

Percepción de un grupo de adultos mayores con presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación y las propiedades organolépticas de los alimentos.

*Virginia García-Flores¹, Marcela Sanhueza-Garrido¹, Rodolfo Peña-Chávez¹,
Nicole Catricheo-Villagrán¹, María Cofre-Hidalgo¹, Axel Sepúlveda-Troncoso¹,
Javier Vergara-Rivera¹.*

¹Universidad del Bio-Bio, Escuela de Fonoaudiología. Chillán, Chile.

RESUMEN. El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos y no fisiológicos que afectan la percepción del adulto mayor sobre el fenómeno de la alimentación, sin embargo, las investigaciones internacionales podrían no representar a la población chilena, existiendo escasa información acerca de la percepción del adulto mayor con presbifagia y los factores que influyen en su alimentación. El objetivo del presente estudio cualitativo y de diseño fenomenológico es conocer la percepción de los adultos mayores con presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación, abarcando factores fisiológicos y no fisiológicos, junto a las propiedades organolépticas de los alimentos que prefieren. Para ello se aplicó una entrevista semiestructurada a ocho adultos mayores con presbifagia asistentes a un Centro de Actividades Prácticas (muestreo por saturación). El discurso se procesó mediante codificación axial en dos niveles: formación de códigos (a través de citas del entrevistado), memos (conceptos de los investigadores) y la codificación selectiva, mediante la integración de los códigos en familias, aplicando el método de comparaciones constantes, utilizando Atlas.ti 6. Los resultados indican que en la alimentación intervienen factores sociales y psicológicos. Las propiedades organolépticas que influyen en la percepción del adulto mayor son: tamaño, consistencia, sabor, temperatura e intensidad del color, las cuales afectan la elección de los alimentos. En conclusión la percepción del adulto mayor con presbifagia sobre la alimentación, está influenciada por factores fisiológicos y no fisiológicos, los cuales determinan la preferencia de propiedades organolépticas y elección de alimentos. Además de encontrarse influenciada por hábitos alimentarios adquiridos y ubicación geográfica.

Palabras clave: Anciano, percepción, alimentación, comportamiento del consumidor.

SUMMARY: Perception of feeding phenomenon and organoleptic properties of food by a group of elderly people with presbyphagia. Aging involves physiological and non-physiological changes that affect the perception of the elderly on the phenomenon of food, however, international investigations could not represent the Chilean population, because of the little information about the perception of the elderly with presbyphagia and the factors that influence their diet. The purpose of this qualitative study with phenomenological design is to know the perception of older adults with presbyphagia about food phenomenon, considering physiological and non-physiological factors along with the organoleptic properties of foods that they prefer. For this, a semi-structured interview was applied to eight older adults with presbyphagia attending at the Practical Activities Center (sampling by saturation). The speech was processed through axial coding in two levels: formation of codes (through appointments of the interviewee), memos (concepts of researchers) and selective coding, through the integration of family codes, applying the method of constant comparisons, using Atlas.ti 6. The results indicate that social and psychological factors are involved in feeding. Organoleptic properties that influence the perception of the elderly are: size, consistency, taste, temperature and intensity of the color, which affect the choice of food.

In conclusion the perception of the elderly with presbyphagia food, is influenced by physiological and non-physiological factors which determine the preference of organoleptic properties and food choices. In addition to being influenced by acquired habits and geographic location.

Key words: Elderly, perception, food, consumer behavior.

INTRODUCCIÓN

La población de los países está envejeciendo y seguirá haciéndolo en las próximas décadas. El porcentaje de personas mayores de 65 años ha ido aumentando significativamente en los países europeos (1). La población latinoamericana también ha experimentado transformaciones en su estructura desde fines de la mitad del siglo XX. Específicamente en Chile los datos publicados en el 2013 por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2), indican que la población de adultos mayores (personas de 60 años y más) corresponde al 15,6%. Estos cambios demográficos obligarán a generar medidas que respondan a las necesidades de esta población con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La desnutrición y el riesgo de padecerla son características frecuentes en los estudios que se hacen sobre el estado nutricional y de salud del paciente anciano (3). La prevalencia de desnutrición se reporta según las series entre 1 a 15% en ancianos ambulatorios, de 17 a 70% en los hospitalizados y hasta en un 85% en los institucionalizados. La desnutrición en conjunto con los cambios fisiológicos propios del envejecimiento generan pérdida de la masa muscular, pérdida de la fuerza e infiltración de grasa a nivel del músculo (sarcopenia), este fenómeno se puede observar inclusive en la musculatura orofacial y del sistema estomatognático vinculados con el acto deglutorio, afectándose y generando presbifagia (4). Lo anterior sumado a la pérdida de piezas dentarias, disminución de la coordinación de los movimientos orales y cambios en la agudeza visual y olfativa afecta la palatabilidad de los alimentos y modifica el comportamiento alimentario de este segmento de la población, disminuyendo el apetito y generando deficiencias nutricionales (3).

