

Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia

Claudia Troncoso Pantoja ^{1,2,a}

RESUMEN

El crecimiento exponencial en los últimos tiempos de la población adulta mayor hace necesario el profundizar en la alimentación y las conductas alimentarias que presentan estas personas, como una forma de mejorar su calidad de vida y salud, en el que influye, entre otros factores, el lugar donde habitan. Este artículo profundiza en la alimentación que presentan los adultos mayores, según su lugar de residencia: centros de larga estadía u otro tipo de domicilio. El comportamiento alimentario de los ancianos institucionalizados se caracteriza por el consumo de, por lo menos, tres tiempos de alimentación, con minutas planificadas con inadecuados aportes nutritivos, los que no cubren los requerimientos nutricionales del usuario envejecido y que, junto a otros factores, favorece la presencia de malnutrición por déficit. Las personas no institucionalizadas también presentan el mismo número de tiempos de alimentación con una inadecuada calidad de alimentos que ingieren. Se puede considerar que la alimentación de las personas mayores, independiente de su lugar de residencia, no son apropiadas para el respectivo grupo etario.

Palabras clave: Adulto mayor; envejecido; alimentación (Fuente: DeSC BIREME).

Diet of the elderly according to the place of residence

ABSTRACT

The exponential growth of the elderly population nowadays demands to take a closer look at the diet and eating behavior of this age group, as a way of improving their health and quality of life, which is influenced, among other factors, by their place of residence. This article delves into the diet of older adults according to their place of residence: long-term nursing homes or other type of residential facility. The eating behavior of institutionalized elderly people is featured by eating at least three scheduled meals with menus showing inappropriate nutritional benefits, which do not adequately cover the nutritional requirements of the aged user and, along with other factors, favor malnutrition caused by dietary deficiency. Non-institutionalized people also tend to eat three scheduled meals with inadequate food quality. It can be considered that elderly people's diet, regardless of their place of residence, is not appropriate for the respective age group.

Keywords: Elderly; aged; diet (Source: MeSH NLM).

1. Departamento de Ciencias Clínicas y Preclínicas, Carrera de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina.

2. Investigador Asociado, Centro de Investigación en Educación y Desarrollo (CIEDE-UCSC).

a. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Chile.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica un incremento mantenido en el tiempo de personas mayores de 60 años, proyectando para el año 2050, una población por sobre los 2000 millones de personas, lo que se aproxima al 20% de los habitantes perteneciente a este grupo etario. Actualmente, esta distribución no es homogénea, ya que en Latinoamérica los residentes mayores de 60 años bordean el 7%; en el Caribe, aumenta a más del 9%; en Asia, África y Europa, corresponden al 7.6%, 5.9% y 16.8%, respectivamente. Esta última cifra es similar a lo que ocurre en Norteamérica: 19.1%. El perfil de estas personas en Latinoamérica, se caracteriza por la presencia marcada de mujeres (60%, aproximadamente), viviendo en su mayoría en zonas urbanas, con una baja escolaridad y con un número importante de hombres aún en trabajos remunerados⁽¹⁻⁴⁾. Chile es el país en Sudamérica que ha incrementado notablemente las expectativas de vida al nacer, con 75,5 años en hombres y 81,5 años en mujeres, proyectando para el año 2025, que sobre el 11% de la población tendrá, a lo menos, 60 años⁽⁵⁻⁶⁾.

Este proceso de modificación demográfica, debe orientar a los gestores de políticas públicas al posible impacto social que esta situación conlleva, especialmente en el desarrollo y crecimiento económico de áreas como el ingreso per cápita, acumulación de capital humano o modificaciones sectoriales en las áreas de educación y salud⁽⁷⁻⁹⁾. Es por esta situación, que se hace necesario el profundizar en todos los aspectos que afectan directamente a las personas mayores, entre otros, su alimentación, desde una perspectiva nutricional, pero también de condicionantes sociales que la supeditan.

