

CUIDADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

NUTRITIONAL CARE OF THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY

CUIDADO NUTRICIONAL DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Estela Berriel

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay
este68@montevideo.com.uy

Soledad Calvo

Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay

Recibido: 06/08/2015

Aceptado: 12/10/2015

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer evidencia actualizada en relación a los cuidados nutricionales del adulto mayor institucionalizado, así también como determinar los aspectos alimentario-nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del adulto mayor institucionalizado. En cuanto al método, la búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS y Google Scholar, seleccionando aquellos artículos que tuvieran menos de 5 años de publicados. Se utilizaron los siguientes descriptores: adulto mayor; institucionalización; alimentación; estado nutricional y vulnerabilidad. Los registros obtenidos tras la combinación de las diferentes palabras clave fueron aproximadamente 22 de los cuales se seleccionaron 11 trabajos. Los artículos revisados se centraban en aquellos factores relacionados con la alimentación o el estado nutricional que podrían causar la vulnerabilidad de los adultos mayores institucionalizados. Se concluye que los menús suministrados en las residencias de larga estadía deben adaptarse a las recomendaciones nutricionales de esta población, buscando variedad y siguiendo la satisfacción del usuario. Se entiende necesario un cambio de paradigma que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores residentes, contemplando en la alimentación las preferencias y aspectos socioculturales que otorgan identidad y significado a la vida del adulto mayor. La formación del personal encargado de la alimentación en los residenciales parece ser un punto clave; se deben tomar como referencia las normas y guías nutricionales con evidencia comprobada. Se entiende necesario planificar un estudio a nivel local abordando la temática de los hábitos alimentarios en esta población.

Palabras clave: Anciano, Institucionalización, Alimentación, Estado Nutricional, Vulnerabilidad Social.

ABSTRACT

The aim of this work is to obtain updated evidence regarding the nutritional care of the institutionalized elderly, as well as to determine the food and nutrition aspects that affect their vulnerability. The search was conducted using the following databases: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, VHL and Google Scholar, selecting items that were under five years of publication. The following descriptors were used: elderly, ins-

titutionalization, nutritional status, and vulnerability. 22 records were obtained after combination of different keywords; 11 papers were selected. The revised articles focused on those factors related to food or nutritional status that could cause the vulnerability of the institutionalized elderly. It is concluded that the menus provided in long-stay residences must be adapted to the nutritional recommendations of this kind of population, looking for variety and following their satisfaction. A paradigm shift is needed to improve the quality of life of elderly residents, looking for food preferences and socio-cultural aspects that give identity and meaning to their life. The training of staff responsible for food in nursing homes appears to be a key point. They should be taken as reference standards and nutritional guidelines with proven evidence. It is necessary to plan a local study addressing the issue of eating habits in this population.

Keywords: Elderly, Institutionalization, Food, Nutritional Status, Social Vulnerability.

RESUMO

O propósito deste artigo é conhecer evidência atualizada em relação aos cuidados nutricionais do idoso institucionalizado e determinar os aspectos alimentares/nutricionais que incidem na vulnerabilidade do I institucionalizado. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes bases de dados: IBECS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS e Google Acadêmico, selecionando aqueles artigos que tinham menos de cinco anos de publicação. Foram utilizados os seguintes descritores: idoso, institucionalização, alimentação, estado nutricional e vulnerabilidade. Os registros obtidos após a combinação das diferentes palavras-chave foram, aproximadamente, 22, dos quais foram selecionados 11 trabalhos. Os artigos revisados se centravam naqueles fatores relacionados com a alimentação ou o estado nutricional que poderia causar a vulnerabilidade dos I institucionalizados. Concluiu-se que os menús fornecidos nas residências de permanência prolongada devem estar adaptados às recomendações nutricionais da população, visando variedade

e atendendo à satisfação do usuário. Entende-se necessária uma mudança de paradigma que permita melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes, contemplando a alimentação segundo preferências socioculturais, que possibilita identidade e significado à vida do I. A formação do pessoal responsável pela alimentação dos residentes parece ser o ponto-chave; devem tomar-se como referência as normas e guías nutricionais com evidência comprovada. Entende-se necessário o planejamento de um estudo em nível local, abordando a temática dos hábitos alimentares nessa população.

