

**TESIS**

*Licenciatura en Nutrición*

**"AUTO PERCEPCIÓN  
SALUD BUCAL, INGESTA  
ALIMENTARIA Y TEXTURAS  
DE ALIMENTOS EN  
ADULTOS MAYORES"**



**Alumna:** Melany Suarez

**Tutora:** Lic. Verónica Yanina Giamberardino

**Tutora metodológica:** Doc Mg Vivian Minaard

**Asesoramiento metodológico:** Lic. Carolina Suhit

“Cree que puedes y casi lo habrás logrado”

Theodore Roosevelt

## **DEDICATORIA**

A mi abuelo, Blasito.

Esta tesis no solamente está dedicada a él, sino también la población y temática elegida es pensada en él.

Mi gran compañero durante mi vida, y de manera no física durante todos estos últimos años. Por siempre haber sido el mejor abuelo que pude haber tenido, por su amor, cariño y todos los momentos hermosos que tuvimos posibilidad de compartir.

Te recuerdo todos los días, y celebro que hayas sido parte de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a toda mi familia. Que me permitieron realizar esta hermosa carrera y me bancaron desde el primer día. Por la paciencia en todos los días de estrés, por su alegría cada vez que avanzaba un poco más, y por su compañía y cariño cuando algo no salía como esperaba.

Gracias especialmente a mi mamá, que es mi gran compañera. Por su paciencia, por amor, por su compañía y por ser la que mejor me entiende y conoce,

Gracias a mi abuelo Blasito, que así como siempre me acompañó en cada momento, durante toda la carrera me acompañó en una foto en mi bolsillo todos estos años.

Gracias a mis amigas por apoyarme, motivarme y distraerme cuando lo necesitaba.

Gracias a mis facuamigos que hicieron que sea todo más divertido y en compañía. Me llevo hermosas amistades que conocí gracias a esta carrera, y muchísimas anécdotas que guardaré por siempre.

Gracias a cada profesor que con entusiasmo y dedicación hizo más ameno el proceso de aprendizaje, me llevo lindos recuerdos de varios de ellos.

Gracias a mis tutoras de ambas prácticas: Verónica, Yanina, Daniela y Melisa, por su enseñanza, paciencia y calidez humana, me permitieron no solo disfrutar esa bella etapa sino también confirmar lo que me gusta esto que elegí.

Gracias a todas las experiencias que atravesé en estos años que me permitieron ser quien soy, formarme como persona y llegar hasta acá.

Gracias, gracias, gracias.

## RESUMEN

A partir de los 60 años se marca un punto de inflexión y ruptura en el ciclo vital del ser humano en donde se profundizan y acentúan los cambios que la edad produce sobre la salud. La alimentación tiene un papel fundamental en el envejecimiento. Factores tales como el estilo de vida, malos hábitos, pobreza, enfermedades crónicas comprometen la ingesta y el estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y su calidad de vida.

**Objetivo:** Analizar la auto percepción de la salud bucal, la ingesta alimentaria y la textura de los alimentos consumidos por adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023.

**Materiales y Métodos:** La investigación a realizar es de tipo descriptivo corte transversal. La muestra seleccionada fue de manera no probabilística, por conveniencia a 40 adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la Ciudad de Mar del Plata en el año 2023. Los datos fueron recolectados a través de encuestas presenciales con preguntas abiertas y cerradas.

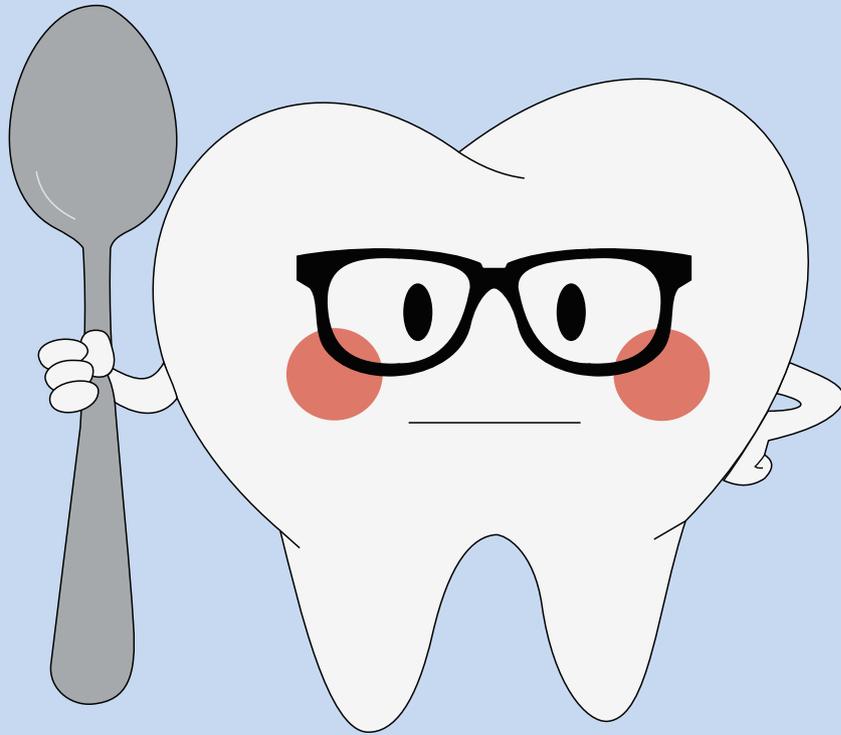
**Resultados:** el sexo masculino fue predominante en la muestra. La mayoría no realiza chequeos médicos, odontológicos ni nutricionales. En base a la autopercepción de salud bucal, predomina una mala salud oral. Por otro lado, el Índice de Masa Corporal en ambos sexos fue mayoritariamente de sobrepeso. También el 57,5% de los encuestados presenta prótesis dentales, y a pesar de ello, el 38% debe realizar modificaciones de textura a los alimentos. Dentro de los alimentos mayormente modificados fueron las carnes. En cuanto a la ingesta alimentaria, los alimentos más excluidos son; semillas, carnes y legumbres. Los motivos más comunes son por hábitos y por dificultad en la ingesta

**Conclusión:** En la muestra predomina un estado nutricional deficiente. Se presenta una exclusión de alimentos por dificultad en la ingesta tanto por edentulismo como por mal estado de prótesis dentales. Los encuestados no suelen presentar chequeos médicos, odontológicos ni nutricionales. Es primordial presentar un correcto estado de salud, salud bucal y buen estado de prótesis dentales para poder así alimentarse de manera correcta, sin excluir alimentos y también poder consumir las cantidades adecuadas según los requerimientos de cada persona.

**Palabras clave:** prótesis dental, textura alimentaria, ingesta alimentaria, adultos mayores, autopercepción salud bucal.

## ÍNDICE

Introducción .....	7
Capítulo .....	11
Materiales y Métodos .....	24
Análisis de datos .....	28
Conclusión .....	65
Bibliografía .....	69
Repositorio .....	77



---

# INTRODUCCIÓN

El envejecimiento comienza desde el mismo momento que la concepción humana. A partir de los 60 años se marca un punto de inflexión y ruptura en el ciclo vital del ser humano en donde se profundizan y acentúan los cambios que la edad produce sobre la salud (Somoza, Álvarez, 2017)<sup>1</sup>. En los adultos mayores se presentan modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, las mismas están impulsadas por los cambios propios de la edad, y también por el desgaste que presenta el organismo a lo largo de la vida del individuo (Chávez Reategui, Manrique- Chavez, Manrique- Guzman, 2014)<sup>2</sup>. A su vez, la longevidad trae como consecuencia que las enfermedades crónicas no transmisibles sean responsables de la afectación de la salud en esta población. Se constata que las ECNT<sup>3</sup> están también asociadas al proceso de envejecimiento donde intervienen múltiples factores que van a estar en relación con estilos de vida predominantes, trayendo consigo la presencia de dichas enfermedades tales como hipertensión, obesidad, diabetes, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, entre otras (Rodríguez, García, 2018)<sup>4</sup>.

La OMS(2002)<sup>5</sup> define el envejecimiento activo como

*"El proceso de optimización de las oportunidades en relación con la salud, la participación y la seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece".*

La misma organización, OMS, señaló que la población anciana constituye un grupo nutricionalmente vulnerable como consecuencia de los cambios asociados a la edad. El 35 - 40% de los ancianos presenta algún tipo de alteración nutricional: malnutrición o desnutrición, déficit selectivo de vitaminas y minerales, inadecuado aporte hídrico y obesidad (Sanchez Zaplana, Maestre, 2013)<sup>6</sup>.

Uno de los mayores cambios que presenta esta población es a nivel bucal. Tal como lo afirman Díaz Cárdenas, Arrieta Vergara y Ramos Martínez (2012)<sup>7</sup>:

*"A nivel de salud bucal {...} se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral".*

El edentulismo es la ausencia o pérdida total o parcial de los dientes, lo cual trae como consecuencia afecciones en la masticación y deglución de esta población. La falta de dientes y la ausencia de prótesis dental tiene una relación directa con la salud y la calidad de vida,

---

<sup>1</sup> Revista Cubana sobre las relaciones de la nutrición y el envejecimiento, y revisión de las nuevas definiciones de ancianidad.

<sup>2</sup> Artículo de revisión de literatura: envejecimiento y características bucales.

<sup>3</sup> Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

<sup>4</sup> Estudio descriptivo realizado en consultorio médico a adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles para caracterizar el comportamiento de las mismas.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud.

<sup>6</sup> Revista escrita por diplomadas en Nutrición y Enfermería de Barcelona, sobre la alimentación y el envejecimiento.

<sup>7</sup> Investigación realizada por dos odontólogos en Colombia, en base a la salud bucodental de adultos mayores.

debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria se producen trastornos de la nutrición y se ve afectada la autorrealización y aceptación, lo cual provoca una autoestima baja, dolor e incomodidad frente a otras personas durante las comidas y en los momentos de socialización. La ausencia de dientes, sumado a los cambios a nivel gingival, periodontal y xerostomía, lleva a que los adultos mayores limiten el consumo de alimentos difíciles de masticar y tragar, por lo que seleccionen alimentos con mayor contenido calórico, o más blandos, suaves, o modifiquen texturas de alimentos. De esta manera dejan de lado el consumo de alimentos fibrosos, secos o crujientes tales como carnes, manzanas, nueces, etc. Estas modificaciones en la alimentación dan como resultado el deterioro del estado nutricional y por consiguiente se afecta la calidad de vida del mismo (Pérez Álvarez, 2016)<sup>8</sup>.

Para poder identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, se utiliza el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)<sup>9</sup>. Este es un instrumento capaz de detectar la necesidad de atención bucodental con alta sensibilidad y especificidad. Esta herramienta puede ser aplicada por personal sanitario, no necesariamente por profesionales de odontología (Hernández, Férrez, 2010).<sup>10</sup> Consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones. La primera corresponde a la función física; la segunda corresponde a la función psicosocial; y la última dimensión corresponde a el dolor e incomodidad. El formato de respuestas es de tipo Likert. Con la suma de los puntajes dados, se obtiene un rango numérico para identificar una buena, regular o mala auto percepción de salud oral<sup>11</sup> (Gallardo Schultz, Pozo, Castillo, Márquez, 2013)<sup>12</sup>.

#### Se presenta el Objetivo General

Analizar la auto percepción de la salud bucal, la ingesta alimentaria y la textura de los alimentos consumidos por adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023.

---

<sup>8</sup> Tesis de grado de la Licenciatura en Odontología sobre la relación entre el edentulismo y los trastornos nutricionales en el paciente geriátrico.

<sup>9</sup> Esta herramienta fue desarrollada por Kathryn A. Atchinson y Teresa A. Dolan de las Universidades de California y Florida, en 1990.

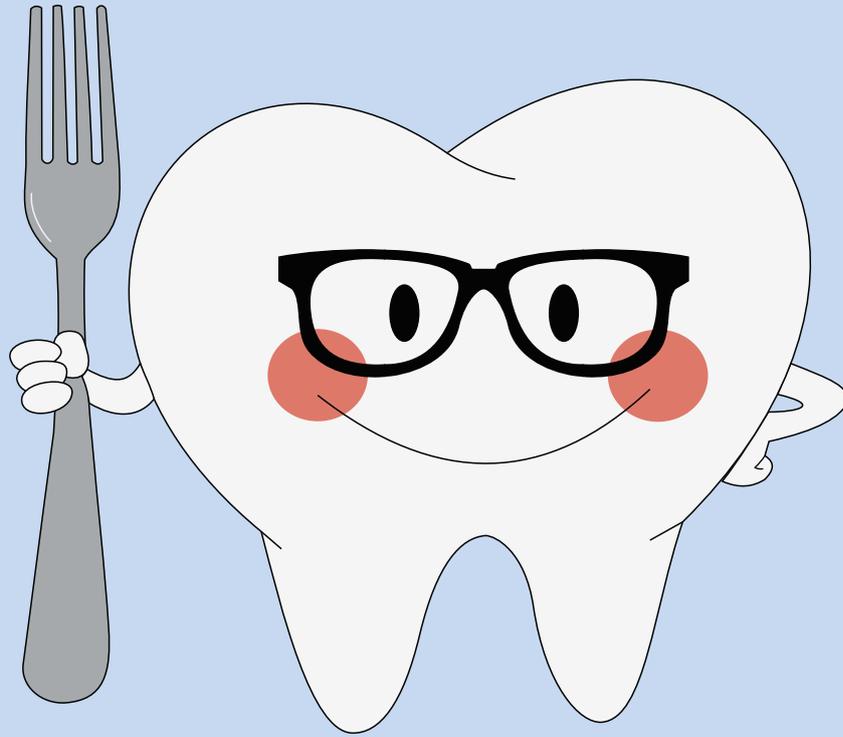
<sup>10</sup> Estudio transversal, prospectivo realizado a 96 adultos mayores pertenecientes a una casa de descanso, en donde se estudio la relación entre la auto percepción de los problemas bucales y la evaluación clínica aplicando el test GOHAI.

<sup>11</sup> Según el autor, una baja auto percepción de la calidad de vida se encuentra directamente relacionada con un pobre estado de salud bucal.

<sup>12</sup> Estudio descriptivo realizado a 164 adultos mayores en Perú, en donde se buscó determinar la auto percepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral. Se utilizó el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), y también información tal como edad, sexo, nivel educativo, enfermedades sistémicas.

### Los Objetivos Específicos

- Examinar autopercepción de la salud bucal que reconocen los adultos mayores
- Indagar la ingesta alimentaria de los adultos mayores
- Sondear la existencia de modificaciones en la textura de los alimentos consumidos y sus causas.
- Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores.
- Identificar el uso de prótesis dentales.



---

# CAPÍTULO

Según el diccionario de la Real Academia Española(1978)<sup>13</sup> :

*“Se define a las personas de tercera edad a aquellas que cesan sus actividades laborales y entran en jubilación, momento que se da a partir de los 65 años.”*

Por su parte la Organización Mundial de la Salud define al envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida, estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación al medio (Alvarado García, Salazar Maya, 2014)<sup>14</sup>. Esta población se encuentra en una etapa de déficit funcional debido a cambios que ocurren a nivel biológico, psicológico, social; los cuales se encuentran condicionados por factores genéticos, ambientales y el estilo de vida que lleva la persona. El envejecimiento es la suma de todos los cambios que ocurren en los organismos desde su concepción hasta su muerte (Restrepo, Morales, Ramírez, López, Varela, 2006)<sup>15</sup>. Este es un proceso gradual y adaptativo, que tiene como característica principal la disminución de la respuesta homeostática. (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez, Manrique-Guzmán, 2014)<sup>16</sup>

La OMS (2002)<sup>17</sup> define envejecimiento activo como:

*"El proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen".*

Esta definición incluye los desenlaces del estilo de vida de la persona y los eventos a los cuales se vio expuesta durante su curso de vida atravesados por la cultura, el género, los sistemas de salud, los factores asociados al comportamiento, los entornos físicos y sociales, y los vectores económicos (Latorre Santos, 2019)<sup>18</sup>.

El envejecimiento es un proceso complejo y progresivo que implica modificaciones las cuales son responsables de la limitación de la capacidad de adaptación del organismo a su medio. Al mismo tiempo, este proceso es individual por lo que es diferente para cada individuo (Morazzani, Salazar 2014)<sup>19</sup>. Dados los cambios que atraviesa esta población y la presencia de esta etapa involutiva, se considera el terreno apto para que sea más frecuente la aparición de trastornos y deterioro progresivo asociado a circunstancias sociales y psicológicas, que

---

<sup>13</sup> RAE: Diccionario de la Real Academia Española, se publico en el 2014 la edición N°23.

<sup>14</sup> Revisión bibliográfica a cargo de Alvarado García y Salazar Maya sobre el concepto de envejecimiento.

<sup>15</sup> Artículo escrito en Colombia por mujeres pertenecientes a la escuela de Nutrición y Dietética, y a la facultad de Enfermería.

<sup>16</sup> Artículo de revisión de literatura: envejecimiento y características bucales.

<sup>17</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud: es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestiones políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial de la salud.

<sup>18</sup> Artículo escrito por persona perteneciente a un grupo de investigación de salud pública de la Universidad de Rosario.

<sup>19</sup> Estudio realizado en Caracas en el cual se analizó el estado nutricional de adultos mayores que concurren a consultas ambulatorias.

desencadenan en depresión (Torres, Sepúlveda, Aguilar, Pérez. 2015)<sup>20</sup>. Muchos de los problemas y limitaciones que afectan a los adultos mayores son derivados de las patologías que padecen, pero pese a eso, los cambios que presentan son consecuencia del proceso de envejecimiento que transita la población (Melgar Cuellar, Penny Montenegro 2012).<sup>21</sup>

Se identifican cambios que se describen a continuación.

En el sistema nervioso, el proceso de envejecer implica cambios neurológicos importantes que suponen una disminución del número de neuronas y de conexiones sinápticas en las estructuras cerebrales. Dentro de estos los más afectados son la disminución en el procesamiento de la información, la atención y la memoria. Se ha observado que en situaciones de envejecimiento saludable se produce una leve disminución en el rendimiento de tareas de memoria y función ejecutiva. Sin embargo, en otros casos, existen diferentes enfermedades neurodegenerativas asociadas al envejecimiento tales como alzheimer, demencia, que pueden aparecer en esta población y tienen en común la presencia de un deterioro cognitivo progresivo, pérdida de independencia y de capacidad para realizar actividades diarias (Hidalgo, 2013)<sup>22</sup>.

En el sistema renal, el riñón sufre cambios tanto a nivel funcional como estructural. Se presenta una pérdida de peso y de tamaño del riñón, la cual es ocasionada por una reducción progresiva de la corteza renal (García Ches, Jiménez Campos, 2018)<sup>23</sup>. El peso renal normal se ha estimado en 250-270 gramos a los 40-50 años de edad y disminuye a 180-200 gramos entre los 70-90 años. Por otro lado a nivel vascular encontramos modificaciones tales como engrosamiento de la pared arterial, esclerosis de las arterias glomerulares, disminución de glomérulos funcionales por oclusión. El flujo plasmático renal disminuye aproximadamente 10% con cada década después de los 40 años, lo que se asocia con redistribución del flujo sanguíneo hacia la médula renal. En cuanto a la función de los túbulos renales, se presenta una disminución en la capacidad de concentrar la orina. Por otro lado en el sistema cardiovascular, los adultos mayores presentan aumento de la rigidez arterial debido a cambios estructurales, lo que puede preceder en el desarrollo de la hipertensión arterial. También aparece disminución de la distensibilidad cardíaca y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio, fibrosis miocárdica<sup>24</sup> lo cual se relaciona con un aumento del riesgo de arritmias.

---

<sup>20</sup> Estudio descriptivo transversal en donde se estudia cuales son los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor.

<sup>21</sup> Libro de Geriatría y Gerontología escrito en 2012 en Bolivia, especialmente dedicado para el médico internista.

<sup>22</sup> Artículo sobre Proyecto MNEME, el mismo evaluó a diferentes personas de edad y sexo mezcladas en donde buscaron en primer lugar estudiar la respuesta del organismo ante una situación de estrés y luego investigaron si dicha respuesta tenía efectos sobre el rendimiento cognitivo.

<sup>23</sup> Revisión bibliográfica sobre el riñón realizada por médicos generales de Costa Rica.

<sup>24</sup> La fibrosis miocárdica está dada por aumento de la cantidad de colágeno miocárdico y aumento en el entrecruzamiento de las fibras colágenas.

El sistema muscular también sufre cambios: hay modificaciones en el músculo esquelético que conllevan a una menor capacidad para generar fuerza. Otro proceso que ocurre es la sarcopenia, la cual es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa del músculo esquelético, que genera consecuencias en la movilidad como disminución de movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia; y en el metabolismo como regulación de la glucosa, de la masa ósea, del balance de proteínas, del control de la temperatura; y es predictora de morbilidad y mortalidad en adultos mayores (Salech, Jara, Michea 2012)<sup>25</sup>.