Es conocida la importancia que adquiere la alimentación, a través de su consolidación en el curso de la vida, desde un punto de vista fisiológico, pero también desde un sentido social, en el que el lugar en donde recibe y consume sus preparaciones culinarias, es un aspecto más a considerar en la calidad de vida de las personas mayores. Esta revisión describe la caracterización que presenta la alimentación que realizan los adultos mayores, tomando como referencia, su comportamiento alimentario y el lugar de residencia en donde ingiere sus preparaciones culinarias, entendiendo esto último como hogares particulares o en un centro de internación institucional. El profundizar en esta temática es un aporte más al conocimiento de este grupo etario, que puede aportar a la generación de estrategias por parte del equipo médico orientadas a favorecer su calidad de vida y salud.

Comportamiento alimentario en el adulto mayor

La relación que se establece entre una persona y los alimentos es definido como conducta o comportamiento

alimentario. Se identifica que este se adquiere a través de la vida, con una influencia familiar y social, además de otros factores que la condicionan como la disponibilidad de alimentos, el valor simbólico de estos, su selección o la forma en que se preparan⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Para una persona mayor, un adecuado comportamiento alimentario favorece la entrega prudente de energía y nutrientes. Se entiende que una alimentación equilibrada, es decir, aquella que contiene los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del organismo, es base de una apropiada calidad de vida, sin embargo, alteraciones en sus conductas de alimentación, alteran este equilibrio, pudiendo presentar efectos en su estado nutricional. Estas modificaciones pueden ser originadas por situaciones patológicas, pérdida de las respectivas parejas, hábitos alimentarios rígidos, privación en el poder adquisitivo, entre otros factores⁽¹³⁻¹⁵⁾, reforzándose en ciertas ocasiones, por la situación sociocultural de una persona mayor.

El alimentarse es un comportamiento habitual, con conductas aprendidas desde las etapas iniciales de la vida y que se contextualizan por directrices entregadas por las familias, sociedad y también, por aspectos económicos. El ser humano tiene la peculiaridad de no solo hablar de su alimentación, sino también piensa en esta, con reglas y normas que son adquiridas a través de la vida y sus experiencias individuales, permitiendo establecer identidades y significancias sociales⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Independiente del grupo etario al que pertenece una persona, los cambios culturales han propiciado modificaciones en los hábitos y preferencias alimentarias, identificándose una marcada preferencia por alimentos de menor complejidad al momento de ser preparados, los que generalmente se caracterizan por presentar una elevada densidad energética y sodio, además, de un bajo contenido de componentes nutricionales saludables, lo que ha favorecido la presencia de patologías crónicas, como la obesidad^(20,21). Esta situación, se extrapola a las personas mayores, aunque culturalmente ellos tienden a preferir alimentos identificados como naturales, los que son percibidos como más saludables, sin considerar la composición química que estos presenten⁽²²⁾.

Para la persona mayor, se reconoce que el estado de salud, bienestar y la longevidad están directamente relacionados con los aspectos bioquímicos de los alimentos consumidos. Una dieta sana para estas personas debe considerar en especial, el disfrutar de su alimentación y que esta sea variada; entregar volúmenes suficientes para mantener un control de peso corporal adecuado; aumentar el consumo de frutas y verduras y reducir los alimentos de alta densidad energética, especialmente grasas, además de realizar actividad física acorde a su condición⁽²³⁾.

Es importante reflexionar que, el proceso de envejecer, conlleva modificaciones lentas y progresivas en el tiempo, de naturaleza regresiva que producen insuficiencia en diversos órganos, como el tracto digestivo, afectando la fase oral, gástrica e intestinal de la digestión, con alteraciones motoras, secretoras y de absorción. Sin embargo, los primeros signos del envejecimiento en el tubo digestivo comienzan en la cavidad bucal, originado en forma natural como el oscurecimiento y desgaste de los dientes o producto de la presencia de enfermedades, como la periodontitis, medicamentos o efectos socioculturales, lo que finalmente podría alterar el proceso de deglución de los alimentos y alterar el estado nutricional de estas personas⁽²⁴⁻²⁵⁾.