Como se mencionó, existen una serie de cambios fisiológicos que afectan la alimentación de los adultos mayores, a los que se agregan los no fisiológicos, que aluden a factores psicológicos

y sociales que acompañan al envejecimiento y pueden repercutir negativamente sobre el estado nutricional de la persona mayor (3).

Es debido a lo anterior que diferentes profesionales de la salud, entre ellos médicos, odontólogos, nutricionistas y fonoaudiólogos, han centrado su interés en la investigación de la alimentación del adulto mayor considerando los cambios estructurales y funcionales que sufre su organismo, sus preferencias alimentarias y las propiedades organolépticas de los alimentos que consumen, además de algunos métodos sensoriales utilizados para mejorar la alimentación y con ello la nutrición. Esto con un objetivo común, que es mejorar la calidad de vida en este segmento de la población (5-6).

En este contexto, esta investigación tiene como propósito conocer la percepción de los adultos mayores con presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación a través de una entrevista semiestructurada para identificar los factores que influyen en el proceso alimentario y las propiedades organolépticas de los alimentos que prefieren consumir a la hora de alimentarse.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio y sujetos

Enfoque cualitativo con abordaje fenomenológico con un grupo de 8 adultos mayores con presbifagia sin alteraciones de la cognición y la comunicación, que asisten a un taller de estimulación cognitiva del Centro de Actividades Prácticas de la Universidad del Bío-Bío, Chile. Fueron seleccionados mediante un muestreo intencional y según el punto de saturación, al cual se llegó a través del uso del programa atlas ti 6 cuando las respuestas a cada una de las preguntas de la entrevista no entregaron aporte de nuevos elementos.

Instrumentos de evaluación

Para la evaluación se utilizó el Gugging

Swallowing Screen (GUSS) el cual corresponde a un screening que evalúa la deglución, detectando el riesgo de aspiración y la presencia de disfagia. Sobre 20 puntos se considera la presencia de una deglución normal (7). Luego se aplicó Addenbrooke's Cognitive Examination Revised Chile (ACE-R-Ch) con el objetivo de evaluar el rendimiento cognitivo a través de 5 dominios, Orientación y Atención, Memoria, Fluencias Verbales, Lenguaje y Habilidades Visoespaciales. Puntajes sobre 81 puntos serán considerados normalidad (8). Finalmente se aplicó una entrevista semiestructurada confeccionada especialmente para fines de este estudio (Tabla 1), la cual contaba con 17 preguntas orientadas a propiedades organolépticas, factores no fisiológicos y fisiológicos que pueden influir en la alimentación. La entrevista se confeccionó según categorías apriorísticas basadas en la revisión bibliográfica, juicio de expertos y cumpliendo los criterios de claridad, pertinencia y de amplitud. Se realizó pilotaje a 12 adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio.

Procedimiento

En una primera instancia

TABLA 1. Entrevista Semiestructurada.

Categorías apriorísticas	Subcategorías apriorísticas		Preguntas
Propiedades organolépticas	Color	• Tono • Intensidad • Brillo	(1) A la hora de elegir un alimento ¿qué color elegiría? ¿Por qué? (2) ¿La intensidad del color le interesa? ¿Por qué?
	Apariencia	• Forma • Tamaño	(3) Cuando usted consume un alimento ¿qué forma prefiere? ¿Por qué? (4) ¿Qué tamaño prefiere?
	Aroma	• Ácido • Dulce • Salado • Amargo	(5) ¿Qué aroma prefiere en los alimentos? Definalo, ¿por qué? (el entrevistado debe decir a qué alimento atribuye el aroma que prefiere)
	Sabor	• Ácido • Dulce • Salado • Amargo	(6) ¿Cuál es el sabor que prefiere? ¿Por qué?
	Temperatura	• Frio • Tibio • Caliente	(7) Al momento de alimentarse ¿Qué temperatura del alimento prefiere?
	Consistencia	• Sólido • Semisólido • Líquido	(8) ¿Qué tipo de consistencia prefiere al alimentarse? ¿Por qué? (dar ejemplos si el entrevistado no majea el término) (9) ¿Cuál es la consistencia que a usted se le hace más fácil de tragar? (10) ¿Cuál es la consistencia que consume habitualmente?
Factores no fisiológicos	Psicológicos	• Depresión • Apatía • Estado de ánimo	(11) ¿Consume alimentos que no sean de su agrado? ¿Por qué no le gustan? (12) ¿Cree usted que influye el estado de ánimo en su alimentación? (13) Describa brevemente su rutina de alimentación. Cuántas comidas principales come al día.
	Sociales	• Vivir solo • Viudez • Aislamiento social • Cambios ambientales	(14) ¿Quién es el encargado de preparar su almuerzo? ¿Por qué? (15) ¿Con qué frecuencia participa de comidas familiares o reuniones sociales? (16) Si se encuentra solo ¿Siente deseo de comer?
Factores fisiológicos	Los sentidos	• Deterioro sensorial	(17) ¿Siente que ha disminuido alguno de sus sentidos (vista, audición, olfato y gusto) Influye en la selección del alimento.