Palavras-chave: Idoso, Institucionalização, Alimentação, Estado Nutricional, Vulnerabilidade Social.

INTRODUCCIÓN:

Desde un punto de vista socio antropológico se puede definir al adulto mayor (AM) como aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), adulto mayor es aquella persona de 60 años y más. Es frecuente que en la actualidad haya muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades. Pero también vale mencionar que existe una contracara ya que para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que se evidencia un deterioro físico y mental. Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales. Éstas pueden ser independientes y auto válidos o requerir diversos grados de asistencia en la vida cotidiana.

Específicamente en Uruguay, la ley 18.617 del año 2009 define que al momento de cumplir los 65 años de edad todas las personas son consideradas como adultas mayores. El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo (1).

Según los datos del último censo poblacional la población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el censo de 2011. A la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar del 28,2% de la población en 1963 al 21,8% en 2011. Tanto el incremento en la esperanza de vida, así como la baja natalidad, la emigración de sectores de la población en edades reproductivas durante algunos períodos políticos y otros de crisis económica hacen que sea la nuestra una “población envejecida” (2).

En cuanto al envejecimiento del adulto mayor, la mayoría lo hacen en casa, en la comunidad. Sin embargo, algunos con el

transcurso del tiempo y por diversas condiciones físicas o mentales necesitan ayuda de otros para el cuidado personal, por que son dependientes. Para ellos la posibilidad de requerir de una residencia u hogar de ancianos será mayor. Esta situación es más frecuente al alta en ingresos hospitalarios o en cuidados domiciliarios cuando las necesidades de atención sobrepasan la capacidad del entorno socio familiar para atender la situación (3).

Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia. La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables. La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro) que proporcionen soporte a las familias en la comunidad ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias, “casas de salud”, hogares de ancianos). Los establecimientos de larga duración están destinados a proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades básicas de la vida diaria las 24 horas. Brindan un entorno seguro y protegido, así como atención de Enfermería, medicación, supervisión, para personas que ya no pueden permanecer en la comunidad y en su hogar y para quienes ya han agotado otras alternativas (1).

Tomando en cuenta nuevamente los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), censo 2011, se sabe que al analizar el tipo de vivienda en que residen las personas adultas mayores se obtiene que más del 97% de las personas adultas mayores lo hace en viviendas particulares y menos del 3% lo hace en viviendas colectivas. Dentro de estas últimas, solamente el 2.49% vive en residenciales para ancianos. En todo el país hay un total de 844 residencias de larga estadía: 396 están ubicadas en Montevideo y 448 en el interior del país.

En total viven en este tipo de vivienda 11.560 personas AM (2). La transición demográfica muestra que el creciente envejecimiento de la población viene acompañado de un aumento en la institucionalización de los AM. Esto pone de manifiesto la importancia de prestar atención en analizar las prácticas alimentarias y valorar el estado nutricional de los AM en los centros residenciales (4).

Al ingresar al ámbito institucional, el AM debe adaptarse a una alimentación que no es propia de su estilo de vida y que no se corresponde con sus experiencias y hábitos. Se encuentra con otros sabores, preparaciones no habituales, diferente estilo de servicio, con horarios establecidos para las comidas, elección de alimentos limitada y en ocasiones, la presentación de los platos es poco atractiva. Se suma a esta situación que todo ocurre en un entorno que le puede parecer ajeno. El problema cobra mayor importancia cuando se identifica que la satisfacción por la alimentación es una de las principales necesidades que repercuten en la calidad de vida percibida (4). En ocasiones, la alimentación se ve desde una única dimensión, vincula-

da al aporte de nutrientes, pero olvidando tener en consideración aspectos socioculturales del individuo que se transmiten a través de la comida.