En el sistema respiratorio ocurre una disminución de la distensibilidad del torax, y se genera cambio en su forma por la osteoporosis. También se genera una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios y aumenta el trabajo de los mismos por mayor resistencia de la vía aérea. En la mecánica ventilatoria, se produce un incremento de los entrecruzamientos del colágeno pulmonar que producen: aumento en el tamaño de los ductos alveolares, reducción en el área de superficie y disminución en la capacidad de difusión. Todo esto conlleva a un déficit en el intercambio de gases. Y se le suma la alteración de la producción de moco traqueal e inadecuado funcionamiento del aparato ciliar que llevan al desarrollo de infecciones respiratorias (Marvelis, 2021)<sup>26</sup>.

El sistema digestivo también presenta cambios: los músculos faríngeos, la motilidad esofágica y la acidez gástrica se encuentran disminuidos, Además, el vaciamiento gástrico se presenta alterados, y el tránsito intestinal esta retardado con una disminución de la inervación junto con alteraciones en la absorción y la actividad enzimática. La motilidad del colon se presenta disminuida lo que conlleva a estreñimiento o constipación y a la formación de divertículos. Por otro lado, el hígado se presenta disminuido en tamaño y función por lo que los procesos metabólicos normales pueden sufrir una demora. Y el vaciamiento de la vesícula biliar es más lento y por lo que hay una tendencia a la formación de cálculos biliares (Melgar Cuellar & Penny Montenegro 2012).<sup>27</sup>

En cuanto al área socio psicológica, el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida del cónyuge, separación de los hijos, retiro laboral, aparición de una enfermedad en concreto, sordera, pérdida agudeza visual, etc. Todos los cambios de roles tanto familiar como social se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. La presencia de estas alteraciones disminuye las posibilidades de autonomía personal y funcional, incrementa las necesidades de dependencia

---

<sup>25</sup> Artículo perteneciente a revista de clínica médica “Los condes”.

<sup>26</sup> Artículo escrito en 2021 por autores pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas en Cuba. Dicho artículo trata sobre todos los cambios en la fisiología respiratoria en el envejecimiento y su condición mal pronóstico del mismo para la infección por Sars-cov-2.

<sup>27</sup> Como se menciona anteriormente, este libro incluye información sobre todas las generalidades del envejecimiento, cambios fisiológicos, patologías, manejo de las mismas, atención domiciliaria, etc.

y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social, con la pérdida de oportunidades para obtener gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social. Esta condición de discapacidad hace a este grupo más susceptible al estrés sumado a la aparición frecuente de problemas de autoestima, depresión, distracción (Vélez, 2019)<sup>28</sup>.

Los sentidos también presentan sus cambios, se muestra una disminución del umbral sensitivo en general, adelgazamiento de la retina, lo cual se ve asociado a menor agudeza visual y visión nocturna. En cuanto al oído, se produce disminución en la audición de alta frecuencia y menor irrigación vascular, lo que explican los problemas auditivos que presentan los adultos mayores (Melgar Cuellar & Penny Montenegro 2012)<sup>29</sup>.

Por otro lado y principalmente, uno de los mayores cambios que también presenta esta población es a nivel bucal. Tal como lo afirman Díaz Cárdenas, Arrieta Vergara & Ramos Martínez (2012)<sup>30</sup> *“A nivel de salud bucal {...} se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral”*.

La mucosa bucal presenta varios cambios irreversibles, graduales y acumulativos que originan vulnerabilidad, esta se vuelve más fina, lisa, con pérdida de elasticidad, más propensa a lesiones, debido a cambios en el epitelio y en el tejido conectivo. En la lengua se presenta una atrofia del epitelio superficial, generándose un aspecto liso con pérdida de papilas filiformes, problemas con el sentido del gusto debido a una disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas. (García, León, Uribaz, 2016)<sup>31</sup>

Por otro lado también es frecuente el padecimiento de xerostomía, que causa la pérdida del gusto y provoca dificultades al tragar. En relación a los tejidos duros, el esmalte sufre un desgaste natural y opacamiento, lo que ocasiona que los dientes se vean de color mate, sin brillo y más oscuros. De la misma manera, en la dentina hay un cambio de coloración debido al propio proceso de envejecimiento. Todos estos cambios generan que las piezas dentarias se vuelvan más frágiles por aumento de la mineralización dentinaria. En el aspecto gingival, la encía es de color rosa pálido debido a la disminución de irrigación sanguínea. En el tejido periodontal existe una disminución de la sensibilidad de sus fibras que en ocasiones no permite evidenciar el dolor, que sumado a la disminución de la destreza manual o psicomotora, favorece a la presencia y acumulación de placa dentobacteriana que conlleva a serios

---

<sup>28</sup> Artículo escrito en 2019 publicado en RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento.

<sup>29</sup> Este libro contiene diferentes capítulos en los cuales en cada uno se indica el modo de intervención según la condición o independencia del adulto mayor: atención de adultos mayores en centros de larga permanencia, o en domicilio, o en consultorio independiente.

<sup>30</sup> Investigación realizada por dos odontólogos en Colombia, en base a la salud bucodental de adultos mayores.

<sup>31</sup> Revisión bibliográfica realizada en Cuba, sobre los cambios en el sistema estomatognático en el envejecimiento.

problemas periodontales y caries. Como consecuencia de los problemas en los tejidos duros y periodontales se evidencian serios cuadros de edentulismo, viéndose afectada no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, autoestima y estética. (Torrecilla-Venegas, Castro-Gutiérrez, 2020)<sup>32</sup>

Es por todas estas modificaciones a nivel bucal que hacen a esta población en análisis padecer algún grado de enfermedad periodontal, que conlleva a la pérdida de soporte, de inserción, de movilidad dentaria y de piezas dentarias (Chávez-Reátegui, Manrique-Chávez & Manrique-Guzmán, 2014).<sup>33</sup>

*“La salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social. Algunos estudios revelan que la buena higiene oral puede mejorar la calidad de vida de las personas”* (Díaz Cárdenas, Arrieta Vergara & Ramos Martínez, 2012).<sup>34</sup>

Para poder identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores, se utiliza el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)<sup>35</sup>. Este es un instrumento capaz de detectar la necesidad de atención bucodental con alta sensibilidad y especificidad. Además, esta herramienta es cómoda gracias al escaso número de ítems que lo componen y la facilidad del procesamiento de los datos para poder obtener la puntuación total. Puede ser aplicado por personal sanitario, no necesariamente por profesionales de la odontología, y presenta alta sensibilidad y especificidad. También, fue validado en varios idiomas, tales como inglés, francés, portugués y chino. (Hernández, Férez, 2010).<sup>36</sup>

La importancia de esta herramienta radica en que permite evaluar la auto percepción de la salud oral, así como el impacto de las enfermedades bucales y de los problemas psicosociales asociados.

El GOHAI consta de 12 ítems relacionados a la salud oral, que comprenden tres dimensiones. La primera corresponde a la función física, que influye en comer, hablar y deglutir; la segunda corresponde a la función psicosocial, que incluye la preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de su salud oral y dificultad en el contacto social debido a problemas orales; y la última dimensión corresponde a el dolor

---

<sup>32</sup> Revisión bibliográfica sobre los efectos del envejecimiento en la salud bucal.

<sup>33</sup> En esta revisión bibliográfica se reforzó la importancia del enfoque de atención hacia adultos mayores no debe limitarse únicamente al tratamiento de enfermedades y manifestaciones patológicas, sino también a los aspectos psicosociales que acompañan al envejecimiento y tienen un papel importante en la calidad de vida del adulto mayor.

<sup>34</sup> En esta investigación se evaluaron a 120 adultos mayores con variables socio demográficas, familiares, también se utilizó el índice de salud bucal geriátrico y diagnóstico bucal.

<sup>35</sup> Esta herramienta fue desarrollada por Kathryn A. Atchinson y Teresa A. Dolan de las Universidades de California y Florida, en 1990.

<sup>36</sup> Estudio transversal, prospectivo realizado a 96 adultos mayores pertenecientes a una casa de descanso, en donde se estudió la relación entre la auto percepción de los problemas bucales y la evaluación clínica aplicando el test GOHAI.

e incomodidad, que incluye el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad oral. El formato de respuestas es de tipo Likert. Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Luego, se lleva a cabo la suma de respuestas dadas, donde se obtiene un rango numérico entre 0 y 60 puntos, en donde el valor más alto indica la mejor auto percepción de salud oral, la cual es catalogada como “Buena” y corresponde entre 57 a 60 puntos, “Regular” corresponde entre 51 a 56 puntos, y “Mala” corresponde a 50 puntos o menos<sup>37</sup> (Schultz, Pozo, Castillo, Márquez, 2013)<sup>38</sup>.

Según un estudio<sup>39</sup> realizado por Díaz Cárdenas, Arrieta Vergara y Ramos Martínez (2012)<sup>40</sup> se analizaron a 120 adultos mayores de 60 años a los que se les realizó el test GOHAI y se encontró que la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, principalmente el relacionado con la incomodidad que presentan los adultos mayores al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes, este resultado fue del 44% de la muestra. En cuanto a la función física, el 63,3% presentaba incomodidad al deglutir alimentos. Además, en cuanto a niveles de percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, el 74,1% manifestó un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida. Solo el 16,6% tuvo un bajo impacto, y el 9,7% una percepción moderada. Estos resultados obtenidos permiten identificar claramente que tanto los problemas dentales, acompañados con dolor y ausencia de la mayoría de sus dientes, representa para esta población un impacto negativo en su calidad de vida, confirmando así la importancia de la salud bucal como factor determinante para la consecución del bienestar en general.

Las alteraciones en la salud oral, casi universales en este grupo etario, conducen a un cambio en la consistencia de los alimentos consumidos. Si se pierden las piezas dentales y son reemplazadas por prótesis removibles, disminuye la eficiencia masticatoria esto lleva a adecuar su ingesta alimentaria en términos de consistencia sin importar la calidad de los alimentos, en relación a sus necesidades nutricionales reales. (Jiménez Valenzuela, Jorquera Avendano, 2015.)<sup>41</sup> En una persona con problemas que le impidan el consumo de una alimentación adecuada, se deben ofrecer los alimentos en una presentación que le permita

---

<sup>37</sup> Según el autor, una baja auto percepción de la calidad de vida se encuentra directamente relacionada con un pobre estado de salud bucal.

<sup>38</sup> Estudio descriptivo realizado a 164 adultos mayores en Perú, en donde se buscó determinar la auto percepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral. Se utilizó el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), y también información tal como edad, sexo, nivel educativo, enfermedades sistémicas.

<sup>39</sup> En este estudio además se evaluaron otras variables como: situación socioeconómica, religión, vivienda, antecedentes médicos familiares y personales, entre otros.

<sup>40</sup> Tras la investigación se concluyó que una salud bucal deficiente tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida, el 44% de los encuestados marcaron principalmente el factor psicosocial debido a la incomodidad que les genera comer frente a otras personas por problemas con sus dientes.

<sup>41</sup> Tesis de grado de Odontología en la que se estudió si el correcto tratamiento con prótesis dentales ajustadas favorecía a una mejor selección de alimentos y a su estado nutricional de adultos mayores total o parcialmente desdentados.

su consumo sin inconvenientes, como papillas, sopas, purés. El principal cambio ocurre al momento de seleccionar los alimentos, esto se ve influenciado por diversos factores: biológicos, como las señales de saciedad en función de los macro nutrientes y la densidad energética del alimento; organolépticos, incluyendo textura, sabor, olor, vista; económicos; sociales, tales como acceso a los alimentos, nivel de autonomía, nivel de educación, entorno social y apoyo familiar; y psicológicos, como depresión, estrés, etc. (Collazos Navarro, 2018).<sup>42</sup>

Cuando nos referimos a un plan de alimentación de textura modificada estamos hablando de una dieta equilibrada, nutricionalmente completa, con textura modificada, a base de alimentos líquidos que se espesan y sólidos en forma de purés, licuados o triturados. El objetivo de la misma es proporcionar una alimentación lo más completa posible a pacientes con limitada función masticatoria/deglutoria. Puede utilizarse durante largos periodos de tiempo, iniciando su uso en el ámbito hospitalario y pudiendo trasladarse a uso domiciliario. Está recomendada en disfagia, y en ausencia o pérdida de piezas dentarias; y mayoritariamente en edad avanzada, debido a la aparición de alteraciones fisiológicas en la digestión. (Dávalos Vargas, 2022).<sup>43</sup>

Modificar la textura de un alimento implica la transformación de la misma. Algunos alimentos tienen una textura natural blanda y pueden servirse al paciente de esta manera, pero otros requieren de procedimientos mecánicos tales como triturar, cortar, picar para lograr la textura deseada de manera que el paciente pueda lograr la ingesta. Tanto el triturado como el tratamiento térmico de los alimentos favorecen la digestión y reducen el esfuerzo gástrico y masticatorio. No todos los pacientes precisan de una textura única y es frecuente realizar modificaciones con la adición de alimentos feculentos o gelatinosos con propiedades espesantes, o adición de espesantes comerciales para conseguir una textura adecuada a las necesidades individuales. La fortificación de esta alimentación se demostró efectiva para aumentar la ingesta, pero son numerosas las dificultades para conseguir un valor nutricional suficiente y para lograr que tenga suficientes cualidades organolépticas para ser apetitoso y aceptable. El valor nutricional de las preparaciones suele ser poco conocido, existiendo gran variabilidad según las mismas, y presencia de riesgo de insuficiencia nutricional. La importante pérdida de cualidades organolépticas de la comida triturada se asocia a una ingesta subóptima y que sitúa al paciente en riesgo de desnutrición. (Irlés Rocamora, Garcia Luna, 2014)<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> Tesis de grado de la Licenciatura en Enfermería, en Perú.

<sup>43</sup> Estudio realizado en un hospital de la ciudad de Luque donde se evaluaron 153 pacientes para poder estudiar la aceptabilidad del menú ofrecido.

<sup>44</sup> Artículo escrito por nutricionistas de España donde analizan el contenido nutricional de las dietas de textura modificada.

Además, frecuentemente, estos pacientes presentan dependencia de un tercero en las ingesta por un deterioro cognitivo conductual, siendo este otro factor de riesgo para la desnutrición. Es importante proporcionar la cantidad y la calidad adecuada de alimentos y nutrientes, según el estado clínico y nutricional, para no comprometer su recuperación y calidad de vida. (Acerbo, Lema, Mato, 2023)<sup>45</sup>.

La textura es una propiedad cognitiva que se le asigna a los alimentos en función de la interacción con ellos a través de la visión, el tacto y proceso de masticación. Esta propiedad es uno de los principales factores que determinan la aceptación de los alimentos; a diferencia del aroma o en el sabor en los que esta sensación está asociada con estructuras moleculares. (Irlles Rocamora, García Luna, 2014).<sup>46</sup>

La “Iniciativa Internacional de Estandarización de la dieta para disfagia”, más comúnmente conocida como IDDSI por sus siglas en inglés International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, propusieron una terminología estándar para alimentos con textura modificada y líquidos espesados para personas con disfagia de todas las edades, en todos los entornos de atención y en todas las culturas. Esta estandarización tiene 8 niveles de progresión, en donde van del 0 al 3 la viscosidad de los líquidos, y del 4 al 7 la textura de los sólidos. Además de estandarizar los distintos niveles de textura, esta iniciativa estableció recursos adicionales basados en imágenes y demostraciones prácticas para la comprensión de las indicaciones, principalmente útil para cuidadores (Ferreita, Cuesta, Sero, 2022)<sup>47</sup>.

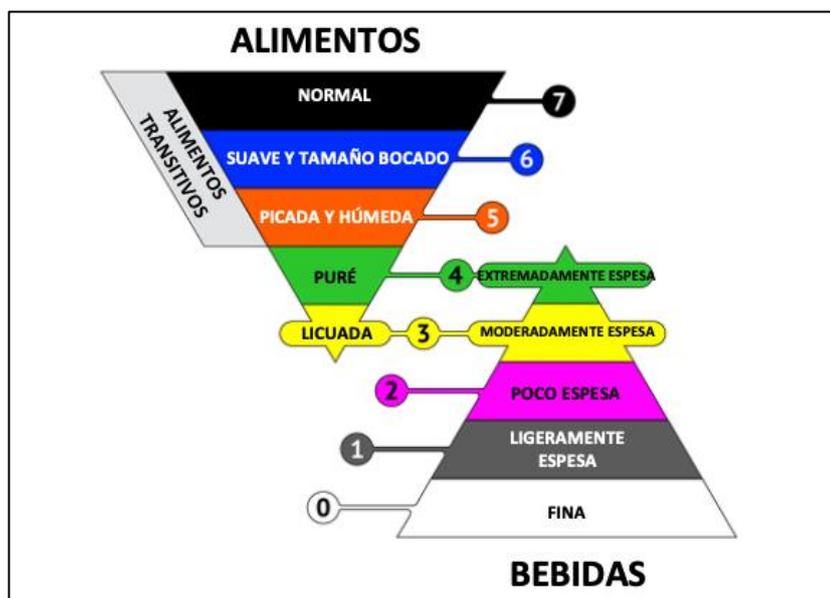
---

<sup>45</sup> Artículo en el que se evaluó la ingesta de pacientes con dieta de textura modificada a través de los desperdicios alimentarios de 3 días para comparar los resultados con las ingestas dietéticas de referencia.

<sup>46</sup> En este artículo, además del análisis de cada macro nutriente en las dietas de textura modificada, también se detalla sobre la aceptabilidad de las mismas, la digestibilidad y los productos comerciales con dicha textura.

<sup>47</sup> Artículo de investigación para determinar la validez de un instrumento audiovisual denominado NutriDIS basado en IDDSI para una correcta aplicación de las diferentes texturas en las dietas.

**IMAGEN 1:** Niveles de IDDSI para alimentos de textura modificada



Fuente: iddsi.org

En un estudio realizado por Acerbo, Lema, Mato (2023)<sup>48</sup> a adultos mayores hospitalizados, se aplicó el test IDDSI y se observó que, con respecto a la justificación de la indicación de la dieta de textura modificada, la distribución fue similar: con un 34,6 %, 34,6 % y 30,8 % para los trastornos deglutorios, disminución de la fuerza masticatoria y falta de piezas dentales respectivamente. Las personas con dificultades para tragar tienen una fuerza de mordida mucho menor en comparación con otras personas sin trastorno de deglución. También se evidenció que el 56% de la muestra requería de asistencia a la hora de comer. Esto se define como permitir que la persona complete el proceso de comer cuando se sirve la comida o colación, la asistencia puede abarcar: presentación de alimentos, estímulo verbal, cortar alimentos o transferencia de alimentos desde el plato a la boca de la persona. Por otro lado, se demostró también que al comparar la ingesta de una persona con indicación de textura normal y otra con indicación de textura modificada, esta última presentaba una ingesta significativamente menor de energía y proteínas. Una razón por la cual ocurre es que este tipo de dietas contienen menor densidad de nutrientes debido al agregado de ingredientes, mayormente de consistencia líquida y con menor valor nutricional, lo que hace que estas preparaciones tengan menor densidad de nutrientes pero mayor volumen. Al tener menor valor energético, las personas deberían consumir mayor cantidad, lo que es difícil llevar a

<sup>48</sup> Tras analizar los residuos alimentarios en relación con la ingesta de referencia, se comprobó que el porcentaje de adecuación fue del 77,34 % y 75,76 % para los requerimientos calóricos y proteicos. No existe diferencia estadística significativa en el grado de adecuación calórica y proteica en cada uno de los grupos según los niveles de IDDSI.

cabo debido a la sintomatología y la falta de apetito. Y por último, debido a este motivo, al 38% de los encuestados le habían indicado suplemento vía oral.