En general, los adultos con edades por debajo de los 80 años, tienden ser más independientes, funcionales y físicamente aptos, pudiendo cumplir actividades básicas para cuidar de sí mismos, comparados con aquellas personas mayores de esta edad, que tienden a ser más dependientes y presentar más limitaciones físicas^(26,27). Esta situación puede supeditar su comportamiento alimentario y de esta manera, su calidad de vida y salud.

A medida que se incrementa el proceso de envejecer, la calidad de vida y su forma de alimentarse son dependientes a la situación de autonomía que presente la persona mayor, lo que direcciona entre otros aspectos el cómo y en dónde vivir, identificando a personas que se mantienen en sus propios hogares u otras que deben radicarse en algún tipo de institución pública o privada^(28,29).

Alimentación en la persona mayor institucionalizada

En los asilos, hogares u otras instituciones similares de larga estadía, los internos viven en una estructura orgánica en que horarios o actividades en grupos están previamente dispuestos, sin considerar generalmente preferencias personales⁽³⁰⁾. Es importante tener presente que el perfil de la persona institucionalizada se orienta al ser mujer, viudas o solteras, sin estudios superiores y beneficiarias de sistema público de pensiones, además de ser mayormente independiente para realizar sus actividades diarias. Tienden a sentirse aislados o con una sensación de soledad individual y percepción de presentar cuidados inadecuados por parte de la institución. Se internan especialmente por soledad, problemas de salud y/o decisión familiar⁽³¹⁻³³⁾.

En cuanto al comportamiento alimentario en estos establecimientos cerrados, la investigación realizada por Franco et al⁽³⁴⁾, en centro gerontológico de Colombia, concluye que los adultos mayores que participaron en su estudio, presentan una preferencia por los alimentos propios de su cultura tradicional, los que les permite fortalecer su identidad y el valor simbólico de los alimentos.

Una característica en común que exhibe la alimentación de personas mayores en lugares de atención cerrada, es el desequilibrio nutricional, originado por un inadecuado aporte de energía y/o nutrientes. En el estudio desarrollado por Hernández A et al en España⁽³⁵⁾, en el que se determinó la adecuación dietética de menús ofertados por un centro cerrado, comparado los aportes del consumo ideal e hipotético programado por el establecimiento, evaluando, además, el estado nutricional de los residentes según Índice de masa Corporal (IMC, Kg/mt²) y su riesgo de malnutrición a través del Mini Nutritional Assessment (MNA), se reconoce que las dietas planificadas eran adecuadas en cuanto al aporte de energía, no así en la entrega de macronutrientes, aportando un exceso de proteínas y lípidos y limitado en su aporte de carbohidratos y micronutrientes. En cuanto a su estado nutricional, el autor identifica la mitad de los participantes con IMC, en rangos de normalidad y cercano al 70% de personas estudiadas con riesgo de malnutrición a partir de los resultados del MNA. Por otra parte, Sánchez et al,⁽³⁶⁾ evaluaron en su investigación, 252 menús de seis residencias públicas para adultos mayores, considerando tiempos principales de alimentación: desayuno, almuerzo, comida y merienda. La entrega de energía era superior a las recomendaciones para este grupo etario. Solo la presencia de proteínas era adecuada, ya que los carbohidratos y lípidos, en especial colesterol, superaban las recomendaciones sugeridas. Por el contrario, la ingesta de fibra era menor a las recomendaciones, similar a lo encontrado por el estudio de Menéndez⁽³⁷⁾ realizado en 153 adultos mayores de 65 años, en que solo el 28% se acercó a la recomendación diaria de este nutriente para el grupo etario.