se generó una charla para informar a los participantes sobre el propósito del estudio, donde cada persona firmó un consentimiento informado en el que declaraba estar al tanto del procedimiento y del objetivo del estudio. Luego se procedió a realizar la evaluación de la deglución y cognitiva a cargo de un Fonoaudiólogo, quién según los puntajes establecidos de cada test determinó la presencia de presbifagia en los adultos mayores que presentaron un puntaje de GUSS inferior a 20 puntos y ausencia de deterioro cognitivo en los participantes

que alcanzaron un puntaje de ACE-R-Ch sobre 81. Los participantes que presentaron presbifagia y ausencia de deterioro cognitivo ingresaron al estudio y fueron citados para la aplicación de la entrevista semiestructurada (Tabla 1), la cual también fue aplicada por un fonoaudiólogo. Los audios de cada entrevista se registraron a través de una grabadora Tascam-DR 05.

Procesamiento de la información

Se aplicó análisis hermenéutico para examinar el discurso de los participantes mediante técnicas de codificación. La codificación de los datos se realizó considerando dos niveles:

En el primer nivel se identificaron unidades de significado y se asignaron códigos a las categorías y en el segundo se examinaron las unidades dentro de las categorías disociadas de los participantes que las expresaron, localizando patrones que aparecieron de manera repetitiva formando temas que recibieron un código. Los temas fueron las bases de las conclusiones que

emergieron del análisis. Se utilizó la fase de relativización para interpretar los datos obtenidos a partir de la codificación previamente realizada. Para el análisis de la información se utilizó el software Atlas.ti versión 6, como instrumento para ordenar, categorizar y realizar análisis cualitativo.

RESULTADOS

La distribución por sexo fue de seis mujeres y dos hombres, todos laboralmente inactivos. Las edades de los entrevistados oscilaban entre 67 y 85 años (Tabla 2).

Factores Fisiológicos.

En cuanto a los deterioros causados por el envejecimiento, la mayoría de los entrevistados señalaron que al menos uno de sus sentidos se encuentra deteriorado, sin embargo este deterioro, según su percepción, no influiría en su alimentación. Por ejemplo, el entrevistado N°1

TABLA 2. Características de los entrevistados que participaron en el estudio.

Entrevistado	Edad	Género	Vive solo/acompañado	Resultados GUSS*	Puntaje ACE-R-Ch**
N°1	82	Femenino	Sola	Presbifagia	91
N°2	85	Femenino	Sola	Presbifagia	85
N°3	68	Femenino	Sola	Presbifagia	82
N°4	69	Masculino	Con su esposa y cuñado	Presbifagia	89
N°5	72	Femenino	Con su marido	Presbifagia	98
N°6	67	Masculino	Con su esposa e hija	Presbifagia	90
N°7	72	Femenino	Con su marido	Presbifagia	95
N°8	78	Femenino	Con su esposo	Presbifagia	97

*Gugging Swallowing Screen.

** Addenbrooke's Cognitive Examination Revised Chile.

señaló “no he notado que influya, pero el olfato lo he detectado que me falla”. El entrevistado N°8 fue el único que relacionó la disminución de la agudeza visual con repercusiones en la alimentación, diciendo “sí, para limpiar las legumbres y lavar las verduras”.

Factores No Fisiológicos.

Se consultó si el estado anímico influye en los deseos de comer, a lo que la mayoría de los entrevistados respondieron que no influía. Por ejemplo, el entrevistado N° 8 señaló “no, no influye”; y el entrevistado N°4 expresó “como de todas formas, nada que ver una cosa con otra”.

Con respecto al aspecto sociodemográfico, los entrevistados indicaron que el hecho de vivir solo no afecta su apetito. El entrevistado N°2 expuso: “Aunque esté solo como, no me afecta, si tengo hambre como”, así como el entrevistado N°1 dijo “no me influye, pero el otro día me dieron deseos de hacer sopaipillas, y dije ¿para mi sola haciendo sopaipillas? finalmente no hice, pero me dan ganas de comer cosas ricas”.

