se sabe que los individuos envejecen como han vivido, pero no se comprende bien los aspectos que controlan la celeridad con la cuál se da este envejecimiento y cómo este afecta al desarrollo de enfermedades crónicas. Se han propuesto diferentes teorías para explicar el deterioro del organismo. La **Teoría**

³ Seitz, M., "Argentina: más ancianos que hijos", 2008

Programática (reproducción celular), la **Teoría del Error** (daño ambiental sobre el ADN produce errores en el programa genético), la **Teoría Celular** (cambios degenerativos en las células por factores ambientales) y la **Teoría de los Radicales Libres** (formación continua de radicales libres como resultado de la exposición al oxígeno, radiación de fondo y otros factores ambientales) Los cambios relacionados con el envejecimiento están sujetos a la influencia parcial de la genética, la raza y el género. Es incierta la función que desempeñan los factores ambientales, psicosociales y de estilo de vida sobre las características patológicas de las enfermedades.⁴

Según Ángel Mario Elena, es importante tener en cuenta las teorías del envejecimiento. Si se conocen las causas se puede actuar en consecuencia sobre ellas para modificar su curso.

Pero debemos empezar diciendo que existen dos maneras fundamentales de considerar la vida con relación al tiempo: La *primera* y casi la más aceptada por la mayoría, es la que, a medida que el tiempo transcurre la persona *envejece*.

La célula, el elemento básico de nuestra constitución biológica, desde el momento mismo de su nacimiento hasta su muerte envejece irreversiblemente por medio de mecanismos físicos, químicos, biológicos y genéticos.

La *segunda* postura es la que se funda en el *crecimiento*. El hombre, considerado como un todo, siempre crece, aunque de distintas maneras. Esta forma de ver la vida, aunque se comprenda que en algún punto es lógica, no ha tenido mucha influencia.

En la actualidad, ha sido universalmente aceptado como lo más natural el curso de la vida, *el desarrollo*, como la *forma evolutiva* en donde al mismo tiempo que se envejece también se crece, es decir, se cambia, se transforma, se metaboliza, se progresa.

⁴ Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause.

En una primera etapa, en el aspecto físico-biológico, predomina el anabolismo, se crece, se suman centímetros a su estatura, luego de la estabilidad, en una tercera etapa predomina el catabolismo, se resta en el aspecto físico pero se gana en experiencia y sabiduría.

Es la medicina, o más precisamente la biología la que más ha estudiado el envejecimiento o el proceso de deterioro de células, en la medida que nuevas tecnologías microscópicas lo han permitido hasta ahora, descubierto el genoma, existen posibilidades inmensas de nuevas terapéuticas.

Los pediatras, para valorar el crecimiento y desarrollo del niño, se guían por los gráficos relacionando diferentes indicadores antropométricos; los geriatras, se basan por las escalas de evaluación que miden el grado de deterioro y dependencia.

Entonces, está muy arraigado en todos, la idea de la vejez asociada a decrepitud, la del “pobrecito”, nos cuesta desprendernos de estos conceptos prejuiciosos.

Antes y durante el Siglo XX, algunas de las teorías Biologistas del envejecimiento se refieren a órganos o aparatos, como por ejemplo la que dice “*el hombre tiene la edad de sus arterias*”. Hoy en la actualidad, las nuevas teorías que surgen de las investigaciones del mapa genético, revelan otra visión del envejecimiento.

Algunas de ellas son:

Para empezar, diremos que se dividen en teorías *estocásticas*, aquellas que estadísticamente dependen del paso del tiempo y las *no estocásticas o predeterminadas* que responden a una causa determinada.

De las estocásticas se desprenden:

- La teoría del error catastrófico (errores en la síntesis proteica).
- La teoría del entrecruzamiento (entre las proteínas y las macromoléculas).

- La teoría del desgaste (la reparación del ADN no sería completa).
- La teoría de los radicales libres (los superóxidos y los antioxidantes), la que es más conocida por la repercusión farmacológica que ha tenido con los antioxidantes.

Dentro de las no estocásticas o que ya están predeterminadas:

- La teoría de los Marcapasos (los sistemas inmunológicos y neuroendócrinos). Las células B y T. las funciones adrenérgicas y colinérgicas. La hormona de Matusalén.
- Las teorías genéticas. La restricción del codón (el ARN mensajero y el ADN). La mutación genética. El error (la polimerasa del ARN. La dehidrogenasa de la glucosa-6-fosfato en los fibroblastos). La regulación genética (teoría de la maduración Ej.: la hemoglobina).

Las teorías celulares

La apoptosis por envejecimiento celular, la lipofucsina.

Los enlaces cruzados por uniones de colágeno.

Los cambios en la membrana (la microville).

Cambios en el citoplasma y en el núcleo.

Por último diremos las *sistémicas* como son las de control neuroendocrino y la inmunológica.

Toda esta lista de enunciados no tiene otro propósito que demostrar que la biología trata de escudriñar en lo más recóndito de la ciencia las posibilidades de la prolongación de la vida, a perseguir el fantasma de Gilgamés (el inmortal).

El enfoque social

Desde el punto de vista sociológico, el otro gran grupo de ciencias que integra la gerontología, la mayoría de las teorías están subordinadas a una perspectiva *funcionalista*, desarrollada por Talcott Parsons, Robert Merton y otros.

Estas teorías tienen en cuenta el funcionamiento de la sociedad, el rol de la persona, su actividad, más que nada su trabajo como factor determinante de la identidad del individuo.

Así entonces, la sociedad entiende que es adecuado que el niño y el joven sean preparados para ejercer el día de mañana una producción productiva, que sea el adulto que las ocupe y los viejos o las personas mayores que las abandonen.

Esta perspectiva funcionalista tiene en cuenta las necesidades de la sociedad, dejando de lado las necesidades de los individuos que la integran, con la supuesta aceptación de esa normalidad.

Bajo esta perspectiva se han desarrollado teorías y dentro de las más conocidas está la que elabora Elaine Cumming denominada *del desapego* ó “*disengagement*”, en la que menciona que a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Esta teoría está muy enraizada con la teoría de la *modernidad* o *del desacople*, que se basa por el grado de menor adaptabilidad a los cambios.

La otra teoría, denominada *del rol* o *de la actividad*, ya mencionada a partir de Talcott Parsons y desarrollada por Robert Havighurst, en la misma línea que la teoría *de la continuidad*, la teoría de la competencia, del buen envejecimiento.

Como la identidad está en estos casos determinada por la profesión o el trabajo, al jubilarse se fractura su identidad y por lo tanto se ve deteriorada su autoestima a partir de la pérdida de roles y status.

Teorías gerontológicas.

Desde otro enfoque y tomando un cariz más *gerontológico* encontramos las teorías del *ciclo de vida*, fundamentalmente la de Erikson con su principio epigénico, que mucho tiene en común con los trabajos de Piaget y la teoría de la cohorte de Mathilda Riley o la estratificación por edades.

Teoría de ciclo de vida o de life span.

También llamada por otros autores como la teoría de la ontogénesis, Erikson postula que el desarrollo se produce a través de ocho estadios (desde la lactancia hasta la ancianidad).

Cada uno de ellos marca un ajuste que debe efectuar la persona en su ambiente biológico, psicológico y social, ajuste que constituye la base para el estadio siguiente, lo que él llama principio epigénico.

La mayor parte de las divisiones de estadios las realiza en la infancia y en la adolescencia, pero podemos remarcar la importancia que le dan en la adolescencia a la identidad y en los adultos jóvenes a la intimidad.

En lo que se refiere a los Adultos Mayores, que es por otra parte nuestro interés, él refiere que la última crisis es en la integridad (sabiduría). La integridad significa la capacidad de aceptar los hechos de la propia vida, o sea, ser sujetos resilientes capaces de afrontar los diferentes sucesos traumáticos de la vida, elaborarlos, y resolverlos positivamente.

La integridad dice, es “la aceptación del ciclo vital único y singular como algo que tuvo que ser y que, por necesidad, no permitía otras sustituciones”.

Si las personas no consiguen llegar a la integridad del ego, contemplarán su vida como una serie de oportunidades perdidas. Para estas personas, el resultado será una sensación de desesperanza sobre lo que podrían haber sido.

En la última etapa de la vida el anciano busca “equilibrar la tensión entre una sensación de integridad, de entereza frente a lo vivido y entre una sensación opuesta de desesperanza, de temor y desamparo”.

Teoría de la cohorte.

Matilda Riley postula la teoría de la cohorte o la estratificación por edades. Se supone que debe tomar el nombre de la cohorte romana, grupo de infantería, la décima parte de una legión, unidad táctica de combate, entrenados y expuestos a las mismas contingencias a todos los integrantes.

Interesantes conclusiones se obtienen al pensar que estas contingencias, las “circunstancias” que dice Ortega y Gasset, han estimulado a estas cohortes, creando valores y creencias comunes a todos ellos.

Nos referimos a catástrofes naturales, terremotos, ciclones, guerras, por ejemplo, que no diferencian edades ni condición social. Esos hechos marcan toda una generación.

Esta cohorte es parte integrante de la sociedad con esa historia y en ese tiempo. Todo el grupo que integra la cohorte está cruzado por las mismas circunstancias.

Indudablemente que las dos teorías anteriormente mencionadas, tienen valor, también cada una de las anteriormente expuestas tienen fundamentos válidos que las sostienen desde su particular punto de vista.

De estas dos últimas, analizamos que mientras la primera trata de encontrar la sustanciación de la misma en el individuo, la segunda se apoya en el grupo.

Teoría de la subcultura.

Una de las características de los grupos las encontramos en las instituciones que hacen de vivienda definitiva para los ancianos, las que usualmente se denominan geriátricos, que han sido muy bien estudiados por Moos y por Rocío Fernández-Ballesteros.

Como antecedentes podemos mencionar lo que algunos han denominado la teoría de la subcultura, de los cuales un ejemplo lo tenemos con Goffman para las “instituciones totales”, dentro de las cuales los “asilos de ancianos” pertenecen a una de ellas, porque también están las cárceles, los conventos religiosos, los cuarteles militares y los hospitales psiquiátricos.

Todas estas instituciones tienen en común elementos de organización, por ejemplo: 1º) que todas las actividades se realizan en el mismo lugar con la misma autoridad, 2º) cada etapa de la actividad diaria se realiza en la compañía inmediata de gran número de otras personas, y 3º) todas las actividades diarias están estrictamente programadas en una secuencia que una lleva a la otra.

Finalmente que están integradas en un plan racional para cumplir con los logros de la institución que no es otra cosa que el control de las actividades a través del tiempo y el espacio.

HISTORIA Y MITOS SOBRE ENVEJECIMIENTO

La mitología griega es rica en mitos sobre el envejecimiento, cuando Tithon de Troya, hermano del rey Príamo, se casó con Eos, diosa del alba, ésta rogó a Zeus conceder a su

esposo la vida eterna, olvidando pedirle la juventud eterna. Concedida la inmortalidad, el bello Tithon se vio obligado a vivir eternamente viejo.

Para castigar al hombre de haber aceptado el fuego de manos de Prometeo, Zeus envió a la Tierra a Pandora con su famosa caja, que contenía entre otras calamidades la vejez, las penas y la muerte.

Adán y Eva sufrieron un castigo similar, aún cuando no de manos de Zeus, sino de Dios; sin embargo, no tuvieron corta vida sino más de 900 años.

El filósofo griego Epicuro y el romano Lucrecio pensaron que una vida demasiada larga en el tiempo constituiría una insoportable repetición de experiencias similares; en cambio, la muerte “intensifica el saber de lo vivido”.

En la época romana, el beber sangre de gladiadores jóvenes se pensaba que producía una larga longevidad.

En India reapareció el mito de la «eterna juventud y de la inmortalidad», se hablaba de una fuente de la juventud eterna.

Los hebreos decían tener en secreto un río que daba la inmortalidad; los griegos también tuvieron su “Fontana Juventas” escondida en la foresta.

En 1512 Ponce de León (quien acompañó a Colón en su segundo viaje) organizó una expedición para descubrir “la fuente de la juventud” en una isla llamada Rimini en el mar Caribe, fue entonces que descubrió La Florida.

Existen fuentes termales en toda la Tierra que tienen contenido no sólo mineral sino mítico. Desde la Antigüedad fueron usadas para rejuvenecerse y como terapéutica, tal como sucede hoy con los “saunas”.

Entre la Edad Media y el Renacimiento europeo, Paracelso (1493-1541) lleva a la alquimia a su nivel máximo, al nivel de las disciplinas orientales, buscando la «quinta esencia para darnos la juventud».

Los chinos e indios usaron mecanismos espirituales. La gimnasia mental asociados a la farmacología vegetal, son de orden respiratorio, dietético, gimnástico, sexual, y de meditación.

En el Renacimiento europeo, los nutricionistas, médicos, y los primeros higienistas, Luigi Cornaro, vivió preocupado por el problema de la longevidad formulando medios de vida y regímenes estrictos que le llevaron a vivir 103 años. En la misma época Edmundo Halley fue el primero que elaboró una curva de sobrevivencia humana.

A comienzo del siglo XX se inició la gerontología como simple recolección de datos sobre el proceso del envejecimiento y sobre la duración de la vida humana, enfatizando el aspecto patológico de la vejez.

Nascher (1862-1944) propuso que la geriatría fuera considerada como una disciplina independiente. Posteriormente aparecen muchos seguidores con tratamientos rejuvenecedores en base a líquidos orgánicos, tales como el suero citotóxico de Bogomoletz (anticuerpos tonificantes) que aún se vende en las farmacias de Francia; luego, las terapias celulares y los injertos de testículos de monos practicados por Voronoff y Niehans en Suiza, con las inyecciones de células frescas de embriones de animales, han producido accidentes y muerte, por lo cual están prohibidos.

Más adelante, los antioxidantes (Vitaminas E y C), el selenio, la metionina, derivados de la hormona masculina, la jalea real de abejas el extracto de raíces de gienseng y la maca andina han sido usados como tonificantes.

Pitágoras entendía la vejez como “una enfermedad que conduce a la muerte, como cualquier otro proceso patológico”.

Sin embargo, un aspecto importante a destacar desde la Antigüedad y presente en todas las épocas es el de la influencia de los hábitos y estilos de vida sobre el proceso de envejecimiento. Cicerón, 44 a.c. en su libro *de Senectude* escribió que muchos achaques y problemas que se sufren en la vejez no son propiamente debido a ella, sino al carácter, actitudes y personalidad de los envejecientes.

La Organización Panamericana de la Salud en el Año Internacional de las personas de edad en 1999 consideró resaltar el aspecto del envejecimiento y cómo superar mitos tales como: “*la mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados*”; “*todos los adultos mayores se asemejan*”; “*el hombre y la mujer envejecen de la misma manera*”; “*las personas de edad son frágiles, los mayores no tienen nada que aportar*” y “*las personas de edad son una carga económica para la sociedad*”.

LA CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DE NUTRIRSE

“No comemos solo para alimentarnos, ni para que se nos quite el hambre, sino por el placer de comer y para controlar nuestras emociones.”

“Si bien comer no es un evento exclusivamente humano, los humanos somos los únicos que cocinamos para comer y al hacerlo elegimos, ordenamos, procesamos, etc. y damos sentido a los nutrientes que nuestro omnivorismo nos permite metabolizar.

Seleccionar, crear, combinar, lavar, picar, cortar, mezclar, cocer, servir, compartir y transmitir, es bien humano. Y ese comer comida en comensalidad configura nuestra singularidad porque une indisolublemente aspectos biológicos (lo que se puede metabolizar) y sociales (lo que se define, se comparte y se transmite como comida).

Recuperando a Fischler - comemos nutrientes y sentidos, es decir comemos los productos que necesitamos para vivir, previamente seleccionados por nuestras categorías acerca de qué es lo que es bueno para elegir, para preparar, para compartir y para dejar. El comer para los humanos de cualquier tiempo y cualquier latitud no es solo ingerir nutrientes para mantener la vida: es un proceso complejo que trasciende al comensal, lo sitúa en un tiempo, en una geografía y en una historia, con otros, compartiendo, transformando y transmitiendo –real o simbólicamente- aquello que llama comida y los porqué que lo hacen comerla.

Comer implica un *comensal*, una *comida* y una *cultura* que lo legitime como tales. Así, de una manera poco perceptible, en el acto cotidiano de comer se articula el sujeto y la estructura social. Aquel llamará “mi comida” a lo que una sociedad en un momento histórico produce, distribuye y condiciona diferencialmente para que personas como ese comensal consuman. Y ese comensal reducirá a lo individual (y llamará mi deseo, mi gusto, mi posibilidad) lo que es condicionamiento social (lo que ese grupo, clase, edad, género o función legitima como “su” comida) cargando con la responsabilidad individual de reproducir y reproducirse, física y socialmente.”⁵

Es fundamental y de suma importancia tener en cuenta el puro acto de comer (masticar y triturar los alimentos). Este acto de comer (oralidad-canivalística), está ligado fuertemente a la estructura psicológica del sujeto.

El adulto mayor institucionalizado, ve significativamente incrementadas las fuentes de tensión y las frustraciones concomitantes, a partir de las pérdidas y duelos que tiene que enfrentar durante su proceso de envejecimiento. En el caso de una mala o nula dentición, pierde la posibilidad del placer de la oralidad, de comer; ve limitada también

⁵ Aguirre P., Bruera M., Kats M. “La construcción social del gusto en el comensal moderno” El Zorzal. Buenos Aires, 2009.

la posibilidad de elaborar a través de la comida, estas situaciones de tensión. El hecho de no poder comer, genera en primer lugar una malnutrición y también su autoestima se ve impactada negativamente a partir de su imagen y de la mirada del otro, con quien debe compartir el espacio durante el acto de comer. Esto, genera en el sujeto una fractura de su identidad, paralelamente con un proceso digestivo deficiente y generalmente va acompañado de las conocidas depresiones reactivas o involutivas, dado que el anciano a partir de estos duelos, se angustia y retrotrae la energía psíquica hacia su interioridad, aislándose del medio circundante.

FISIOLOGÍA DIGESTIVA

La *masticación* tiene lugar en la cavidad bucal en la cual participan varios órganos: dientes, lengua, paladar, etc. El objetivo de la masticación es la preparación físico-química de los alimentos antes de su pasaje al estómago. Es importante aclarar que es un proceso voluntario y consciente, generalmente automático.

La función de los *dientes* es transformar físicamente los alimentos sólidos, disminuyendo el tamaño de las partículas. Esta acción es facilitada por la lengua al mover permanentemente los elementos dentro de la boca, al mismo tiempo que se mezclan con la saliva. Se forma así, lo que se denomina el “bolo alimenticio” y que tiene una consistencia y grado de humedad adecuado para poder ser deglutido.

Se entiende por *deglución* al conjunto de acciones musculares, precisamente coordinadas, que posibilitan el pasaje del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Es un programa de trabajo motor con la participación de varios órganos (boca, faringe, esófago) que trabajan como una “unidad funcional” dentro de un programa controlado por el centro de la deglución.

DENTICIÓN NORMAL

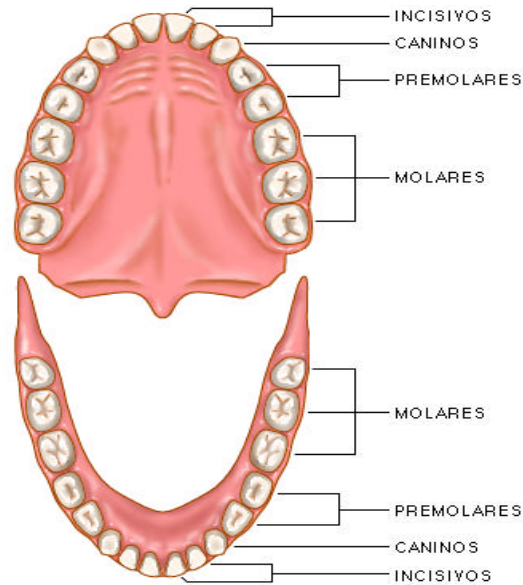
La dentición normal de un adulto se compone de 32 piezas, incluyendo las muelas del juicio.

Mandíbula (inferior): 16 dientes en total.

- 4 incisivos (paletas) en total: 2 incisivos centrales (1 derecho y 1 izquierdo), y 2 incisivos laterales (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 caninos (colmillos: 1 derecho y 1 izquierdo)
- 4 premolares (2 derechos y 2 izquierdos)
- 2 primeros molares (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 segundos molares (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 muelas del juicio o terceros molares (1 a la derecha y 1 a la izquierda)

Maxilar (superior): 16 dientes en total.