Debido a todos los cambios que atraviesan los adultos mayores, son particularmente vulnerables de padecer malnutrición, y la malnutrición calórico-proteica es un problema común en esta población. Dentro de los factores que provocan la misma se encuentran comúnmente la falta de acceso a comida de alto valor nutricional, la soledad, la depresión, problemas bucodentales, disminución de salivación, falta de motivación debido a menor actividades diarias para realizar, pérdida de un ser querido, falta de apoyo familiar. (Contreras, Mayo, Romani, Silvana Tejada, Yeh, Ortiz & Tello 2013)<sup>49</sup>; y también abandono familiar, menor percepción de ingresos económicos lo cual favorece el consumo de alimentos de bajo costo y ricos en carbohidratos, disminución de actividad física, entre otras (Espinosa, Abril-Ulloa, Encalada, 2019)<sup>50</sup>.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador que se utiliza para poder diagnosticar el estado nutricional de una persona de acuerdo al peso relacionado con su talla. El adulto mayor presenta sus propios puntos de corte para medir el estado nutricional, los cuales son diferentes a los de un adulto, debido a que si se utilizarían los mismos habría una sobrestimación del IMC y una discrepancia en los rangos de desnutrición y sobrepeso. (Conroy – Ferreccio, 2017)<sup>51</sup>

**TABLA 1:** Clasificación del IMC según grupo etario

<b>IMC (kg/m2)</b>	<b>Clasificación</b>	<b>IMC (kg/m2)</b>	<b>Clasificación</b>
<b>Menor de 18,5</b>	Bajo peso	Menor a 22	Bajo peso
<b>18, 5 - 24,9</b>	Normal	22 – 27	Normal
<b>24,9 – 29,9</b>	Sobrepeso	27 a 32	Sobrepeso
<b>Mayor de 29,9</b>	Obesidad	Mayor de 32	Obesidad

Fuente: Ferreccio (2017)

<sup>49</sup> Estudio realizado en Perú en donde se utilizó el test MNA para la evaluación nutricional de los adultos mayores y diferentes instrumentos de valoración geriátrica integral como “Yesavage” para evaluar depresión, “Katz” para evaluar estado funcional, “Pfeiffer” para evaluar deterioro cognitivo, “GOHAI” para evaluar salud oral y “Guijon” para evaluar estado social. En este estudio se busca determinar el estado nutricional y los factores asociados a la malnutrición.

<sup>50</sup> Estudio transversal en el que participaron 250 adultos mayores de Ecuador, en donde investigo la prevalencia de malnutrición y factores asociados como depresión, actividad física, nivel socioeconómico, parámetros de laboratorio.

<sup>51</sup> Carta del escritor dirigida hacia el escritor del artículo "Influencia del sobrepeso y obesidad sobre el tiempo de equilibrio del deuterio, pero no en el agua corporal total y la composición corporal en mujeres mayores de 60 años". En esta carta se replantean definiciones y puntos de corte del IMC de adultos mayores.

La alimentación tiene un papel fundamental en el proceso de envejecimiento. Diversos factores tales como el estilo de vida, malos hábitos, pobreza, enfermedades crónicas y degenerativas comprometen el consumo de alimentos y el estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y su calidad de vida (Sánchez Ruiz, 2014)<sup>52</sup>

Los problemas nutricionales asociados al adulto mayor muestran una transición nutricional, fenómeno caracterizado por una alta prevalencia de malnutrición por exceso y un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Diversas investigaciones demostraron la asociación entre el ingreso económico y el consumo de determinados grupos de alimentos, donde personas con menores ingresos tienen una menor ingesta de alimentos saludables y mayor ingesta de alimentos ricos en energía. (Chavarría Sepúlveda, Barrón Pavón, Rodríguez Fernández, 2017)<sup>53</sup>.

Los hábitos alimentarios son comportamientos conscientes, colectivos, y repetitivos que conducen a las personas a seleccionar, consumir, utilizar determinados alimentos o dietas en respuesta a una influencia social y cultural. La adquisición de los mismos inicia en la familia, principalmente desde edades muy tempranas. En los adultos y personas de edad avanzada los hábitos alimentarios son más difíciles de lograr cambiarlos. (Lastre-Amell, 2020)<sup>54</sup>.

Varios autores establecieron estrecha relación entre los problemas bucales y la ingesta de alimentos, donde se mostró que la población edentula presenta dificultad o directamente no pueden realizar ingesta de ciertos alimentos, los más comunes fueron carne, manzana, y diversas frutas y verduras en donde la ingesta es menor a 2 veces por día. También se encuentra una estrecha relación entre el estado bucodental y como tal afecta al estado nutricional, en donde se demostró que la presencia de mala condición bucodental tenían riesgo de malnutrición. (Giraldo, Estrada Restrepo, Agudelo Suarez, 2019)<sup>55</sup>

Barrón, Rodríguez y Chavarría (2017)<sup>56</sup> realizaron un estudio sobre los hábitos alimentarios en los adultos mayores, en el mismo se vio reflejado que la mayoría realiza 3

---

<sup>52</sup> Estudio descriptivo transversal realizado en Lima, en el cual se estudio la relación de los hábitos alimentarios y el estado nutricional con el nivel socioeconómico.

<sup>53</sup> Estudio transversal realizado en Chile 118 adultos mayores, en el cual se investigo la relación del estado nutricional de la población encuestada y las características sociodemograficas.

<sup>54</sup> Este artículo pertenece a la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, en el mismo se indagaron los hábitos alimentarios de personas hipertensas.

<sup>55</sup> Estudio transversal que incluyo 178 adultos mayores que asistieron a consulta odontológica en Colombia. En este estudio se investigó la malnutrición relacionada con aspectos de salud y hábitos de vida: se utilizo el MNA para evaluar la malnutrición y se evaluaron aspectos demográficos, indicadores de salud bucal objetiva y subjetiva, percepción de salud, riesgo de depresión y hábitos de vida.

<sup>56</sup> Como se mencionó, en este estudio se relacionó el estado nutricional con características socio demográficas y se concluyó que: los encuestados con estado nutricional normal eran personas que alcanzaron estudios superiores o profesionales, mientras que las personas con estudios de nivel básico presentaron la menor proporción con estado nutricional normal y tenían los valores más altos de obesidad y sobrepeso (42,1% y 21,1%).

tiempos de comida, y solo el 34% incluye la cena. En cuanto a las frutas y verduras el 61% consume 5 porciones de frutas y verduras al día, lo cual fue un resultado superior en comparación con otras encuestas. En cuanto a los lácteos, solamente un 19% consume 2 porciones diarias, la baja ingesta de calcio genera pérdida mineral ósea y un mayor riesgo de fracturas. El consumo de leguminosas una a dos veces por semana alcanzó a un 94% de los encuestados. Se analizó también por el consumo de pescado, el cual alcanzó un 90% al menos una vez a la semana y solo el 3% lo consume frito, lo cual es un resultado muy satisfactorio debido al bajo aporte de grasas que presenta este alimento junto con el aporte de vitaminas del complejo B y beneficios a nivel cardiovascular. Y por último el 80% del grupo estudiado agrega sal adicional a las comidas, y la mitad de los encuestados eran hipertensos.

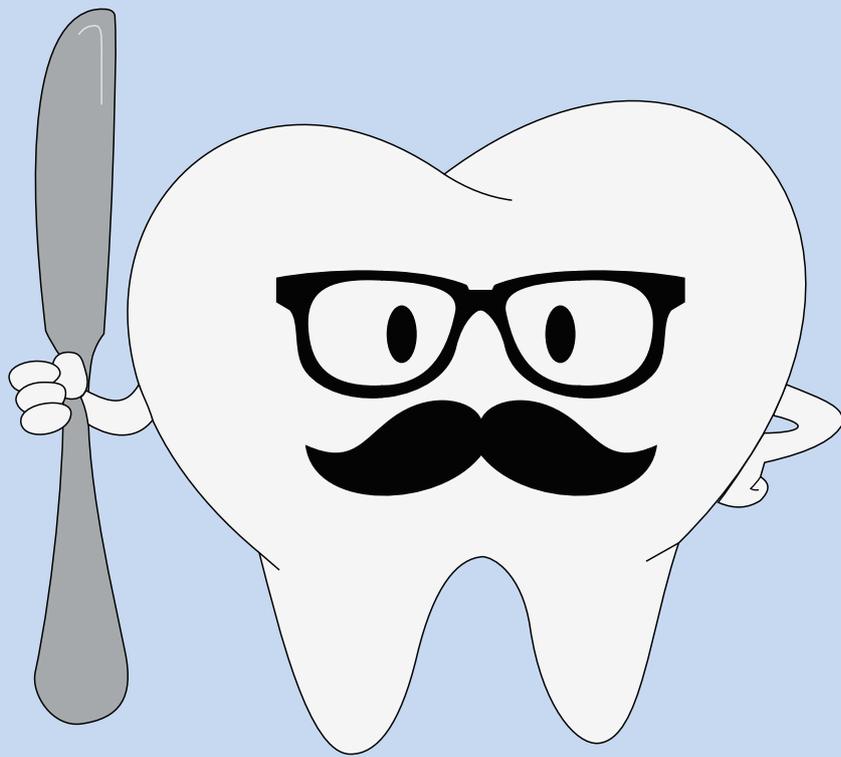
Los trastornos bucales junto con los cambios dados en el envejecimiento, como se vio en un principio, tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos. Esta población constituye un grupo vulnerable por ser susceptibles a los trastornos bucodentales que afectan tanto a su nutrición, a sus relaciones sociales y a la percepción que tienen de sí mismos. (Hernández & Férrez, 2010)<sup>57</sup>.

Poder determinar todos los factores asociados a la malnutrición en esta población, junto con la frecuencia de los mismos, permitirá poder generar en un futuro intervenciones que brinden un impacto positivo en la sociedad, permitiendo así cambiar la prevalencia de malnutridos (Contreras, Mayo, Romaní, Silvana Tejada, Yeh, Ortiz & Tello, 2013)<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> En esta investigación uno de los resultados al que se arribó es que quienes recibieron consulta dental dentro de los 12 meses o tenían un mayor nivel educativo presentaron mayor puntuación en el test GOHAI lo que significa una mejor auto percepción bucal, mientras que el restante de la población se encuentra por debajo del punto de corte.

<sup>58</sup> La prevalencia de malnutrición en esta investigación realizada fue de 29,9%, y el 57,9% se encontraba en riesgo de malnutrición. El 69,4% presentaban depresión y riesgo de la misma; 27,8% mostró deterioro cognitivo; 93,1% presentaba percepción negativa de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social.



---

# **MATERIALES Y METODOS**

La investigación a realizar es de tipo descriptivo corte transversal. Es descriptivo ya que analiza la ingesta, las texturas y la auto percepción de la salud bucal de los adultos mayores, buscando describir la situación de los mismos respecto a esas variables. Es de corte transversal ya que muestra una situación determinada, en una población definida y en un momento dado en el tiempo.

El universo de estudio son todos los adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023. La unidad de análisis es cada uno de los adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023. La muestra es de 40 adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la Ciudad de Mar del Plata en el año 2023. La muestra seleccionada: no probabilística, por conveniencia.

### **CRITERIOS INCLUSIÓN**

Personas sexo femenino y masculino entre 60 a 85 años.

Internados en un hospital público de la ciudad de Mar del Plata.

Con alimentación via oral exclusiva o complementaria con soporte o suplemento nutricional.

### **CRITERIOS EXCLUSIÓN**

Pacientes con alimentación enteral o parenteral exclusiva.

### **LISTADO DE VARIABLES**

Edad

Peso

Talla

Lugar de residencia

Nivel educativo

Antecedentes patológicos

Presencia de controles odontológicos

Presencia de controles médicos

Presencia de controles nutricionales

Presencia de prótesis dentales

Auto percepción salud bucal: test GOHAI

Hábitos o prácticas alimentarias

Tipo de alimentación

Presencia de soporte nutricional

Tipo de soporte nutricional

Presencia de modificaciones en la textura de los alimentos consumidos

Tipo de alimentos a los que realiza modificación de textura

Tipo de alimentos que no consume por su textura original

Motivos de modificación de textura de los alimentos

Ingesta de suplementos nutricionales via oral: tipo y frecuencia

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La siguiente encuesta forma parte de la tesis de grado de Melany Suarez para la obtención de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad FASTA. La misma servirá para determinar la auto percepción de la salud bucal, la ingesta alimentaria y la textura de los alimentos consumidos por adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023. Se recabarán los datos mediante la realización de una encuesta la cual no conlleva riesgo alguno, la selección de la muestra será de forma no probabilística por conveniencia. Se garantiza el secreto estadístico y confidencial de la información brindada por los encuestados como es exigido por la ley actual Argentina. Por esta razón si procede a responder la siguiente encuesta está brindando su consentimiento para poder llevar a cabo la investigación.

**TABLA 1: CLASIFICACIÓN IMC SEGÚN GRUPO ETARIO**

<b>IMC (kg/m2)</b>	<b>Clasificación</b>	<b>IMC (kg/m2)</b>	<b>Clasificación</b>
<b>Menor de 18,5</b>	Bajo peso	Menor a 22	Bajo peso
<b>18,5 - 24,9</b>	Normal	22 – 27	Normal
<b>24,9 – 29,9</b>	Sobrepeso	27 a 32	Sobrepeso
<b>Mayor de 29,9</b>	Obesidad	Mayor de 32	Obesidad

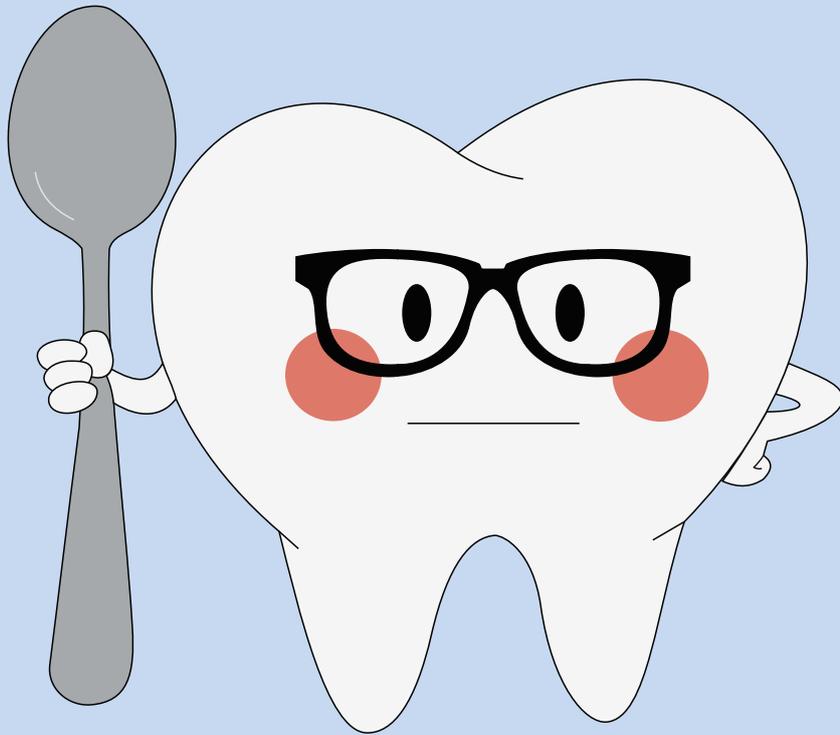
Fuente: Ferrecio, 2017

**TABLA 2: INDICE SALUD ORAL GERIATRICA GOHAI CON SUS PUNTUACIONES**

En los últimos 3 meses	S	F	AV	RV	N
1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	5	4	3	2	1
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7. Cuando usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	5	4	3	2	1
8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S: siempre - F: frecuentemente - AV: algunas veces - RV: rara vez - N: nunca

**Fuente:** DHO, 2022.



---

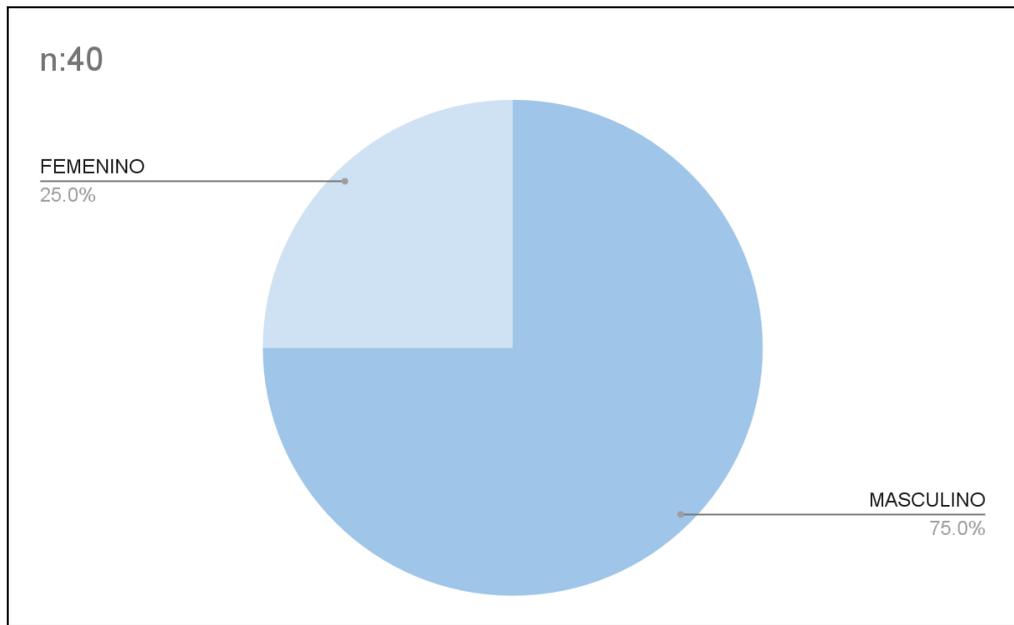
# **ANÁLISIS DE DATOS**

## **ANÁLISIS DE DATOS**

A continuación, se llevará a cabo el análisis de los datos obtenidos en la recolección.

De la muestra la distribución de sexo fue:

**Gráfico 1: Sexo**

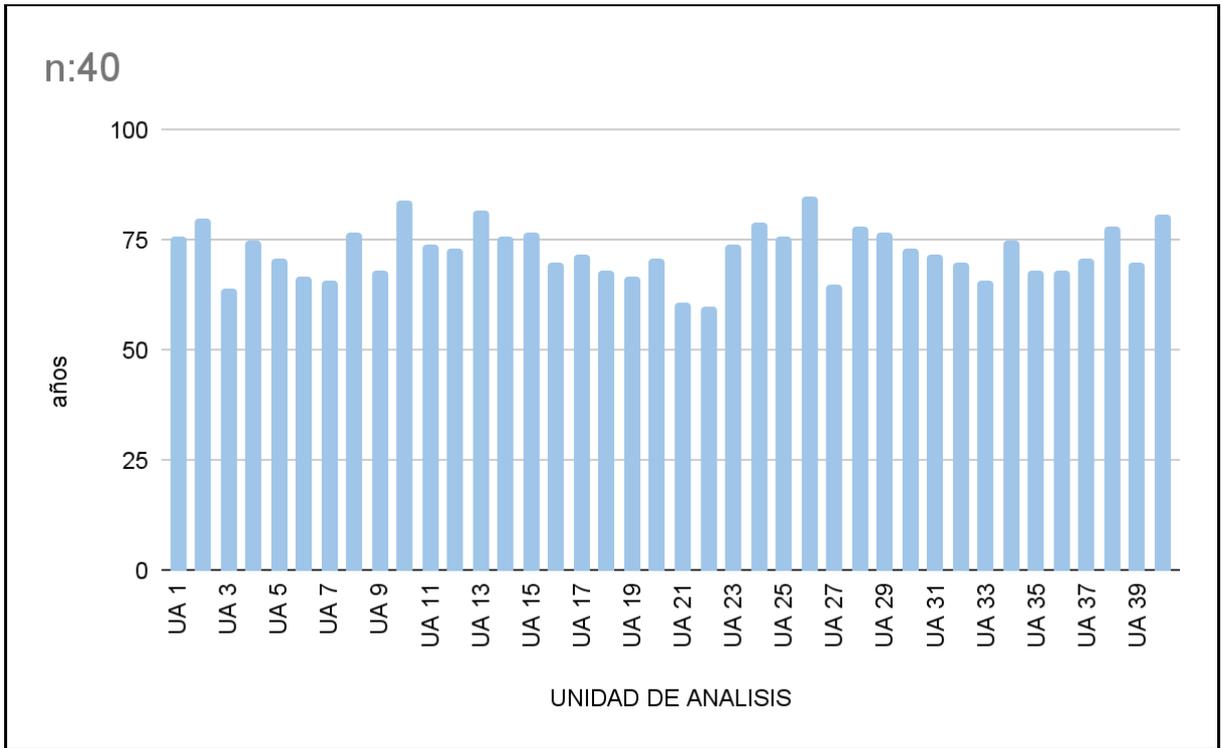


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

El 75% de los encuestados fueron de sexo masculino y el 25% de sexo femenino.

También se les consultó sobre su edad, talla y peso.