En cuanto a la preparación del alimento, más de la mitad de los entrevistados señalaron encargarse de su comida. El entrevistado N°4 mencionó: “yo cocino, mi señora se encarga de otras cosas” y la entrevistada N°5: “yo cocino, porque no tenemos nana y soy la dueña de casa”.

En relación a la frecuencia de comidas sociales o con amigos, algunos entrevistados señalaron que asisten al menos una vez al mes, como por ejemplo el entrevistado N°1, quien dijo: “yo me reúno una vez al mes con un grupo de señoras”; otros entrevistados indicaron que asisten de forma trimestral a estos eventos como el N°6 que afirmó: “una vez cada tres meses”.

En cuanto al lugar geográfico en el que vivieron y los alimentos que prefieren, la entrevistada N°1 indicó: “después que me casé en el norte en Coquimbo, mi marido me enseñó, porque

yo no quería comer cangrejo”; por su parte el entrevistado N°5 dijo “Estamos acostumbrados a la sopa porque somos sureños, mi familia es de Osorno, entonces allá las sopas se comen mucho”.

Respecto de la cantidad de comidas que realizan diariamente, la totalidad de los entrevistados señaló comer tres comidas principales al día. Por ejemplo la respuesta del entrevistado N°6 representa a toda la muestra del estudio, indicando “son tres comidas al día, desayuno, almuerzo y merienda-cena.

En relación a la variedad de almuerzos que consumen, la mayoría de los entrevistados señalaron que tenían establecida una minuta semanal, motivo por el que su almuerzo estaría predeterminado, por ejemplo, el entrevistado N°6 indicó: “Un plato de fondo que tenemos establecido por día de semana. Mi señora es la que programa, planifica y quien prepara” y la entrevistada N°7 agregó: “Tengo organizada mi comida para la semana”. Los entrevistados, en general, mencionaron que la organización de la minuta semanal se realizaba para mantener una buena salud.

Al consultar sobre los alimentos que no son de su agrado la mayoría de los entrevistados señalaron que no les desagradaba ningún alimento y que consumían todo tipo de alimentos, por ejemplo el entrevistado N°2 señaló “No hay algo que no me guste” y el entrevistado N°7 dijo “es que me gusta todo y si no me lo como igual”.

Los entrevistados señalaron preocupación por consumir alimentos saludables y dejar de lado aquellos que consideraban dañinos para su salud. En efecto, el entrevistado N°3 indicó al respecto: “la mantequilla no me gusta, no como casi nunca, muy raro, no me gusta porque no la encuentro para mí, ya que escuchado que no es conveniente tampoco para la edad de nosotros comer muchas cosas con grasa”. La mayor parte de los entrevistados estaba consciente que existen

alimentos dañinos para la salud y que debían cuidarse, incluso indicaron preocuparse por las fechas de caducidad. El entrevistado N°3 señaló: “compro leche en polvo, porque la otra leche si no la consumo luego se me echa a perder”, así como el entrevistado N°7 indicó “me fijo en la fecha de vencimiento al momento de comprar y preparar” y el entrevistado N°1 dijo: “yo compro en pocas cantidades, porque vivo sola, entonces se me echan a perder los alimentos si compro en muchas cantidades”.

Propiedades Organolépticas.

En cuanto a la apariencia de los alimentos, la forma no fue relevante para los entrevistados, por ejemplo el entrevistado N°1 señaló “no me importa la forma, me importa más el sabor”, esta opinión representó en general la del grupo.

Respecto al tamaño de los alimentos a ingerir, la mayoría prefirió alimentos de tamaño más pequeño, por ejemplo el entrevistado N°2 indicó “más chiquititos, es más fácil”; respecto al mismo tema el entrevistado N°6 refirió “normales, pequeños porque encuentro que te permite compartir con el que estás comiendo” y el entrevistado N°1 menciona: “corto en trocitos y después lo pico chico porque tengo los dientes gastados, entonces evito masticar tanto”.

Acerca de la preferencia de color al momento de elegir un alimento, siete de ocho entrevistados señalaron que no les interesaba un color en particular, pero si preferían que estos fueran intensos, ya que la intensidad del color en los alimentos para ellos era significado de frescura y calidad. El entrevistado N°5 dijo “un color... tirado a rojo, por ejemplo la manzana, porque llama más la atención y te da más deseos de comerlo”, indicando que un color más intenso hace más deseable el alimento. Lo que es apoyado por el entrevistado N°6, que dijo: “solo me interesa un color siempre... la yema del huevo fíjate, yo encuentro que mientras más intensa

la yema, es de mejor calidad y mejor sabor el huevo” relacionando la intensidad del color con la calidad y sabor del alimento.