- 4 incisivos en total: 2 incisivos centrales (1 derecho y 1 izquierdo), y 2 incisivos laterales (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 caninos (1 derecho y 1 izquierdo)
- 4 premolares (2 a la derecha y 2 izquierda)
- 2 primeros molares (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 segundos molares (1 derecho y 1 izquierdo)
- 2 muelas del juicio o terceros molares (1 a la derecha y 1 a la izquierda)



Cada grupo de dientes tiene una función específica:

- ✓ Incisivos: están diseñados para cortar los alimentos. Los incisivos superiores se superponen (en condiciones normales), ligeramente a los inferiores, para poder realizar una función de tijera.
- ✓ Caninos: su función principal es desgarrar los alimentos y están situados a los lados de los incisivos. Son de mucha importancia.
- ✓ Premolares y molares: sirven para masticar y triturar los alimentos.

Es muy importante que los dientes tengan una forma normal y estén bien colocados. La dentadura superior debe encajar con la inferior de manera adecuada, lo que se denomina oclusión; con lo cual hay oclusiones correctas e incorrectas. Una oclusión incorrecta favorece entre otras cosas a los trastornos en la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula con el cráneo), consistentes en dolores articulares al masticar, dolores de la musculatura masticadora, etc., lo que ocasiona una menor ingesta alimentaria.

SALUD ORAL Y DENTAL Y NUTRICIÓN

La salud bucal se define como “la percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”.⁶ La dieta y la nutrición son esenciales para el desarrollo de los dientes, la integridad de las encías y la mucosa, la fortaleza del hueso y la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la cavidad oral.⁷

La nutrición y la dieta influyen en la cavidad oral, por lo que se puede decir que el estado de la cavidad oral puede afectar a la capacidad para consumir una dieta adecuada y lograr un equilibrio nutricional. Los problemas odontológicos hacen que los adultos mayores comiencen a seleccionar sus alimentos. En las personas mayores de 65 años, la pérdida parcial o completa de dientes (edentulismo) es frecuente y puede tener un verdadero impacto sobre la ingesta dietética, pero sobre todo en lo que respecta a fibra y proteínas.

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades que compromete a la nutrición. Es una afección local y sistémica en la que determinados micronutrientes como las vitaminas A, C y E, el folato, el B-caroteno y los minerales calcio, fósforo y cinc tienen una gran influencia. Como estrategia nutricional en estos casos, se trata de modificar los factores de riesgo asociados a la pérdida de hueso por osteoporosis lo cual lleva a la pérdida de dientes.

⁶ United Nations, World Health Organization. The protocol of water and health: what it is, why it matters [internet]. Copenhagen:WHO, 2002.

⁷Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. Krause Dietoterapia. 12° Edición. Barcelona, España. 2009.

También los desórdenes de deglución (disfagia) son prevalentes en el anciano (por encima del 30–50 por ciento en ancianos institucionalizados) y normalmente se relaciona a las condiciones médicas como el ictus, la enfermedad de Parkinson y la neuropatía del diabético.

La dieta y la nutrición son importantes en todas las fases del desarrollo, la erupción y el mantenimiento de los dientes, ya que influyen sobre el desarrollo y la mineralización de los dientes, sobre la formación y la dureza del esmalte y sobre los patrones de erupción de los que quedan por salir. La relación entre la calidad de la dieta y la nutrición son vitales para lograr una correcta integridad de los dientes, de los huesos y de la mucosa de la boca, como así también para prevenir infecciones y mayor durabilidad de la dentadura.

PÉRDIDA DE PIEZAS DENTARIAS Y PRÓTESIS DENTALES

El edentulismo (caída de los dientes) y las prótesis extraíbles (dentaduras) impactan considerablemente la autoestima del viejo, en sus hábitos dietéticos, la función masticatoria, la olfacción y la adecuación nutricional. Una función masticatoria alterada, como consecuencia de un edentulismo parcial o completo o a una dentadura postiza, puede impactar en forma negativa sobre la elección de los alimentos, disminuyendo la ingesta de cereales integrales, frutas, algunos vegetales y especialmente carnes; aumentando aquellos alimentos blandos y fáciles de masticar.

Es muy importante mencionar que la performance masticatoria de los ancianos con prótesis superior o inferior es de 1/7 con respecto a la presión masticatoria de un anciano con dentición completa, por lo que algunas personas luego del momento de la

colocación de la dentadura, pueden manifestar dificultades para comer (bocado y masticación).

Hay que destacar que la pérdida de los dientes no forma parte del envejecimiento normal, aunque ocurren estas pérdidas en el 30% de los adultos mayores de 64 años.

Mientras que el estado de la dentición se agrava, el rendimiento de la masticación disminuye considerablemente, problema que se ve reflejado en los ancianos, cuyo apetito e ingesta pueden verse aun más comprometidos ya sea por enfermedades crónicas, por el aislamiento social o por el uso de múltiples medicaciones. Con respecto a este tema se recomienda revisar las dentaduras de manera periódica por un odontólogo para mantenerlas bien adaptadas. Hay que tener en cuenta que los cambios de peso corporal o del hueso alveolar con el tiempo pueden alterar la adaptación de las prótesis.

FUNCIÓN GÁSTRICA, DUODENOPANCREÁTICA E INTESTINAL

La atrofia de la mucosa del estómago es mucho más común en la vejez, afectando alrededor de un tercio de aquéllos que superan los 60 años. Como resultado de una disminución en la secreción de jugo gástrico, factor intrínseco y pepsina, puede haber reducciones en el biodisponibilidad de vitamina B12, ácido fólico, calcio y hierro.

La secreción ácida gástrica también puede disminuir con el envejecimiento (hipoclorhidria).

Con respecto a la capacidad secretora exocrina del páncreas tiende a disminuir, lo que produce una menor disponibilidad de proenzimas como tripnógeno, quimotripnógeno, prolactasa, procarboxipeptidasas A y B, y de enzimas como alfa 1-4 amilasa pancreática, lipasa pancreática, colesterol-estearasa y de otras relacionadas con las transformaciones de los polinucleótidos de las proteínas.

En la senectud también disminuye el potencial biosintético de ácidos biliares primarios (cólicos, desoxicólico, quenodesoxicólico), a partir del colesterol a nivel hepático, por lo cual la disponibilidad de las sales biliares en el lumen intestinal tiende a ser menor. Estas sales son un factor fundamental para la digestibilidad y absorción de las grasas.

La velocidad de recambio de las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado (enterocito) tiende a disminuir, con el consiguiente cambio del perfil enzimático en este nivel (disacaridasa, aminopeptidasa y oligopeptidasa) y también la capacidad secretora de las glándulas intestinales, con lo cual disminuye la secreción de amilasas y lipasas intestinales y fosfatidasas A, B y C.

Como consecuencia de esto, se produce una afectación, en mayor o menor grado, de la digestión de superficie de carbohidratos y proteínas, de la cual se obtiene, en la primera: glucosa, galactosa y fructosa, y en la segunda: aminoácidos libres. Estas son estructuras menos complejas y son susceptibles de pasar al medio interno del organismo.

El tránsito de los alimentos a través del trago digestivo va disminuyendo notablemente en el colon y en el intestino mayor. El colon completa el proceso digestivo a través de la fermentación de residuos no absorbidos y las bacterias juegan un papel mayor en la fisiología colónica y en la función digestiva normal. Una de las funciones más importantes es la “resistencia del colon”, en la que la microflora intestinal actúa como una barrera eficaz contra microorganismos oportunistas y patógenos.

La propia flora del intestino se subdivide en: especies bacterianas benignas, beneficiosas y especies bacterianas potencialmente dañinas; y su metabolismo puede producir efectos beneficiosos y efectos negativos. Dentro de los efectos beneficiosos podemos incluir la producción de vitaminas, la modulación del sistema inmunológico, la digestión y absorción reforzadas, la inhibición de especies dañinas y la reducción de elementos

carcinógenos y toxinas. El metabolismo bacteriano también afecta en la producción de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) como el acético, el propiónico y el butírico, de los que la mucosa del colon es dependiente como fuentes principales de energía metabólica. Con respecto a los efectos negativos se podemos mencionar la producción de toxinas y carcinógenos, estreñimiento o diarrea, la predisposición hacia los desórdenes del intestino y la putrefacción intestinal.

A continuación se resumen algunas de las modificaciones fisiológicas del aparato digestivo que más repercuten en el aspecto nutricional de los adultos mayores:

- a) Disminución de gusto y olfato.
- b) Dificultad para distinguir lo dulce.
- c) Atrofia de la mandíbula.
- d) Alteración de los músculos masticatorios.
- e) Disminución de la secreción salival.
- f) Falta de piezas dentarias, prótesis inadecuadas y mala higiene bucal.
- g) Disminución de enzimas digestivas.
- h) Motilidad alterada del esófago.
- i) Menor secreción de ácido clorhídrico.
- j) Vaciamiento estomacal atrasado y estreñimiento por pérdida de tono muscular.
- k) Después de los 70 años disminuye la absorción y la superficie intestinal disponible.
- l) Disminuye la capacidad de absorción de calcio.
- m) Menor peristaltismo.

INMUNIDAD DEL INTESTINO

La digestión e inmunidad, tanto innata como adaptable, son complejos procesos integrados que han evolucionado juntos. El intestino facilita la absorción eficaz de nutrientes, la excreción de toxinas y sustancias no deseadas y la defensa contra los agentes medioambientales, sobre todo las bacterias patógenas. La digestión involucra procesos físicos que trituran la comida y la transportan a lo largo del intestino, la digestión química por ácido, las enzimas, las interacciones del agua/lípido/membrana, los sistemas hormonales y neuronales de control y el transporte y procesos de secreción en el epitelio del intestino. Las defensas intestinales incluyen la barrera física de la mucosa, la actividad motriz, las secreciones digestivas y el sistema inmunológico. La gran cantidad y diversidad de bacterias que se encuentran en el intestino, junto con la amplia variedad de alimentos disponibles para el consumo generan una gran complejidad y variabilidad en los modelos individuales de digestión y de funciones inmunológicas.

Un determinante importante de la función intestinal e inmunidad es la edad, y el envejecimiento encabeza la incidencia aumentada de enfermedades infecciosas y autoinmunes, procesos malignos, alergias y problemas digestivos.

NUTRICIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

El envejecimiento y la pluripatología aumentan el riesgo de padecer deficiencias nutricionales, por lo que una correcta nutrición en el anciano va a jugar un importante papel en el retraso de la aparición de enfermedades y aumento la calidad de vida

Se estima que dentro de 20 años las personas mayores de 65 años, constituirán del 20 al 30% de la población debido al incremento de la esperanza de vida, en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

El aspecto más relevante con respecto a la nutrición de los adultos mayores, es la inadecuada alimentación y se debe a los factores bio-psico-sociales como la pérdida de la dentadura, los trastornos de la digestión, los del tránsito intestinal como el estreñimiento, las gastritis producidas por los medicamentos. Existen otros factores que empeoran la desnutrición como la depresión, vivir solos, problemas económicos, familiares, duelos, etc.

La incidencia de la desnutrición está asociada con la hospitalización; entre el 17% y el 65% de los ancianos hospitalizados está malnutrido. Por otra parte, entre el 30% y 60% de los adultos mayores hospitalizados o institucionalizados están desnutridos o en riesgo de desnutrición.⁸

Las causas de la anorexia en estos sujetos son numerosas; pueden ser clasificadas en de tipo social, físico y psicológico. El aislamiento puede conducir a la ingesta nutricional inapropiada.

Pasar de un hábitat conocido y muchas veces entrañablemente querido, al ámbito de una institución, constituye un hecho de tal magnitud, que tanto por sus implicancias psicológicas y sociales, como por el proyecto de vida, que a partir de ese momento se comienza a dar, se convierte en una de las situaciones de mayor trascendencia en la vida de un anciano.⁹

⁸ Vellas, B, et al. **Nutrition assessment in the elderly**. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2001, 4:5-8.

⁹ Cuadernos de Gerontología. **Seminario: “La Institucionalización y sus Costos”**. AGEBA. 1993

VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

- ANAMNESIS ALIMENTARIA: se obtienen datos acerca de la existencia de factores de riesgo psico-sociales, alteraciones sensoriales, intolerancias digestivas, valoración de la independencia y del comportamiento, situación económica, enfermedades crónicas, medicación actual, gustos y hábitos alimentarios.
- VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA: presenta inconvenientes a raíz de los cambios involutivos que dificultan las mediciones debido a las alteraciones osteo-articulares, estados de postración total o parcial, etc. Se debe documentar una pérdida de peso corporal involuntaria en los últimos seis meses mayor al 10%, ya que éste constituye el principal factor de riesgo que sugiere la necesidad de una intervención nutricional precoz. El IMC es un indicador que permite identificar a los adultos mayores en riesgo nutricional. Se toman como valores normales para personas mayores de 65 años un BMI de 24-29.

En la tabla 1 se presentan los valores de referencia del IMC normal en adultos mayores.

| Rango de edad | IMC (Masculino) | IMC (Femenino) |
|---------------|-----------------|----------------|
| 60 - 69 años | 24,4 – 30 | 23,5 - 30,8 |
| 70 - 79 años | 23,8 - 26,1 | 22,6 - 29,9 |
| 80 y más | 22,4 – 27 | 21,7 - 28,4 |

Tabla 1: NHANES III.

La tabla 2 refiere al IMC de adultos mayores de ambos sexos.

| | |
|------|--------------------|
| IMC | Estado Nutricional |
| < 23 | Peso Insuficiente |

| | |
|-------------|------------|
| 23,1 - 27,9 | Normo peso |
| 28 - 31,9 | Sobrepeso |
| > 30 | Obesidad |

Tabla 2: NHANES III. En: JAM Diet. Assoc: 2000

- EVALUACIÓN CLÍNICA Y BIOQUÍMICA: será conveniente realizar pruebas adicionales de laboratorio en las que pueden presentarse dificultades al seleccionar los estándares de referencia, por no existir en forma específica para el grupo si se sospecha malnutrición

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES DEL ANCIANO

Energía

El requerimiento de energía se deberá estimar en forma individual o teniendo en cuenta las características medias de la población. Con la edad se producen algunos cambios que modifican los requerimientos nutricionales de energía, lo que se debe principalmente a la reducción de la actividad física, voluntaria o asociada a discapacidades, y a cambios en la composición corporal; por lo tanto, el descenso de la masa magra da lugar a la disminución de la tasa metabólica basal del 1% al 2% por década a partir de los 20 años. En general, se aconseja una reducción en la ingesta de 600 kcal en varones y de 300 kcal en mujeres, respecto a lo sugerido para individuos de edad inferior, si bien es cierto que existen diferencias dependiendo del estilo de vida y la salud de estas personas. Sin embargo, esta disminución en la ingesta de energía entre las personas mayores, está asociada con frecuencia a una baja ingesta de nutrientes. Por lo cual, es apropiado, no aconsejar planes de alimentación con menos de 1600-1800 kcal diarias ya que se asocia con inadecuados aportes de proteínas, calcio, hierro y vitaminas.

Por otro lado, las situaciones de exceso de ingesta calórica en el anciano son bastante habituales. Este desequilibrio en la ingesta energética da como resultado la aparición de obesidad, que se ve acentuada por la escasa actividad física.

Para calcular el requerimiento de energía (kcal/día), se emplean las ecuaciones propuestas por la organización Mundial de la Salud (OMS) para personas mayores de 60 años, teniendo en cuenta el peso y el sexo y adicionando luego el porcentaje correspondiente a la actividad realizada:

| SEXO | G.E.R. (gasto energético en reposo) |
|---------|--|
| Varones | $[13.5 \times \text{peso (kg)}] + 487$ |
| Mujeres | $[10.5 \times \text{peso (kg)}] + 596$ |

Tabla 3: OMS, 1985

Se puede utilizar también el siguiente método:

- FAO 2001: se aplica para el cálculo de las necesidades de energía en grupos de población. En primera instancia se debe obtener el MB (en Kcal/día) por medio de las siguientes ecuaciones:

Metabolismo basal (kcal/día) según edad y sexo

| EDAD (años) | HOMBRES | MUJERES |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 18-30 | $15.057 \times \text{kg} + 692.2$ | $14.818 \times \text{kg} + 486.6$ |
| 30-60 | $11.472 \times \text{kg} + 873.1$ | $8.126 \times \text{kg} + 845.6$ |
| >60 | $11.711 \times \text{kg} + 587.7$ | $9.082 \times \text{kg} + 658.5$ |

Tabla 4. FAO, 2001

Luego se estima el nivel de actividad física característico de esa población, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

Clasificación del estilo de vida en base a los Niveles de Actividad Física (Expresados como múltiplos del metabolismo Basal)

| CATEGORIA | NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA (NAF) |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Sedentaria o poco activa | 1.40 – 1.69 |
| Activa o moderadamente activa | 1.70 – 1.99 |
| Intensa o vigorosa | 2.00 – 2.40* |

Tabla 5. FAO, 2001 *Naf > 2.40 resultan difíciles de ser mantenidos por largos períodos de tiempo.

En las personas de edad avanzada, el aumento de la actividad física puede tener repercusiones nutricionales positivas, ya que el ejercicio evita la pérdida de masa muscular, lo que contribuye a aumentar el gasto energético, permitiendo un mayor consumo de alimentos sin que se produzcan incrementos de peso y deficiencias nutricionales.

Agua

El agua es un componente esencial para el mantenimiento de la vida por lo que se debe considerar en las listas de nutrientes. Como consecuencia de los cambios que ocurren en el mecanismo de la sed, de la disminución de la función renal y del descenso del agua corporal total que se producen con el envejecimiento, los ancianos tienen un alto riesgo de deshidratación, que se asocia con hipotensión, estreñimiento, aumento de la temperatura corporal, confusión mental, dolor de cabeza e irritabilidad.

La estimación de las necesidades de agua en el anciano es compleja y difícil. Algunos autores recomiendan 30 mL/kg/día, con un mínimo de ingesta de 1500-2000 mL/día, o como indican Russell et al. (1999) al menos 8 vasos de agua al día, necesidades que

pueden estar incrementadas cuando hay calor ambiental, fiebre, infección, vómitos o diarreas, pérdidas excesivas inducidas por fármacos (laxantes y diuréticos) y cafeína.¹⁰

Según Marta Suárez y Laura López, estiman las siguientes necesidades diarias (Tabla 6):

| Adultos mayores de 50 años | AGUA TOTAL* | AGUA PROVENIENTES DE BEBIDAS |
|-------------------------------|-------------|------------------------------------|
| HOMBRES | 3700 ml/día | 3000 ml/día |
| MUJERES | 2700 ml/día | 2200 ml/día |

Tabla 6 * Incluyendo la que proviene de los alimentos.

Proteínas

La disminución de la masa magra es una de las manifestaciones del proceso de envejecimiento, a pesar de esto, los requerimientos de proteínas son similares a las de adultos de menor edad.

El consumo de proteínas recomendado para los adultos mayores es de 63 g/día para los varones y 50 g/día para las mujeres (Tabla 8), teniendo en cuenta que el aporte de energía de las proteínas no supere el 10-15% de las calorías totales, lo que en términos absolutos supone 0.8 g/kg/día. Los ancianos con algún tipo de inmovilidad, por encamamiento o invalidez, o sometidos a periodos de estrés secundarios a infección, cirugía o traumatismos, necesitan aportes más altos de proteínas para el mantenimiento del balance nitrogenado o para evitar una depleción proteica progresiva (alrededor de 12-17%, que en términos absolutos se traduce como 0.8-1.0 g/kg/día, pudiendo llegar a

¹⁰ Serra, L., Aranceta, J., “Nutrición y Salud Pública”,2006.

1.5 g/kg/día). Por el contrario, en el caso de que existan alteraciones hepáticas o renales, es conveniente disminuir la ingesta proteica, pudiendo llegar a 0.6 g/kg/día o menos.

Algunos autores plantean que el deterioro físico, característico de las personas de edad avanzada, da lugar a que algunos aminoácidos que no eran esenciales pasen a serlo, por lo tanto es fundamental vigilar no sólo la cantidad sino también la calidad de las proteínas ingeridas. Consecuentemente, se deberán seleccionar e incluir en la dieta alimentos que aporten proteínas de alto valor biológico (AVB) como carne, huevos, pescados y lácteos.

En ocasiones, el aporte de proteínas puede estar comprometido debido a trastornos de la masticación, restricción del consumo de productos de origen animal para controlar la ingesta de grasa y colesterol, alteraciones digestivas, costo elevado de los alimentos proteicos, etc. La deficiencia de proteína puede favorecer el desarrollo de complicaciones como alteraciones en la función inmune, aparición de edemas y úlceras de decúbito, mayor número de infecciones urinarias, respiratorias, mala cicatrización, pérdida de masa muscular y astenia, depresión, e incluso, inmovilidad.