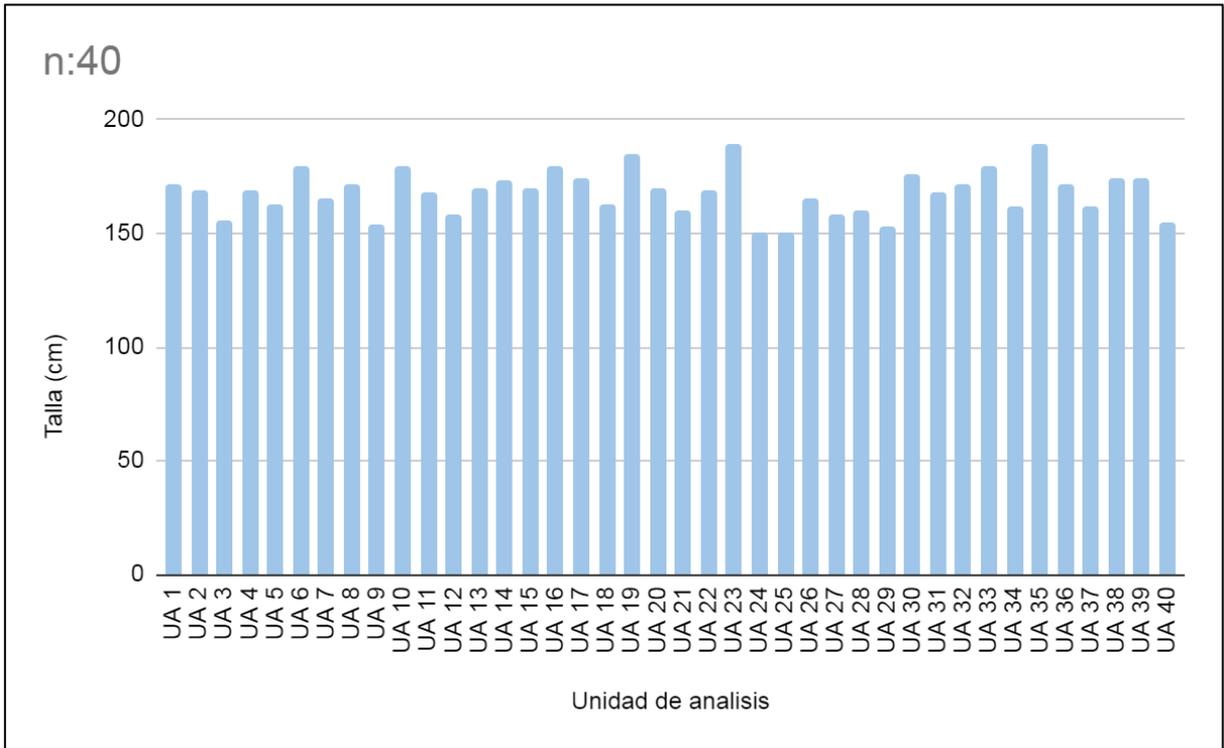
**Gráfico 2: Edad**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Todos los encuestados tienen entre 60 a 85 años. La edad promedio fue de 72 años.

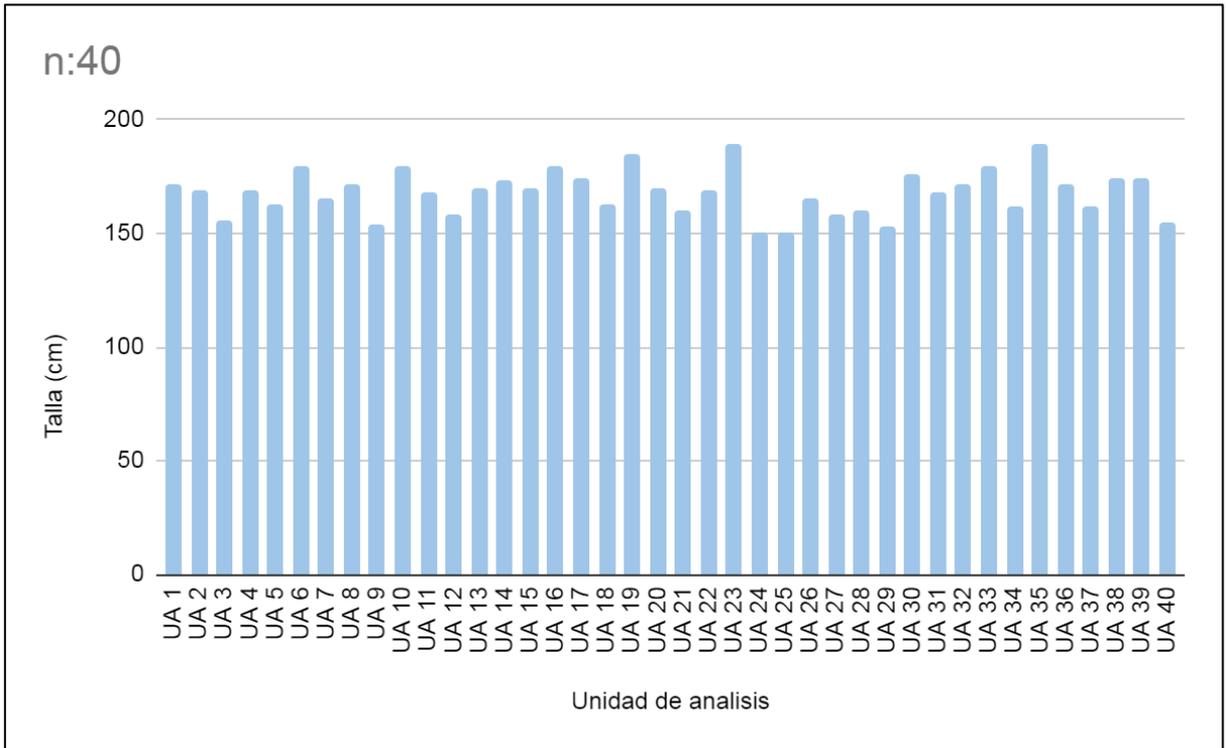
**Gráfico 3: Talla (en cm)**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

El rango de talla de los encuestados fue de 150 cm a 189 cm. La talla promedio fue de 169 cm.

**Gráfico 4: Peso (en kg)**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

El rango de peso de los encuestados fue de 45 kg a 130 kg.

A partir de los datos anteriores, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo y se comparó con referencias.

**Tabla 1: Índice de Masa Corporal sexo femenino**

UA	PESO	TALLA	IMC	CLASIFICACIÓN S FERACCIO
UA 3	65	1.56	26.7	Normopeso
UA 9	45	1.54	18.9	Bajo peso
UA 18	74	1.63	27.8	Sobrepeso
UA 21	76	1.6	29.6	Sobrepeso
UA 22	78	1.69	27.3	Sobrepeso
UA 25	89	1.5	39.5	Obesidad
UA 27	69	1.58	27.2	Sobrepeso
UA 28	68	1.6	26.5	Normopeso
UA 29	92	1.53	39.3	Obesidad
UA 37	47	1.62	17.9	Bajo peso

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

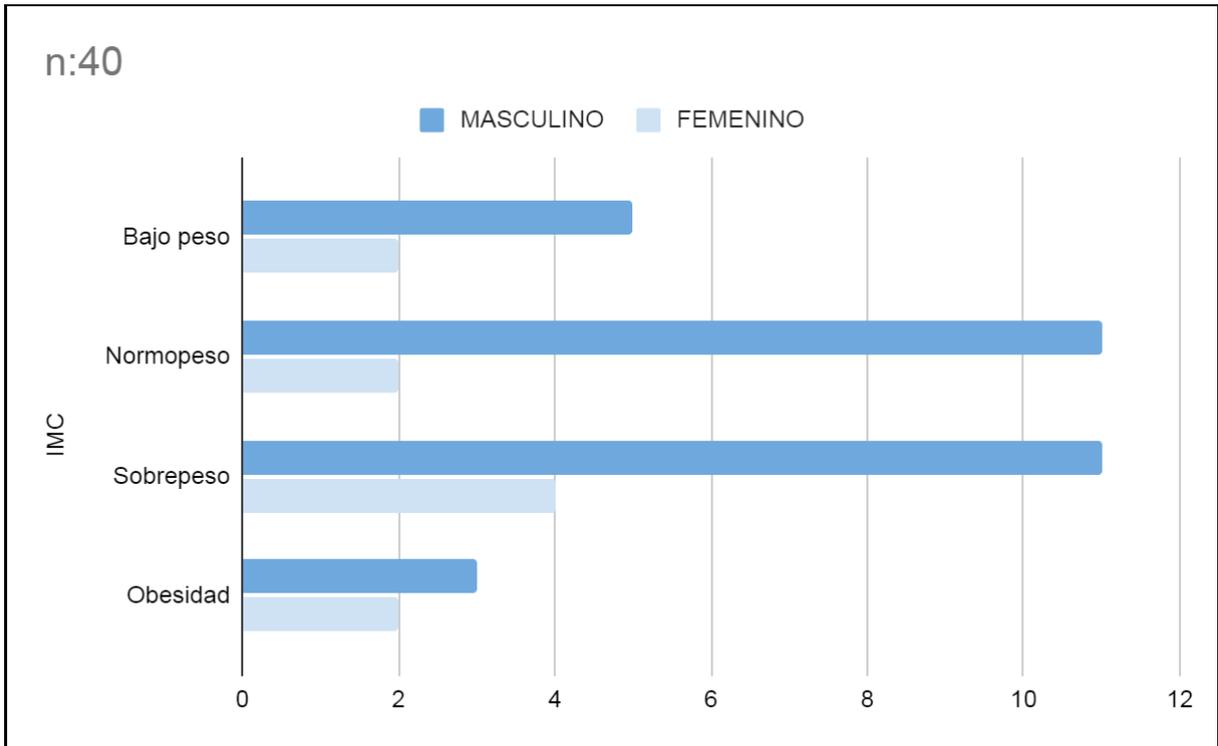
**Tabla 2: Índice Masa Corporal sexo masculino**

UA	PESO	TALLA	IMC	CLASIFICACIÓN S FERACCIO
UA 1	77	1.72	26	Normopeso
UA 2	46	1.69	16.1	Bajo peso
UA 4	93	1.69	32.5	Obesidad
UA 5	67	1.63	25.2	Normopeso
UA 6	98	1.8	30.2	Sobrepeso
UA 7	61	1.65	22.4	Normopeso
UA 8	64	1.72	21.6	Bajo peso
UA 10	84	1.8	25.9	Normopeso
UA 11	90	1.68	31.8	Sobrepeso
UA 12	74	1.58	29.6	Sobrepeso
UA 13	86	1.7	29.7	Sobrepeso
UA 14	100	1.73	33.4	Obesidad
UA 15	88	1.7	30.4	Sobrepeso
UA 16	130	1.8	40.1	Obesidad
UA 17	73	1.74	24.1	Normopeso
UA 19	83	1.85	24.2	Normopeso
UA 20	85	1.7	29.4	Sobrepeso
UA 23	100	1.89	27.9	Sobrepeso
UA 24	49	1.5	21.7	Bajo peso
UA 26	68	1.65	24.9	Normopeso
UA 30	76	1.76	24.5	Normopeso
UA 31	93.5	1.68	33.1	Sobrepeso
UA 32	54	1.72	18.2	Bajo peso
UA 33	70	1.8	21.6	Bajo peso
UA 34	65	1.62	24.7	Normopeso
UA 35	108	1.89	30.2	Sobrepeso

UA 36	88	1.72	29.7	Sobrepeso
UA 38	79	1.74	26	Normopeso
UA 39	81	1.74	26.7	Normopeso
UA 40	70	1.55	29.1	Sobrepeso

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

**Gráfico 5: Índice Masa Corporal (IMC)**



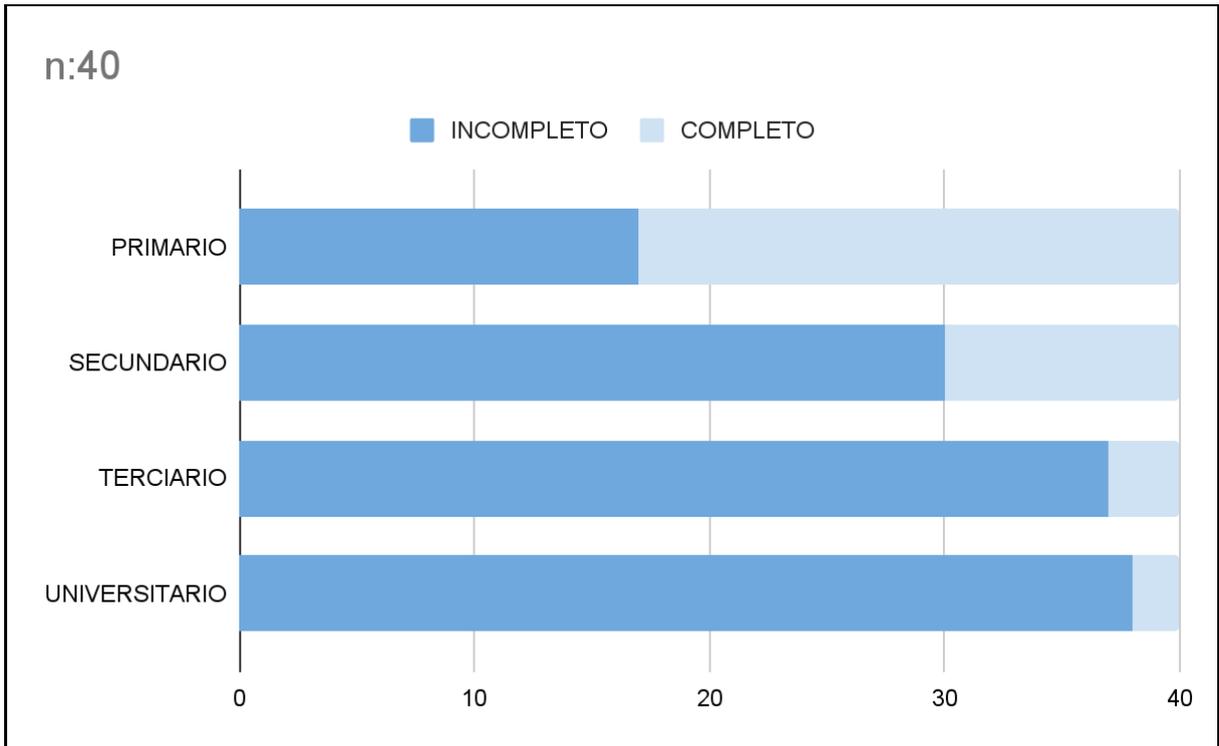
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se calculó el Índice de Masa Corporal con los datos del peso y la talla obtenidos anteriormente, se comparó con referencias para poder así obtener un resultado de la población encuestada.

En cuanto a la población de sexo masculino se encontró que el 36,6% sobrepeso, y el mismo porcentaje presenta normopeso; el 16,6% presenta bajo peso y por último el 10% presenta obesidad. Respecto a la población de sexo femenino se encontro que el 40% presenta sobrepeso; el 20% presenta normopeso, el 20% presenta obesidad y el 20% presenta bajo peso.

Por otro lado, del total de los encuestados, se consultó sobre su lugar de residencia: casa particular o en una residencia para adultos mayores, por lo que se obtuvo que el 100% vive en una casa particular.

**Gráfico 7: Nivel educativo alcanzado**

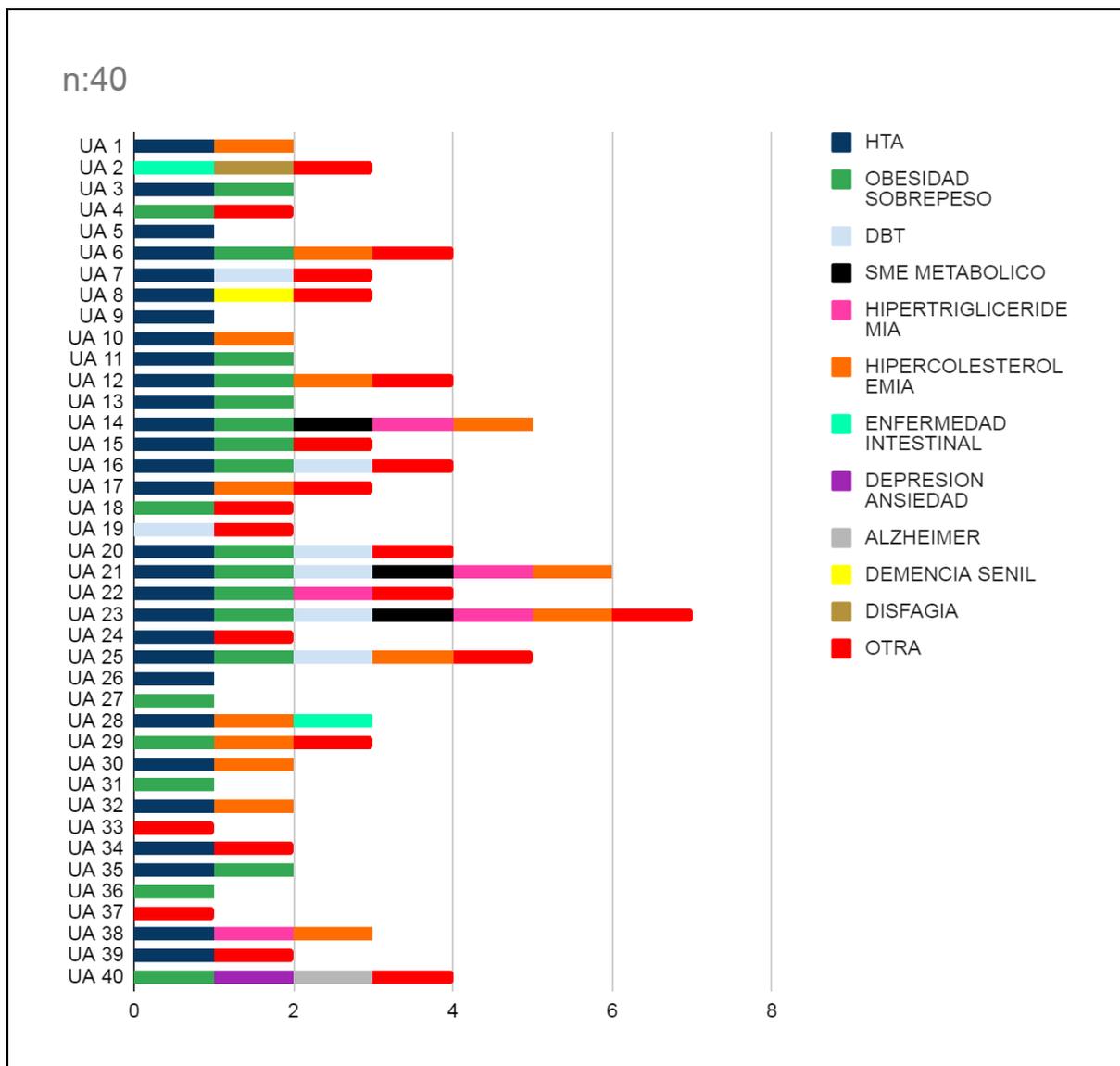


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En cuanto a su nivel educativo, únicamente el 5% de los encuestados no presenta ningún nivel educativo, mientras que el 90% presenta alguno de ellos completo.

El 57,5% tiene nivel primario completo, el 25% tiene nivel secundario completo, el 7,5% tiene nivel terciario completo y el 5% tiene nivel universitario completo.

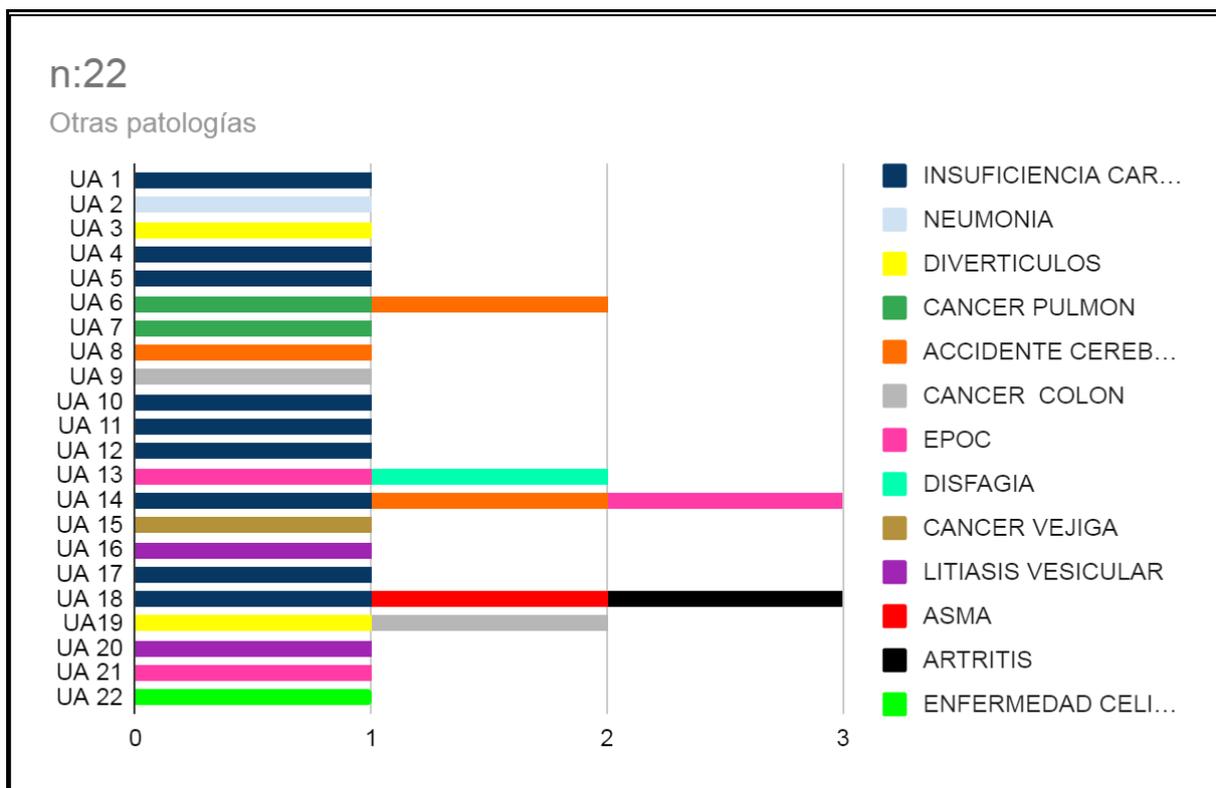
**Gráfico 8: Patologías preexistentes**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó a los encuestados si presentaban alguna o algunas patologías: 29 respondieron hipertensión, 21 respondieron sobrepeso- obesidad, 15 respondieron hipercolesterolemia, 7 respondieron diabetes, 4 respondieron hipertrigliceridemia, 3 respondieron síndrome metabólico. Las enfermedades tales como enfermedad intestinal, depresión ansiedad, alzhéimer, demencia senil y disfagia solo obtuvieron un solo punto cada una. Y por otro lado 22 personas respondieron que además de las mencionadas presentaban alguna otra patología.