En relación al sabor, la mayoría de los entrevistados señalaron preferir sabores dulces y sólo algunos el sabor salado; el entrevistado N°2 señaló: “los dulces”, el entrevistado N°4 indicó: “desgraciadamente el dulce por eso sufro de diabetes”. Cabe destacar que dos de los entrevistados señalaron su agrado por la sensación picante, específicamente el entrevistado N°7 que dijo “me gustan las cosas más picantes, me gusta hacer pastas de ají porque cambia el sabor del alimento, le da a uno más apetito y sale de lo común también”.

Al preguntar acerca de la preferencia por aromas de los alimentos, la mayoría de los entrevistados indicaron aromas salados, algunos dulces, en menor cantidad el cítrico. Algunas de las respuestas fueron: entrevistado N°8: “aroma dulce porque es más agradable”, el entrevistado N°3 señaló “yo soy más de salado, por ejemplo le digo que si paso por una pastelería no me entusiasma tanto como cuando paso por una churrasería” y el entrevistado N°4 dijo “el aroma de la carne, como salado”.

En relación a la preferencia de temperatura, la mayoría de los entrevistados se inclinaron por la temperatura caliente. El entrevistado N°3 señaló “me gusta calentito, me cargan las comidas frías” y el entrevistado N°2 dijo “caliente (...) por costumbre debe ser”.

Al preguntarles acerca de la consistencia que se les hace más fácil deglutir, la mayoría de los entrevistados señalaron deglutir con mayor facilidad la consistencia semisólida y en ocasiones la líquida, descartado de plano la consistencia sólida como fácil de deglutir: el entrevistado N°2 declaró “lo que no es muy duro, término medio”, el entrevistado N°6 declaró: “semisólidos, porque ésta puede variar el sabor, por ejemplo,

a un puré le puedes agregar algo especial, ya sea un zapallo... un yogur y le cambias el sabor”, aludiendo a la versatilidad de esta consistencia al momento de ser combinada con otros alimentos.

En tanto que las consistencias que menos les agradaban fue la sólida, por ejemplo, el entrevistado N°2 dijo “yo diría las que son muy duras para los dientes,” y el entrevistado N°1 señaló “las sólidas, tengo los dientes gastados, entonces necesito alimentos blandos”.

DISCUSIÓN

Si se consideran los resultados del estudio, respecto a cómo los factores fisiológicos afectan la alimentación, encontramos que en estudios previos la disminución o distorsión de los sentidos puede conducir a la falta de apetito e inadecuada elección de alimentos (9), encontrándose que los cambios olfatorios con el envejecimiento son mayores que los producidos en el gusto (5). En los resultados de este estudio, casi la totalidad de los entrevistados identificaron deterioro de al menos uno de sus sentidos y según su percepción esto no influiría en la selección de sus alimentos. Sin embargo no se realizó una evaluación sensorial que permitiera objetivar la presencia de estos deterioros.

Es importante mencionar que los participantes eran independientes y autónomos en las habilidades de la vida diaria, lo que es importante mencionar ya que previamente se había encontrado una relación inversa entre el nivel de dependencia del adulto mayor y sus habilidades orosensoriales (10), lo que de alguna manera explicaría porque los participantes no encontraron que los deterioros sensoriales influyeran en la selección.

Se ha encontrado que los diversos cambios propios del envejecimiento tales como, cambios en: la fisiología del cuerpo, funcionamiento psicológico, circunstancias sociales, enfermedades y uso de medicación (9, 11) afectarían el apetito,

disminuyéndolo. En específico el estado anímico y el hecho de vivir solos influirían la selección y preparación de alimentos deseados (12). Hallándose previamente en un grupo de adultos mayores viudos que la pérdida del cónyuge repercutía en el ánimo, en la forma de cocinar y en las relaciones sociales, debido a que comer sólo se tornaba menos placentero y a la vez generaba que las señales sociales al momento de comer disminuyeran (11). Sin embargo el grupo de este estudio indicó no ver afectado su apetito ni por el ánimo, ni por el hecho de estar solos, pero mencionaron que la soledad limitaba la preparación de “platos especiales” ya que consideraban que estos debían ser compartidos.

Si consideramos que el acto de preparar las comidas muchas veces se dificulta debido a que las habilidades motoras y sensoriales van disminuyendo, siendo necesaria la constante ayuda de familiares, amigos u otras personas, además de que existe una baja en la motivación por comer alimentos sanos (12), se encuentra que la mayoría de los usuarios del estudio preparaban sus comidas de forma independiente. Esto coincide con lo encontrado en un estudio previo en el cual personas mayores activas y con apropiadas funciones ejecutivas tendrían mayor facilidad para ejecutar habilidades de la vida diaria que se relacionan con la planificación y preparación de comidas (13), versus aquellos que no tenían una vida social activa y presentaban algún grado de deterioro cognitivo.