En el caso de las proteínas, al igual que ocurre con otros nutrientes, es muy importante un buen estado de la dentadura. Para los ancianos que tienen deteriorada su capacidad masticatoria las carnes no suelen ser bien aceptadas, al igual que las verduras y frutas, pudiendo poner en peligro la ingesta de algunos nutrientes como tiamina, hierro, ácido fólico, vitamina A y carotenos.

Lípidos

La grasa de la dieta tiene importantes funciones para el organismo, entre ellas podemos mencionar que: a) suministra los ácidos grasos esenciales (AGE) y las vitaminas

liposolubles (A, D, E y K); b) es fuente de energía y; c) es el agente palatable por excelencia.

Las recomendaciones dietéticas para los adultos mayores son similares a las del resto de la población si no existe ningún problema de salud añadido que justifique su modificación. Las calorías aportadas por las grasas no deben superar el 30-35% de las kilocalorías totales de la dieta (Tabla 6).

Es importante tener en cuenta la calidad y la cantidad de grasa ingerida, puesto que tiene influencia sobre la regulación de los lípidos sanguíneos que pueden ser factor de riesgo para algunas enfermedades crónicas.

Se recomienda aumentar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) de la familia ω 3, muy abundantes en los pescados, por sus efectos antiinflamatorios, antitrombóticos, antiarrítmicos, hipolipemiantes y vasodilatadores, ya que son preventivos de las enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes y algunos tipos de demencia.

Por otro lado, diferentes estudios han señalado el efecto beneficioso de los ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) sobre la distribución de las lipoproteínas plasmáticas, reduciendo los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol) y aumentando las de alta densidad (HDL-colesterol), además de proporcionar, una protección parcial frente a la peroxidación lipídica y de lipoproteínas, de ahí que se recomiende que la energía aportada por estos ácidos grasos sea superior al 13% de las calorías totales.¹¹

| | |
|----------------|---------------------|
| Lípidos | 30-35% kcal totales |
| AGS | <7-10% kcal totales |
| AGPI | <10% kcal totales |

¹¹ Carbajal, 2001.

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| AGMI | > 13% kcal totales |
| (AGPI+AGMI)/AGS | >2 |
| Colesterol | <300 mg/día <100 mg/1000kcal |
| Ácidos grasos ? 3 | 0.2 - 2 g/día |
| Ácidos grasos trans | <6 g/día |

Tabla 6. (Carabajal, 2001)

La necesidad de introducir restricciones con respecto a la grasa de la dieta, se deberá tener en cuenta frente a la sospecha o existencia de diabetes, tabaquismo, dislipemias, obesidad, etc., para evaluar el posible riesgo.

Una reducción severa de grasa podría agravar o desencadenar estados carenciales de vitaminas liposolubles, que se absorben con la grasa dietética y además podría comprometerse el consumo de algunos alimentos, como carnes, pescados, lácteos o quesos, con la consiguiente disminución de los nutrientes que éstos aportan (proteínas, vitamina D, calcio, hierro, zinc, etc.).

Como se mencionó anteriormente, la grasa es el agente palatable por excelencia, por lo que un contenido graso inferior un 20% de su valor calórico dará lugar a dietas menos sabrosas y apetecibles, lo que puede conducir a situaciones de desnutrición.

Con respecto al alcohol, si no hay patología o consumo de medicamentos que lo contraindiquen y el individuo está habituado al consumo de alcohol, se puede permitir hasta un máximo de 30 gr. de etanol/día en los hombre y 20 gr. de etanol en las mujeres (Comité de Nutrición de la Asociación Americana de Cardiología).

Carbohidratos

No existen recomendaciones específicas para este colectivo de edad, por lo que éstas son similares a las establecidas para adultos más jóvenes, es decir, estos macronutrientes deben representar entre el 50% y 60% del aporte calórico diario.

Es conveniente incrementar el consumo de hidratos de carbono, puesto que en la mayoría de los casos está disminuido en beneficio de la ingesta de lípidos y proteínas. Este aumento debe realizarse a expensas de carbohidratos complejos, ya que éstos exigen un cierto tiempo de digestión intestinal; lo que hace más lenta su absorción y evitan fluctuaciones elevadas de la glucemia post-prandial. Éstos están presentes mayormente en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas, mientras que los hidrato de carbono simples deben suponer menos del 10% de la energía total, aunque son una fuente de energía útil en personas con poco apetito y favorecen el consumo de otros alimentos. Dentro de este 10% no se incluyen los azúcares simples de las frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas.

En algunas situaciones, es necesario restringir el consumo de hidratos de carbono; no obstante, esto no es deseable del todo ya que puede producir cetosis.

Se ha comprobado que en ancianos sin problemas de intolerancia a la glucosa, el aumento de carbohidratos en la dieta se relaciona con una mejora de la función cognitiva.

Fibra

Diversos estudios sugieren que un aporte adecuado de fibra ayuda a controlar el peso corporal, y a regular la colesterolemia, glucemia e hipertensión. Del mismo modo, se ha relacionado cierto efecto protector de las dietas ricas en fibra frente a diverticulosis y algunos tipos de cáncer, como el de colon y páncreas.

Se recomienda en personas de edad avanzada, el consumo de alimentos ricos en fibra, dado que ésta estimula el peristaltismo intestinal y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en los ancianos.

En cuanto a la cantidad de fibra recomendada existe bastante controversia. Por un lado, aportes excesivos de fibra pueden ocasionar malestar abdominal o flatulencia, pudiendo comprometer la absorción de algunos micronutrientes, como el calcio y el zinc por lo que países como Francia e Inglaterra recomiendan un consumo de fibra para la población geriátrica entre 18 a 20 g/día.¹²

Por otro lado, diversos organismos oficiales, como la “Sociedad Española de Nutrición Comunitaria”, “American Heart Association”, “National Institute of Cancer”, o “American Dietetic Association”, recomiendan ingestas diarias de fibra superiores a 25 g/día aunque la mayoría de los ancianos españoles no alcanzan estas recomendaciones.

Vitaminas y minerales

Algunos factores ligados al envejecimiento como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el consumo de ciertos fármacos, los tratamientos, etc., pueden modificar los niveles y requerimientos de micronutrientes.

Una nutrición adecuada es esencial para la población general, pero especialmente para las personas de edad avanzada, puesto que las consecuencias de una baja ingesta de vitaminas son más severas que en los adultos, ya que las necesidades de vitaminas están aumentadas y la capacidad de adaptación está disminuida.

La importancia de las vitaminas y los elementos traza se basa en su implicación en la protección frente a enfermedades degenerativas y crónicas, tales como el cáncer y las

¹² Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S. Nutrición Y Dietoterapia de, Krause.

enfermedades cardiovasculares, y en su efecto, en el mantenimiento del funcionamiento normal del sistema inmune, lo que repercutirá en una menor incidencia de infecciones.

El inconveniente es que en los adultos mayores existe una gran variabilidad en los requerimientos de vitaminas, lo que puede deberse a:

- que ingieren menos alimentos y de forma poco variada,
- ciertas situaciones y cambios fisiológicos asociados al envejecimiento,
- presencia de trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos,
- alteraciones del metabolismo de micronutrientes,
- elevado consumo de fármacos y padecimiento de algunas enfermedades, y
- tabaquismo, consumo de alcohol, etc.

Algunas investigaciones indican que la deficiencia de determinados nutrientes, como las vitaminas, estaría asociada con peores puntuaciones en los tests relacionados con la función mental, por lo que el uso de suplementos podría ser aconsejable en ancianos con ingestas bajas de energía o cuando se sospeche el padecimiento de deficiencias, ya que las alteraciones en la función cognitiva y los cambios en el comportamiento tienen especial importancia entre los ancianos.

No obstante, se deben evitar los aportes excesivos, ya que puedan llegar a ser tóxicos o dificultar la absorción/utilización de otros micronutrientes.

En la población anciana institucionalizada, frecuentemente se pueden observar alteraciones en la alimentación. Algunos estudios señalan que en los ancianos residentes en instituciones geriátricas existe un riesgo más elevado de padecer deficiencias de algunas vitaminas como la tiamina, vitamina C y vitamina D.

Consumos alimentarios de referencia: requerimientos alimentarios recomendados y consumo adecuados.

| NUTRIMENTO | Varones | Mujeres |
|-------------------------------|---------|---------|
| Energía (kcal) | 2300 | 1900 |
| Proteínas | 63 | 50 |
| Vitamina A (mcg de RE) | 1000 | 800 |
| Vitamina D (mcg de RE)* | | |
| 51 - 70 años de edad | 10 | 10 |
| > 70 años de edad | 15 | 15 |
| Vitamina E (mg de aTE) | 10 | 8 |
| Vitamina K (mg) | 80 | 65 |
| Tiamina (mg) | 1,2 | 1,1 |
| Riboflavina (mg) | 1,3 | 1,1 |
| Niacina (mg NE) | 16 | 14 |
| Vitamina B ₆ (mg) | 1,7 | 1,5 |
| Folato (ug) | 400 | 400 |
| Vitamina B ₁₂ (ug) | 2,4 | 2,4 |
| Calcio (mg)* | 1200 | 1200 |
| Fósforo (mg) | 700 | 700 |
| Magnesio (mg) | 420 | 320 |
| Hierro (mg) | 10 | 10 |
| Zinc (mg) | 15 | 12 |
| Yodo (mcg) | 150 | 150 |
| Selenio (mcg) | 70 | 55 |

Tabla 8 (Reimpreso con autorización de Food and Nutrition

Board National Research Council. Recommended Dietary

Allowances. 10ª ed. 1989 por la National Academy of Sciences.

Publicado por National Academy Press; and Dietary Reference Intakes: 1998)

RE, equivalentes de retinol; aTE, equivalentes de tocoferol a; NE, de niacina.

*Consumos adecuados.

CARACTERES FÍSICOS Y QUÍMICOS

Deberán evaluarse tolerancias individuales y patologías existentes.

- CARACTERES FÍSICOS:

- ✓ Consistencia: se modificará según la capacidad de masticar o deglutir la comida.
- ✓ Fibra: el aporte recomendado es de 20 gr/día en las mujeres a 30 gr/día en los hombres. Si el anciano no está habituado a consumir estas cantidades; se irán incorporando los alimentos ricos en fibras lentamente según tolerancia individual. La fibra cruda es mal tolerada en algunos ancianos; de ser así se administrará subdividida y cocida. Se aconseja el consumo de frutas, hortalizas, cereales integrales para aumentar el volumen de las heces, mantener una flora colónica útil y favorecer la evacuación de la materia fecal.
- ✓ Volumen: estará en relación al apetito y a la capacidad digestiva individual.
- ✓ Fraccionamiento: al menos 4 comidas diarias. Se ampliará en casos de anorexia o adelgazamiento.

- CARACTERES QUÍMICOS:

- ✓ Sabor y aroma: suave, realzar y preservar al máximo los sabores de los alimentos.
- ✓ Purinas: normopurínico, si no hay patologías que lo contraindiquen.

- ✓ Sodio: normosódico, si no hay patologías que lo contraindiquen.

SELECCIÓN DE ALIMENTOS Y FORMAS DE PREPARACIÓN

Todos los alimentos pueden formar parte de la alimentación de un anciano sano, como así también todas las formas de preparación.

Por problemas de masticación como puede ser (falta de piezas dentarias, prótesis mal adaptadas y/o problemas periodontales) o de deglución (disfagia), las personas mayores requieren muchas veces una modificación de la textura de los alimentos.

El riesgo de este tipo de dieta es que si no se utilizan la creatividad y las normas dietéticas, pueden llegar a ser monótonas, con baja densidad calórica y de nutrientes, por la dificultad de conseguir la consistencia adecuada, tanto en el hogar como en las instituciones donde reside.

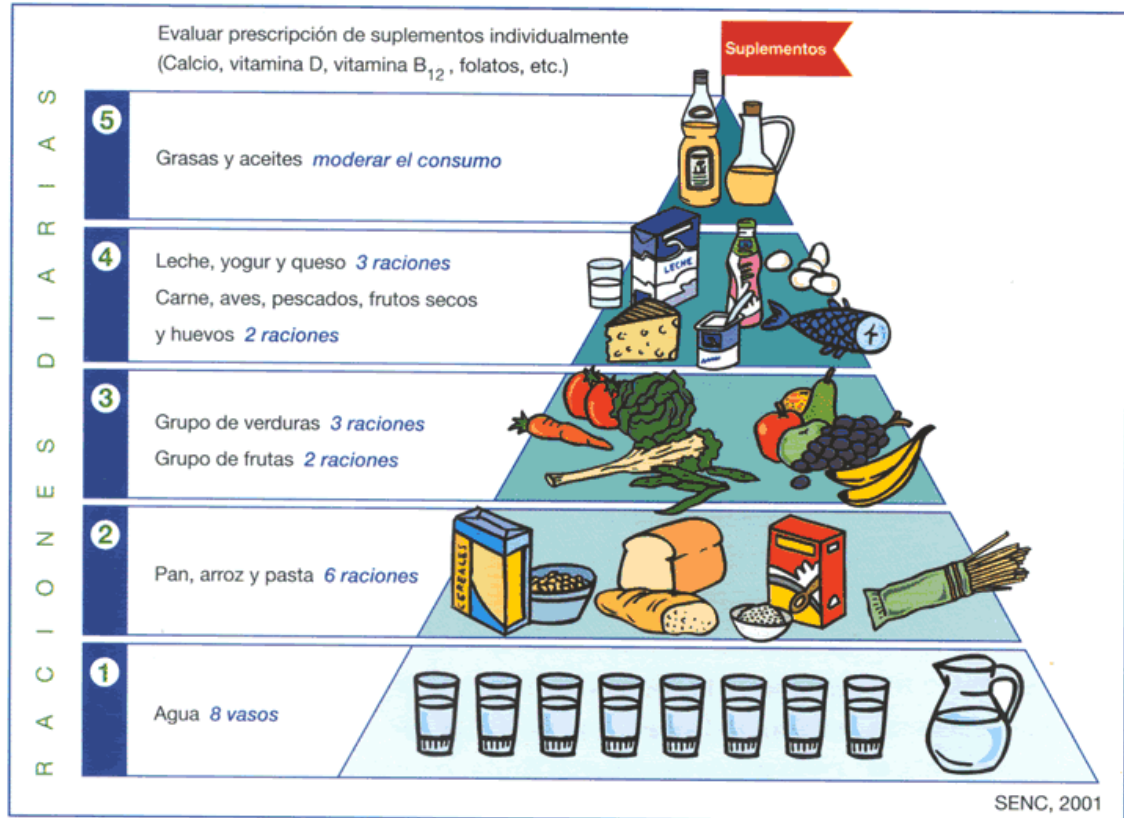
Frente a la negación de consumir siempre o con cierta regularidad “consistencias blandas” especialmente carnes molidas, frutas en compotas ó al horno, reducen las correctas intervenciones alimentarias-nutricionales.

Adaptación dietética. Aspectos a tener en cuenta:

- Asegurar correcta nutrición e hidratación.
- Menú integrando alimentos y comidas habituales por el anciano.
- Asegurar fuentes proteicas de alto valor biológico (AVB).
- Individualizar la consistencia.
- Texturas suaves.
- Alimentos bien lubricados.
- Presentación atractiva.
- Control de ingesta.

- Métodos de cocción.

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



MALNUTRICION EN EL ANCIANO

La OMS en 1965, reveló que muchas personas de más de 65 años tenían un estado de salud precario, al que contribuía la malnutrición, la que se define como “un trastorno de la forma o función del organismo humano, a causa de la falta o exceso de calorías, o de uno o más nutrientes y que la necesidad de una dieta equilibrada y de fácil asimilación en la tercera edad, no es suficientemente reconocida ni por los ancianos ni por quienes los cuidan”.

En el plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, en 1982, y en la última Asamblea Mundial sobre Envejecimiento – Madrid 2004 - se replanteó que una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de

proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos y que la nutrición deficiente se ve agravada por la pobreza, el aislamiento, la mala distribución de los alimentos y los malos hábitos alimentarios, inclusive los que causan los problemas dentales.

Malnutrición por defecto (subnutrición)

Las causas de malnutrición en los ancianos pueden dividirse en primarias y secundarias.

- Causas primarias

1. Ignorancia. Especialmente sobre conocimientos dietéticos y culinarios.
2. Soledad y aislamiento social. Frecuentemente en la tercera edad hay carencia afectiva, de proyectos y de relaciones, lo que explica que la dieta de los ancianos es más completa cuando viven en familia o en instituciones, que cuando viven solos.
3. Trastornos mentales. Existe una relación entre demencia senil, síndrome depresivo y sobre todo el síndrome de Diógenes, de disminución y abandono del viejo, y la malnutrición.
4. Incapacidades físicas y síndrome de inmovilización. Las enfermedades invalidantes (reumatismo y hemiplejias) perturban la obtención y preparación de los alimentos.
5. Iatrogenia. Esta ocurre en pacientes con dietas especiales, monótonas, mal planificadas y carenciales. También es conocida la relación entre hipnóticos, anticonvulsivantes y otros medicamentos con el déficit de vitaminas.
6. Carencias económicas en retirados y pensionados.

- Causas secundarias

1. Anorexia. Cuando ocurre sola, suele ser psicógena, pero obliga a la exclusión de enfermedades inflamatorias crónicas como la tuberculosis; artritis reumatoidea, enfermedades granulomatosas digestivas, como uremia, hiponatremia e hipercalcemia, que pueden hacer sospechar una hepatitis u otra enfermedad viral, acompañar una insuficiencia cardíaca congestiva o un déficit proteico, o ser un síntoma tardío de una enfermedad maligna o que puede ser motivada por drogas.
2. Edentación total. Esencial para la masticación, que precede a la deglución, primera etapa de la digestión, y que si su papel es menos importante en el joven, es esencial en las personas de edad avanzada, cuando los órganos digestivos han perdido una parte de su potencial activo, por lo que resulta especialmente afectada la digestión de las proteínas animales.
3. Malabsorción. En ella pueden influir la isquemia intestinal, intolerancia de expresión tardía al gluten, amiloidosis intestinal, contaminación del intestino delgado en la diverticulosis, gastrectomía, resecciones intestinales, conectivopatías, enfermedad de Whipple y diabetes.
4. Aumento de las necesidades. La permanencia en cama, con úlceras de apoyo, por decúbitos prolongados y fiebre alta, pueden dar lugar a malnutrición por destrucción hística y balance nitrogenado negativo.

Por todo esto, es muy importante, que todo el equipo de salud que tengan a cargo la salud de los ancianos estén constantemente vigilantes de los signos y síntomas de malnutrición y siempre tengan presentes los factores que puedan influir en el estado nutricional. El estado nutricional marginal es una barrera que se debe vencer cuando tratamos a pacientes de edad avanzada.

Se debe recordar que la subnutrición es el origen, a veces, irreconocible de muchas enfermedades en el paciente geriátrico. La evaluación del estado nutricional debe realizarse siempre, por si es necesario instituir una acción correctora para superar ese déficit y retornar al paciente a un estado nutricional saludable.

Malnutrición por exceso

La obesidad, la más frecuente de las enfermedades de la nutrición, es el aliado de todas las enfermedades degenerativas de la tercera edad: arterioesclerosis, enfermedad hipertensiva, várices, tromboflebitis con sus accidentes tromboembólicos, esclerosis renal, uremia, diabetes mellitus, gota, dislipemias, colelitiasis, enfermedad degenerativa articular, etc. Todo lo cual agrava y condiciona una gran mortalidad.

Sin embargo, no figura entre los diagnósticos más frecuentes de los pacientes geriátricos, donde la obesidad severa es una enfermedad casi exclusivamente femenina y ello se debe al permanente incremento de la grasa corporal con el envejecimiento de la mujer.

La obesidad del hombre, cuando es severa, es agravada por la mortalidad que no le permite llegar a viejo.

Como se sabe, el síndrome de obesidad tiene una amplia repercusión sobre nuestra salud, al efectuar de manera adversa casi todos nuestros órganos y sistemas, pero en la tercera edad la obesidad va a tener una serie de características especiales:

1. La obesidad data de mucho tiempo; es una obesidad envejecida y resistente que ha sido tratada múltiples veces sin éxito, lo que determina una actitud negativa y pesimista del paciente, y hace muy difícil la aceptación y el éxito de nuevas tentativas terapéuticas.