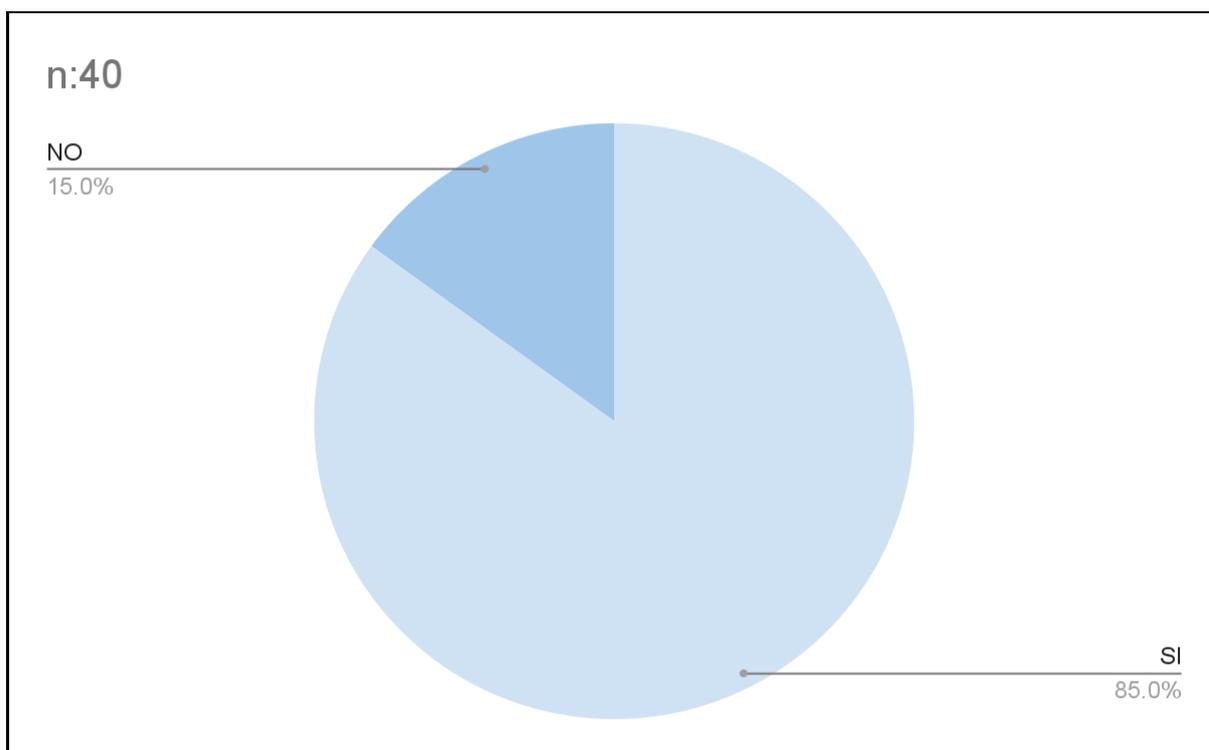
**Gráfico 9: Otras patologías preexistentes en los encuestados**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

De todos los encuestados, 22 personas de la pregunta anterior aclararon que presentaban otras patologías además de las mencionadas en la encuesta. Se les consultó cuáles eran las mismas y se encontró gran variedad: la más repetida con 9 votos fue insuficiencia cardíaca, y en segundo lugar EPOC. Pero también se nombraron: Accidente Cerebro Vascular, Enfermedad Celíaca, Cáncer de colon, Cáncer de pulmón, Cáncer de vejiga, Litiasis vesicular, Divertículos, Asma, Artritis, Disfagia, Neumonía.

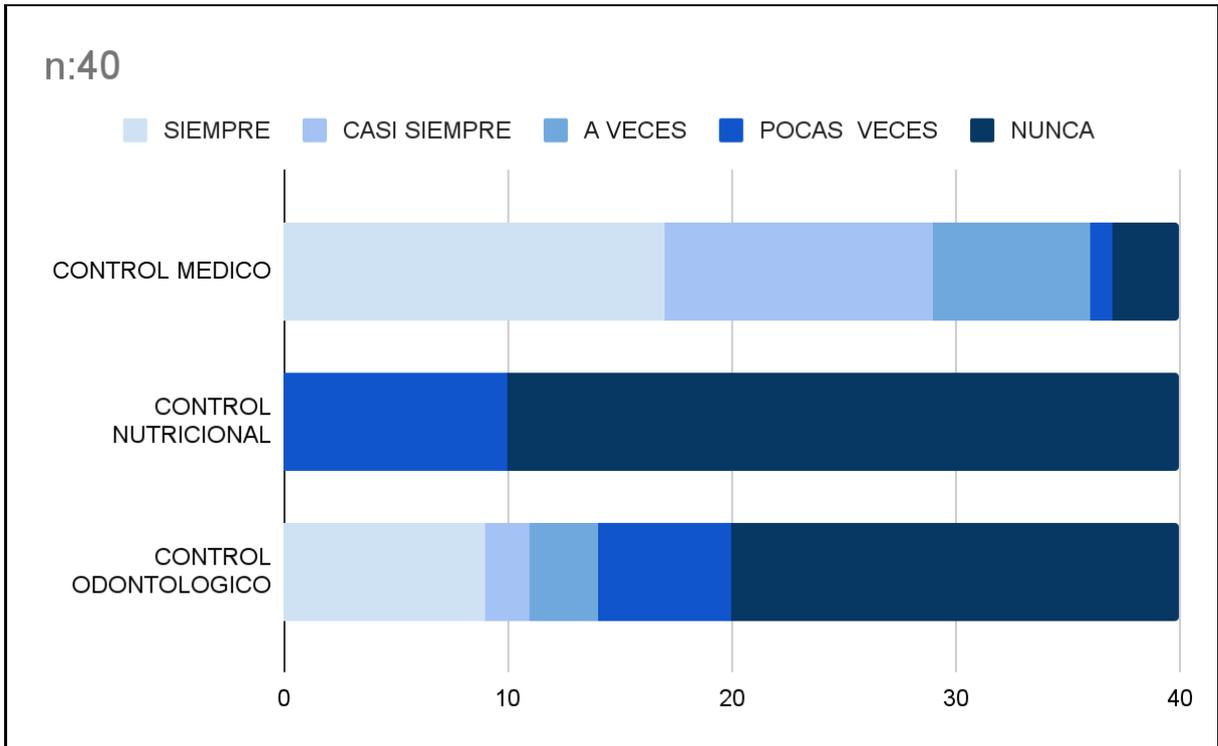
**Gráfico 10: Presencia de tratamiento de patologías preexistentes**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó si realizan tratamiento para dichas patologías, el 85% recibe tratamiento, mientras que el 15% no lo recibe.

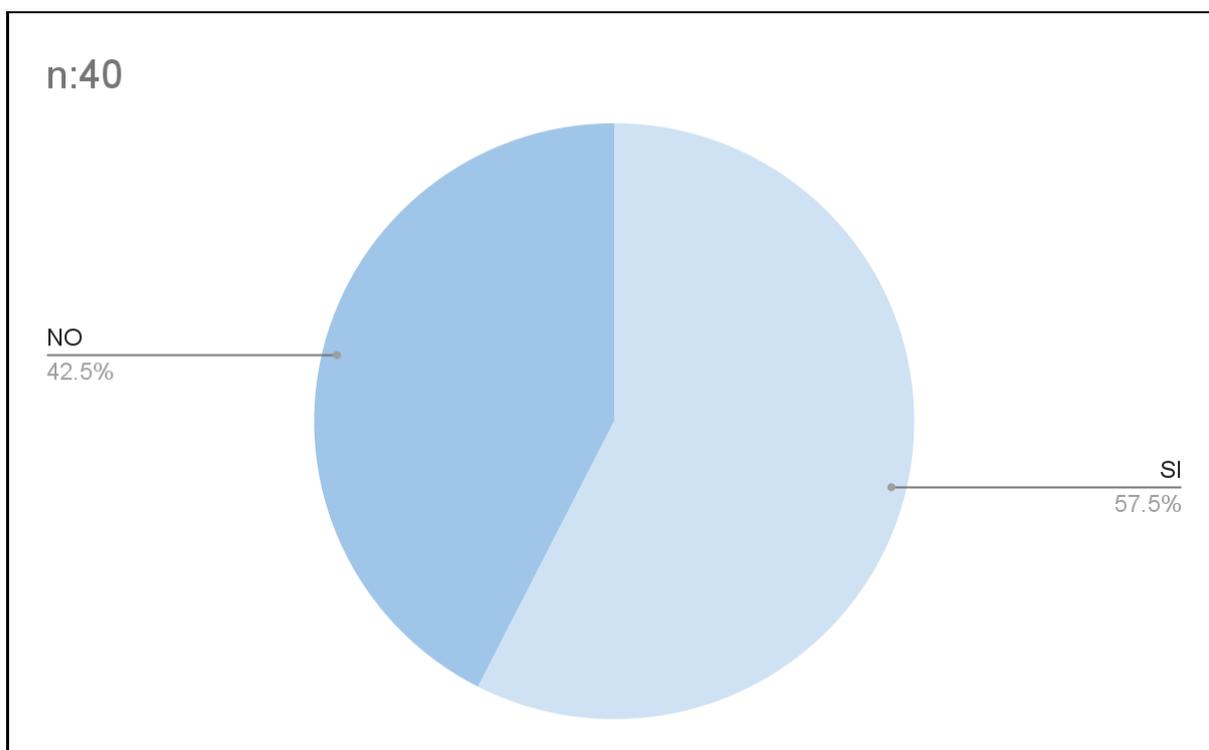
**Gráfico 11: Frecuencia de chequeos clínicos**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó a los encuestados sobre la realización de chequeos y visitas a distintos profesionales de la salud. Viéndose como resultado que el control que más se lleva a cabo es con el médico clínico, en segundo lugar con el Odontólogo y el que menos o nunca realizaron es con una consulta con Nutricionista.

**Gráfico 12: Presencia de prótesis dentales**

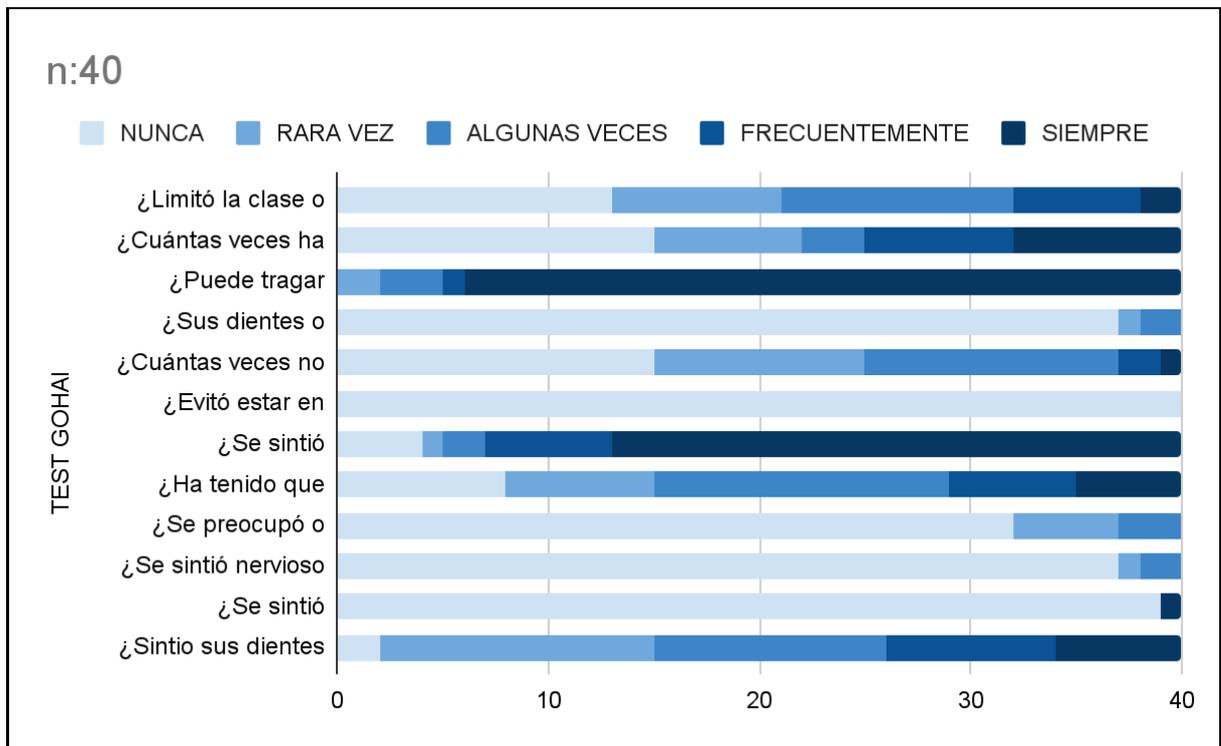


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

El 57,5% de los encuestados presenta prótesis dentales y el 42,5% no presenta prótesis dentales.

Otro de los recursos utilizados fue el Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Este test consta de 12 preguntas que abarcan la función física, psicosocial y de dolor e incomodidad, y permite evaluar la auto percepción de salud bucal, así como el impacto de las enfermedades bucales y los factores psicosociales. El formato de respuestas es de tipo Likert, cada ítem presenta cinco opciones de respuesta, con valores que van de 1 a 5. Luego, se lleva a cabo la suma de respuestas dadas, donde se obtiene un rango numérico.

**Gráfico 13: Test GOHAI general**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Referencias:

- Si limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales
- Cuántas veces la persona tuvo problemas la masticar comidas duras
- Si puede tragar cómodamente
- Si sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que quería
- Cuántas veces la persona no ha podido comer las cosas que quería sin tener ninguna molestia
- Sí evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales

- Si se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales
- Si tuvo que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestias en su boca
- Si se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales
- Si se sintió nervioso debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales
- Si se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales
- Si sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos fríos, calientes o dulces

Se le realizó a los 40 encuestados el Test Gohai. En este gráfico se encuentran las respuestas totales a cada pregunta. Los temas/preguntas que abarca este test son: Las preguntas 1,2,3 y 4 corresponden a la función física, las preguntas 6, 7, 9, 10 y 11 corresponden a la función psicosocial; y por último las preguntas 5, 8 y 12 corresponden a dolor e incomodidad.

En cuanto a las respuestas, se codifican en una escala de cinco puntos como: 1 siempre; 2 frecuentemente; 3 algunas veces; 4 rara vez; 5 nunca. En las preguntas 3 y 7, la puntuación tiene un valor inverso: 5 siempre; 4 frecuentemente; 3 algunas veces; 2 rara vez; 1 nunca. La puntuación mínima obtenida es de 12 y la máxima de 60 puntos.

**Tabla 3: Análisis de puntuación individual test GOHAI sexo femenino**

<b>UNIDAD ANÁLISIS SEXO FEMENINO</b>	<b>PUNTUACIÓN TEST GOHAI</b>	<b>RESULTADO PUNTUACIÓN TEST GOHAI</b>
UA 3	50	Mala salud oral
UA 9	54	Regular salud oral
UA 18	52	Regular salud oral
UA 21	45	Mala salud oral
UA 22	59	Buena salud oral
UA 25	37	Mala salud oral
UA 27	57	Buena salud oral
UA 28	52	Regular salud oral
UA 29	48	Mala salud oral
UA 37	53	Regular salud oral

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

**Tabla 4: Análisis puntuación test GOHAI sexo masculino**

<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>PUNTUACIÓN TEST GOHAI</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE LA PUNTUACIÓN</b>
UA 1	57	Buena salud oral
UA 2	43	Mala salud oral
UA 4	49	Mala salud oral
UA 5	45	Mala salud oral
UA 6	60	Buena salud oral
UA 7	45	Mala salud oral
UA 8	44	Mala salud oral
UA 10	45	Mala salud oral
UA 11	59	Buena salud oral
UA 12	51	Regular salud oral
UA 13	46	Mala salud oral
UA 14	49	Mala salud oral
UA 15	49	Mala salud oral
UA 16	48	Mala salud oral
UA 17	55	Regular salud oral
UA 19	52	Regular salud oral
UA 20	50	Mala salud oral
UA 23	57	Buena salud oral
UA 24	47	Mala salud oral
UA 26	54	Regular salud oral
UA 30	33	Mala salud oral
UA 31	59	Buena salud oral
UA 32	55	Regular salud oral
UA 33	54	Regular salud oral
UA 34	44	Mala salud oral
UA 35	56	Regular salud oral

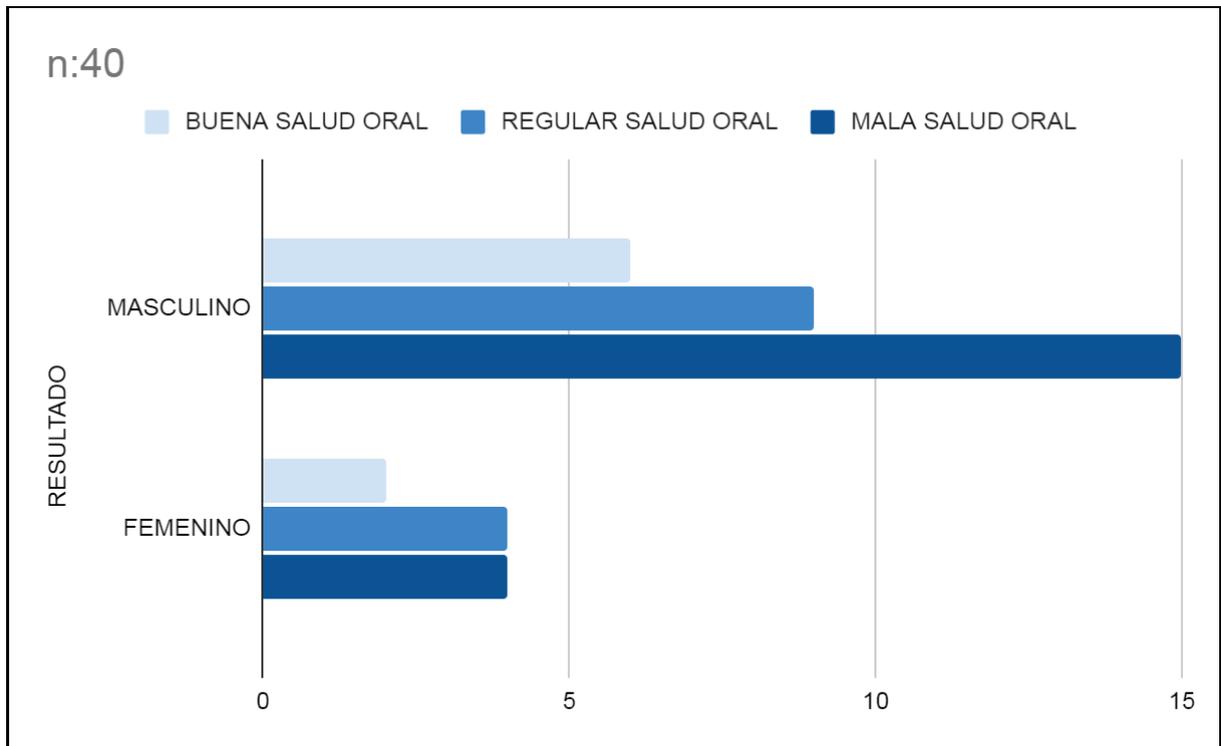
UA 36	55	Regular salud oral
UA 38	54	Regular salud oral
UA 39	32	Mala salud oral
UA 40	59	Buena salud oral

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se analizó cada test de manera individual, para luego poder llevar a cabo la sumatoria de las respuestas dadas, como se mencionó anteriormente.