Cuando el estado nutricional se ve afectado aumenta la morbimortalidad del AM predisponiéndolo a una mayor fragilidad. El estado nutricional de los AM está dado por el equilibrio entre la ingesta y las necesidades individuales, gasto por actividad física, estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Por tanto, cualquier valoración del estado nutricional que se realice debe incluir información sobre estos factores, con el propósito de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, planificar intervenciones y monitorizar su efectividad. La evaluación del estado de nutrición completa incluye historia clínica y examen físico, indicadores antropométricos y de composición corporal, determinaciones de laboratorio y evaluación de la ingesta de alimentos y de actividad física. Se pueden utilizar métodos de tamizaje que permitan rápidamente identificar casos de riesgo de malnutrición, como es el caso de la Mini evaluación nutricional (MNA, *Mini Nutritional Assessment*) (5).

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivos conocer evidencia actualizada en relación a los cuidados nutricionales del AM institucionalizado y determinar los aspectos alimentario-nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del AM institucionalizado.

METODOLOGÍA

La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de marzo y mayo de 2015, a través de los metabuscadores, bases de datos y buscadores de evidencia, en español, inglés y portugués. La búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: IBESCS, LILACS, MEDLINE, SCIELO, EBSCO, BVS y Google Scholar, seleccionando aquellos artículos que tuvieran menos de 5 años de publicados. Se plantearon los descriptores ya mencionados en las palabras claves. Se establecieron como criterios de inclusión/exclusión: que fueran trabajos comprendidos entre los años 2010 y 2015; que cumplieran con los parámetros de rigurosidad científica sobre la temática a desarrollar, y por último, se revisaron artículos tanto regionales como internacionales que respondieran al objeto de estudio.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 22 artículos con la búsqueda y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente se seleccionaron un total de 11 publicaciones a texto completo, de los cuales se presentarán a continuación los conceptos generales que dan respuesta a los objetivos planteados.

Estudios epidemiológicos más relevantes en relación al objeto de estudio:

Autor (principal)	Título del trabajo	País / Año	Métodos / Tipo de estudio
Oliveira, Renata Borba de Amorim (6)	O fim da linha?: etnografia da alimentação de idosos institucionalizados - reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski	Brasil (Río de Janeiro) 2010	Estudio cualitativo, basado en una investigación etnográfica que pretende entender el significado que tiene la alimentación para los AM institucionalizados. Se utilizaron técnicas de observación participante y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a personas mayores de ambos sexos, con edades entre 66 y 93 años, que viven en dos instituciones de larga estadía.
Giraldo F.A.; Montoya L.M. (7)	Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín, Colombia	Colombia (Medellín) 2010	Es un estudio de tipo cualitativo etnográfico de tipo particularista. Se buscó interpretar los aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito. Las técnicas utilizadas para recabar la información fueron la observación participante, la entrevista en profundidad, preguntas semiestructuradas y grupos de discusión.
Camina Martín, M. (8)	Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo	España (Palencia) 2012	Vinculación entre estado nutricional y tipo y severidad de la demencia. Utilizó el MNA, valoración antropométrica y protocolo de Chang en 83 AM institucionalizados en estado de demencia.