2. La obesidad es una enfermedad complicada, principalmente por diabetes y enfermedad articular degenerativa, que motiva el gran consumo de analgésicos con la posibilidad de que se presenten hemorragias digestivas ocultas, sideropenia y en algunos casos nefropatía por analgésicos.
3. Todas las enfermedades intercurrentes tienen una creciente prevalencia, y la anestesia y las intervenciones quirúrgicas se ven potencializadas por la obesidad.
4. Aparece como una enfermedad femenina por excelencia, ya que la obesidad masculina severa es prácticamente incompatible con la longevidad.

ALGUNOS SIGNOS DE RIESGO EN EL ANCIANO

- Anorexia e inapetencia.
- Dificultad para masticar y/o deglutir.
- Ingesta proteica inferior a una ración diaria.
- Rechazo para las preparaciones complejas de comidas.
- Dieta triturada.
- Ingesta menor a 50% del contenido de las dos comidas principales.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los patrones alimentarios del individuo y los cambios producidos durante el envejecimiento, la dieta debe adaptarse a las necesidades energéticas y de nutrientes, textura, consistencia, sencillez en las preparaciones, posibilidades económicas, etc., a medida que fluyan los problemas; con el fin de asegurar el buen estado nutricional.

CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA BOCA CON EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento puede producir cambios en las estructuras y función de la cavidad bucal, aunque éstos varían entre los individuos y pueden o no causar alteraciones en la función. Entre los cambios principales están:

- La boca tiende a secarse por disminución de la saliva debido a la edad o por medicamentos, alterando la degustación.
- Mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo.
- Disminución del gusto.
- Se reduce el tejido nervioso y vasos sanguíneos, provocando mayor sensibilidad.
- Las encías se adelgazan, favoreciendo la pérdida de los dientes, se reduce la capacidad para soportar presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad de masticar.
- Menos capacidad defensiva y reparadora de los tejidos frente a la agresión bacteriana, con frecuencia de infecciones por hongos y, en caso de lesión, retardo de cicatrización, lo que precipita la pérdida de los dientes.
- La piel de los labios en edades muy avanzadas se arruga.

PÉRDIDAS SENSORIALES

En los adultos mayores se producen cambios en el sabor y en la percepción del olor que pueden reducir el apetito, disminuir directamente la ingesta de alimento o alterar los tipos de alimentos que se seleccionan, que pueden conducir a una ingesta inadecuada de nutrientes. Se ha comprobado que el anciano necesita una concentración umbral olfatorio y del gusto 11 veces mayor que los adultos jóvenes.¹³

¹³ Manual Argentino para el cuidado de ancianos. Dr. Hugo Valderrama y colaboradores.

La xerostomía, que es la sensación subjetiva de sequedad en la boca producida por la hiposalivación, constituye un problema común en los ancianos. De hecho, afecta a más del 70% de las personas de edad avanzada y altera en grado importante el consumo de nutrimento. Está demostrado que los individuos seniles con xerostomía tienen dificultades para masticar y deglutir y como resultado, tienden a evitar algunos alimentos, sobre todo los crujientes, secos y pegajosos.

El placer de comer también puede verse afectado por el flujo salival reducido y por una boca seca, y estas condiciones normalmente suelen ser el resultado de los efectos colaterales de la medicación o del tratamiento de la enfermedad (por ejemplo la radioterapia). La sensación de sed disminuida también puede exacerbar el problema de boca seca y puede contribuir a la deshidratación, un problema común y potencialmente letal en el anciano que es fácilmente evitable.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADECUADA NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

La identificación de los factores que contribuyen a los problemas nutricionales y que causan serias discapacidades en edades avanzadas, será importante, no sólo como principal área de investigación, sino también para la provisión de apoyo nutricional como parte de los servicios del cuidado de la salud.

Si bien, los indicadores dicen que los adultos mayores están viviendo más tiempo, con más salud y con una vida más activa, no hay duda que enferman más a menudo que la gente joven y que sus enfermedades y problemas de salud duran más. Existen muchos cambios físicos, mentales, sociales y del entorno que se producen en el envejecimiento. Los trastornos fisiológicos están relacionados con una baja ingesta de alimentos y

nutrientes, con frecuencia como resultado de problemas digestivos, reducción de la percepción del gusto y/o del olor, problemas de dentición y afección de las funciones mentales y cognitivas. Las enfermedades crónicas y afecciones tales como artritis, hipertensión, infarto, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, diabetes, cáncer y osteoporosis también pueden afectar la calidad de vida en la población anciana. Las cataratas y la degeneración macular relacionada con la edad (ARMD) son enfermedades oculares generalmente asociadas con diabetes y edad avanzada. Ambas afecciones dependen de la edad y hay un número considerable de investigaciones sobre el papel que juegan los micronutrientes y otras sustancias, como la luteína, que ayudarían a reducir el riesgo de estos procesos degenerativos, o al menos retrasar su aparición.

Las contribuciones potenciales a los problemas nutricionales en la vejez están resumidas en la Tabla 9.

Tabla 9. Factores potenciales que contribuyen a problemas nutricionales en la gente mayor.¹⁴

| Factores físicos | Factores sociales y psicológicos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reducción total de las necesidades energéticas | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión |
| <ul style="list-style-type: none"> • Declive de la capacidad de absorción y metabólica | <ul style="list-style-type: none"> • Soledad |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad crónica | <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia | <ul style="list-style-type: none"> • Duelo por la pérdida de un ser querido |

¹⁴ Darnton-Hill I., Psychosocial aspects of nutrition and aging, 1992

- Cambios en la percepción del sabor y el olor
- Problemas de dentición
- Reducción del flujo salivar
- Disfagia
- Falta de ejercicio
- Discapacidad física (restricción de la capacidad de comprar, cocinar o comer una dieta variada)
- Interacciones entre medicamentos y nutrientes
- Efectos secundarios de los medicamentos (anorexia, náuseas, alteración del sabor)
- Dietas restrictivas
- Alcoholismo
- Pérdida de interés en la comida o en cocinar
- Desórdenes mentales
- Manías con la comida
- Factores socioeconómicos
- Bajo nivel de ingresos
- Forma inadecuada de cocinar o almacenar la comida
- Escasos conocimientos en nutrición
- Falta de transporte
- Dificultades para hacer la compra
- Hábitos al cocinar que provocan la pérdida de nutrientes
- Habilidades inadecuadas para cocinar (hombres)

PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

El principal síndrome es el que se conoce como S.A.G., que significa Síndrome de Adaptación al Geriátrico. La necesidad de recurrir al medio residencial como internación permanente o de larga estancia del anciano, está determinada por diferentes razones, siendo las más importantes los factores sociosanitarios derivadas del proceso de envejecimiento.

Otros síndromes geriátricos también frecuentes en ancianos institucionalizados son: malnutrición, dependencia para asearse, polifarmacia, caída por enfermedad, disminución de la agudeza visual, y demencia en fase moderada, etc.

Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.)

Una de las realidades que caracterizan este fin de siglo es la proliferación de instituciones geriátricas; en 1980 existían en Estados Unidos 18.900 establecimientos con aproximadamente 1.4 millones de camas; en 1993 ese número aumentó a 19.100 hogares con una disponibilidad de 1.7 millones de camas. Se estima que aproximadamente un 40% de los viejos pasarán en cierto momento de sus vidas algún tiempo como huéspedes de un geriátrico; la proporción de personas que habitan estos lugares aumenta con la edad siendo del 1% entre 65 y 74 años, del 3% entre 75 y 84 años y del 22% en aquellos de más de 85 años.

Estos datos nos alertan con respecto a la necesidad de estar atentos frente a la aparición de nuevas formas de manifestación de los fenómenos que constituyen las enfermedades, ya que al cambiar los ámbitos y los escenarios es inevitable que también cambien los actores y en consecuencia sus padecimientos.

Entendemos por S.A.G. al *conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que un viejo sabe que será institucionalizado o a partir de la*

institucionalización propiamente dicha; los mismos se expresan como elementos nuevos o como la exacerbación de aquellos síntomas preexistentes.

Desde lo que podemos llamar el punto de vista práctico, nadie deja de reconocer que el ingreso a una institución del III Nivel ó total como lo es el geriátrico produce en algunos de los que lo sufren una serie de cambios que afectan la esfera mental de la persona y que no siempre son tenidos en cuenta, quedando tapados o disimulados por los problemas psiquiátricos o clínicos que pueden presentarse en algunos viejos y que nosotros pensamos que constituyen otro nivel de complejidad; podemos decir que estos problemas vienen con el viejo mientras que el S.A.G. se agrega como consecuencia del cambio existencial que implica la mudanza al geriátrico con la profunda huella que deja en cada anciano, definida claramente por su historia.

Queda así delineado un proceso que puede ser reversible o no, según la situación y la persona que lo padece, que produce cambios significativos en la vida del que lo sufre y que modifica su percepción y su forma de enfrentar la realidad.

Síntomas:

- Trastornos del sueño.
- Trastornos de la alimentación: consiste no sólo en la disminución de la ingesta, vinculada muchas veces con los trastornos del ánimo y la mala dentición, sino también en conductas regresivas en torno a la alimentación, como el rechazo por los sólidos o la necesidad de ser alimentados por terceros sin que exista un impedimento físico para hacerlos autónomamente. Las modificaciones en la dieta que lógicamente suceden en la institucionalización inciden en la presencia de este síntoma ya que por más sabrosa y de buena calidad que sea la comida, no es la acostumbrada. Muchas veces a través de la aceptación o el rechazo del

alimento se plantea una lucha entre el viejo y los cuidadores, dado que el geronte percibe rápidamente que es fundamental para el personal que se alimente bien porque, junto al aseo y a la ausencia de malos olores constituyen las señales que la familia busca detectar para determinar la calidad de la atención; casi podríamos afirmar que las modificaciones de estas variables nos permiten predecir la posibilidad de la aparición de otros síntomas.

- Trastornos del humor: tristeza.
- Trastornos de conducta.
- Reacciones delirantes.
- Desorientación témporo-espacial.
- Ansiedad.
- Quejas somáticas.

Factores de riesgo:

Consideramos que existen una serie de situaciones que permiten predecir con cierta precisión cómo será el proceso que experimentará la persona en su tránsito hacia la institución geriátrica; el conocimiento de esos acontecimientos puede ser de gran utilidad ya que actuarían predisponiendo al viejo a padecer un S.A.G.:

- Mentiras: es muy habitual que no se le diga al viejo que va a ser institucionalizado.
- Decisión unilateral: son muy pocos los viejos consultados por sus familias con respecto a la futura internación.
- Enfermedad psiquiátrica preexistente.
- Enfermedades clínicas.

- Duelo: es habitual observar internaciones geriátricas consecutivas al fallecimiento de uno de los miembros de la pareja y la imposibilidad de que el sobreviviente continúe viviendo solo. Se produce entonces la superposición entre la institucionalización y el duelo con consecuencias difíciles de evaluar que muchas veces contribuyen a la confusión con respecto a cómo es tratado ese viejo, teniendo en cuenta que el duelo no es una enfermedad pero que si se complica por ejemplo con un S.A.G. puede instalarse como una situación crónica de características varias con síntomas psiquiátricos de diferente tipo.
- Problemas sociales.
- Desarraigo: en una investigación anterior se demostró que la institución geriátrica es un lugar al cual se entra pero de donde no se sale; aunque las salidas se produzcan, en el caso de muchos viejos autoválidos, no es lo mismo volver a la casa que retornar al geriátrico. Este hecho tiene profundas implicancias en cómo se sigue desarrollando la vida de la persona institucionalizada, ya que la pérdida de coordenadas que representa el abandono del barrio y sus puntos de referencia pueden producir en algunos viejos fenómenos como los que caracterizan al S.A.G.

Evolución:

Un elevado porcentaje de fallecimientos se da durante el transcurso del primer año de institucionalización en los geriátricos.

El S.A.G. también puede cronificarse y es aquí donde comienzan a tomar forma entidades psicopatológicas más fácilmente diagnosticables como cuadros depresivos, delirios, etc. que se suceden sin solución de continuidad con los síntomas del S.A.G.

La medicalización es la tercera forma evolutiva posible ya que el tratamiento más habitual suele ser la farmacoterapia que en general una vez instaurada suele permanecer indefinidamente.¹⁵

Malnutrición

Un estado de nutrición adecuado contribuye positivamente a un buen estado de salud, a la independencia funcional y a una buena calidad de vida. Sin embargo, entre la población anciana institucionalizada, es frecuente observar alteraciones en la alimentación; de hecho la malnutrición proteico-calórica afecta de un 15-60% de la población que vive en residencias, siendo las cifras inferiores entre los ancianos de vida independiente o no institucionalizados, 3-30 %.

Este desequilibrio entre el aporte de nutrientes y las necesidades de los mismos aumenta la morbimortalidad asociada a numerosas enfermedades crónicas, pudiendo llegar a afectar a la capacidad funcional haciendo al anciano dependiente para la realización de las actividades de la vida diaria, y por tanto, aumentando la necesidad de precisar institucionalización.

Capacidad funcional

Las discapacidades y minusvalías en los ancianos originan una pérdida de la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, como la compra o preparación de los alimentos, o para alimentarse por sí mismo, con la consiguiente insatisfacción de las necesidades nutricionales diarias.

¹⁵ Matusevich D., Szulik J. Síndrome de adaptación al geriátrico. VERTEX Rev. Arg. De Psiquiat. 1997, Vol. VIII: 181-187.

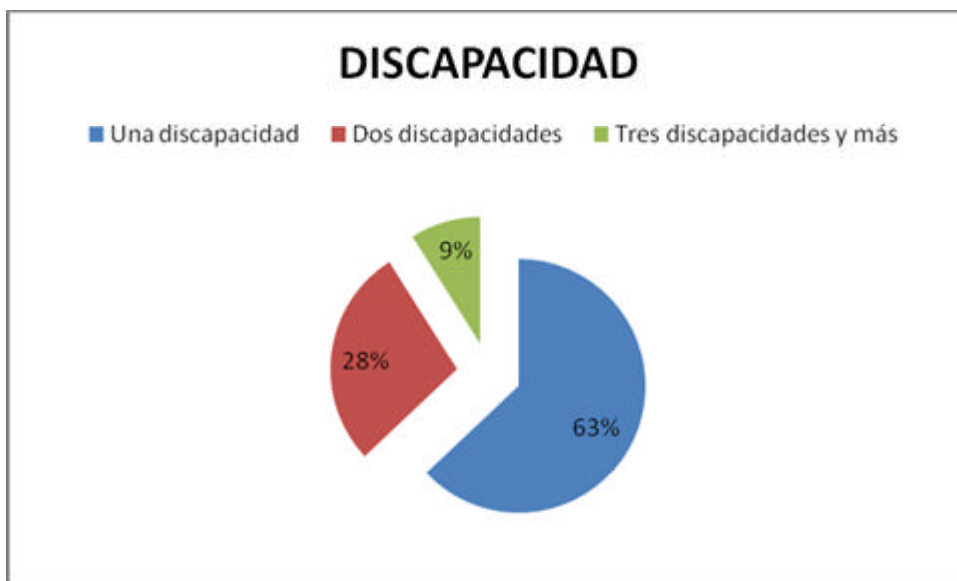
Alrededor de un 32% de las personas mayores presentan discapacidad, siendo ésta una de las principales causas de institucionalización. Se estima que entre el 5 y el 8% de los ancianos necesitan ayuda para llevar a cabo una o más actividades de la vida diaria.

A continuación se exponen datos extraídos del INDEC, de la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. 2002-2003. Complementaria Censo 2001.

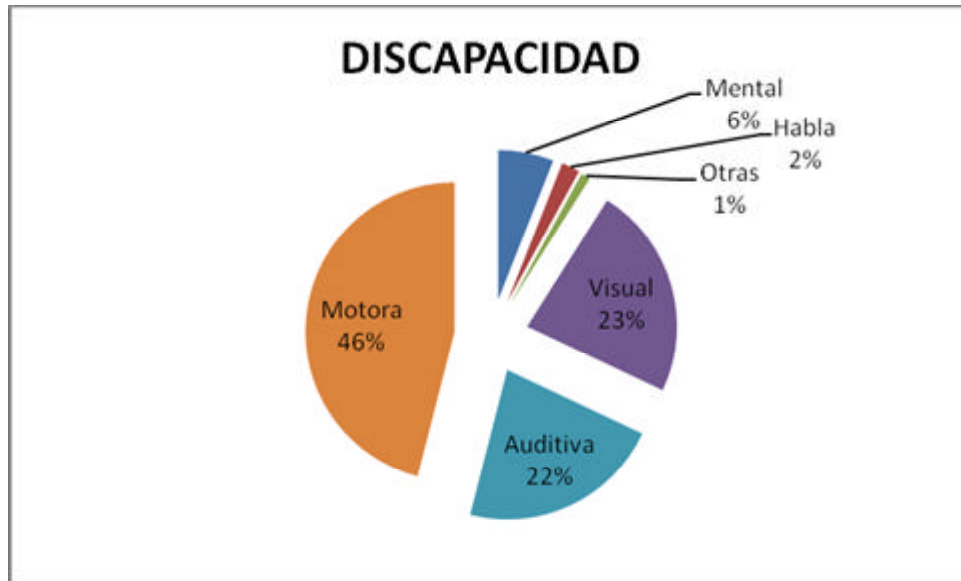
1. Los Mayores de 75 años representan el 37,8%.



2. Población de 65 años y más con discapacidad.



3. Población de 65 años y más con discapacidad.



Falta de apetito

El apetito es el deseo de comer. Su disminución se debe cuando el sujeto tiene menos deseo de consumir alimento, lo cual ocurre a pesar de las necesidades calóricas (energía) básicas del cuerpo.

Las enfermedades pueden afectar el apetito. Si la enfermedad es tratable, el apetito debe retornar una vez que la afección se cura.

La inapetencia puede causar pérdida de peso involuntaria y como ya se mencionó anteriormente, la depresión en los ancianos es una causa común de pérdida de peso que no se explica por otros factores.

Medicamentos

Los adultos mayores son grandes consumidores de fármacos, muchas veces indicados sintomatológicamente sin razones etiológicas que así lo justifiquen. Con lo cual, cada vez se le da mayor importancia debido a las interacciones medicamento-alimento aunque todavía no se tiene mucho conocimiento.

Los medicamentos interactúan por distintos mecanismos, uno de ellos es indirecto y esta originado por la alteración de la flora bacteriana lo que ocasiona graves defectos de absorción de nutrientes. El déficit de vitamina K que causa alteraciones en la coagulación es un ejemplo de este mecanismo.

A continuación las interacciones recogidas en dos recientes publicaciones y sus consecuencias.¹⁶

Tabla 10: Interacciones medicamento-alimento (I. Gauthier. Drug safety 1998)

| | |
|------------------|---|
| • AINES | • Disminuye incidencia de efectos gastrointestinales |
| • Ciprofloxacino | • Disminuye la absorción con lácteos o dietas enterales |
| • Digoxina | • Disminuye la absorción con fibra |
| • Nifedipina | • Disminuye efecto terapéutico por disminuir concentración sérica |

Tabla 11: Problemas nutricionales en relación con la toma de fármacos¹⁷

| FÁRMACO | EFEECTO |
|----------------------------|--|
| AINES * | Pérdida del apetito |
| Antiácidos | Depleción de fosforo, debilidad muscular |
| Antidepresivos tricíclicos | Boca seca |
| Antihistamínicos | Hipotasemia, malabsorción |

¹⁶ Publicación Científica sobre Nutrición Clínica de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, 2009

¹⁷ Cuesta Triana F. Nutrición Hospitalaria en el anciano. Alim. Nutri. Salud, 1999.

| | |
|--------------------|------------------------------|
| Antiparkinsonianos | Boca seca |
| Clorpromazina | Aumento del apetito |
| Corticoides | Aumento del apetito |
| Digoxina | Pérdida del apetito |
| Fenitoína | Anemia con déficit de folato |
| Insulina | Aumento del apetito |
| Laxantes | Boca seca, anorexia |
| Litio | Aumento del apetito |
| Metotrexate | Dificulta la deglución |
| Tioridazina | Aumento del apetito |

TRASTORNOS EMOCIONALES

Uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes en la ancianidad es la depresión. La depresión es el segundo trastorno psiquiátrico más común en los ancianos, después de la demencia,

Según datos de la OMS, la frecuencia de la depresión en la población general oscila entre el 3% y el 5%, lo que supone una población en torno a 250 millones de personas afectadas. La prevalencia de la depresión de la población anciana que vive en comunidad oscila entre el 5% y el 20% pudiendo duplicarse en la población anciana institucionalizada.

Además, la depresión en los pacientes con enfermedades crónicas en la tercera edad se estima en un 25%, especialmente en los que presentan Enfermedad de Alzheimer y Enfermedad de Parkinson.

