



## Técnica y dietética culinaria: modificación de texturas y consistencia de los alimentos

22-12-2019

**Además de las cuestiones técnicas y culinarias, las dietas de textura modificada deben intentar paliar también los efectos de la disfagia sobre los aspectos psicosociales de quienes la padecen. El reto de estas modificaciones es proporcionar una alimentación suficiente, palatable y variada que pueda también devolver el placer de comer a las personas.**

La modificación de texturas en alimentos sólidos y de consistencias en líquidos está dentro de lo conocido como dietas de texturas modificadas (DTM) e indicada en el tratamiento dietético en las alteraciones de deglución y masticación en adultos mayores.

El reto de estas modificaciones en la dieta es proporcionar una alimentación suficiente, palatable y variada a pacientes con disfagia. En esta condición clínica la alimentación debe ser segura adaptando la textura y consistencia a la condición del paciente para favorecer la ingesta oral. Se deben conseguir texturas de alimentos que sean homogéneas, evitando alimentos pegajosos y con doble textura o que se fragmenten con facilidad.

Hay aspectos técnicos y culinarios fundamentales a tener presente a la hora de trabajar con DTM:

1. Definir los descriptores con los que se va a trabajar para DTM en texturas (puré, normal, de fácil masticación, túrmix, etc) y consistencias (miel, puding, néctar, etc).
2. Tanto el personal sanitario como el de producción (cocina) deben estar en conocimiento y familiarizados con los descriptores de DTM para evitar confusión.
3. Estandarizar los procesos de producción de las DTM: tipos de cocción empleadas según los ingredientes, gramaje, tamaño de las porciones y de las partículas, evaluación de la cohesión y seguridad de la receta resultante. Esto con el fin de garantizar una ingesta óptima.
4. Supervisar la calidad estética de las presentaciones de texturas en las DTM para potenciar la experiencia sensorial y social en los tiempos de comida en estos pacientes.
5. La inclusión de ayudas técnicas para comer (cubiertos y vajilla) que permitan a las personas mayores que presentan

- movilidad restringida en uno o en los dos miembros superiores comer y beber.
6. En aquellos pacientes sin deterioro cognitivo, es recomendable darles la opción a elegir dentro del menú planificado lo que desean comer, con el fin de contribuir a potenciar su autoestima y autonomía.
  7. Realizar una evaluación sensorial de las recetas antes de ser servidas, para poder aplicar las medidas correctivas necesarias en temperatura, sabor, presentación, etc.
  8. Es necesario valorar mediante un control de ingesta la aceptabilidad de estas texturas y consistencias.

En las personas mayores hay aspectos relativos a la percepción de la alimentación que son cruciales y deben ser considerados en el momento de planificar los menús de DTM, ya que en ellas, el placer de comer se encuentra disminuido debido a:

- La dificultad de identificar y reconocer los diferentes alimentos presentes en el plato.
- Falta de sabor en los alimentos.
- Pérdida de control sobre la elección de alimentos.
- Cambios en la experiencia social: aislamiento social.
- Falta en la variedad de alimentos.
- La apariencia de las recetas elaboradas carecen de atractivo visual.
- Las texturas similares a la comida de bebés, papillas o manchas de comida.
- Descontento por las restricciones dietéticas que afectan la palatabilidad de las comidas, convirtiendo el acto de alimentación en una actividad monótona.
- Las condiciones ambientales poco atractivas y no acogedoras.
- En algunos casos, el tiempo para comer es breve.

Por todo lo expuesto, no sólo es importante la suficiencia nutricional en las preparaciones de DTM, sino también identificar a tiempo aquellas percepciones de los adultos mayores que demuestren insatisfacción o que le resten el placer social de la alimentación; ante esta circunstancia hay que tomar las medidas de cambio necesarias, ya que una dieta perfectamente diseñada no cumplirá su propósito si a quien va dirigida no la ingiere.

### **Efectos de la disfagia sobre los aspectos psicosociales**

El comer y beber son actividades sociales y experiencias placenteras que forman parte de la vida humana. Sin embargo, para los pacientes con disfagia estas actividades sociales desaparecen afectando la calidad en la relación del paciente con sus cuidadores y familia, además de a su propia salud y calidad de vida.

Los pacientes con disfagia pueden aislarse y sentirse excluidos por otros, además de ansiosos o estresados durante las comidas. La disfagia, en definitiva, afecta a todos los aspectos de la vida: dignidad personal, autoestima, relaciones sociales, actividades de ocio e incluso condiciona la capacidad de trabajo y ejercicio

Un estudio\* internacional realizado simultáneamente en residencias del Reino Unido, España, Alemania y Francia tuvo como objetivo determinar los efectos de la disfagia sobre los aspectos psicosociales y su relación con la enfermedad y tratamiento. Los resultados obtenidos fueron:

- Más del 50% de los pacientes afirmó que comían menos, y un 44% experimentó pérdida de peso durante los últimos 12 meses. Aproximadamente un tercio de los pacientes reportaron continuar con hambre y sed después de su comida. Es probable que estos pacientes estén en riesgo de desnutrición y deshidratación.
- La gran mayoría de los encuestados (84%) pensaba que comer debe ser una experiencia agradable, sin embargo, sólo el 45% de estos pacientes consideró que lo es.
- Por otra parte, el 41% de los pacientes experimentaron ansiedad o pánico durante las comidas; más de un tercio (36%) de los pacientes informaron que evitaban comer con otros debido a su disfagia; y un 55% afirmó que los problemas de deglución hacen la vida menos placentera.

De este estudio se concluye que el impacto social y psicológico de la disfagia es una condición severa y subdiagnosticada en clínicas y hospitales europeos. Los pacientes del estudio atribuyen el aumento de su sentido de aislamiento y la pérdida de autoestima a las dificultades para tragar lo que se traduce en una menor calidad de vida como consecuencia de disfagia.

Por último destacar que los pacientes institucionalizados con dependencia funcional y demencia avanzada, son un colectivo especialmente vulnerable, cuya ingesta, con frecuencia, está basada en dietas trituradas, cuyo aporte nutricional e hídrico es menor que las dietas estandarizadas (basales); además su alimentación está condicionada por la dependencia de los cuidadores y los horarios de los centros.

-----  
\* Ekberg OI, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment*. *Dysphagia*. 2002;17(2):139-46.

### **Noticias Relacionadas**

- Las gelatinas: un riesgo para la salud en los pacientes con problemas de disfagia
- Alimentación triturada más allá de la nutrición: claves para preparar menús atractivos
- Residencia 'Sant Cebrià' pone en marcha un proyecto para personas con disfagia
- Personas con disfagia, ¿qué y cómo hacer para que se alimenten correctamente?
- La adaptación de texturas, clave para una mejor calidad de vida de los mayores



**Luisa Andrea Solano** es doctora en Farmacia. Licenciada en Nutrición y Dietética, máster en Nutrición Clínica y máster en Gastronomía e Innovación Alimentaria. Desarrolló su experiencia profesional en Santiago de Chile destacándose en las áreas clínicas y de restauración colectiva. Actualmente es docente en la Universidad Europea de Madrid. [www.luisasolano.com](http://www.luisasolano.com). @: [solano.luisa@gmail.com](mailto:solano.luisa@gmail.com).