Volpini, Milena Maffei (9)	Nutritional assessment of institutionalized elderly	Brasil (San Pablo) 2010	Estudiaron IMC, circunferencia del brazo, pliegue tricípital, área muscular del brazo, pruebas bioquímicas, pruebas de presión palmar. 102 AM de los cuales 84 eran mujeres
Lehn, Fernanda (10)	Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência	Brasil (San Pablo) 2012	Estudio transversal y descriptivo, se estudiaron 42 AM, se realizó VEN a través del IMC. Se tuvo en cuenta edad, género, tiempo de residencia, comorbilidades y toma de fármacos y presencia de prótesis dental.
De Luis Román, Daniel Antonio (11)	Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain	España (Valladolid) 2011	Transversal, multicéntrico, con una muestra representativa (n: 873 AM institucionalizados). Se compararon indicadores bioquímicos con el MNA-SF.
Mila Villaroel, Raimon (12)	Valoración nutricional de los menús de cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población de ancianos	España (Barcelona) 2009	Se analizaron 21 días de menú por cada residencias geriátricas estudiada (4 en España y 1 en Bélgica). Se realizó registro de doble pesada de las 4 comidas principales.
Sánchez-Campillo, M. (13)	Estrategias para mejorar el valor nutricional de los menús ofertados en residencias públicas para personas mayores	España (Murcia) 2010	Se estudiaron 252 menús ofertados en 6 residencias y se valoró aporte de energía, macronutrientes, calidad de la grasa, colesterol y contenido de fibra.
Pinheiro de Oliveira, Jáima (14)	A formação do cuidador de idosos Institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação	Brasil (Porto Alegre) 2011	Descriptivo, exploratorio. Se realizaron entrevistas a personal de salud que trabaja en una residencia geriátrica en el Estado de Paraná. Se indagó acerca de cuidados generales del AM y en especial factores de riesgo para alteraciones de la deglución, posición durante la ingesta de alimentos y prácticas de higiene bucal
Dantas, Cibele Maria de Holanda Lira (15)	Capacidad funcional de ancianos con enfermedades crónicas residentes en Instituciones de larga permanencia	Brasil (Recife) 2013	Estudiaron 164 ancianos de instituciones de larga permanencia. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, medición de independencia funcional, la escala de Lawton y el mini-mental.
Marinho, Lara Mota (16)	Grado de dependencia de los ancianos residentes en Instituciones de larga permanencia en Montes Claros, Minas Gerais	Brasil (Minas Gerais) 2013	Transversal y descriptivo, realizado en 3 instituciones de larga permanencia. Se recolectaron datos de 125 AM a través del índice de Katz.

Tomando en cuenta el rol de la alimentación en el AM institucionalizado, al explorar los patrones de comportamiento del AM en las residencias de larga estada en relación a la conducta alimentaria, surge que el consumo de alimentos está, la mayoría de las veces, muy controlado y vacío de significado, por no tener en cuenta la identidad cultural y la individualidad de las personas mayores. Se entiende necesario un cambio de paradigma en la alimentación que permita mejorar la calidad de vida de los AM residentes (6).

En un estudio realizado en Medellín, Colombia se encontró que habitualmente se sigue un modelo de alimentación muy medicalizado, enfocado en el rol terapéutico del alimento. Se destaca la importancia de que ésta brinde lo que se recomienda para cubrir las necesidades nutricionales por encima de cumplir el rol de ser un vehículo de placer. En contraposición los AM mostraron una marcada preferencia por la alimentación tradicional que consumían en sus hogares, alegando que esto les otorga identidad y sentido social (7).

En una investigación española donde la edad media de los residentes estudiados fue de 81 años, la valoración nutricional realizada a través del índice de masa corporal mostró 21% de riesgo de malnutrición. En cambio el Mini-Nutritional Assessment (MNA) mostró 57% de riesgo de malnutrición y el 41% malnutrición propiamente dicha. El protocolo de Chang, otro instrumento para valorar el estado nutricional, mostró que el índice de malnutrición aumentaba a través de esta medición alcanzando un 76%. Se vio asociación entre malnutrición y evolución de la demencia, independientemente del tipo de la misma. Se evidencia la necesidad en esta franja etaria de la utilización de distintos tipos de instrumentos para la valoración del estado nutricional (8).

Otro estudio realizado en San Pablo, Brasil evidenció que los hombres presentaban 61% exceso de peso, si bien a partir de los 70 años aparecen casos de posible depleción proteica u obesidad sarcopénica (coexistencia de exceso de grasa con déficit de masa muscular), mientras que el 27% de las mujeres presentaron depleción proteica. Se reconoce como una debilidad para la interpretación de los datos el no contar con tablas de referencia adaptadas a las características de la población de estudio, lo que disminuye la confiabilidad de los diagnósticos nutricionales (9).