El estado emocional condiciona, de forma muy importante, el modo con el que el paciente se enfrenta a sus enfermedades y deficiencias, su capacidad para desarrollar su autocuidado y la manera de afrontar cualquier programa terapéutico.

La evaluación del estado afectivo del anciano es importante debido a la frecuencia con que se presentan las patologías emocionales.

DEPRESIÓN Y NUTRICIÓN

Según Leopoldo Salvarezza, el psicogeriatra y el médico general deben estar preparados para saber que la gran mayoría de las depresiones de los viejos, manifiestas o enmascaradas, corresponden a aquellas en las cuales las causas que aparentemente determinan su aparición pueden ser relacionadas con una experiencia vital identificable en un momento más o menos cercano del pasado del paciente. Esta experiencia vital es asimilable en su sentido más amplio a lo que se connota con la palabra “pérdida”, pero considerando que desde la perspectiva del observador, importa poco que ésta haya sido real o no; lo que la determina es la vivencia del sujeto de que algo relacionado con él se ha perdido.

La gran mayoría de las definiciones psiquiátricas de este cuadro, si bien no dejan de considerar el aspecto de “pérdida” como importante, insisten en la tonalidad afectiva de la reacción frente a ésta como el factor determinante para su categorización, considerándola como *desmedida* o *exagerada* con respecto al factor determinante. Esto quiere decir que tenemos dos elementos a considerar separadamente en este cuadro: 1) el motivo: pérdida y 2) la reacción: desmedida.

El primero es parte indisoluble de la vida misma. Todos los individuos, en diferentes momentos de su desarrollo evolutivo y desde el momento de su nacimiento se ven

enfrentados con reiteradas situaciones de pérdida. No debe considerarse que esto tenga una connotación negativa, pues a poco que observemos el desarrollo individual de cualquier persona, empezando por nosotros mismos, veremos que toda adquisición de nuevos bienes, relaciones, situaciones, ideales, etc. implica, en mayor o menor grado, algún tipo de pérdida – parcial o total – de bienes, relaciones, situaciones o ideales anteriores. En consecuencia, esto debe ser considerado dentro de la dialéctica del desarrollo vital humano.

El segundo, la reacción. En tanto la consideremos desmedida nos remite a su término opuesto, adecuada, significando que no hay un solo tipo de respuesta al fenómeno de pérdida sino por lo menos dos, uno *normal* y otro que se desviará de esta normalidad con grados cuantitativamente distintos que nos ubicarán en el terreno de la *no normalidad o patología*.

El psicoanálisis nos ha familiarizado con la conceptualización de las distintas reacciones frente a las situaciones de pérdida y ha creado distintas categorías de ellas, estudiándolas con el nombre de *duelo normal* y *duelo patológico*. A partir del minucioso e importante trabajo de Freud (1915) hemos podido adentrarnos en el carácter íntimo de las reacciones que suceden a la pérdida de objetos o relaciones significativas para el sujeto, y es a partir de estos conceptos que prefiero considerar a las antiguas depresiones reactivas dentro del cuadro del *duelo patológico*. Para una mejor comprensión de su especificidad debemos comenzar por estudiar con cierto detalle lo que se entiende por *duelo normal*.

La palabra duelo tiene dos acepciones que etimológicamente derivan de dos palabras latinas distintas. La primera, que connota una cualidad afectiva deriva de *dolus*, dolor; la segunda deriva de *duellum*, que es la antigua forma de *bellum*, guerra. Es interesante

que *duellum* también tenga relación con *duo*, dos. Esto nos indica, desde la ligazón de la doble significación, que cuando hablamos de duelo estamos en presencia de un vínculo; que este vínculo es conflictivo y que su resolución es dolorosa. Es particularmente importante señalar que un conflicto por resolver necesariamente introduce la dimensión tiempo y por lo tanto, estamos en presencia de un proceso.

Rycroft (1968), siguiendo a Bowlby (1942), define el duelo normal como “el proceso psicológico que es puesto en marcha por la pérdida de un objeto amado y que comúnmente lleva al abandono de dicho objeto. La pérdida del objeto se acompaña de *pena* y puede ser seguida o no por el establecimiento de una nueva relación objetal; típicamente se acompaña de un cierto grado de *identificación* con el objeto perdido”. Esta definición podría dar lugar a malas interpretaciones que derivarían de una discusión sobre la naturaleza del término “objeto amado” que nos llevaría a considerar la racionalidad de lo real, pero desde el punto de vista psicológico el mismo Freud (1915) nos saca de dudas al señalar que “el duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o *de una abstracción equivalente*, la patria, la libertad, el ideal, etc.”. esto significa que desde el punto de vista observacional no debemos detenernos solamente en la búsqueda de los objetos externos o equivalentes cuya pérdida pueda haber determinado la reacción del sujeto, sino también el grado de deterioro que éste siente en su inserción dentro de *su* escala de valores (narcisismo) y que haya afectado su autoestima. Al considerar este último aspecto no hay que olvidar la inserción económica, social y cultural del sujeto en cuestión, puesto que ésta es la que en última instancia proporciona las referencias necesarias para la constitución de dicha escala de valores, dentro de la cual se inscriben los ideales. “Perder un objeto es perder *una relación de objeto*, esto es, *una forma de ser, un modo de existir*, una estructura de

conducta” (G. Royer, 1963, citado por D. García Reinoso, 1975). Asimismo es importante señalar que la pérdida puede estar referida a aspectos parciales del cuerpo – o del esquema corporal - , tal como ocurre en aquellos procesos que asientan preferentemente en el área dos.

El otro punto que importa resaltar es que todo proceso de duelo normal va – o debe ir – acompañado de un afecto correspondiente, que en este caso es la pena o la tristeza. Ahora bien, como este afecto particularmente doloroso es muy difícil de tolerar tanto en uno mismo como en los demás, y siendo la manifestación fenoménica la que predomina, muy fácilmente podemos caer en el error de atribuirle calidad de patológico, de confundir síntoma con estructura y estar tentados a intervenir para modificar su evolución natural. Freud (1915) en este punto es muy preciso, claro y terminante: “Es también muy notable que *jamás* se nos ocurra considerar el duelo como un estado patológico *ni someter al sujeto a un tratamiento médico*, aunque se trata de una condición que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos, efectivamente, en que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y juzgamos inadecuado e *incluso perjudicial perturbarlo*”.

Por lo tanto, si consideramos previsible que a lo largo de la vida se produzcan pérdidas – en el sentido amplio al que ya hemos hecho referencia - , si creemos que la reacción adecuada debe ser la tristeza y que la expectativa de satisfacer deseos y necesidades con aquel objeto ya no será posible, el trabajo de duelo consistirá entonces en el desprendimiento del objeto y en la búsqueda de otro que sí pueda hacerlo. Para que este proceso pueda desarrollarse es necesario que el individuo haya incorporado a lo largo de su evolución una serie de experiencias integradoras de sus conductas instrumentales y

que conformen una adecuada capacidad de frustración frente a las vicisitudes de su inclusión dentro de su escala de valores.

El trabajo de duelo se cumple por lo general en tres etapas sucesivas bastante bien definidas. A los fines prácticos que inspiran mi trabajo voy a señalar los psicodinamismos de estas etapas y su correlación fenomenológica. El primer paso incluye fundamentalmente las conductas defensivas maníacas, entre las cuales adquiere preponderancia la negación. Es un primer paso disociativo y proyectivo, con un intento de depositación de la culpa en depositarios externos. En algunas oportunidades las conductas defensivas pueden no ser lo suficientemente eficaces, el yo es invadido por la ansiedad y pueden ocurrir episodios transitorios de despersonalización. La conducta manifiesta de estos sujetos, que da cuenta de esos psicodinamismos, variará en intensidad dependiendo de la significación atribuida al objeto perdido, de la integración psicosocial del sujeto y de la forma en que se produjo la pérdida. Insisto en que no cabe hablar de manifestaciones clínicas porque no debe observarse a los sujetos en este estado como si estuviesen enfermos. Estos psicodinamismos, fenomenológicamente aparecerán como agitación, llanto, protestas, desasosiego y negación de la pérdida. El sujeto trata de rechazar la idea de que la pérdida ha ocurrido y aparece incrédulo: busca encontrar culpables en algún lado, en primer lugar en el objeto mismo; cuando ha mediado atención médica suele culpar al facultativo por mala atención, descuido o incapacidad, y finalmente suele reprocharse a sí mismo, pero son reproches yodistónicos que no comprometen su autoestima.

En la segunda etapa la pérdida del objeto externo – o equivalentes – lleva a que el yo incremente la relación con los objetos internos que de una u otra manera hayan estado ligados a aquél. Esta relación puede adquirir en ciertos momentos características de

identificación. Concomitantemente la relación con otros objetos externos también se hace más laxa y puede llegar incluso a interrumpirse, especialmente con aquellos que hayan tenido una conexión más cercana con el objeto significativo perdido. A la observación se ve un estado de resignación y aceptación de la realidad de la pérdida y aparece en toda su magnitud la tristeza. El sujeto aparece sumido en interminables recuerdos y su conversación gira en torno a ellos: siente que el mundo no tiene sentido sin el objeto amado y deseado, se retrae, no quiere salir, nada lo distrae y el desgano es evidente. Puede adoptar actitudes que en su momento pertenecieron al objeto perdido. Hay desaliño y abandono en el vestir y en el cuidado personal.

En la tercera etapa la relación con los objetos internos se va debilitando y el sujeto es capaz de restablecer vínculos con los objetos del mundo exterior que había abandonado y finalmente puede conectarse con otros nuevos. Durante este período el sujeto siente que sus recuerdos se hacen más lejanos y se espacian; la conversación comienza a incursionar por otros temas, y recupera el interés por las actividades habituales. Desaparece el desgano y el sujeto se siente en condiciones de salir y aceptar la distracción. Se retoman los hábitos de limpieza y cuidado personal, y generalmente la incorporación de nuevas relaciones e intereses pone fin al proceso. El objeto perdido pasa a ser motivo de evocación cariñosa pero lejana: el duelo ha terminado. Es imposible estimar a priori el tiempo de duración de este proceso, el cual dependerá siempre de factores individuales: 1) personalidad psicológica previa; 2) significación para el sujeto del objeto perdido; 3) capacidad de tolerancia y contención para el sufrimiento por parte del entorno más próximo, y 4) características socioeconómicas y culturales donde se desarrolla el proceso.

Quiero recalcar que este proceso *no es patológico*; por lo contrario, es saludable, y como profesionales debemos abstenernos de intervenir, pues podríamos influir negativamente en su desarrollo. Es aconsejable no utilizar psicofármacos, que pueden ser especialmente perjudiciales. Lo que sí debe hacerse, siempre que tengamos oportunidad, es aleccionar a las personas más próximas sobre la conducta a seguir en cada caso y en cada paso del proceso: ni apurarlo, ni exigirlo. *Al duelo no hay que tratarlo, hay que acompañarlo.*

Si me he extendido en consideraciones sobre este proceso es por dos razones: 1) porque es el paradigma de las situaciones que los seres humanos deben enfrentar a lo largo de su vida, con sufrimiento pero sin enfermedad, y porque solamente conociendo su normalidad podremos apreciar luego la patología, y 2) porque es un lugar común decir que la vejez es el momento de la vida en que se presentan la mayor cantidad de duelos. Esto realmente no es así, ya que se ha demostrado estadísticamente en psiquiatría que las depresiones reactivas (que llamo duelos patológicos) son más frecuentes en las personas jóvenes que en los viejos – comprobación que todavía requiere explicación - , lo que no quita que en las personas mayores de 55 años este trastorno psicológico sea el mayor incidencia en la patología psiquiátrica.

En este punto es necesario hacer una última consideración adicional. En algunas personas viejas, este proceso de duelo puede verse perturbado considerablemente en su tercera etapa, dando lugar a una desproporcionada prolongación de su duración con una agobiante sensación de tristeza sin fin. La resolución del duelo, tal la característica de esta etapa, implica la conexión con nuevos objetos o equivalentes que reemplacen al perdido, pero muchas veces ocurre que estas personas no pueden hacerlo porque los nuevos objetos, sencillamente... ¡no existen! Al respecto es importante diferenciar los

casos en que realmente no existen de aquellos otros en los cuales predomina una caracterología previa rígida, intolerante y con poca ductilidad para aceptar la contingencia de los objetos y su reemplazo, real o simbólico.

La depresión del anciano ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente: psicológicos (ansiedad, sentimientos de culpa, ideación suicida, agitación, alteraciones del sueño), neurológicos (Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, enfermedad vascular), psicosociales (pérdidas personales, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos), nutricionales (deficiencia de vitamina B12, B1, ácido fólico), alteración en el sistema monoaminérgico, etc.

ANTECEDENTES

➤ Nutrición del anciano y prótesis dentales.

J. L. Miquel, G. Manciet, E. R. Monsalve, P. Ferran y F. X. Michelet. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 98(3), 1985.

En este estudio se analizaron algunos de los factores que determinan el equilibrio nutricional del anciano, las perturbaciones más comunes de dicho equilibrio y el papel que pueden desempeñar las prótesis dentales en la prevención de problemas nutricionales. Esta investigación concluyó que las alteraciones nutricionales en el anciano con frecuencia se encuentran ligadas a deficiencias bucodentales, como la desdentación y prótesis defectuosas. Por lo que es muy importante encontrar un tratamiento adecuado para el paciente anciano con desequilibrio nutricional.

➤ **Relación entre el Estado de Salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades en México.**

S. Aída Borges Yáñez, Gerardo Maupomé Carvantes, Mario Martínez González, Leticia Cervantes Turrubiates, Luis Miguel Gutiérrez Robledo. *Nutrición Clínica*, Volumen 6, Número 1, enero-marzo, 2003.

El objetivo de este estudio fué evaluar la relación entre el consumo de nutrientes y el estado de salud bucal en ancianos. Este estudio refleja que los ancianos de México, consumen una menor cantidad de nutrientes que la recomendada para los individuos de su edad. Este fenómeno se presenta con mayor frecuencia entre los individuos edentados que no usan prótesis dentarias, particularmente en el caso de los alimentos que contienen grandes cantidades de carbohidratos, proteínas, fibra dietética, calcio, hierro y vitaminas B₁ y B₃.

La conclusión de esta investigación fue que el estado de salud bucal, particularmente el que concierne a los dientes, tiene una relación directa con la capacidad de consumir ciertos nutrientes en las personas ancianas, lo que se relaciona con el riesgo de manifestar desnutrición.

➤ **La desnutrición en la tercera edad y su repercusión en las enfermedades de la boca.**

Ricardo Roisinblit (Argentina). *Odontogeriatría*.

Es un trabajo informativo acerca de la desnutrición en la tercera edad, tomándola como uno de los aspectos más importantes que repercuten en la salud de los ancianos y en especial de la salud bucal. Señala la importancia de conocer los diferentes factores que intervienen en la desnutrición, interrelacionándolos y aportando algunas soluciones.

➤ **Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales.**

Sergio Sánchez García, Teresa Juárez Cedillo, Hortensia Reyes Morales, Javier de la Fuente Hernández, Fortino Solórzano Santos y Carmen García Peña. Salud Pública de México. Volumen 49, Número 3, mayo-junio, 2007.

El objetivo de este trabajo de investigación fue evaluar el efecto que tiene el estado de la dentición en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales en los últimos seis meses.

El estudio se llevó a cabo en el suroeste de la ciudad de México. Se realizaron entrevistas domiciliarias para recabar datos sociodemográficos, utilización de los servicios de salud bucodental, problemas para realizar actividades regulares y su relación con el estado de la dentición en los últimos seis meses, mediante el índice OIDP (Oral Impacts on Daily Performances). El OIDP mide el efecto de la salud bucal con base en ocho dimensiones relacionadas con la capacidad del sujeto para realizar las actividades habituales en los últimos seis meses. Cada una de las ocho dimensiones del instrumento se evaluó mediante una pregunta con dos componentes, frecuencia y gravedad de los problemas dentales que ocasionaron dificultad durante los pasados seis meses respecto de a) comer y disfrutar los alimentos, b) hablar y pronunciar de forma correcta, c) limpiarse o lavarse los dientes, d) dormir y relajarse, e) sonreír /reírse y mostrar los dientes sin pena, f) mantener el estado emocional normal, sin enojo, g) desempeñar el trabajo o las funciones sociales en forma normal y h) disfrutar el contacto con la gente.

Luego, tres profesionales de la salud bucodental, capacitados para determinar el estado de la dentición de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud,

realizaron un examen clínico. La muestra correspondió a un mínimo de 384 ancianos mayores de 60 años que presentaban por lo menos un diente natural en la boca. La prevalencia de pacientes geriátricos con problemas para llevar a cabo sus actividades habituales fue de 21,5%. Los principales problemas en las actividades habituales fueron comer, hablar, incapacidad de no irritarse, lavarse los dientes e imposibilidad de disfrutar el contacto con la gente.

Este estudio concluyó que el estado de la dentición en los ancianos tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto, afecta la calidad de vida, con mayores consecuencias en comer y disfrutar los alimentos, así como hablar y pronunciar de modo correcto.

➤ **Impacto de la bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental.**

Javier de la Fuente Hernández, Óscar Sumano Moreno, María Cristina Sifuentes Valenzuela y Alberto Zelocatecatl Aguilar. Dossier Salud Pública y Epidemiología en Odontología 29(63):83-92. Julio-diciembre de 2010. Universidad de Odontología.

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores. Se realizó un estudio de corte transversal en 150 adultos mayores entre los 60 y 85 años de edad, quienes asistían a consulta dental en una Delegación política de la Ciudad de México. La información se obtuvo mediante el registro de los impactos bucodentales durante los últimos seis meses, a través del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14, por su sigla en inglés), y la salud bucodental, con el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD). Como resultados se identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la

preocupación por problemas con los dientes y boca (87,3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60,7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias y dificultad para realizar actividades diarias. La conclusión de este trabajo de investigación fue que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas.

➤ **Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México.**

Nubia Franco Álvarez, José Alberto Ávila Funes, Liliana Ruiz Arreguá y Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Revista Panamericana Salud Pública. 2007; 22(6):369-75.

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales y de salud asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores que viven en la comunidad en la Ciudad de México. Fue un estudio transversal y de análisis secundario de los datos de las personas de 60 años o más de la zona metropolitana de la Ciudad de México participantes en el estudio multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado entre 1999 y 2000. Además del riesgo de desnutrición se analizaron también otras variables (Índice de Masa Corporal, comorbilidad, síntomas depresivos, salud bucal, función mental, capacidad funcional, situación económica y social). Las conclusiones que arroja este estudio fue que los determinantes del riesgo de desnutrición son múltiples y diversos. Para establecer el riesgo de desnutrición se debe evaluar de forma intencionada la situación económica y social del adulto mayor, además de la información de salud y antropometría tradicional.

➤ **Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil.**

Arthur Eumann Mesas, Selma Maffei de Andrade, Marcos Aparecido Sarria Cabrera y Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno. Revista Brasileira Epidemiológica. 2010; 13(3): 434-45.

Este estudio de investigación tuvo como objetivo examinar la asociación entre el déficit nutricional y problemas de salud oral en adultos mayores no institucionalizados de una comunidad en Brasil. Fue un estudio transversal, en donde se obtuvieron datos de 267 adultos mayores con edad entre los 60 y 74 años. El déficit nutricional fue identificado con la Mini Evaluación Nutricional (MEN). La valoración odontológica incluyó exploración bucodental, medición del flujo salivar estimulado y aplicación del Geriatric Oral Health Assessment Index para la percepción oral. Los análisis multivariantes fueron ajustados por variables sociodemográficas, depresión y consumo de medicamentos.

La conclusión que arrojó este estudio fue que el deterioro de la salud oral marcado por la ausencia de oclusión posterior, la hiposalivación, la enfermedad periodontal avanzada y la percepción negativa de la salud oral se asoció con déficit nutricional, identificado por la MEN. Por b tanto, es necesario destacar la importancia de la integración entre odontología y nutrición en la promoción de salud en adultos mayores, especialmente en la prevención de la pérdida dental, rehabilitación protésica y segura condición oral que no implique en obstáculos para una dieta adecuada.

➤ **Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral.**

Sandra Arlette Pinzón y María Victoria Zunzunegui. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 1999; 9: 216-224.