Considerando la actividad social se registró que la frecuencia de participación en comidas variaba entre una vez por semana y una vez cada tres meses. Lo anterior incluye reuniones con familiares que habitan fuera del hogar o con pares de la misma edad. Respecto de esto se señala que los adultos mayores sanos e independientes responden a contextos sociales en la misma forma que los adultos jóvenes (5,12). Sin embargo las oportunidades para participar pueden disminuir

(12). Lo anterior se corrobora con lo encontrado debido a que los entrevistados mostraron interés en participar de actividades sociales, pero estas solían ser escasas.

Se encontró como relevante que los factores geográficos y aspectos culturales influirían en las preferencias y en la frecuencia de consumo de algunos alimentos (14). Por lo tanto la memoria alimentaria afectaría las expectativas, la selección y la ingesta de alimentos (5,14). Observándose que las señales de algunos alimentos eran más eficaces para aumentar la ingesta cuando son capaces de evocar recuerdos de alimentos o comidas anteriores (15), hallándose el disfrute recordado de un alimento como un importante predictor del comportamiento del consumidor (5). Por lo tanto no es extraño encontrar que los adultos mayores del estudio preferían y comían constantemente alimentos que relacionaban con la zona geográfica donde habían vivido.

La rutina alimentaria de todos los entrevistados constaba de al menos tres comidas principales al día, descritas como desayuno, almuerzo y merienda-cena. Lo que coincide con estudios anteriores en los cuales los hábitos alimentarios de la mayoría de los adultos mayores incluyen tres comidas; siendo el más relevante para ellos el almuerzo, el cual realizan en casa (16). Señalan además que la conducta alimentaria de las personas mayores se ve determinada por factores como la tradición, valores y prácticas, transmitidas de generación en generación, las cuales que marcan pautas de comportamiento que se repiten en el tiempo. (15,16).

Dentro de la rutina alimentaria, indicaron tener almuerzos predeterminados para los distintos días de la semana, ya que estaban programados por el cónyuge. Encontrándose que las personas mayores no varían mucho la dieta de alimentos que consumen una vez que encuentran sabores y texturas que les agradaban (6). Sin embargo en un estudio acerca de la variedad de alimentos

que consumen los adultos mayores sanos institucionalizados se encontró que aumentan la ingesta cuando los alimentos son variados en el tiempo versus cuando se les da una serie idéntica semanalmente (17). Es importante mencionar que ninguno de los entrevistados de este estudio era institucionalizado, por lo que se presume que la dieta semanal utilizada por algunos de los entrevistados responde a preferencias respecto de sabor y texturas, además de que consideran importante que estos sean saludables. Es por esto que evitan aquellos considerados nocivos para la salud, entre los que destacan los alimentos grasosos y fritos. Junto a esto es importante mencionar que las necesidades calóricas disminuyen con la edad, repercutiendo directamente en la cantidad de alimentos que compran y el tiempo que estos se mantienen en las despensas; siendo un factor relevante para ellos la fecha de caducidad para efectos mantenimiento y preparación (18).

En cuanto a la apariencia de los alimentos no hubo preferencias, siendo considerado algo irrelevante. Lo que coincide con lo encontrado previamente (19) donde la forma del alimento es una variable poco relevante para los mayores al momento de elegir su comida. Sin embargo se hace necesario que se realicen mayores investigaciones que traten en profundidad el tema para determinar su verdadera trascendencia en el fenómeno de la alimentación.

El tamaño preferido es el pequeño, argumentando como motivos el menor trabajo masticatorio y eficiencia deglutoria. Lo cual se correlaciona con estudios previos (20) donde las personas de edad avanzada preferían alimentos de tamaño pequeño, esto debido a que el uso prótesis dentales y la pérdida de la fuerza muscular producto de la sarcopenia, que afecta la musculatura del sistema estomatognático, limita los movimientos orales y la contracción de la musculatura encargada de la deglución (4).

La mayoría de los entrevistados expresaron

no interesarse en el color de los alimentos. En relación a la intensidad de este, señalaron preferir colores intensos porque son más deseables y de apariencia más sana. La preferencia por colores más saturados, intensos y brillantes en sus comidas podría deberse a que la capacidad de distinguir colores e intensidades disminuye con los años, siendo muy notorio en el adulto mayor (6). Ambas investigaciones coinciden en la relevancia de la intensidad del color como una variable de importancia en las elecciones.