Los rangos obtenidos de puntuación fueron el mínimo de 33 puntos y el máximo de 60 puntos. El promedio de puntaje fue de 50 puntos.

**Gráfico 14: Resultados test GOHAI**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

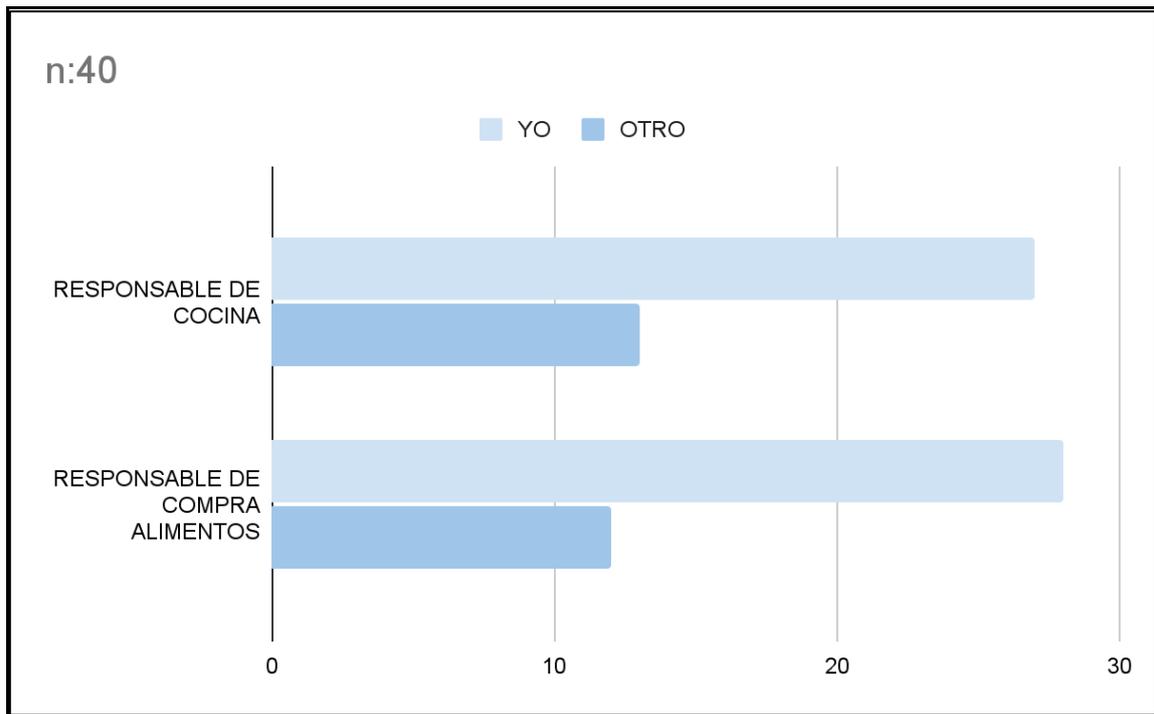
En este gráfico encontramos los resultados de los puntajes obtenidos en el Test GOHAI por sexo

Tras la sumatoria de cada puntaje según respuesta, se considera una “Buena” salud oral cuando se tiene una puntuación de 57 a 60, una “Regular” salud oral entre 51 a 56 puntos, y una “Mal” salud oral menos de 50 puntos.

En cuanto al sexo masculino, el 50% de los encuestados presenta mala salud oral siendo la mayoría; un 30% presenta una regular salud oral; y solamente el 20% tiene una buena salud oral.

En cuanto al sexo femenino, el 40% de los encuestados presenta mala salud oral y el 40% también presenta regular salud oral, siendo ambos puntajes la mayoría; y solamente el 20% tiene una buena salud oral.

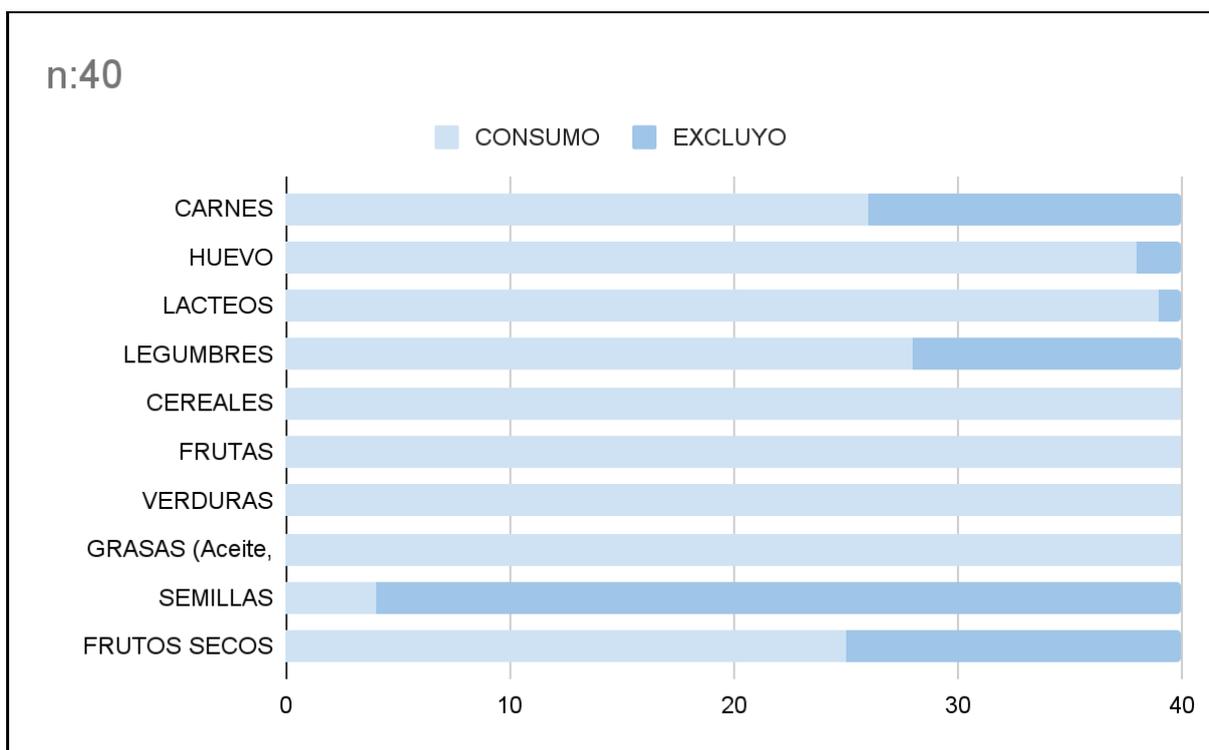
**Gráfico 15: Responsable de compra y elaboración de alimentos**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó quien o quienes eran los encargados de las compras de alimentos y de cocinar en su casa: en ambas variables la mayoría de los adultos mayores compran y cocinan ellos. Solamente 13 personas delegan la cocina a otra persona, y 12 personas delegan las compras a otra persona.

**Gráfico 16: Alimentos consumidos y excluidos por encuestados.**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó a los encuestados sobre diferentes alimentos para conocer cuales consumían y cuales excluían en su alimentación habitual.

Los alimentos consumidos por el 100% de los encuestados son las frutas, verduras, cereales y grasas (aceite, manteca, crema). Y por su parte los lácteos y huevo son consumidos por casi la totalidad de los encuestados, 96 -97%.

Por otro lado, el alimento más excluido de la alimentación de los encuestados son las semillas, el 90% no las consume. Y en segundo lugar los frutos secos con el 37,5%, las carnes con el 35% y por último las legumbres con el 30%.

### Gráfico 17: Motivo de exclusión de alimentos

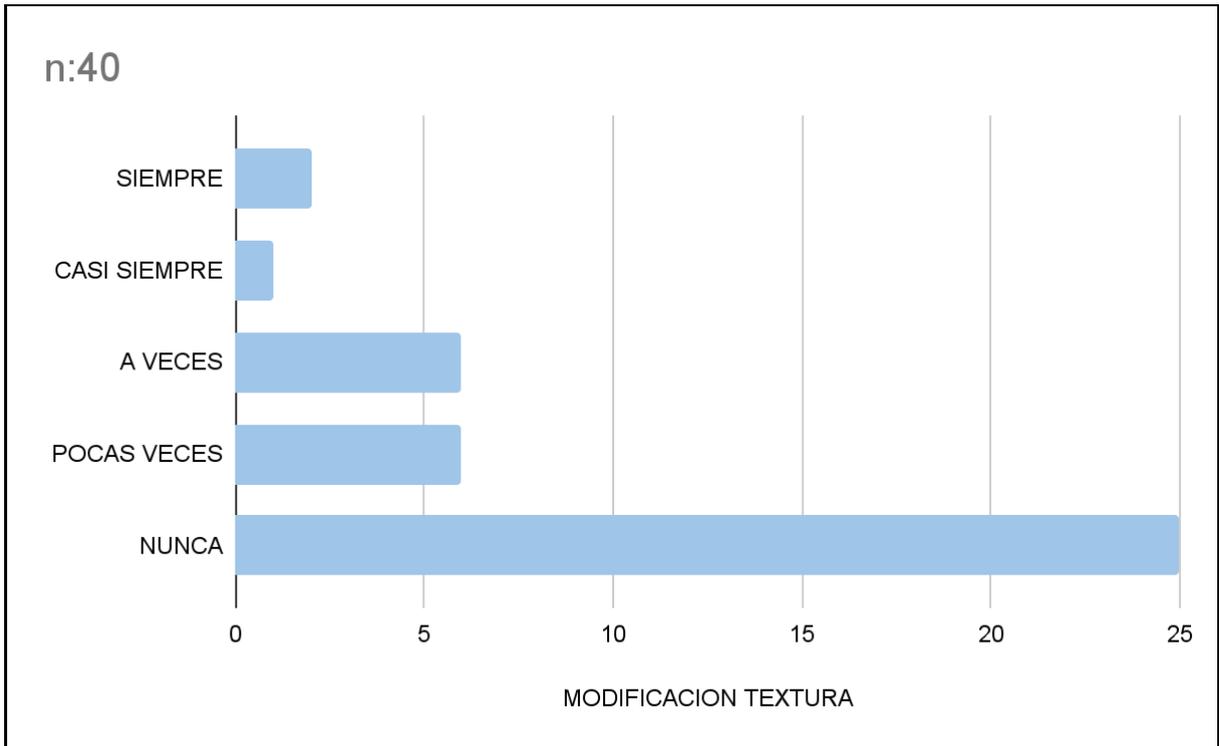


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En base a la anterior pregunta, se les consulta a aquellos encuestados que excluyen algún alimento de su alimentación, el motivo de dicha exclusión. En este caso son 37 de los encuestados.

El motivo más repetido es "Hábitos", muchos de los alimentos que no consumen es por falta de costumbre de no incluirlos en su alimentación habitual, y en otros casos también porque no les gustan los mismos. El segundo motivo más mencionado es "Dificultad en la ingesta" debido a la dureza de los alimentos e incapacidad para llevar a cabo una correcta masticación debido a problemas bucales y/o dentales. Y por último, los dos motivos de exclusión son "Nunca haber probado" y "Poder adquisitivo", ambos con la minoría de los votos.

**Gráfico 18: Frecuencia de modificación de textura de alimentos**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó a los encuestados si debían realizar modificaciones de textura a los alimentos que consumían. La respuesta más votada fue "Nunca" con el 62,5%. Aunque el 37,5% restante de los encuestados si deben realizar modificaciones de textura a los alimentos, algunos con más frecuencia que otros. Al menos el 5% debe realizar "Siempre" adaptación de la textura.

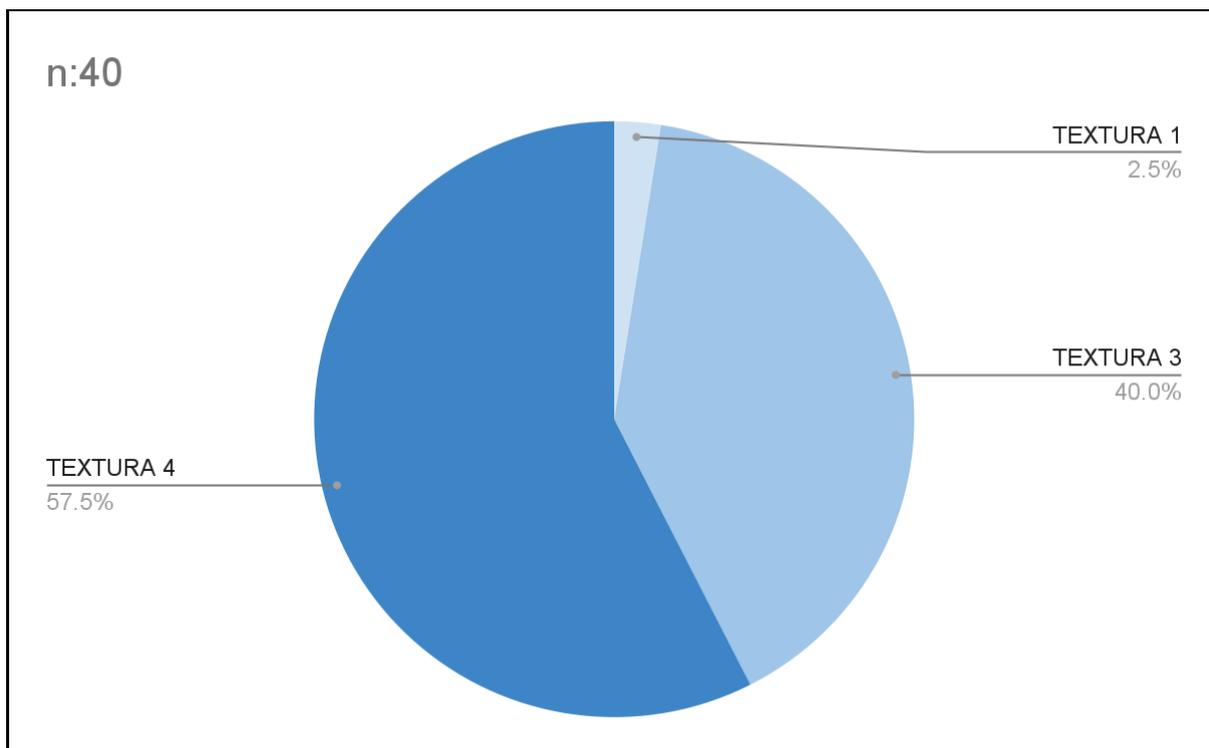
**Gráfico 19: Alimentos modificados por encuestados**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En base a la respuesta anterior, se les consultó a los encuestados a qué alimentos deben realizar modificaciones en las texturas. De los cuales 15 de ellos deben realizar modificaciones a las carnes y 2 de ellos, además de las carnes, a los alimentos duros. El resto de los encuestados no realizan modificaciones a ningún alimento de los que consumen.

**Gráfico 20: Identificación de textura consumida en base a imagen**



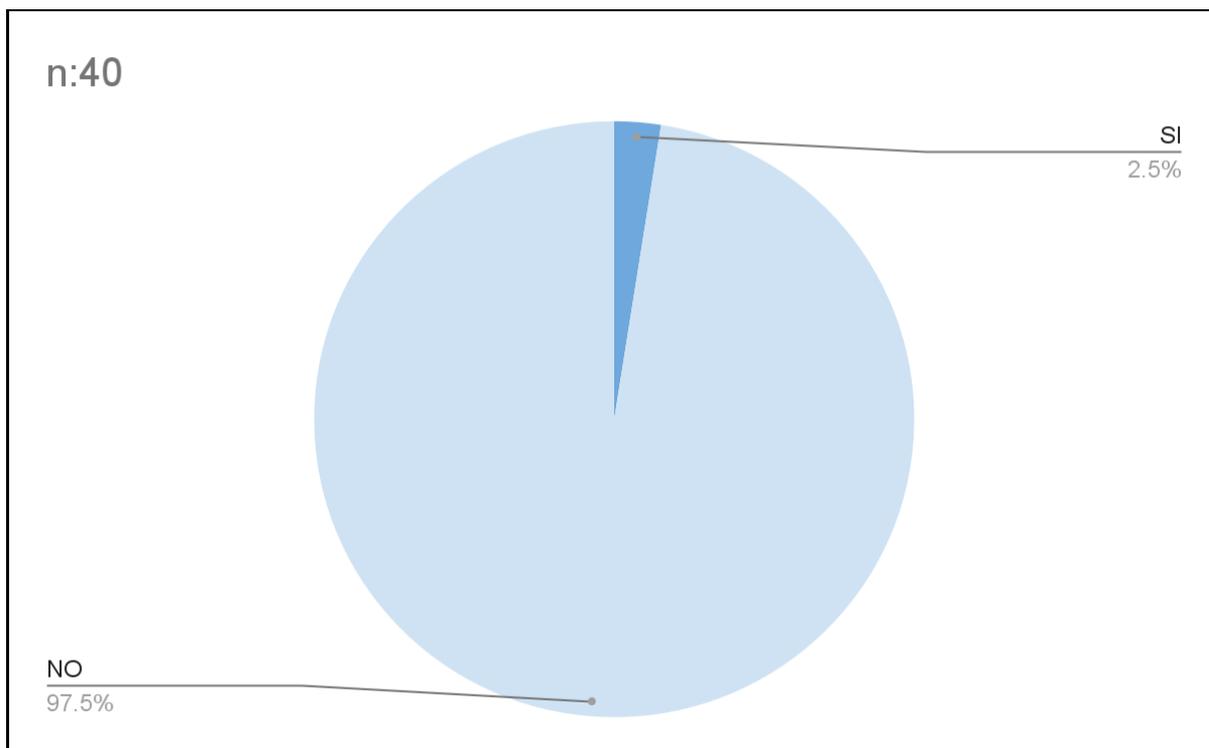
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

A todos los encuestados se les mostraron 4 imágenes, cada una contenía alimentos con texturas diferentes, la fuente de las mismas pertenece a la “Iniciativa Internacional de Estandarización de la dieta para disfagia”, más comúnmente conocida como IDDSI por sus siglas en inglés International Dysphagia Diet Standardisation Initiativees.

En base a los niveles de estandarización de IDDSI: la textura de la imagen n°1 corresponde a “Puré”, la textura de la imagen n°2 corresponde a “Picado y húmedo”, la textura de la imagen n°3 corresponde a “Suave y bocado normal” y la textura de la imagen n°4 corresponde “Normal”.

En cuanto a las respuestas de los encuestados, se presenta a la textura de la imagen n°4 “Normal” como la mayormente consumida, votada por el 57,5%, en segundo lugar la textura de la imagen n°3 “Suave y bocado normal” con el 40% de los votos; la textura de la imagen n°1 “Puré” con el 2,5% de los votos y por último la textura de la imagen n°2 “Picada y húmeda” con 0% de votos.

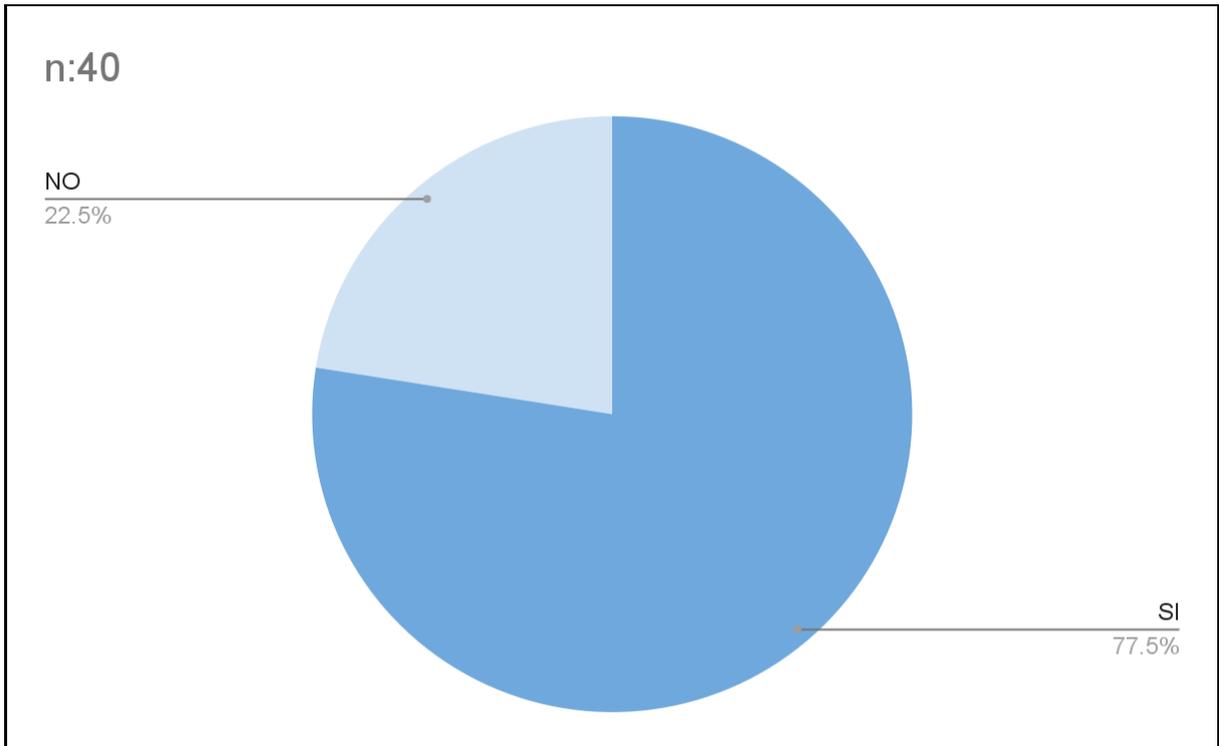
**Gráfico 21: Consumo de líquidos con espesante**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En cuanto a la ingesta de líquidos, se les consultó si tenían alguna dificultad y el 97,5% no presenta complicaciones. Solamente el 2,5% debe incorporar espesante al agua para poder ingerirla.