El objetivo de este estudio fue detectar necesidades de atención bucodental en población geriátrica institucionalizada en Granada, España a través de la aplicación de la versión validada del Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). Se seleccionó una muestra de 100 individuos en 4 residencias de Granada. Se realizó un examen odontoestomatológico completo para detectar clínicamente la necesidad de atención bucodental y se aplicó el GOHAI. Se relacionaron la necesidad de atención percibida y la clínica determinada por el profesional. Como resultados de este estudio se obtuvieron valores predictivos positivos de la prueba para detectar necesidades de atención bucodental del 98,5%, para detección de necesidad de atención por enfermedad periodontal 52,9%, para detección de necesidad de atención por caries dental 55,85%, para detección de necesidad de prótesis dental 80,8% y para detección de necesidad de atención por deficiencias en higiene oral 50%.

Como conclusión se puede decir que el GOHAI puede ser utilizado como screening para la derivación oportuna de los adultos mayores institucionalizados que requieran atención bucodental y detección de necesidades de prótesis dental y de higiene oral.

➤ **Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor.**

José Luis Montes S. Revista Dental de Chile. 2001; 92(3): 29-31

En esta revisión bibliográfica el autor concluye que: a) la salud oral del adulto mayor influye directamente en su calidad de vida, b) el dolor oral es un factor importante en la predicción del impacto psicosocial de la salud oral en el adulto mayor, c) los pacientes de bajo nivel socioeconómico sufren más problemas de dolor oral, d) para los pacientes

de alto nivel socioeconómico el status de salud oral mejora su calidad de vida, e) no existe asociación entre el género y la salud oral, f) las mujeres refieren con mayor frecuencia problemas de dolor y preocupación debido a su salud oral, g) las mujeres presentan más problemas de comunicación debido a su salud oral, h) un bajo porcentaje de pacientes ven deteriorada o mejorada su salud oral, mientras que la mayoría lo mantiene. Muchos de los autores de esta revisión afirman que la salud oral influye en la calidad de vida del adulto mayor.

➤ **Estado nutricional de adultos mayores institucionaliza dos venezolanos.**

Nahir Rodríguez, Rosa Hernández, Héctor Herrera, Johanna Barbosa y Yolanda Hernández Valera. Investigación Clínica. V.46 N°3. Maracaibo, septiembre de 2005.

Con el propósito de evaluar el estado nutricional de adultos mayores institucionalizados en distintos Centros Geriátricos en el Área Metropolitana de Caracas, se evaluaron 126 voluntarios entre 60 y 96 años, a quienes se les aplicó el Mini Nutritional Assessment (MNA). El instrumento identificó riesgo nutricional en 48, 4% de los sujetos, con malnutrición 5,6% y 46% sin problemas nutricionales. Un bajo consumo de líquidos por día, un IMC inferior o igual a 23 kg/m² y un limitado desempeño físico fueron los elementos que se observaron con mayor frecuencia en los adultos mayores evaluados. Como conclusión se puede decir que más del 50% de los adultos mayores evaluados presentó malnutrición o riesgo de malnutrición, de lo que se puede deducir que la condición de institucionalizado podría estar relacionado con deterioro del estado nutricional. La alta prevalencia de riesgo de malnutrición en este grupo poblacional, indica la necesidad de incluir dentro de la valoración geriátrica integral, un instrumento de evaluación del estado nutricional, rápido, sencillo y no invasivo.

➤ **Estado de salud bucodental en el adulto mayor.**

Beatriz García Alpízar, Arturo Guerra Alfonso y Mikhaíl Benet Rodríguez. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Cuba. Medisur 2006; 4(2).

El objetivo de este estudio fue describir el estado de salud bucal y evaluar el nivel de conocimiento que la población estudiada tiene sobre este tema. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, que abarcó 174 personas de consultorios del municipio de Cienfuegos, Cuba. Se aplicó una encuesta de conocimientos, sobre factores de riesgo del cáncer bucal y se examinó el estado de salud bucal de todos los encuestados. Los resultados que arrojó este estudio fueron que más del 50% de los encuestados, plantearon que el consumo de bebidas alcohólicas y/o la ingestión de alimentos calientes y condimentados no producen daño bucal, o no tenían ningún conocimiento al respecto. Sólo tenía dientes el 32,2% de la muestra y de éstos el 3,4% con 20 o más dientes. Más del 40% padecían enfermedad periodontal y un 44,3%, presentaba las prótesis desgastadas y desajustadas y la mayoría tenían necesidad de prótesis (77,1%). La mayor cantidad de lesiones encontradas, fueron producidas por prótesis mal adaptadas, las cuales, junto al tabaquismo, fueron los factores de riesgo que se relacionaron con las lesiones premalignas y malignas. Como conclusión se puede decir que la población estudiada tiene poco conocimiento sobre los factores de riesgo que favorecen el cáncer bucal. La presencia de lesiones estuvo asociada, mayormente, al uso de prótesis mal adaptadas.

➤ **Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales.**

Justiniano Sotomayor Camayo, Martha Elena Pineda Mejía, Luis Gálvez Calla y Alcides de la Cruz Castellón. *Odontología Sanmarquina*. 2002; 1(10): 17-22.

En este estudio se examinaron 57 adultos de la tercera edad portadores de Prótesis Totales Mucosoportadas en la residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Breña, Lima, Perú. La edad de los examinados fue de 65 a 94 años. Se hizo una evaluación clínica de la cavidad bucal así como una evaluación del estado de la prótesis en uso. Se determinó que un 73,7% presentaba alteraciones clínicas en la mucosa bucal asociadas al uso de las prótesis totales.

Las alteraciones que se presentaron con más frecuencia fueron: estomatitis subplaca en un 33,3%; úlcera traumática en el 21,4%; hiperplasia en el 16,7%; leucoplasia en el 11,9%; queilitis angular en el 9,5%; y candidiasis seudomembranosa en un 7,1%.

El tiempo de uso de las prótesis influyó significativamente en la frecuencia de presentación de alteraciones mucosas.

El estado de adaptación de la prótesis completa influyó significativamente en la presencia de alteraciones mucosas. El uso de “prótesis desadaptadas” se asoció básicamente con las alteraciones mucosas: hiperplasia, queilitis angular y úlcera traumática.

- Úlcera traumática: lesión junto al borde de la prótesis, de aspecto blanco amarillento con halo eritematoso, presencia de dolor al contacto o presión.
- Candidiasis seudomembranosa: parches blancos amarillentos que se desprenden al raspado dejando una base eritematosa.
- Estomatitis subplaca: lesión eritematosa en paladar, lugar ocupado por la prótesis total superior.

- Hiperplasias: se observa un aumento del volumen de tejido en la mucosa de soporte por efectos de cámaras de succión (prótesis antiguas) o en zona adyacente a la prótesis.
- Leucoplasia: lesión predominantemente blanca, de superficie irregular nodular o exofítica que no se desprende al raspado, no presenta sintomatología.
- Queilitis: fisuras eritematosas en los pliegues comisurales.

➤ **Lesiones en la cavidad bucal de adultos mayores institucionalizados.**

Carnevale S., Soldano O. y Bassan N. Revista Argentina de Gerontología y Geriátría. Anuario 2008-2009. Tomo XXVI – Año 26. Septiembre de 2009.

El objetivo de este estudio fue detectar clínicamente en adultos mayores institucionalizados, tipo y localización de lesiones de la cavidad bucal y relacionarlas con edad, sexo, grado de dependencia y uso de prótesis.

Se examinó clínicamente la cavidad bucal de 150 pacientes, mayores de 60 años, institucionalizados en el Hospital Geriátrico Provincial, Rosario (Argentina).

La población presentó un promedio de 75 años de edad. Dependientes o semidependientes el 82%. Parcial o totalmente desdentados 99%; no usaban prótesis el 65%. Se detectaron lesiones en el 20%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación a sexo, grado de dependencia, alcohol y tabaco.

Se halló relación estadísticamente significativa entre estar parcial (14%) y totalmente desdentado (30%) y uso de prótesis (31%) versus el no uso 14%. El 47% de las lesiones eran cancerizables y asociadas al uso de prótesis.

Como conclusión se puede decir que la falta de tratamiento protésico, de control de prótesis existentes y de examen de la cavidad bucal, son factores condicionantes del importante porcentaje de lesiones encontradas.

PLANTEO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la ingesta nutricional y su estado de dentición y capacidad masticatoria en el Adulto Mayor?

JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Con el paso de la vida la vulnerabilidad biológica aumenta, entendiéndose por tal la predisposición de los órganos y sistemas de la economía humana a sufrir alteraciones en su funcionamiento.

Uno de los elementos estrechamente vinculados a la mayor o menor vulnerabilidad biológica es el estado nutricional, situación ésta que en los Adultos Mayores se ve influenciada y comprometida por la dentición, ya que al disminuir la función masticatoria, como paso inicial del proceso digestivo, por mal estado o pérdida de piezas dentarias sumado, en algunos casos, al precario nivel educativo y a la imposibilidad económica para acceder a una correcta atención odontológica; el aporte nutricional se ve deteriorado.

Avanzar sobre este tema implica abordar un problema puntual sobre el cual no abundan elementos en la literatura, mucho menos aún desde la óptica de la nutrición como eje fundamental de las ciencias de la salud.

La importancia de este tipo de análisis radica en que las consultas odontológicas ocupan, en la población general, y calculando una tasa de uso promedio para esta población que oscila entre el 8 – 10 %, la primera causa de consulta del sistema de salud.¹⁸

Si enfocamos la población comprendida entre los 60 y más años, edad ésta en la cual se inicia la categoría de adulto mayor según última estratificación etaria de la OMS en el

¹⁸ Datos del Ministerio de Salud de la Nación. Marzo de 2008.

Consenso de Ginebra de fines del año 2009, la tasa de uso de utilización del sistema sanitario sube a valores que oscilan entre el 17 – 21%, no habiéndose registrado específicamente en el país el porcentaje de esta tasa que representa la consulta odontológica pero por interpolación de inferencia se puede considerar que la misma ocupa un elevado rango.

Por lo tanto profundizar el análisis de esta investigación lleva a entrar a un terreno específico sobre el cual abundan los datos empíricos pero que se encuentran escasamente sostenidos sobre evidencia científica manifiesta, en especial en la provincia de Santa Fe donde hay una falta importante de referencias epidemiológicas de este particular rango etario.

La dentición pobre y la pérdida de dentición aumentan con la edad. Muchas personas mayores llevan dentadura postiza que puede afectar o puede limitar el tipo de comidas debido a las dificultades de masticación. Los alimentos densos en nutrientes como las frutas frescas crudas, frutos secos, verduras ligeramente cocinadas y carnes podrían ser evitadas porque requieren masticación, y esto puede reducir las ingestas de muchos micronutrientes esenciales. Los desórdenes de deglución (disfagia) también son comunes en el anciano (por encima del 30–50 % en ancianos institucionalizados) y normalmente se relaciona a las condiciones médicas como el ictus, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer y la neuropatía del diabético.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Investigar la relación existente entre el estado dentario y la calidad de la ingesta nutricional del Adulto Mayor.

Objetivos Específicos

- Vincular el deterioro dentario con la posible disminución de la ingesta de determinados alimentos.
- Evaluar el grado de relación existente entre el estado dentario y la cantidad y calidad diaria de la ingesta.

METODOLOGÍA

LUGAR EN QUE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE CONTEXTO

El estudio se realizará en tres geriátricos, Instituto Villa Victoria, Instituto Privado Modelo y Hogar Español, ubicados en el Municipio de Rosario. Ejido urbano que de acuerdo a los datos del último Censo Nacional cuenta con 992.000 habitantes más 290.000 ubicados en la periferia del Municipio y aledaños, área llamada Gran Rosario. La ciudad se recuesta sobre un importante río navegable que la comunica con el exterior a través del estuario Río de la Plata, estando vinculada por una red carretera a las principales ciudades del país.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población corresponde a una población cerrada de Adultos Mayores, de ambos sexos, de 60 años y más de edad que viven en los geriátricos mencionados. Se trabajó con una población heterogénea de Adultos Mayores. Sobre un total de 142 Adultos Mayores de dichas instituciones, se incluyeron en la muestra, con carácter anónimo, previo consentimiento de los mismos, a aquellos adultos que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos Mayores de 60 años y más de edad.
- ✓ Adultos Mayores en el perfil de autovalidez física con equilibrio emocional.
- ✓ Adultos Mayores cuya alimentación sea de tipo oral.

Criterios de exclusión:

- ✓ Adultos Mayores que se encuentren postrados o inválidos.
- ✓ Adultos Mayores que se encuentren depresivos diagnosticados por Médico Psiquiatra.
- ✓ Adultos Mayores cuya alimentación sea de tipo enteral o parenteral.
- ✓ Adultos Mayores que requieran asistencia para alimentarse.

Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas.

MUESTRA

La muestra se conformó con 40 personas de ambos sexos, mayores de 60 años, pertenecientes a las Residencias Geriátricas, representando el 80% de la población, aplicando los criterios de inclusión y exclusión anteriormente detallados, que aceptaron ser incluidos en esta investigación.

DISEÑO DEL ESTUDIO

- ✓ **Descriptivo**: permite comenzar con la investigación, su objetivo es determinar la situación de las variables involucradas en el estudio en un momento dado, la frecuencia con que se presenta un fenómeno, características de las personas, lugar y periodo donde ocurrió, en este caso, se trata del estado de la salud bucal y la ingesta alimentaria en adultos mayores institucionalizados.
- ✓ **Observacional**: ya que permite observar en los geriátricos la ingesta de los adultos mayores y su estado de dentición.

- ✓ **Transversal**: se realizarán observaciones a fin de poder determinar la situación de las variables estudiadas en la investigación en un determinado momento en el tiempo.

HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder llevar a cabo la investigación, se siguió el siguiente criterio ético: petición de la autorización del director de la Residencia Geriátrica, se contó también con la colaboración del Licenciado en Nutrición y demanda de cooperación a cada sujeto con el fin de obtener su consentimiento.

Lograda la autorización se prosiguió a la recogida de los datos en 2 etapas:

1. Se analizaron los datos de los Adultos Mayores de la residencia, obtenidos de las historias clínicas, para evaluar cuales podían ingresar a la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión. Una vez obtenida dicha información, se conformó la muestra y se prosiguió con la siguiente etapa.
2. Se realizó la prueba piloto, una vez realizada la misma se registraron los datos de cada uno de ellos de los residentes.

La Ingesta Nutricional se efectuó a través del siguiente instrumento:

Encuestas: Se recurrió a la utilización de encuestas semi-estructuradas que contó con preguntas mixtas. Las encuestas alimentarias fueron destinadas a los ancianos institucionalizados.

- Modelo de encuesta (Ver Anexo)

Recopilación de datos de las Historia Clínica: Obtención de datos personales, datos clínicos, estado de dentición, patologías y plan alimentario requerido.

Relevamiento de datos

Para la carga y el análisis descriptivo de datos se utilizó la herramienta Excel 2007 del paquete Microsoft Windows.

Se analizó la información y se volcaron los datos en cuadros simples o de distribución de frecuencia, gráficos de torta y barra según corresponda.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro N° 1: “Distribución según sexo y grupo etario de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas”

| Rango de edad | N° Individuos | Femeninos (%) | N° Individuos | Masculinos (%) |
|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 60 a 69 años | 0 | 0 | 3 | 7,5 |
| 70 a 79 años | 5 | 12,5 | 2 | 5 |
| 80 a 89 años | 20 | 50 | 1 | 2,5 |
| Más de 90 años | 8 | 20 | 1 | 2,5 |
| TOTAL | 33 | 82,5 | 7 | 17,5 |

El Cuadro N° 1 muestra que el 17,5% (n= 7) de los adultos mayores que residen en las Instituciones Geriátricas son varones siendo ampliamente mayor el porcentaje de mujeres con el 82,5% (n=33).

En el sexo masculino el mayor porcentaje de varones se encuentra en el rango comprendido entre los 60 a 69 años de edad, y en el sexo femenino lo encontramos entre los 80 a 89 años de edad.

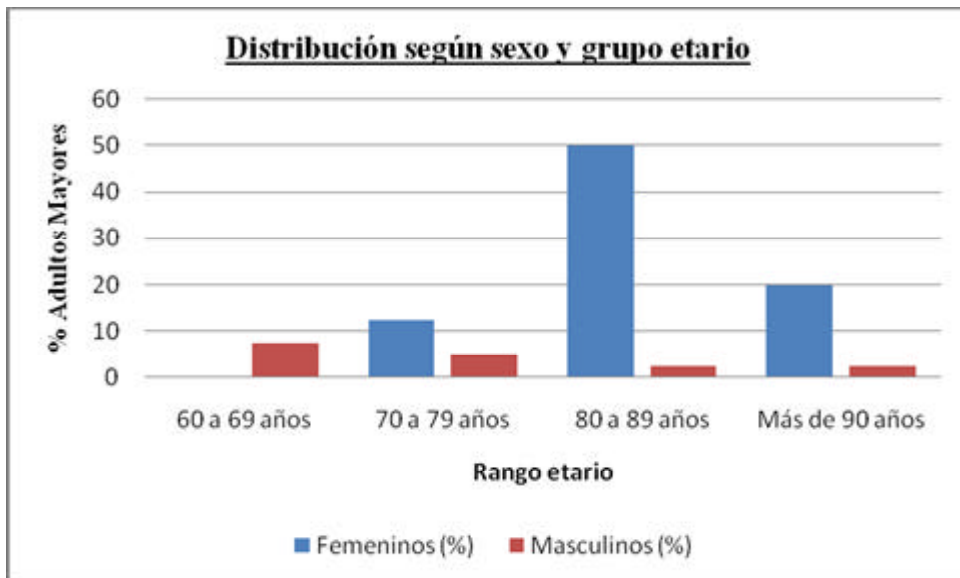


Gráfico N° 1: Los rangos de edades con mayor porcentajes de individuos son entre los 60 a 69 años y entre 80 a 89 años.

Cuadro N° 2: “Distribución de datos en relación al sexo y al Índice de Masa Corporal de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas”.

| Variable | Media | N° Individuos | Valor Mínimo | Valor Máximo |
|----------------|-------|---------------|--------------|--------------|
| IMC (Total) | 27,62 | 40 | 17,05 | 42,16 |
| IMC(Masculino) | 23,59 | 7 | 21,25 | 25,75 |
| IMC (Femenino) | 28,26 | 33 | 17,05 | 42,16 |

El IMC (Índice de Masa Corporal) medio obtuvo un valor de 27,62; las mujeres presentan un IMC medio mayor al de los varones en 4,67.

Cuadro N° 3: “Distribución de datos según sexo y el estado dentario de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas”.

| Dentición | N° Individuos | Femenino (%) | N° Individuos | Masculino (%) |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| Prótesis superior | 7 | 17,5 | 4 | 10 |
| Prótesis Inferior | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ambas prótesis | 15 | 37,5 | 2 | 5 |
| Desdentado ó Edéntulo | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 |
| Parcialmente dentado | 4 | 10 | 0 | 0 |
| Totalmente dentado | 6 | 15 | 0 | 0 |
| TOTAL | 33 | 82,5 | 7 | 17,5 |

El Cuadro N° 3 muestra que los porcentajes más elevados correspondientes a las mujeres es el 37,5% (n=15) que representan a las que tienen ambas prótesis dentales, mientras que el de los hombres 10% (n=4) son aquellos que solamente tienen la prótesis superior.

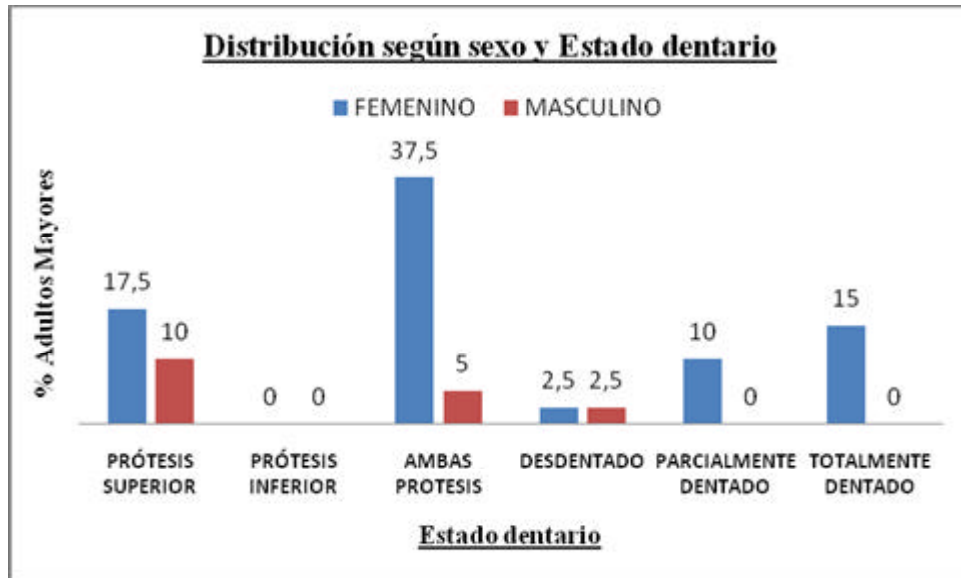


Gráfico N° 2: Los porcentajes de individuos que presentan un estado dentario óptimo son 37,5% (ambas prótesis) y 15% (totalmente dentado), ambos correspondientes a mujeres.