El sabor preferido a la hora de consumir un alimento fue el dulce, lo que puede ser explicado debido a que durante el envejecimiento se reducen y distorsionan la intensidad de los estímulos (9). Además de que la percepción del sabor se deteriora, afectando principalmente el sabor amargo, seguido por el sabor ácido, luego el salado y finalmente y con menor afectación el sabor dulce. Es importante señalar que durante la entrevista algunos de los participantes indican la preferencia por la sensación picante en los alimentos. Lo anterior se relaciona con investigaciones previas quienes señalan que los adultos mayores suelen utilizar altas cantidades de ají y mostaza en la comida para compensar la pérdida del gusto y del olfato (9), aumentando la intensidad del sabor y por consiguiente la palatabilidad y aceptación del alimento. Por lo que se sugiere como una variable importante de considerar en próximas investigaciones.

El olfato también sufre deterioros producto de la edad, encontrándose dificultad para la detección de determinados agentes odorantes, disminución en la percepción de la intensidad del olor y dificultades en la discriminación de los olores (6, 21). Encontrándose que la prevalencia de problemas olfatorios en la población mayor de 65 años supera el 60% (21). Lo que no se condice por lo encontrado en el presente estudio, donde la mayoría de los entrevistados no reconocieron tener pérdida en el olfato, sin embargo esto no fue

evaluado clínicamente. Respecto de la preferencia de algunos de los entrevistados por el aroma salado es necesario continuar investigando acerca de que olores en específico son los primeros en deteriorarse.

En relación a la temperatura preferida para consumir los alimentos se mencionó la caliente e indicaron a la temperatura fría como la menos favorita. Esto puede ser explicado debido a la disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa en los mayores (22), quienes tienden a preferir temperaturas calientes por el hecho de que serían mejor percibidas. Sin embargo es importante considerar que las temperaturas frías facilitan la deglución (23). A partir de esto se hace necesario profundizar la investigación en este aspecto.

La consistencia sólida es la que menos les agrada; por lo que prefieren y consumen habitualmente consistencias semisólidas, debido al estado de las piezas dentarias y la versatilidad de la consistencia al realizar preparaciones. Estudios previos indican que la eficiencia y capacidad masticatoria están asociadas con el número y distribución de los dientes. Lo que en el caso de los adultos mayores se ve afectado debido al desgaste y pérdida de piezas dentarias, repercutiendo en la formación del bolo alimenticio (24). Además es importante mencionar que en esta población existe una reducción de la producción de saliva (25), encontrándose previamente que alrededor del 25% de los ancianos sufren de sequedad bucal; esto debido a que la cantidad de acinos salivales disminuyen y la cantidad de tejido graso y fibroso aumenta. A partir de lo anterior se considera que la consistencia semisólida ayudaría a compensar esta dificultad.

CONCLUSIÓN

La percepción de los ancianos con presbifagia sobre el fenómeno de la alimentación está influenciada por factores fisiológicos, no fisiológicos y las propiedades organolépticas de

los alimentos. Además de sus hábitos alimentarios adquiridos, la ubicación geográfica donde han pasado su vida y sus habilidades orosensoriales.

En relación a los factores fisiológicos, se identifica principalmente que el deterioro de los sentidos según la percepción de los adultos mayores del presente estudio no influiría en su alimentación. De lo que se concluye que los ancianos no son conscientes de las repercusiones que conllevan su deterioro sensorial respecto al fenómeno de la alimentación.

En general los participantes del estudio afirman no ver afectada la alimentación por los factores no fisiológicos, sin embargo esto podría deberse a las características del grupo, los cuales contaban con alto grado de independencia en las AVD, socialmente activos y con adecuadas habilidades cognitivas.

En cuanto a las propiedades organolépticas de los alimentos, los adultos mayores prefieren alimentos de tamaño pequeño, sabor dulce, temperatura caliente y consistencias semisólida y señalaron no considerar más relevante el color, pero si la intensidad de este. Estos factores se relacionan y modifican entre sí y son relevantes a considerar, ya que su manipulación puede propiciar una mejor alimentación y calidad de vida en esta población.

Para complementar la información, se sugiere realizar previamente una evaluación sensorial a los sujetos de la muestra, para así dirigir de mejor manera las preguntas y confirmar las relaciones derivadas de los resultados.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de adultos mayores asistentes al Taller de estimulación Cognitiva del Centro de Actividades Prácticas de la Universidad del Bío-Bío de Chile.