**Gráfico 22: Vía de alimentación actual**

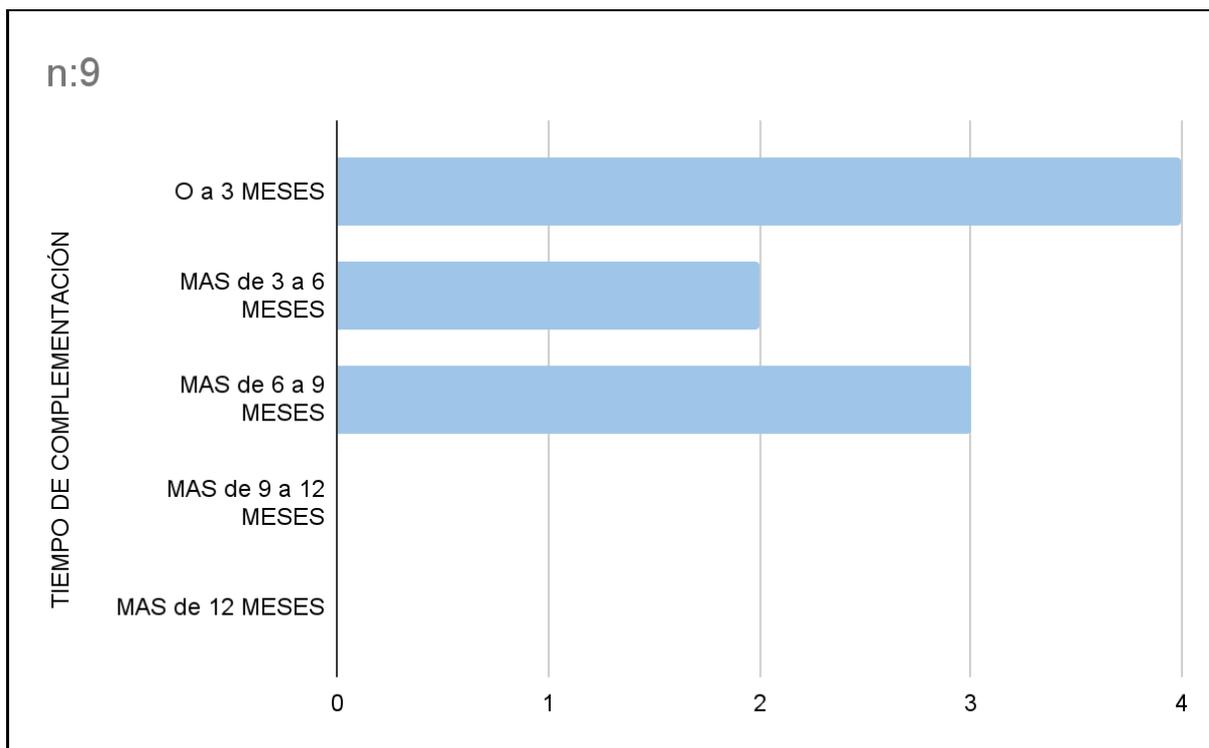


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se les consultó a los encuestados en cuanto a su vía de alimentación, si la misma era vía oral en su totalidad o no. El 77,5 % se alimenta exclusivamente vía oral. Y el 22,5% complementa su alimentación oral.

En base a la respuesta anterior, el 22,5% de los encuestados complementaban su alimentación. Es por eso que se les preguntó a esta población si su complementación era con suplemento nutricional oral o a través de alimentación enteral. Como resultado se obtuvo que el 100% complementa su alimentación con algún suplemento nutricional oral.

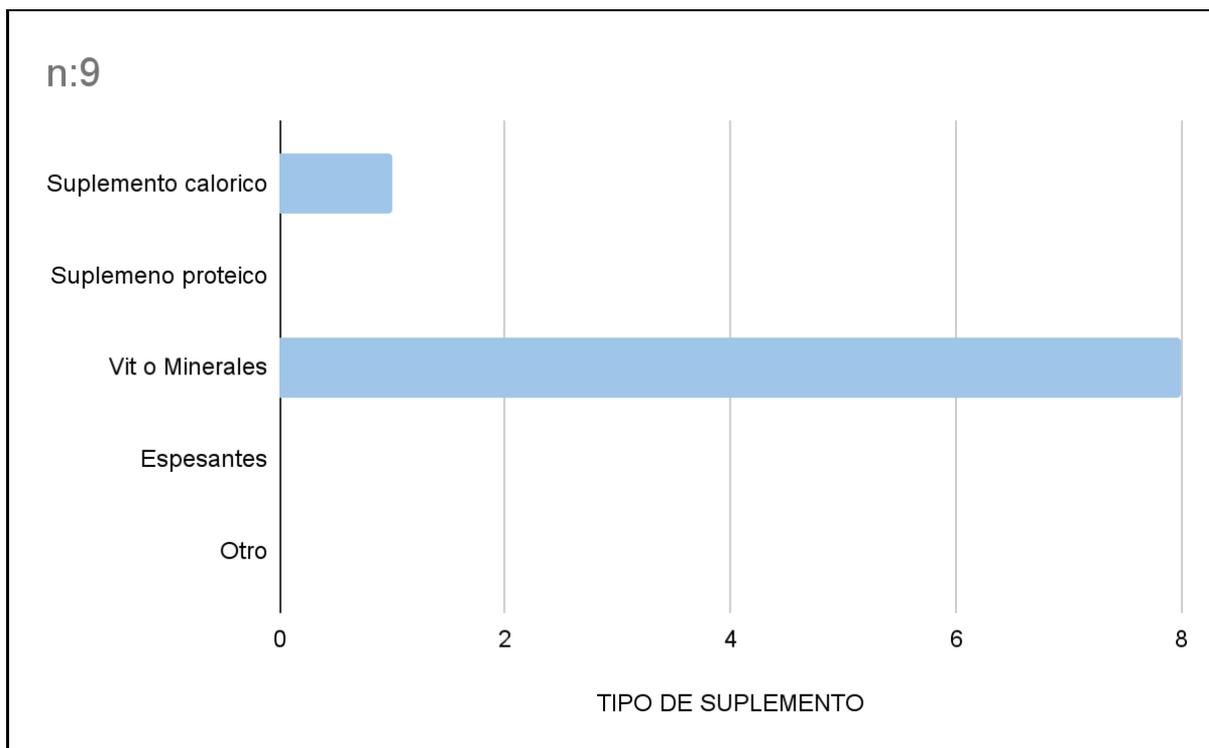
**Gráfico 24:Tiempo de complementación**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

De los encuestados que complementan su alimentación se les consultó el tiempo que llevan con dicho complemento. El total de los encuestados iniciaron hace menos de 9 meses. EL 44%, siendo la mayoría, inició hace 6 meses; el 33,3% inicio entre 6 a 9 meses y por último el 22,2% inicio entre 3 a 6 meses a complementar su alimentación.

**Gráfico 25: Tipo de suplemento ingerido**

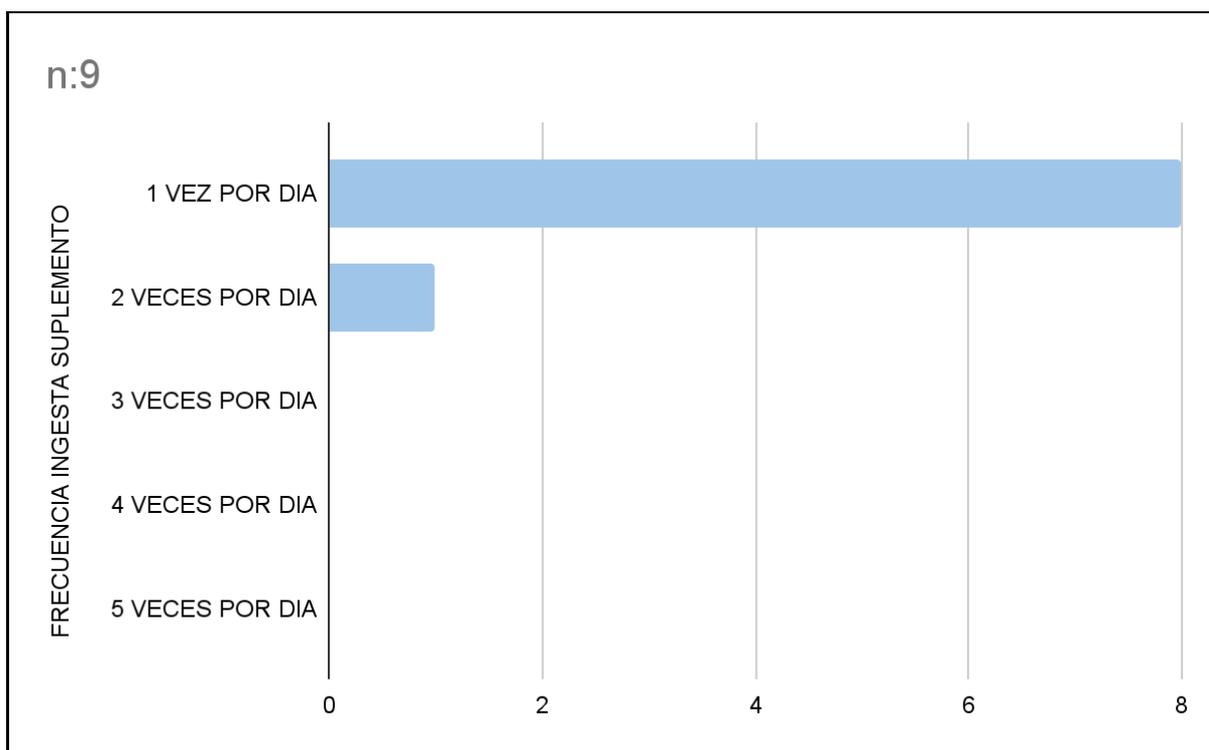


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

En cuanto a los encuestados con complementación alimentaria, se les consultó que tipo de suplemento ingerían, siendo las opciones “Suplemento calórico”, “Suplemento proteico”, “Vitaminas o Minerales”, “Espesantes”, y “Otro”.

Los dos tipos de suplementos elegidos fueron “Vitaminas y Minerales” siendo elegido por el 88,8% de los encuestados, y en segundo lugar “Suplemento calórico” siendo elegido por el 11,1%.

**Gráfico 26: Frecuencia diaria de ingesta de suplemento**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Y por último, se les consultó la frecuencia de ingesta diaria del suplemento consumido. En este caso casi la totalidad consume el suplemento 1 sola vez por día, 88,8%, y solo el 11,1% consume el suplemento 2 veces por día.

En base a los datos obtenidos, se llevó a cabo relación de información y su posterior análisis.

**Tabla 5: Relación test GOHAI con controles odontológicos y presencia de prótesis dentales:**

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESULTADO TEST GOHAI	PRÓTESIS DENTAL SI/NO	CONTROLES ODONTOLÓGICOS
UA 1	Buena salud oral	No	A veces
UA 2	Mala salud oral	Si	Pocas veces
UA 3	Mala salud oral	No	Nunca
UA 4	Mala salud oral	Si	Nunca
UA 5	Mala salud oral	Si	Nunca
UA 6	Buena salud oral	No	Nunca
UA 7	Mala salud oral	Si	Pocas veces
UA 8	Mala salud oral	Si	Nunca
UA 9	Regular salud oral	Si	Nunca
UA 10	Mala salud oral	No	Nunca
UA 11	Buena salud oral	No	A veces
UA 12	Regular salud oral	Si	Pocas veces
UA 13	Mala salud oral	Si	Siempre
UA 14	Mala salud oral	Si	Pocas veces
UA 15	Mala salud oral	Si	Pocas veces
UA 16	Mala salud oral	No	Nunca
UA 17	Regular salud oral	No	Nunca
UA 18	Regular salud oral	Si	Casi siempre
UA 19	Regular salud oral	No	Nunca
UA 20	Mala salud oral	Si	Siempre
UA 21	Mala salud oral	Si	Nunca
UA 22	Buena salud oral	Si	Siempre

UA 23	Buena salud oral	No	Siempre
UA 24	Mala salud oral	No	Nunca
UA 25	Mala salud oral	No	Siempre
UA 26	Regular salud oral	No	Nunca
UA 27	Buena salud oral	No	Casi siempre
UA 28	Regular salud oral	Si	Siempre
UA 29	Mala salud oral	No	Nunca
UA 30	Mala salud oral	Si	Pocas veces
UA 31	Buena salud oral	Si	Siempre
UA 32	Regular salud oral	No	Nunca
UA 33	Regular salud oral	Si	Nunca
UA 34	Mala salud oral	Si	Nunca
UA 35	Regular salud oral	Si	Nunca
UA 36	Regular salud oral	Si	A veces
UA 37	Regular salud oral	Si	Siempre
UA 38	Regular salud oral	No	Nunca
UA 39	Mala salud oral	No	Nunca
UA 40	Buena salud oral	Si	Siempre

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se llevó a cabo la relación de las siguientes variables: resultado del test gohai, presencia de prótesis dental y controles odontológicos.

De los encuestados con buena salud oral según el Test GOHAI, el 62,5% no utiliza prótesis dentales ya que tienen una correcta dentadura propia y el mismo porcentaje de encuestados son aquellos que realizan controles odontológicos “siempre” o “casi siempre”.

Por otro lado, aquellos encuestados con mala salud oral según el test GOHAI, el 63% utiliza prótesis dentales, ya que sin estas no podrían llevar a cabo su alimentación. y el 84% de los mismos encuestados “nunca” o “pocas veces” realizan controles odontológicos.

Y por último, de aquellos encuestados con regular salud bucal según el Test GOHAI, el 61,5% presenta también prótesis dentales y el 67,9% “nunca” o “pocas veces” realiza controles odontológicos.

**Tabla 6: Relación entre estado nutricional según IMC, ingesta de suplemento y frecuencia controles nutricionales.**

<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>IMC S FERRACIO</b>	<b>Suplemento complementario oral SI/NO</b>	<b>Controles nutricionales</b>
UA 1	Normopeso	Si	Nunca
UA 2	Bajo peso	Si	Nunca
UA 3	Normopeso	No	Nunca
UA 4	Obesidad	No	Nunca
UA 5	Normopeso	Si	Nunca
UA 6	Sobrepeso	No	Pocas veces
UA 7	Normopeso	No	Pocas veces
UA 8	Bajo peso	No	Nunca
UA 9	Bajo peso	No	Nunca
UA 10	Normopeso	No	Nunca
UA 11	Sobrepeso	No	Nunca
UA 12	Sobrepeso	No	Nunca
UA 13	Sobrepeso	No	Nunca
UA 14	Obesidad	No	Pocas veces
UA 15	Sobrepeso	Si	Nunca
UA 16	Obesidad	No	Nunca
UA 17	Normopeso	No	Pocas veces
UA 18	Sobrepeso	Si	Nunca
UA 19	Normopeso	No	Nunca
UA 20	Sobrepeso	No	Pocas veces
UA 21	Sobrepeso	No	Nunca
UA 22	Sobrepeso	No	Nunca
UA 23	Sobrepeso	No	Nunca

UA 24	Bajo peso	si	Pocas veces
UA 25	Obesidad	No	Pocas veces
UA 26	Normopeso	Si	Nunca
UA 27	Sobrepeso	No	Nunca
UA 28	Normopeso	No	Nunca
UA 29	Obesidad	No	Pocas veces
UA 30	Normopeso	No	Nunca
UA 31	Sobrepeso	No	Nunca
UA 32	Bajo peso	No	Nunca
UA 33	Bajo peso	Si	Pocas veces
UA 34	Normopeso	No	Nunca
UA 35	Sobrepeso	No	Nunca
UA 36	Sobrepeso	No	Nunca
UA 37	Bajo peso	Si	Pocas veces
UA 38	Normopeso	No	Nunca
UA 39	Normopeso	No	Nunca
UA 40	Sobrepeso	No	Nunca

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación.

Se llevó a cabo la relación de las siguientes variables: Índice de Masa Corporal IMC, consumo de suplemento oral y controles nutricionales.

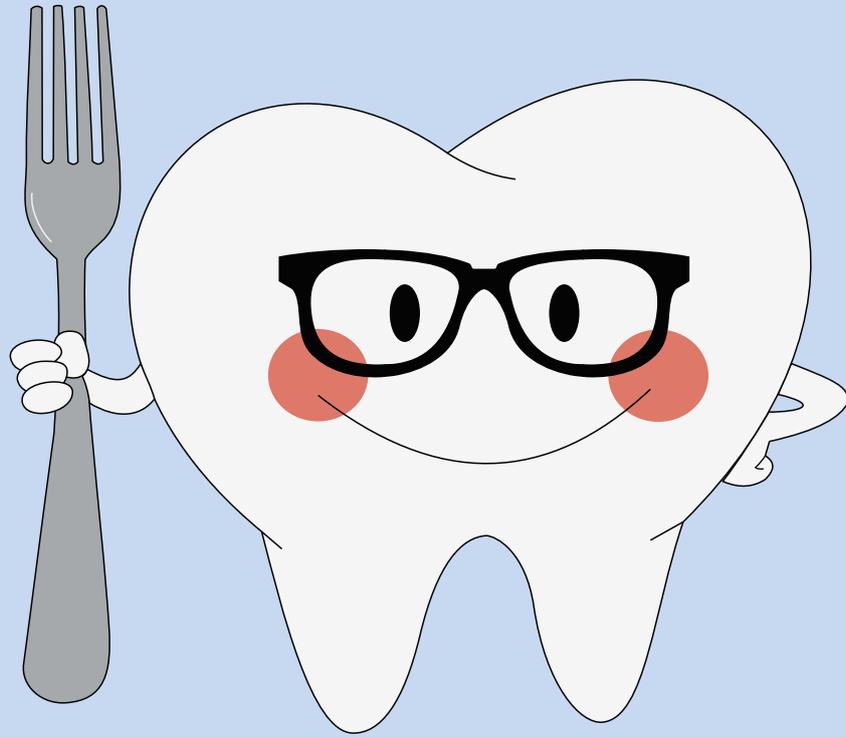
En rasgos generales, en ninguna de las categorías de IMC se presenta control nutricional, ya que el mismo es nulo o de pocas veces en el 100% de los encuestados.

Analizando en detalle cada categoría, aquellos encuestados con un Bajo Peso según el IMC, el 57,1% consume suplemento vía oral, y el 100% de los mismos "Nunca" o "pocas veces" realiza consultas con un nutricionista.

En cuanto a la población con Normopeso según el IMC, el 77% no consume suplemento vía oral y el 100% de los mismos "nunca" o "pocas veces" fue a una consulta nutricional.

Los encuestados con Sobrepeso según el IMC, el 13,3% no consume suplemento vía oral y el 100% de los mismos "nunca" o "pocas veces" fue a una consulta nutricional.

Y por último los que presentan Obesidad según el IMC, el 100% no consume suplemento vía oral y el mismo porcentaje "nunca" o "pocas veces" asistió a una consulta nutricional.



**CONCLUSIÓN**

Tras la investigación realizada, luego de encuestar a 40 adultos mayores internados en un hospital público, en la muestra predominó el sexo masculino.

En cuanto al estado nutricional de los adultos mayores se pudo notar gran variedad de valores obtenidos. El mismo fue evaluado a través del peso y la talla con el Índice de Masa Corporal IMC. Se esperaba encontrar un IMC de bajo peso mayoritariamente ya que es un contexto de adultos mayores con grandes cambios, pero se encontró principalmente que los encuestados presentaron un IMC mayoritariamente con sobrepeso y en segundo lugar normopeso.

Otra de las características a resaltar es que casi toda la población encuestada tiene algún nivel educativo alcanzado, mayoritariamente el nivel primario. Muchos de los adultos mayores refieren que no prosiguieron sus estudios por cuestiones económicas o por los cambios que hubo en su momento a nivel país en donde se vieron obligados a dejar de estudiar.