Otro trabajo realizado en San Pablo, Brasil con 42 AM, señaló que el 42% de las mujeres presentan exceso de peso y el 21% bajo peso. En cambio, los hombres 22% presentan exceso de peso, 56% normopeso y el 22% bajo peso. La toma de medicamentos media por AM institucionalizado es de 5,6 por día y casi la totalidad (93%) usan prótesis dental. Es sabido que estos aspectos pueden condicionar la ingesta de alimentos y un adecuado proceso digestivo (10).

En una investigación multicéntrica de 873 AM estudiados realizada en España se encontró que la situación de riesgo de desnutrición aparecía en un 58% de la población estudiada. No se detectaron diferencias entre hombres y mujeres. Se vio que

existe correlación entre el *Mini-nutritional assessment short-form* (MNA-SF) y los indicadores bioquímicos del estado nutricional. Se demostró la utilidad de implementar el MNA-SF para los AM institucionalizados (11).

Estudiando la alimentación en las residencias de larga estada, cuando se valoraron menús de cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población de AM se identificó que no se cubrían las ingestas recomendadas para aporte energético, carbohidratos, calcio, cinc, vitamina C, vitamina D y folatos, mientras que se sobrepasan en grasas saturadas y azúcares refinados. Es necesario que los profesionales de la Nutrición realicen una revisión periódica de los menús para mejorar el valor nutricional de las comidas ofrecidas y suplementar en caso de ser necesarios (12). Por otra parte, se estudiaron 252 menús ofertados en 6 residencias españolas y los resultados mostraron que el aporte energético medio de los menús superaba a las recomendaciones dirigidas a esta población. Este era adecuado en proteínas, bajo en carbohidratos y alto en grasas. Por el contrario, el aporte en fibra era bajo mientras que el colesterol mostró valores elevados (13).

En un estudio descriptivo y exploratorio se realizaron entrevistas a personal de salud que trabaja en una residencia geriátrica en el Estado de Paraná. Se identificó que los riesgos asociados a la deglución los presentan generalmente los AM que padecen patologías cerebrovasculares. Otro hallazgo identificado fue la falta de higiene oral luego de la alimentación. En cuanto a la posición al alimentarse se observó que la mayoría presentaba la postura correcta. El estudio demuestra que se requiere personal formado para acompañar al AM en la alimentación, donde se destaca el rol del fonoaudiólogo dentro del equipo (14). Se estudió la capacidad funcional de los AM con enfermedades crónicas, un trabajo realizado en Recife, Brasil mostró alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y alta dependencia para las actividades de la vida diaria. Todos eran dependientes para las actividades instrumentales aunque la alimentación fue la actividad que mostró mejor desempeño (15). La independencia se observó en un 42%, dependencia total en un 43%, dependencia parcial en un 15%. Por último, en cuanto a las actividades instrumentales, otro estudio que evaluó el grado de dependencia de los AM residentes en instituciones de larga permanencia mostró que un 86% de los individuos estudiados mantienen la capacidad para realizar actividades vinculadas con la alimentación.

CONCLUSIÓN

No se encontraron trabajos nacionales en relación a los cuidados nutricionales en AM institucionalizados. Se entiende necesario planificar un estudio a nivel local abordando la temática de los hábitos alimentarios en esta población. Este estudio logró compilar evidencia en relación a los cuidados nutricionales y se han determinado los aspectos nutricionales que inciden en la vulnerabilidad del AM institucionalizado.

Se debe llevar a cabo una valoración nutricional completa al ingreso del AM a la residencia y, dependiendo de su diagnóstico, establecer protocolos de vigilancia. Se demostró la utilidad de utilizar diversos instrumentos e indicadores del estado nutricional para llegar a un diagnóstico más cercano a la realidad del AM.