REFERENCIAS

1. Walker A, Maltby T. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *Int. J. Soc. Welf.* 2012 21: 117-130. doi 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x.
2. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez, 2013.
3. Giacalone D, Wendin K, Kremer S, Bom M, Bredie W, Olsson V, Otto M, Skjoldborg S, Lindberg U. & Risvik E. Health and quality of life in an aging population. *Food and beyond. Food Quality and Preference* 2015; 47: 166-170. doi 10.1016/j.foodqual.2014.12.002.
4. Laguna L, Sarkar A, Artigas G, Chen J. A quantitative assessment of the eating capability in the elderly individuals. *Physiology & Behavior* 2015; 147, 274-281.
5. Doets E, Kremer S. The silver sensory experience – A review of senior consumers' food perception, liking and intake. *Food Quality and Preference* 2016; 48: 316-332. doi 10.1016/j.foodqual.2015.08.010.
6. Song X, Giacalone D, Bolling Johansen S, Bom Frost M. Strategies for counteracting its influence on food preferences among older adults. *Trends in Food Science & Technology* 2016; 53: 49-59. doi 10.1016/j.tifs.2016.04.004.
7. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients, The Gugging Swallowing Screen. *Stroke* 2007; 38(11) 2948-2952.
8. Muñoz-Neira C, et al. Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R) en una muestra de ancianos chilenos. *Rev. Med Chile* 2012; 140: 1006-1013. doi.org/10.4067/S0034-98872012000800006.
9. Schiffman S, Graham B. Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *Eur J Clinical Nutr.* 2000; 54 (3): 54-63.

10. Sulmont-Rossé I, Amand M, Symoneaux R, Van Wymelbeke V, Caumon E, Tavares J, Issanchou S. Evidence for different patterns of chemosensory Alterations in the Elderly Population: Impact of Age Versus Dependency. *Chem Senses* 2015; 40 (3): 153-164. doi 10.1093/chemse/bju112.
11. Pilgrim A, Robinson S. An overview of appetite decline in older people. *Nurs Older People* 2015; 27(5): 29–35. doi:10.7748/nop.27.5.29.e697.
12. Hughes G, Hughes K, Hetherington M. Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite* 2004; 43: 269-276. doi 10.1016/j.appet.2004.06.002
13. Provencher V, Demers L, Gélinas I, Giroux F. Cooking task assessment in frail older adults: who performed better at home and in the clinic?. *Scand J Occup Ther* 2013; 20(5):374-83. doi: 10.3109/11038128.2012.743586.
14. Cardoso C, Lourenço H, Costa S, Gonçalves S, Nunes M. Survey into the seafood consumption preferences and patterns in the portuguese population. Gender and regional variability. *Appetite* 2013; 64: 20-31. doi 10.1016/j.appet.2012.12.022.
15. Martin A, Davidson TL. Human cognitive function and the obesogenic environment. *Physiol Behav.* 2014; 136:185-93. doi: 10.1016/j.physbeh.2014.02.062.
16. Restrepo S, Morales R, Ramírez M, López M, Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes de la salud. *Rev. Chil. Nutr.* 2006; 33(3): 1-18. doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006.
17. Hollis J, Henry C. Dietary variety and its effect on food intake of elderly Adults. *J Hum Nutr Diet.* 2007; 20: 345-351. doi 10.1111/j.1365-277X.2007.00796.x
18. García, T. & Ildefonso Grande. Determinants of food expenditure patterns among older consumers. The Spanish case. *Appetite* 2010; 54: 62-70. doi 10.1016/j.appet.2009.09.007
19. Song HJ, Simon JR, Patel DU. Food preferences of older adults in senior nutrition programs. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2014; 33(1):55-67. doi: 10.1080/21551197.2013.875502.
20. Vander Meij B, Wijnhoven H, Finlayson G, Oosten B, Visser M. Specific food preferences of older adults with a poor appetite. A forced-choice test conducted in various care settings. *Appetite* 2015; 90: 168-175. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.011.
21. Yasari M, Sagit M, Polat H. An assessment of olfactory function in An elderly population. *Turk Geriatri Dergisi* 2015;18 (1):42-46.
22. Heft M, Robinson M. Age Differences in Orofacial Sensory Thresholds. *J Dent Res.* 2010; 89 (10): 1102-1105. doi 10.1177/0022034510375287.
23. Michou E, Mastan A, Ahmed S, Mistry S, Hamdy S. Examining the Role of Carbonation and Temperature on Water Swallowing Performance: A Swallowing Reaction-Time Study. *Chem Senses* 2012; 37: 799-807.
24. Unell L, Johansson A, Ekback, G, Ordell S, Carlsson E. Dental status and self-assessed chewing ability in 70- and 80-year-old subjects in Sweden. *J Oral Rehabil.* 2015; 42: 693-700. doi 10.1111/joor.1229.
25. De Medeiros S, De Brito M, Magalhaes H. Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos: Self-perception of chewing ability in elderly. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 17 (4): 807-817. doi.org/10.1590/1809-9823.2014.1315.

Recibido: 12-04-2017
Aceptado: 17-05-2017