Cuadro N° 4: “Distribución porcentual de los tipos de dietas que se sirven en las Instituciones Geriátricas”.

| Tipo de Dieta | N° Individuos | % |
|----------------|---------------|------|
| General | 15 | 37,5 |
| Hiposódica | 9 | 22,5 |
| Gástrica | 5 | 12,5 |
| Rica en Fibras | 5 | 12,5 |
| DBT | 4 | 10 |
| Blanda | 1 | 2,5 |
| Hepática | 1 | 2,5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 4 nos muestra que la mayoría de los adultos mayores ingieren dieta general, representando el 37,5% del total. Con el 22,5% del total se hallan las dietas hiposódicas, un 12,5% gástricas y rica en fibras, un 10% para personas diabéticas y un 2,5% para hepáticas y blandas.

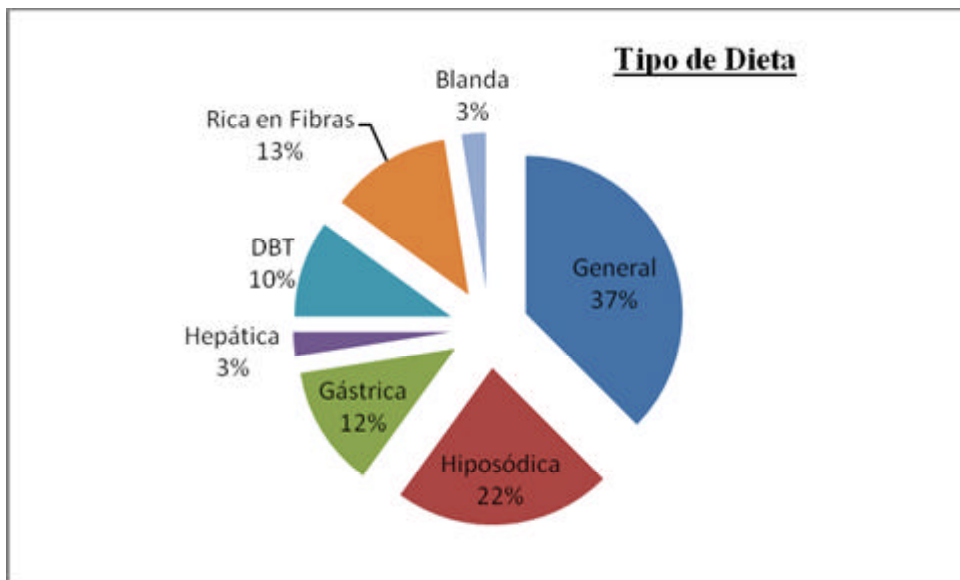


Gráfico N° 3: La dieta general está preescrita para el 40% de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas.

Cuadro N° 5: “Distribución según satisfacción del servicio general de alimentación que ofrecen las Instituciones Geriátricas.”

| Satisfacción | N° Comensales | % |
|----------------|---------------|------|
| Muy suficiente | 11 | 27,5 |
| Suficiente | 29 | 72,5 |
| Insuficiente | 0 | 0 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 5 refleja que la mayoría los adultos mayores 72,5% (n=29) están meramente conformes con el servicio alimentario que ofrecen los Geriátricos y el 27,5% (n=11) se encuentra muy satisfecho.

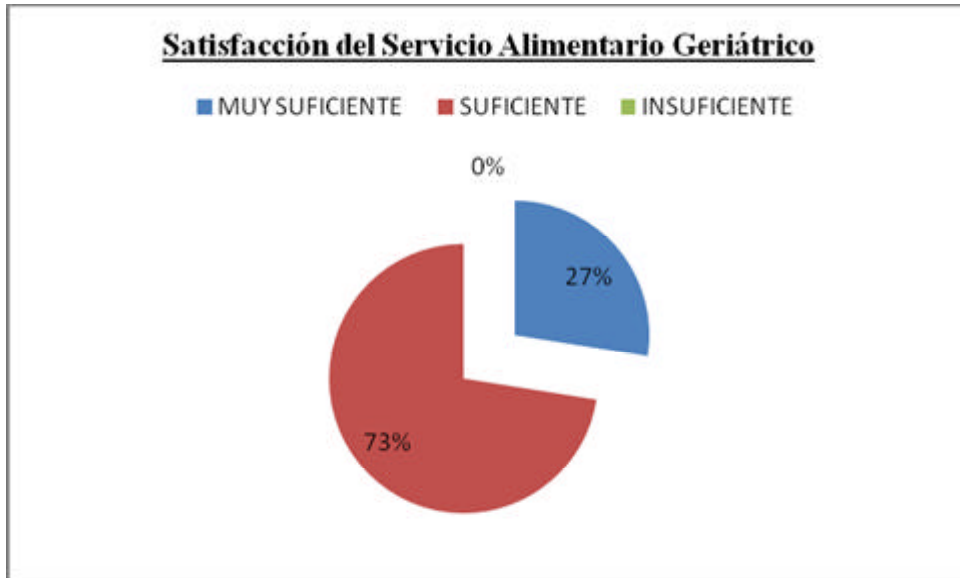


Gráfico N° 4: El servicio alimentario geriátrico es considerado suficiente para la mayoría de los residentes.

Cuadro N° 6: “Consumo de alimentos no aportados por las Instituciones Geriátricas”

| Consumo | N° Residentes | % |
|---------|---------------|-----|
| SI | 18 | 45 |
| NO | 22 | 55 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 6 refleja que cerca de la mitad de los Adultos Mayores 45% (n=18) consumen alimentos que no son aportados por las Instituciones. Es importante destacar

que los alimentos consumidos son galletitas y/o bizcochos para acompañar el mate cebado, como un hábito.

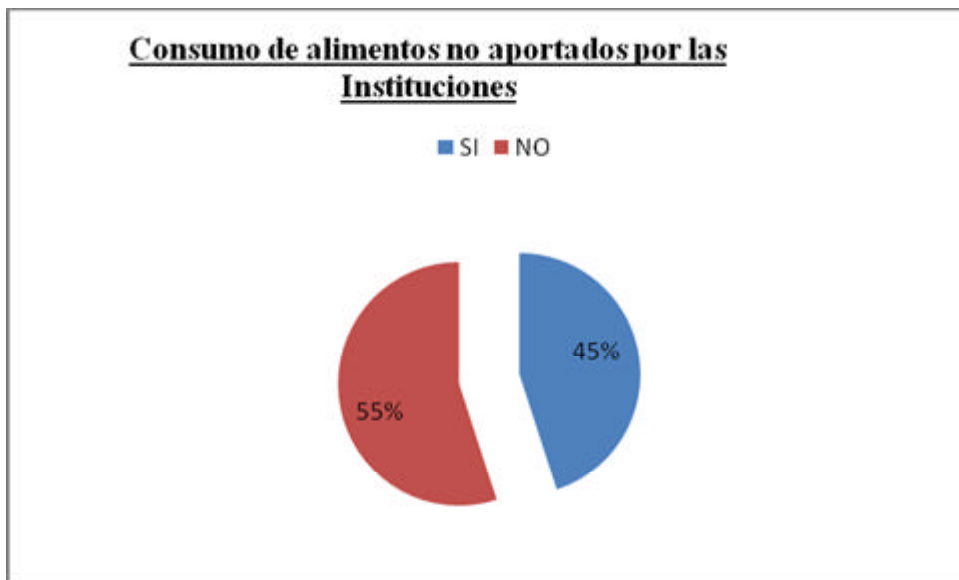


Gráfico N° 5: El consumo de de alimentos no aportados por las Instituciones es adoptado por aproximadamente la mitad de los residentes.

Cuadro N° 7: “Ingesta disminuida debido al estado de dentición”.

| Ingesta disminuida | N° Residentes | % |
|--------------------|---------------|------|
| SI | 5 | 12,5 |
| NO | 35 | 87,5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 7 refleja que la mayoría de los Adultos Mayores 87,5% (n=35) refieren mantener la ingesta adecuada y el 12,5% (n=5) la ingesta disminuida como consecuencia de su dentición.



Gráfico N° 6: La mayoría de los residentes mantiene una ingesta adecuada.

Cuadro N° 8: “Dificultad en la masticación debido al estado dentario”.

| Dificultad masticatoria | N° Residentes | % |
|-------------------------|---------------|-----|
| SI | 14 | 35 |
| NO | 26 | 65 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 8 muestra que la mayoría de los Adultos Mayores 65% (n=26) no presentan dificultad en la masticación de los alimentos ofrecidos por las Instituciones y el 35% (n=14) si presentan dificultad masticatoria debido al estado dentario.

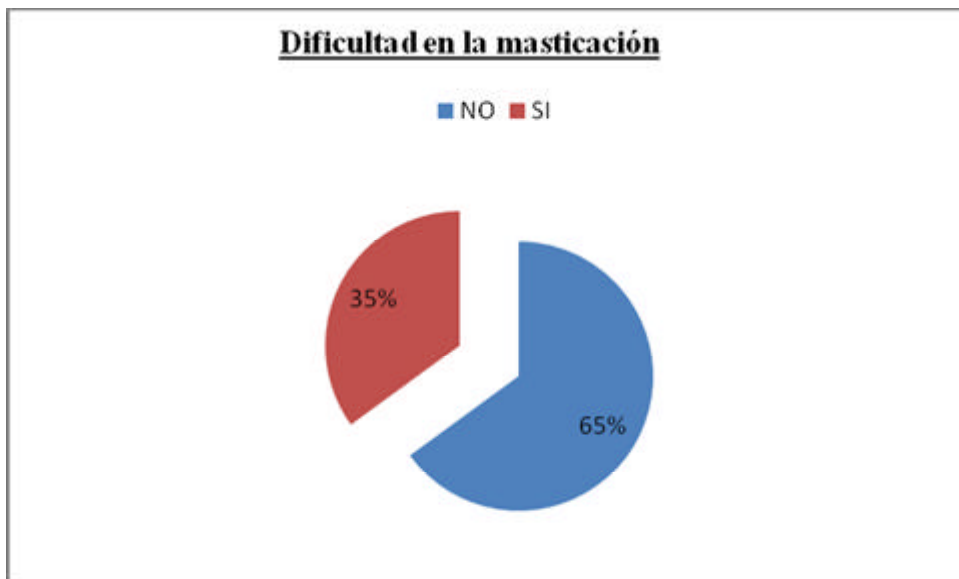


Gráfico N° 7: La mayoría de los residentes de las Instituciones Geriátricas no presentan dificultad en la masticación de los alimentos debido al estado dentario.

Cuadro N° 9: “Dificultad en el habla a causa del estado dentario de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas”.

| Dificultad | N° Residentes | % |
|------------|---------------|------|
| SI | 1 | 2,5 |
| NO | 39 | 97,5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 9 refleja que la mayoría de los Adultos Mayores 97,5% (n=39) no presentan dificultad al hablar como consecuencia del estado dentario y el 2,5% (n=1) sí presenta dificultad.



Gráfico N° 8: La mayoría de los Adultos Mayores residentes en las Instituciones Geriátricas no presentan dificultad en el habla debido a su estado dentario.

Cuadro N° 10: “Autoaislamiento como consecuencia del estado de dentición”.

| Autoaislamiento | N° Residentes | % |
|-----------------|---------------|-----|
| SI | 0 | 0 |
| NO | 40 | 100 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 10 refleja que la totalidad de los residentes 100% (n=40) no se apartan de otras personas por el estado dentario.



Gráfico N° 9: La población total de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas no se aparta por su estado dentario del resto de los residentes.

Cuadro N° 11: “Disgusto al momento de comer frente a otras personas debido al estado dentario”.

| Disgusto | N° Residentes | % |
|----------|---------------|-----|
| SI | 0 | 0 |
| NO | 40 | 100 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 11 muestra que la totalidad de los residentes 100% (n=40) no siente disgusto al momento de comer frente a otras personas por el estado dentario.



Gráfico N° 10: La población total de los Adultos Mayores de las Instituciones Geriátricas no siente disgusto al comer frente a otras personas por su estado dentario.

Cuadro N° 12: “Molestias o dolor en las piezas dentarias o mucosa bucal”.

| Molestias /dolor | N° Residentes | % |
|------------------|---------------|-----|
| SI | 2 | 5 |
| NO | 38 | 95 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 12 manifiesta que poco menos de la totalidad de los Adultos Mayores 95% (n=38) no siente molestias y/o dolor y el 5% (n=2) presenta dichos síntomas.

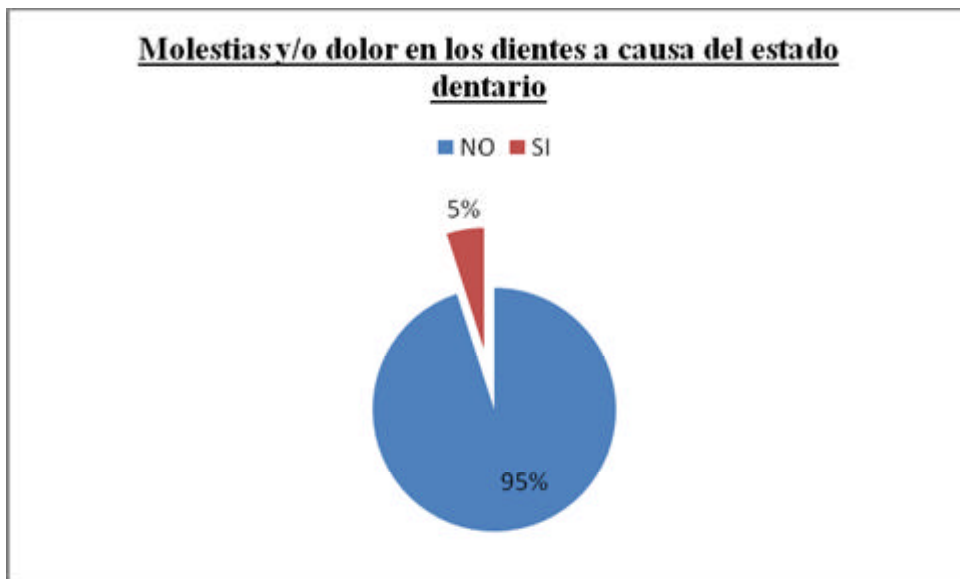


Gráfico N° 11: La mayoría de los Adultos Mayores de las Instituciones geriátricas no presenta molestias y/o dolor dentario y/o bucal.

Cuadro N° 13: “Medicación utilizada para aliviar síntomas bucales debido al estado dentario”.

| Medicación | N° Residentes | % |
|------------|---------------|-----|
| SI | 2 | 5 |
| NO | 38 | 95 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 13 manifiesta que poco menos de la totalidad de los Adultos Mayores 95% (n=38) no utiliza ningún medicamento para aliviar molestias bucales y el 5% (n=2) utiliza medicamentos para aliviar los síntomas.

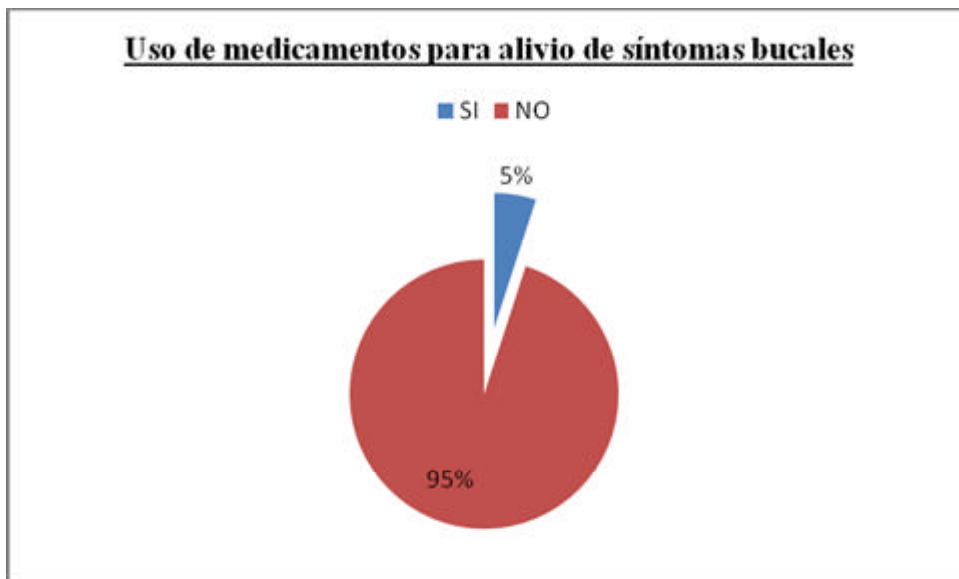


Gráfico N° 12: La mayoría de los Adultos Mayores de las Instituciones geriátricas no utilizan medicamentos debido a su estado dentario.

Cuadro N° 14: “Tiempo necesario para terminar de comer”

| Tiempo | N° Residentes | % |
|--------------|---------------|------|
| = 30 minutos | 21 | 52,5 |
| = 1 hora | 15 | 37,5 |
| = 1 hora | 4 | 10 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 14 refleja que el 52,5% (n=21) de los residentes termina de comer en = 30 minutos, el 37,5% (n=15) necesita = 1 hora y el 10% (n=4) necesita = 1 hora para terminar de comer.

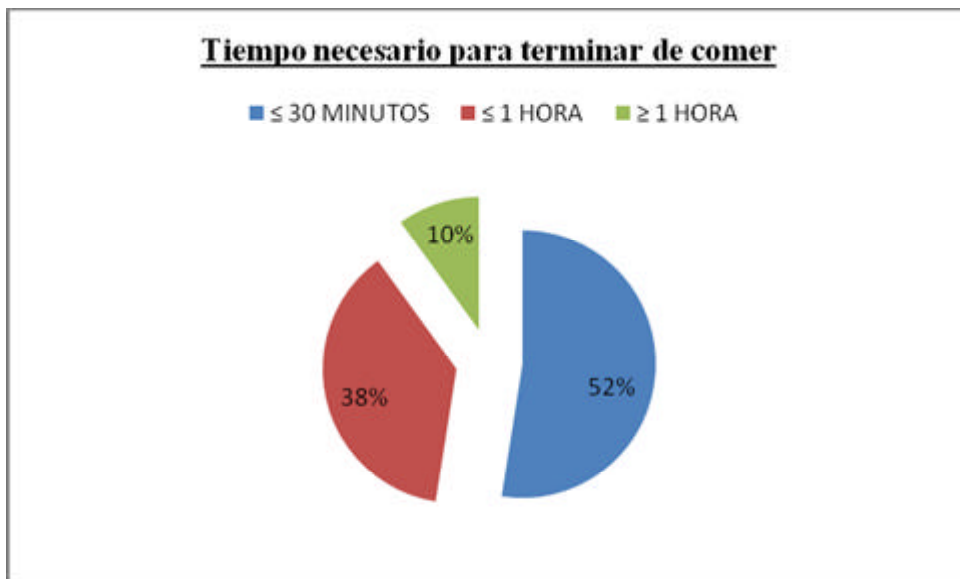


Gráfico N° 13: Los Adultos Mayores residentes de las Instituciones Geriátricas necesitan alrededor de 30 minutos para terminar de comer.

Cuadro N° 15: “Disponibilidad del tiempo necesario para terminar de comer en las Instituciones Geriátricas”.

| Disponibilidad | N° Residentes | % |
|----------------|---------------|-----|
| SI | 40 | 100 |
| NO | 0 | 0 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 15 refleja que la totalidad de los residentes 100% (n=40) disponen del tiempo necesario para terminar de comer.