Es importante llevar un registro de aquellos residentes que tienen dificultades de masticación o deglución, inapetencia, preferencias e intolerancias para poder mejorar la aceptación del menú. Se debe tener en cuenta la necesidad de un acompañamiento continuo en la prevención de la incapacidad funcional para que ésta no interfiera en el normal desarrollo de la alimentación del AM.

Se recomienda realizar un seguimiento de la aceptación del comensal que además debería estar documentado. Se puede realizar a través de: encuestas, observación directa, registro de quejas y control de lo no consumido. Los menús deben adaptarse a dichas recomendaciones, buscando variedad y siguiendo la satisfacción del usuario. Es fundamental tener una visión integral del AM teniendo en cuenta todos los factores socioculturales que influyen en su alimentación. La formación del personal encargado de la alimentación de los AM parece ser un punto clave; estos deben tomar como referencia las normas y guías nutricionales con evidencia comprobada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Salud de la población . Montevideo: Programa Nacional del Adulto Mayor; 2005. [Internet]. [citado el 01 Ago 2015]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf
- (2) Instituto Nacional de Estadística Censo Uruguay; 2011. [Internet]. [citado el 01 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
- (3) Dirección de Desarrollo Institucional. Programa del Adulto Mayor Guía de Cuidados de Salud Para Adultos Mayores Montevideo. Documento Técnico: 004/2011. [Internet]. [citado el 01 Set 2015]. Disponible en: www.asse.com.uy/andocasociado.aspx?5065,23917
- (4) Vergés A. Prácticas de alimentación y estado nutricional de las personas institucionalizadas. 1ª ed. Barcelona: Senda editorial S.A.; 2011.

- (5) Bezares, V et al. Evaluación del estado nutricional en el ciclo vital humano. México: Editorial Mc Graw Hill; 2012.
- (6) Oliveira RB de A, Veras RP, Prado SD. O fim da linha?: etnografia da alimentação de idosos institucionalizados-reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(1):1 33–43.
- (7) Giraldo FAF, Montoya LMA. Aspectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. Perspect En Nutr Humana. 2010; 12(1): 61–74.
- (8) Camina Martín MA, Barrera Ortega S, Domínguez Rodríguez L, Couceiro Muiño C, de Mateo Silleras B, Redondo del Río MP. Presence of malnutrition and risk of malnutrition in institutionalized elderly with dementia according to the type and deterioration stage. Nutr Hosp. 2012; 27(2): 434–40.
- (9) Volpini MM, Frangella VS. Nutritional assessment of institutionalized elderly. Einstein São Paulo Braz. 2013; 11(1): 32–40.
- (10) Lehn F, de Sousa Coelho HD, Garcia MT, Scabar LF. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. J Health Sci Inst. 2012; 30(1) :53–8.
- (11) Milà Villarroel R, Abellana Sangrà R, Padró Massaguer L, Farran Codina A. Assessment of food consumption, energy and protein intake in the meals offered in four Spanish nursing homes. Nutr Hosp. 2012;27 (3): 914–21.
- (12) Sánchez-Campillo M, Torralba C, López MÁ, Zamora S, Pérez-Llamas F. Strategies for improving nutritional value of the meals offered by public nursing homes for the elderly. Nutr Hosp. 2010;25 (6): 1014–9.
- (13) de Oliveira JP, Marcolino JF, de Andrade MS. A formação do cuidador de idosos institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação. Estud Interdiscip Sobre O Envelhec [Internet]. 2011 [citado 10 Ago 2015];16 (2). Disponible en: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/12428/0>
- (14) Cibele Maria de Holanda Lira D, Fabiana Aguiar B, Katia Lima B, Luciane Soares L. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. Rev Bras Enferm. 2013; 1(6): 914.
- (15) Marinho LM, Vieira MA, Costa S de M, Andrade JMO. Degree of dependence of elderly residents in geriatric long-term care facilities in Montes Claros, MG. Rev Gaúcha Enferm EENFURGS. 2013;34(1):104–10.