Por otra parte, otra de las características a resaltar es la falta de controles médicos ya sea clínicos, odontológicos y/o nutricionales que tiene esta población. Son muy pocos los encuestados que realizan sus chequeos anuales con médicos clínicos, o acuden a una consulta con un odontólogo o nutricionista. Si esta situación se revirtiera se podrían prevenir muchos de los motivos por los que los encuestados se encuentran hospitalizados o mismo mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la ingesta alimentaria, todos los encuestados consumen varios grupos de alimentos como: lácteos, frutas, verduras, cereales, grasas. Pero también hay algunos alimentos que se excluyen de su alimentación. El que es excluido por la totalidad de los adultos mayores son las semillas. En segundo lugar son las carnes y en tercer lugar las legumbres. Tras estas respuestas se indagó el motivo de su exclusión y ante esto, los mismos refieren que dejan de consumir ciertos alimentos por la imposibilidad de masticarlos, les resulta muy duro por lo que reducen el consumo. También otro motivo es por sus hábitos alimentarios, no están acostumbrados a consumir por ejemplo semillas ni tampoco probaron en incluirlas en su alimentación habitual. En la minoría de los casos, se presenta como motivo de exclusión alergias o el poder adquisitivo.

A pesar de las dificultades en la ingesta, más de la mitad de los encuestados refirieron que no realizan modificaciones en las texturas de los alimentos que consumen. Pero otro porcentaje, que no deja de ser importante, si tiene que recurrir a métodos de cocción que favorezcan el ablandamiento de ciertos alimentos o llevar a cabo procedimientos mecánicos

para modificar la textura y lograr así una óptima ingesta. Dentro de los alimentos mencionados que deben adaptar la textura surgieron las carnes y aquellos alimentos duros.

Tras esta información recolectada, se les mostraron a los encuestados 4 imágenes, cada una con alimentos con texturas diferentes, la fuente de las mismas pertenece a la “Iniciativa Internacional de Estandarización de la dieta para disfagia”, más comúnmente conocida como IDDSI por sus siglas en inglés International Dysphagia Diet Standardisation Initiativees. En la cual debían seleccionar cual corresponde a su alimentación habitual. Ante esto, se muestra interés ya que las respuestas estuvieron entre alimentación con textura normal y alimentación textura suave blando, en donde se esperaba que la respuesta más común sea alimentación procesada.

Continuando con la dificultad en la ingesta, la mayoría de los adultos mayores utiliza prótesis dentales. Los mismos, de todas maneras, refirieron que no acuden a chequeos con su odontólogo ya que encuentran sus prótesis en buen estado y no presentan dolor. Ante esto, otro de los recursos también utilizados fue el índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI). Este test consta de 12 preguntas que abarcan la función física, psicosocial y de dolor e incomodidad, y permite evaluar la auto percepción de salud bucal, así como el impacto de las enfermedades bucales y los factores psicosociales. En cuanto a los resultados obtenidos, se encuentra que la mayoría de los adultos mayores presenta como resultado mala salud oral, y por defecto, la minoría una buena salud oral. Dentro de las respuestas más repetidas y comunes entre la población, se encuentra que presentan media/ alta sensibilidad a los alimentos fríos, dulces o calientes; y también otra de las respuestas bastante común fue la dificultad para masticar algunos alimentos. En cuanto a factores psicosociales, la mayoría no presenta vergüenza de utilizar prótesis dentales o su dentadura natural en las condiciones que se encuentre, ni tampoco se sienten avergonzados o excluidos ante esto.

Tras relacionar la información obtenida del test mencionado anteriormente, junto con los chequeos odontológicos y el uso de prótesis dentales, se puede identificar que los pacientes que tienen una mala salud bucal son aquellos que no asisten a chequeos odontológicos y utilizan prótesis dentales. En cambio, aquellos que sí obtuvieron como resultado una buena salud oral presentan chequeos con su odontólogo. Sin embargo, no se descarta que se encuentren excepciones.

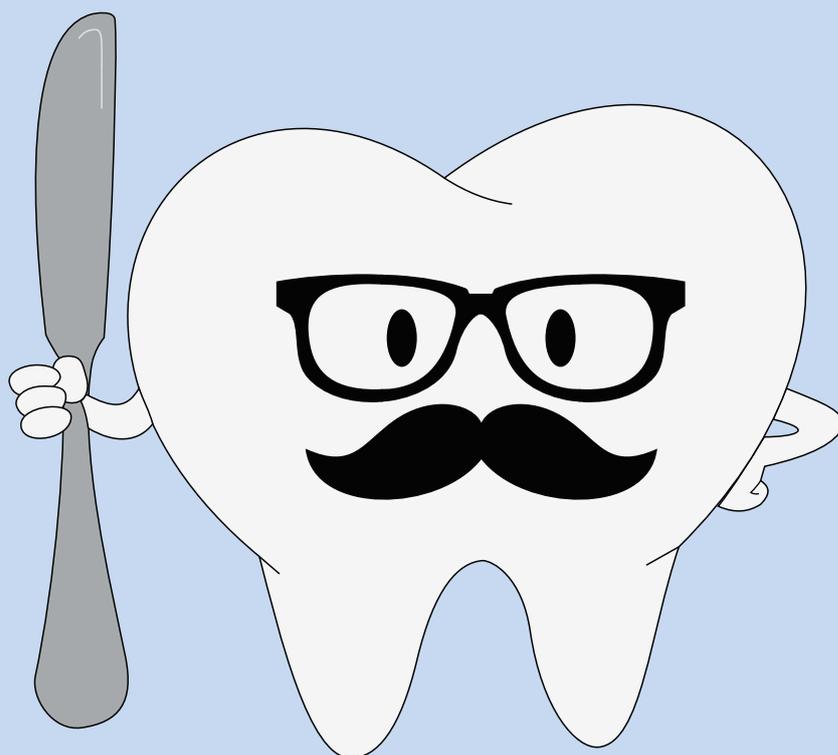
Toda la población encuestada se alimenta mediante la vía oral de manera exclusiva, ante esto se indagó el consumo o no de suplementos nutricionales complementarios. En este caso, una pequeña parte si tiene consumo de los mismos en los últimos meses, principalmente de suplementos de vitaminas y minerales, y en segundo lugar de suplementos calóricos.

Tras relacionar la información obtenida del IMC con los controles nutricionales y la ingesta de suplementos, se puede identificar que la mitad de aquellos con un IMC bajo peso presenta suplementación oral, mientras que la otra mitad no. Se marca un gran interés en la importancia de la consulta y evaluación con un nutricionista debido a que gran parte de esta población con bajo peso no está cubriendo sus requerimientos con la ingesta diaria y tampoco presenta suplementación para poder mejorar su estado nutricional y salud. En cuanto a las categorías de IMC tanto normopeso como sobrepeso, la ingesta de suplemento es de menos de la mitad, y en el caso de IMC obesidad la ingesta de suplemento es nula. En todos los casos, las consultas nutricionales no son realizadas por ninguno de los encuestados, pese a tener patologías crónicas que además de controlarse con medicación, se controlan principalmente con la ingesta alimentaria.

Ante toda la información recolectada y analizada, se hace hincapié en la importancia de atender la salud tanto desde el área nutricional, como del área odontológica y también clínica. Ya que, como se observó, los encuestados no suelen presentar chequeos ni acuden a un profesional para ser atendido de manera preventiva, en la gran mayoría de los casos acuden únicamente cuando ocurre algo agudo. Es primordial presentar una correcta salud bucal y buen estado de prótesis dentales para poder así alimentarse de manera correcta, sin excluir alimentos y también poder consumir las cantidades adecuadas de alimentos. Al mismo tiempo también es primordial tratar las enfermedades crónicas no solamente con la medicación, si no dándole la importancia que merece la alimentación y el rol fundamental que cumple en el tratamiento de varias patologías que presenta esta población tales como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, entre otras.

Surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Cuáles son los motivos por los que los adultos mayores no acuden a controles clínicos, odontológicos y nutricionales?
- ¿Cuántos adultos mayores requieren suplementación vía oral y no la tienen?
- ¿Cuál es el motivo de internación de los adultos mayores hospitalizados?
- ¿Cuántos adultos mayores presentan sarcopenia?



---

# **BIBLIOGRAFÍA**

ACERBO, Florencia Yasmin; LEMA, Rocio; MATO, Malena Lopez, 2023. Grado de adecuación a los requerimientos calóricos y proteicos en pacientes con dieta de textura modificada. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*.

Disponible en:

<https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/465/711>

ALVARADO GARCÍA, Alejandra María; SALAZAR MAYA, Ángela María, 2014. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, Vol. 25, no 2, p. 57-62.

Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

BARRÓN, Verónica; RODRÍGUEZ, Alejandra; CHAVARRÍA, Pamela, 2017. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Revista chilena de nutrición*. Vol. 44, no 1, p. 57-62.

Disponible en:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100008&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100008&script=sci_arttext&lng=pt)

CHAVARRÍA SEPÚLVEDA, Pamela; BARRÓN PAVÓN, Verónica; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Alejandra, 2017. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de salud pública*. Vol. 43, p. 361-372.

Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n3/361-372/es/>

CHAVEZ-REÁTEGUI, B. D. C., MANRIQUE.CHÁVEZ, J. E., & MANRIQUE-GUZMAN, J. A, 2014. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*, 24(3), 199-207

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539382010.pdf>

CONROY-FERRECCIO, Gabriel, 2017. Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos mayores. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 34, no 1, p. 251-251.

Disponible en

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017000100035&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112017000100035&script=sci_arttext&tlng=pt)

COLLAZOS NAVARRO, Luz Guisela, 2018. Estado nutricional y estilo de vida en el adulto mayor en una zona rural de La Victoria. *Universidad Señor de Sipan, Facultad Ciencias de la Salud, Tesis de grado.*

Disponible en:

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5082/Collazos%20Navarro%20Luz%20Guisela.pdf?sequence=1>

CONTRERAS, Ana Lucía, et al, 2013. Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Revista Medica Herediana*. Vol. 24, no 3, p. 186-191.

Disponible en

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2013000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2013000300002&script=sci_arttext)

Corel Draw

DÁVALOS-VARGAS, Natalia Desirée, 2022. Aceptabilidad de la alimentación proveída a pacientes adultos internados. *Revista Jurídica*. Vol. 14, no 1.

Disponible en:

<https://investigacion.uninorte.edu.py/rev-uninorte-med-2021-01-04/>

DHO, María Silvina, et al. Percepción de la salud bucal en adultos mayores de la ciudad de Corrientes, Argentina. 2022. *Odontología Sanmarquina*, vol. 25, no 2, p. e22679-e22679.

Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/22679/18073>

DÍAZ CÁRDENAS, Shyrley; ARRIETA VERGARA, Katherine; RAMOS MARTÍNEZ, Kitty, 2012. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. Vol. 5, no 1, p. 9-16.

Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000100003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt)

Diccionario de la Real Academia Española

Disponible

en:

<https://dpej.rae.es/lema/terceraedad#:~:text=Gral.,partir%20de%20los%2065%20a%3%B1os.>

ESPINOSA, HermeI; ABRIL-ULLOA, Victoria; ENCALADA, Lorena, 2019. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. *Revista chilena de nutrición*. Vol. 46, no 6, p. 675-682.

Disponible en:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000600675&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000600675&script=sci_arttext)

FERREIRA, María Laura; CUESTA, María Florencia; SERO, Omni Acosta, 2022. Validez por juicio de expertos de un instrumento audiovisual de consistencias de alimentos y viscosidad de líquidos (NutriDis®) adaptados para personas con disfagia. *DIAETA (B. AIRES)*, Vol. 40, p. E22040009-E22040009.

Disponible en

<https://diaeta.aadynd.org.ar/index.php/2022/article/view/15/10>

GALLARDO SCHULTZ, Adriana, et al, 2013 Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *Articulo KIRU*. 10(2):145–50.

Disponible en:

[https://web.archive.org/web/20180409213749id\\_/http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru\\_v.10.2\\_Art.8.pdf](https://web.archive.org/web/20180409213749id_/http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf)

GARCÍA CHAVES, Daniela; JIMÉNEZ CAMPOS, Hazel, 2018. Cambios estructurales renales en el riñón con el envejecimiento: con énfasis en glomeruloesclerosis. *Medicina Legal de Costa Rica*, Vol. 35, no 1, p. 75-83.

Disponible en:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152018000100075&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152018000100075&script=sci_arttext)

GARCÍA, Rogelio Cabo; LEÓN, Ileana Bárbara Grau; URIBAZO, Adriana Margarita Lorenzo, 2016. Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. *Revisión de la literatura. Medisur*. Vol. 14, no 3, p. 307-312.

Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2016/msu163m.pdf>

GIRALDO GIRALDO, Nubia Amparo; ESTRADA RESTREPO, Alejandro; AGUDELO SUÁREZ, Andrés Alonso, 2019. Malnutrición y su relación con aspectos de salud en adultos mayores. *Repositorio Institucional Universidad de Antioquia, CIAN: Centro de Investigación en Alimentación y Nutrición.*

Disponible en:

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/11991>

HERNÁNDEZ, Rosa Isabel Esquivel; FÉREZ, Juana Jiménez, 2010. Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI. *Revista de La Asociación Dental Mexicana*. Vol. 67, no 3, p. 127-132.

Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>

HIDALGO, V., et al, 2013. Estrés y cambios cognitivos asociados al envejecimiento. *Proyecto MNEME, Información psicológica*. N 105, p. 14-28.

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7396252>

IRLES ROCAMORA, José Antonio; GARCÍA-LUNA, Pedro P, 2014. El menú de textura modificada: valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 29, no 4, p. 873-879.

Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014000400021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400021)

JIMÉNEZ VALENZUELA, Francisco; JORQUERA AVENDAÑO, Víctor, 2015. Medición del estado nutricional y frecuencia de tendencia de consumo de alimentos en una población de adultos mayores de la Clínica del Adulto y Senescente del campo clínico odontológico *Universidad Finis Terrae-Macul*.

Disponible en:

<https://repositorio.uft.cl/xmlui/handle/20.500.12254/429>

LASTRE-AMELL, Gloria, et al, 2020. Hábitos alimentarios en el adulto mayor con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 15, no 3, p. 226-230.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/journal/1702/170265475013/html/>

LATORRE SANTOS, Catalina, 2019. El envejecimiento de la población. Oportunidades y retos. *Revista ciencias de la salud*. Vol. 17, no 3, p. 6-8. ISO.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732019000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000300006)

MARVELIS, Suárez Labrada, et al, 2021. Cambios de la fisiología respiratoria en el envejecimiento, factor de mal pronóstico en infección por Sars-COV2. *En I Simposio Virtual de Salud Familiar GRAMGI*.

Disponible en:

<https://gramgi2021.sld.cu/index.php/gramgi/2021/paper/viewPaper/353>

MORAZZANI, Haydeé; SALAZAR, Giselle, 2014. Estado nutricional de los adultos mayores no institucionalizados que asistieron a consultas ambulatorias del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) en la gran Caracas durante el segundo semestre de 2013. *Academia Biomédica Dig*. Vol. 58, p. 1-9.

Disponible en:

[https://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo&rv=116&n=4944&m=1&e=4955](https://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo&rv=116&n=4944&m=1&e=4955)

MONTENEGRO, Eduardo Penny; CUELLAR Felipe Melgar. Geriatria y Gerontología. Bolivia: La Hoguera, 2012.

PÉREZ ÁLVAREZ, María de Lourdes, 2016. Relación entre el edentulismo y trastornos nutricionales en el paciente geriátrico. *Repositorio Dspace tesis de grado*.

Disponible en:

<https://tesis.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/22386/Tesina%20Lourdes%20P%c3%a9rez%20%c3%81lvarez%20Marzo%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RESTREPO, Sandra Lucia, et al, 2006. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*. Vol. 33, no 3, p. 500-510.

Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182006000500006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182006000500006&script=sci_arttext&tlng=en)

RODRÍGUEZ, Raidel González; GARCÍA, Juan Cardentey, 2018. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, vol. 8, no 2, p. 103-110.

Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi182e.pdf>

SALECH, M. Felipe; JARA, L. Rafael; MICHEA, A. Luis. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2012, vol. 23, no 1, p. 19-29.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>

SÁNCHEZ-RUIZ, Fiorella, et al. 2014. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. En *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. Facultad de Medicina. P. 107-111.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832014000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832014000200003&script=sci_arttext)

SÁNCHEZ ZAPLANA, Isabel; MAESTRE, Elena, 2013. Alimentación y envejecimiento ROL. *Revista Española de Enfermería*. Vol. 36, num. 6, p. 8-15.

Disponible en:

<https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/108022>

SOMOZA, Emilio Manuel Zayas; ALVAREZ, Vilma Fundora, 2017. Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento,. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. Vol. 27, no 2, p. 36.

Disponible en:

<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/445/481>

TORRECILLA-VENEGAS, Rolando; CASTRO-GUTIÉRREZ, Irma, 2020. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. *Revista Científico Estudiantil 16 de Abril, Universidad Ciencias Médicas de La Habana*. Vol. 59, no 278, p. 1-6.

Disponible en

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97926>

TORRES, Haydeé Mabel Llanes, et al. 2015. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*. Vol. 21, no 1, p. 65-74.

Disponible en:

[http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/pdf\\_26](http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/pdf_26)

VÉLEZ, Esther Elizabeth Esmeraldas, et al. 2019. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, Vol. 3, no 1, p. 58-74.

Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>

# AUTOPERCEPCIÓN SALUD BUCAL, INGESTA ALIMENTARIA Y TEXTURA DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR ADULTOS MAYORES

A partir de los 60 años se marca un punto de inflexión y ruptura en el ciclo vital, en donde se profundizan y acentúan los cambios que la edad produce sobre la salud. La alimentación tiene un papel fundamental en el envejecimiento. Factores como el estilo de vida, malos hábitos, pobreza, enfermedades crónicas comprometen la ingesta y el estado nutricional, afectando negativamente la funcionalidad del adulto mayor y su calidad de vida.



**OBJETIVO:** Analizar la auto percepción de la salud bucal, la ingesta alimentaria y la textura de los alimentos consumidos por adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en un hospital público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2023.



**MATERIALES Y METODOS:** investigación de tipo descriptivo corte transversal. La muestra seleccionada fue de manera no probabilística, por conveniencia a 40 adultos mayores entre 60 a 85 años que se encuentran en el área de internación de un hospital público de la Ciudad de Mar del Plata en el año 2023. Los datos fueron recolectados a través de encuestas presenciales con preguntas abiertas y cerradas.

**RESULTADO:** El sexo masculino fue predominante en la muestra. La mayoría no realiza chequeos médicos, odontológicos ni nutricionales. En base a la autopercepción de salud bucal, predomina una mala salud oral. Por otro lado, el Índice de Masa Corporal en ambos sexos fue mayoritariamente de sobrepeso. También el 57,5% de los encuestados presenta prótesis dentales, y a pesar de ello, el 38% debe realizar modificaciones de textura a los alimentos. Dentro de los alimentos mayormente modificados fueron las carnes. En cuanto a la ingesta alimentaria, los alimentos más excluidos son; semillas, carnes y legumbres. Los motivos más comunes son por hábitos y por dificultad en la ingesta.

**CONCLUSIÓN:** En la muestra predomina un estado nutricional deficiente. Se presenta una exclusión de alimentos por dificultad en la ingesta tanto por edentulismo como por mal estado de prótesis dentales. Los encuestados no suelen presentar chequeos médicos, odontológicos ni nutricionales. Es primordial presentar un correcto estado de salud, salud bucal y buen estado de prótesis dentales para poder así alimentarse de manera correcta, sin excluir alimentos y también poder consumir las cantidades adecuadas según los requerimientos de cada persona.

Gráfico 16: Alimentos consumidos y excluidos por encuestados

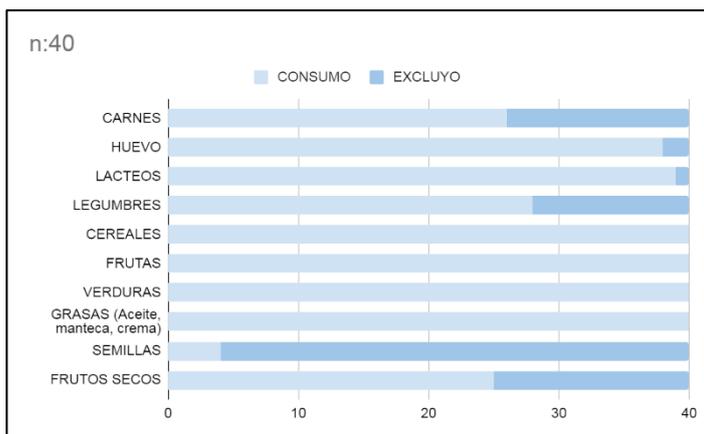


Gráfico 14: Resultados Test GOHAI (Auto percepción salud bucal)