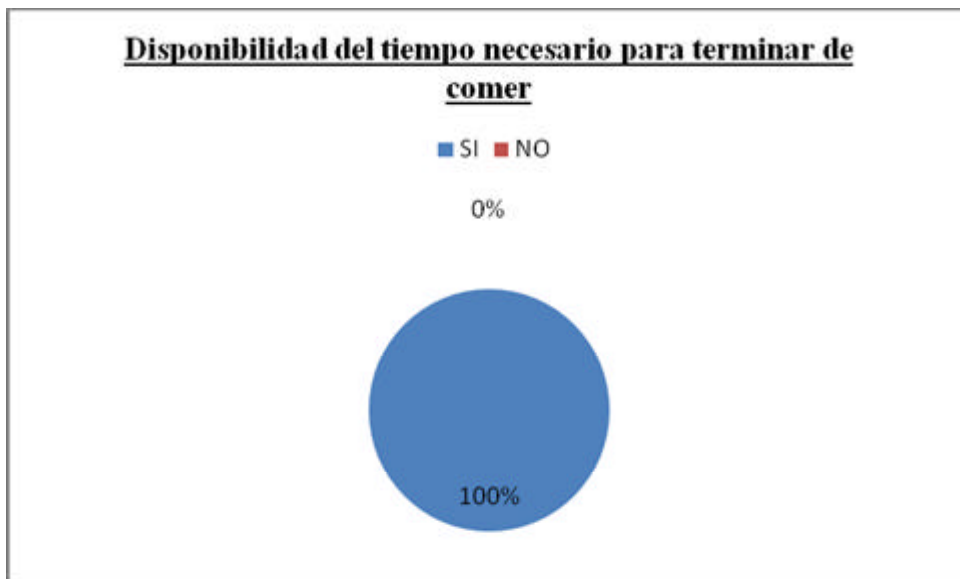


Gráfico N° 14: Todos los Adultos Mayores residentes de las Instituciones Geriátricas disponen del tiempo necesario para terminar de comer.

Cuadro N° 16: “Dificultad de los Adultos Mayores en la deglución del alimento”.

| Dificultad | N° Residentes | % |
|------------|---------------|-----|
| SI | 0 | 0 |
| NO | 40 | 100 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 16 muestra que la totalidad de los residentes 100% (n=40) no presenta ninguna dificultad en la deglución del bocado de alimento.

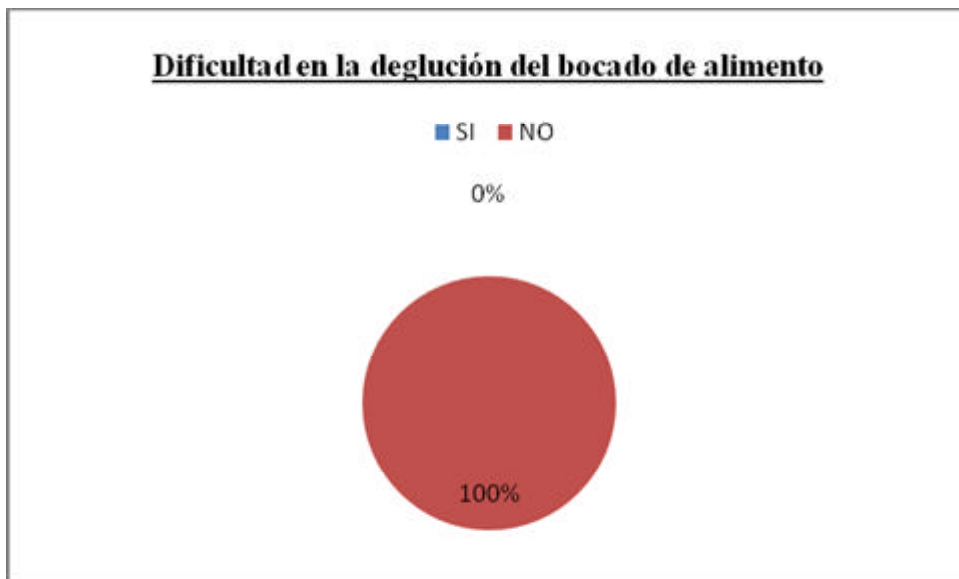


Gráfico N° 15: Todos los Adultos Mayores residentes de las Instituciones Geriátricas no presentan dificultades en la deglución del bocado de alimento.

Cuadro N° 17: “Dificultad en la digestión de los alimentos”.

| Dificultad | N° Residentes | % |
|------------|---------------|------|
| SI | 1 | 2,5 |
| NO | 39 | 97,5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 17 refleja que la mayoría de los residentes de las Instituciones 97,5% (n=39) no presenta dificultad en la digestión de los alimentos y el 2,5% (n=1) presenta dificultad en la digestión de los mismos.



Gráfico N° 16: La mayoría de los Adultos Mayores residentes en las Instituciones Geriátricas no presentan dificultad en la digestión de alimentos.

Cuadro N° 18: “Tiempo transcurrido desde el último control odontológico”

| Tiempo | N° Residentes | % |
|-----------|---------------|------|
| = 1 mes | 5 | 12,5 |
| = 6 meses | 6 | 15 |
| = 1 año | 2 | 5 |
| = 1 año | 27 | 67,5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

El Cuadro N° 18 refleja que el 12,5% (n=5) de los residentes de las Instituciones Geriátricas tuvo control odontológico hace = 1 mes; el 15% (n=6) hace = 6 meses; el 5% (n=2) hace = 1 año y el 67,5% (n=27) hace = 1 año que fue controlado por un odontólogo.

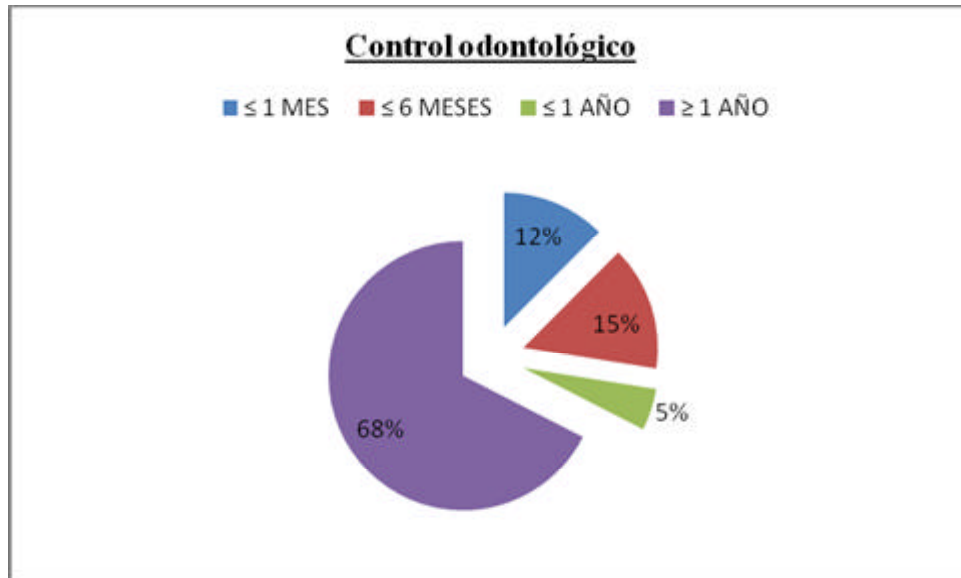


Gráfico N° 17: La mayoría de los Adultos Mayores residentes en las Instituciones Geriátricas fue controlada por un odontólogo hace más de un año.

CONCLUSIONES

❖ Estado nutricional según Índice de Masa Corporal (IMC).

Aún no se han establecidos criterios uniformes para delimitar los valores de IMC que correspondan a un estado nutricional normal para las personas mayores de 60 años. En consecuencia Nutrition Screening Initiative, ha establecido la normalidad del estado nutricional para ancianos entre 24-27 kg/m².¹⁹

Según la Tabla N° 2 de NHANES III se puede clasificar a nuestra población de estudio de la siguiente manera: al 100% (n=7) del sexo masculino y al 52,5% (n=21) de las mujeres les corresponden un IMC normal. Del sexo femenino, el 7,5% (n=3) presenta un IMC menor a 23 kg/m² (peso insuficiente); el 12,5% (n=5) presenta un IMC entre 28 y 31,9 kg/m² (sobrepeso) y el 10% (n=4) un IMC mayor a 30 kg/m² (obesidad).

❖ Estado de dentición.

En nuestra población de estudio se pudo analizar que 37,5% (n=15) del sexo femenino y el 5% (n=2) de los hombres cuenta con ambas prótesis dentales. El 17,5% (n=7) de las mujeres y el 10% (n=4) de los hombres solo poseen la prótesis superior. Solamente las mujeres tienen dentición propia completa el 15% (n=6) e incompleta el 10% (n=4). Por último, el 2,5% (n=1) de cada sexo se encuentra desdentado.

❖ Adecuación de las dietas.

La mayoría de los Adultos Mayores ingiere dieta general, representando el 37,5% del total, el 22,5% ingiere dietas hiposódicas, un 12,5% ingiere dietas gástricas y dietas rica en fibra, un 10% dietas para personas diabéticas y un 2,5% dietas hepáticas y dietas blandas.

¹⁹ Krause 2001.

Es importante señalar que en la dieta blanda se modifica únicamente la consistencia de la carne, a través de la técnica de cortado en trozos pequeños o utilizando como ingrediente carne picada o molida.

❖ Análisis de la Encuesta Alimentaria.

A la mayoría de los Adultos Mayores les resulta suficiente el servicio general de alimentación y refieren no consumir otros alimentos en el día que no sean los aportados por la Institución. Sin embargo un 45% (n=18) menciona que los familiares les facilitan galletitas, grisines, bizcochos y facturas para el mate cebado y en algunos casos frutas. De esta forma se puede concluir que algunos residentes mantienen ciertos hábitos alimentarios adquiridos durante su vida fuera de la institución.

Con respecto a la ingesta alimentaria y a la masticación, la mayoría de los residentes menciona no tener problemas a causa de su estado dentario, aunque el 35% (n=14) señala algunos alimentos que le producen mayor dificultad masticatoria; en primer lugar las carnes enteras, en segundo lugar las pizzas y las tartas y en tercer lugar el repollo crudo. Es importante mencionar que casi la totalidad de los Adultos Mayores entrevistados puede masticar a pesar del estado de su dentición.

En este trabajo de investigación surge el análisis de que el estado dentario no les genera dificultades en el habla, ni recluirse o apartarse, ni comer a disgusto frente a otras personas o residentes, ni le dificulta la deglución del bocado de alimento ni la digestión. El 5% (n=2) menciona que algunos alimentos fríos y/o calientes son responsables de molestias o dolor en los dientes.

Los residentes afirman que las Instituciones le brindan el tiempo que ellos necesitan para terminar de comer aunque demoran ser servidos por el personal entre plato y plato.

Por último, la mayoría de los Adultos Mayores 67,5% (n=27) menciona no ser controlado por un odontólogo hace más de 1 año.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Patricia; Bruera M.; Kats Mónica. *La construcción social del gusto en el comensal moderno*. Ediciones El Zorzal. Buenos Aires, 2009.
- Arlette Pinzón Sandra; Zunzunegui María Victoria. *Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral*. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 1999; 9: 216-224. (Documento recuperado: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero1999_4/g-9-4-004.pdf. Noviembre de 2010).
- Borges Yañez S. Aída, Maupomé Carvantes Gerardo, Martínez González Mario, Cervantes Turrubiates Leticia, Gutiérrez Robledo Luis Miguel. *Relación entre el Estado de Salud bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrimentos en ancianos de tres localidades en México*. Nutrición Clínica 2003; 6 (1): 9-16. (Documento recuperado: http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/revista_Nutricion_clinica.ppd?PHPSESSID=2b69f5dc660d0ef59e7cae67385c846c. Septiembre de 2010)
- Carbajal Azcona, A. *Ingestas recomendadas en personas de edad avanzada*. Revista Alimentación, Nutrición y Salud. 2001.
- Carnevale S., Soldano O., Bassan N. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*. Tomo XXVI Año 26. Septiembre de 2009.
- Cuadernos de Gerontología. *Seminario: “La Institucionalización y sus Costos”*. AGEBA (Asociación Gerontológica de Buenos Aires). Año 6 N° 11. 1993.

- Cuesta Triana F.; Matía Martín P.; Cruz Jentoft A. J. *Nutrición Hospitalaria en el anciano*. Alimentación, Nutrición y Salud. 1999; 6(1): 7-18. (Documento recuperado: <http://es.scribd.com/doc/6751901/Anon-Nutricion-Y-Valoracion-De-El-Estado-Nutricional-en-El-Anciano>. Enero de 2011).
- De Girolami Daniel H. *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2003.
- De la Fuente Hernández Javier; Sumano Moreno Óscar; Sifuentes Valenzuela María Cristina; Zolocatecatl Aguilar Alberto. *Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental*. Universidad de Odontología. 2010 Julio-Diciembre; 29(63):83-92. (Documento recuperado: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/1026/604>. Diciembre de 2010).
- Elena Ángel Mario. *El Adulto Mayor. Hacia una nueva categoría social*. Gerontología. Editorial UNR. Rosario, 2004.
- Franco Álvarez Nubia; Ávila Funes José Alberto; Ruíz Arreguá Liliana; Gutiérrez Robledo Luis Miguel. *Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México*. Revista Panamericana Salud Pública. 2007; 22(6): 369-75. (Documento recuperado: <http://journal.paho.org/uploads/1200340819.pdf>. Octubre de 2010).
- García Alpízar Beatriz; Guerra Alfonso Arturo; Benet Rodríguez Mikhaíl. Estado de salud bucodental en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Cuba. Medisur 2006; 4(2). (Documento

recuperado:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewFile/197/4904>.

Diciembre de 2010).

- Genua Goena María Isabel. *Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano*. Fundazioa Matia. Agosto de 2001. (Documento recuperado: <http://es.scribd.com/doc/6751901/Anon-Nutricion-Y-Valoracion-De-El-Estado-Nutricional-en-El-Anciano>. Enero de 2011).
- <http://148.239.1.151/uagwbt/nutriv10/guias/adultomayor.pdf> *Nutrición en el Adulto Mayor*. (Documento recuperado: Noviembre de 2010).
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Nutricion.pdf> *Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano*. (Documento recuperado: octubre de 2010).
- INDEC. *Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. 2002-2003. Complementaria del Censo 2001*. (Documento recuperado: <http://www.indec.mecon.ar/webcenso/aquise cuenta/aqui14.pdf>. Enero de 2011).
- Informe de OMS, 2002.
- Informe del Ministerio de Salud de la Nación. Marzo de 2008.
- Leitón Espinoza Zoila; Ordoñez Romero Yiduv. *Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales*. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Lima, junio de 2003. (Documento recuperado: <http://es.scribd.com/doc/33706153/Autocuidado-De-El-Adulto-Mayor>. Octubre de 2010).

- Mahan L. Kathleen, Escott-Stump Sylvia. *Krause Nutrición y Dietoterapia*. 12º Edición. Barcelona, España. 2009. Capítulos 10 – 25.
- Matusевич Daniel; Szulik Judith. *Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.)*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. 1997, Volumen VIII: 181-187.
- Mesas Arthur Eumann; Maffei de Andrade Selma; Sarria Cabrera Marcos Aparecido; Ribeiro de Carvalho Bueno Vera Lúcia. *Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil*. Revista Brasileira Epidemiológica. 2010; 13(3): 434-45. (Documento recuperado: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n3/07.pdf>. Diciembre de 2010).
- Miquel J. L., Manciet G., Monsalve E. R., Ferrán P. y Michelet F. X. *Nutrición del anciano y prótesis dentales*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 98; (3), 1985. (Documento recuperado: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Octubre de 2010).
- Montes M. José Luis. *Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor*. Revista Dental de Chile. 2001;92(3): 29-31. (Documento recuperado: <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202001/PDF%20NOV%202001/Impacto%20de%20la%20Salud%20Oral....pdf>. Enero 2011.)
- Morley J. E.; Mooradian A. D.; Silver A. et al. *Nutrición de los Ancianos*. Annals of Internal Medicine 109:890-904, 1988. (Documento recuperado: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/b19-71.htm>. Octubre de 2010).

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 1993. *Enfermería gerontológica. Conceptos para la práctica*. Washington: OPS/OMS.
- Prieto Ramos Osvaldo; Vega García Enrique. *Temas de Gerontología*. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de La Habana, 1996.
- Publicación Científica sobre Nutrición Clínica de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, Vol. XVIII - N° 2 - abril - mayo - junio 2009 Documento recuperado: http://www.aanep.com/revistas/rnc2_2009.pdf. (Documento recuperado: Diciembre de 2010).
- RESPYN (Revista Salud Pública y Nutrición). *Alimentación durante la vejez*. Edición Especial N° 5. 2003. (Documento recuperado: www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/03-precongreso.htm. Octubre 2010.)
- Rodríguez Nahir; Hernández Rosa; Herrera Héctor; Barbosa Johana; Hernández Valera Yolanda. *Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos*. Investigación Clínica. Volumen 46. N°3. Maracaibo. Septiembre de 2005. (Documento recuperado: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S053551332005000300003&script=sci_arttext. Noviembre de 2010).
- Roisinblit Ricardo. *La desnutrición en la tercera edad y su repercusión en las enfermedades de la boca*. Argentina. (Documento recuperado: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD014.pdf. Octubre 2010).

- Salvarezza Leopoldo. *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1996.
- Sánchez García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Reyes-Morales Hortensia, de la Fuente-Hernández Javier, Solórzano-Santos Fortino, García-Peña Carmen. *Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales*. Salud Pública de México. Volumen 49, N° 3, mayo-junio de 2007. (Documento recuperado: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal073b.pdf> Octubre 2010).
- Scacchi Pablo. *Fisiología digestiva*. 7ma. Edición Buenos Aires. 2003.
- Seitz, M. *Argentina: más ancianos que hijos*. 2008
- Serra, L., Aranceta, J. *Nutrición y Salud Pública*. 2006.
- Sotomayor Camayo Justiniano; Pineda Mejía Martha Elena; Gálvez Calla Luis; de la Cruz Castellón Alcides. *Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la Tercera Edad portadoras de prótesis totales*. Odontología Sanmarquina. 2002; 1(10): 17-22. (Documento recuperado: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2002_n10/alte_clini.htm. Noviembre de 2010).
- Suárez Marta María; López Laura Beatriz. *Alimentación Saludable. Guía práctica para su realización*. Librería Akadia Editorial. 2006.
- Suárez Marta María; López Laura Beatriz. *Fundamentos de Nutrición Normal*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2005.
- United Nations, World Health Organization. The protocol of water and health: what it is, why it matters [internet]. Copenhagen:WHO, 2002. [citado

19 octubre 2010]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/who/tooth.pdf>.

- Valderrama Hugo y colaboradores. Manual Argentino para el cuidado de Ancianos. Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Subsecretaría de Políticas Sociales. Secretaría de Estado de promoción Comunitaria. Gobierno de Santa Fe. Abril de 1997.
- Vellas, B, et al. *Nutrition assessment in the elderly*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2001, 4:5-8.

ANEXO**ENCUESTA ALIMENTARIA****I) Datos Personales**

Residente: Sexo: F ?

Edad: M ?

IMC:

Dentición: Prótesis Superior ? Prótesis Inferior ? Ambas Prótesis?

Desdentado ? Totalmente dentado ? Parcialmente dentado ?

Patología actual:

Tipo de dieta:

II) Cuestionario

1) El servicio de alimentación general que le brindan en la Institución le resulta:

Muy Suficiente ? Suficiente ? Insuficiente ?

2) ¿Consume otros alimentos en el día que no sean los aportados por la Institución?

SI ? NO ? ¿Cuáles?

¿Por qué?

3) ¿Ha tenido que comer menos o dejar de comer algún alimento o comida por su falta de piezas dentarias o prótesis?

SI ? NO ?

4) ¿Ha tenido problemas al masticar comidas?

SI ? NO ?

Carnes enteras ? Manzanas al horno ? Choclo ? Repollo crudo ?

Peras crudas ? Papas al horno ? Ciruelas ? Fiambres ?

Pizza/Tarta ? Batatas al horno ?

5) ¿No ha podido usted hablar bien a causa de sus dientes o dentadura?

SI ? NO ?

6) ¿Se ha recluso o no ha querido salir a la calle o hablar con la gente debido al mal estado de sus dientes o dentadura?

SI ? NO ?

7) ¿No ha comido a gusto delante de otras personas debido al mal estado de sus dientes o dentadura?

SI ? NO ?

8) ¿Ha tenido molestias o dolor en sus dientes por:

SI ? NO ?

El frío ? El calor ? Las cosas dulces ?

9) ¿Ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?

SI ? NO ?

10) ¿Aproximadamente cuánto tiempo necesita para terminar de comer?

= 30 minutos ? = 1 hora ? = 1 hora ?

11) ¿Tiene disponible ese tiempo?

SI ? NO ?

12) ¿Le resulta dificultoso tragar (deglutir) el bocado de alimento?

SI ? NO ?

13) ¿Su digestión es dificultosa?

SI ? NO ?

14) ¿Cuánto tiempo hace que lo controló un odontólogo?

= 1 mes ?

= 6 meses ?

= 1 año ?

= 1 año ?