Este desequilibrio en los aportes nutricionales también fue identificado en la investigación realizada por Duet⁽³⁸⁾ en adultos mayores españoles de 80 años o más. En este estudio, la oferta de nutrientes superaba a la ingesta real de los sujetos participantes, excepto en los carbohidratos y grasas saturadas, que excedían levemente a los aportes nutritivos. A lo anterior, se aplicó el MNA, identificando el 58,3% de los participantes con riesgo de desnutrir.

Por otra parte, Aguado⁽³⁹⁾ profundizó en el riesgo nutricional y presencia de malnutrición a través del IMC con la adecuación de la calidad nutricional de los menús de un centro geriátrico con edad promedio mayor de 80 años. Sobre el 50% de la muestra, compuesta por 90 residentes de centro geriátrico, exhibían malnutrición por exceso según IMC y riesgo nutricional, de acuerdo a MNA. Las minutas presentaban un aporte de energía superior a las recomendaciones para personas envejecidas. Se identificó una entrega de proteínas levemente superior a las recomendaciones; un exceso de lípidos, especialmente colesterol y aportes de carbohidratos y fibra inferior a lo recomendado. Similar a estos resultados, Hernández⁽³⁵⁾ estudió los menús ofertados también a personas mayores de

80 años institucionalizados en una residencia, encontrando un aporte de energía suficiente a recomendaciones, pero con una entrega excesiva de proteínas y lípidos, en especial el colesterol, además de ser reducido en carbohidratos. En este grupo de 33 ancianos, 70% mostraban la presencia de riesgo nutricional según MNA y cercano al 50%, estado nutricional normal, de acuerdo al IMC del método antropométrico del Diagnóstico Nutricional Integrado.

Es interesante el trabajo realizado por Milà et al⁽⁴⁰⁾ en persona mayores de 65 años institucionalizados, pesando las preparaciones consumidas y realizando un balance calórico proteico de su ingesta. Los tiempos de comidas en que se entrega más volumen de alimentos fueron el almuerzo y cena, con un promedio de 781 y 653 g/día, respectivamente, con un porcentaje de consumo de 81.9%. El 44% de las personas mayores no cumplían con sus recomendaciones de energía. En las proteínas tampoco se cubrieron las recomendaciones, presentándose una diferencia de género para este nutriente, ya que los hombres cubrieron el 4.6% de las recomendaciones y las mujeres el 12.5%.

Otra característica que debe ser considerada en la alimentación de residentes en centros de larga estadía, está en la consistencia en que se presentan las preparaciones culinarias. El estudio de Valverde et al⁽⁴¹⁾ en Brasil, describe la opinión de ocho adultos mayores, los que declaran el presentar dificultades en el consumo de algunos alimentos, debido a problemas en la masticación y deglución. Esta última alteración, es profundizada por Mila et al⁽⁴²⁾, mencionando que los problemas en la deglución de los alimentos, es uno de los factores que influencia la malnutrición por déficit en ancianos institucionalizados y también, hospitalizados. Esta situación se presenta en 33 adultos mayores de más de 80 años de edad de España, los que, además, presentaban malnutrición por déficit (79%), según resultados arrojados por MNA. Las alteraciones en la deglución en estas personas, además de su estado nutricional, se asociaron a un diagnóstico de patología mental⁽⁴³⁾. Esto último, es identificado también en el estudio de Smoliner et al⁽⁴⁴⁾, en donde se reflexiona si, en este caso, la presencia de depresión en estas personas, es una causa o consecuencia del deterioro del estado nutricional.

Alimentación en la persona mayor no institucionalizada

A diferencia del adulto mayor institucionalizado, los que no viven en este tipo de residencia, presentan como característica en su perfil de salud, un deterioro en su calidad de vida, originado por cuadros patológicos físicos más que alteraciones de tipo mental⁽⁴⁵⁾.

En cuanto a su caracterización nutricional, se identifica que la determinación de los requerimientos energéticos y nutricionales en personas mayores envejecidas, están

limitados no solo por un aspecto nutricional, sino también por otros factores psicológicos, económicas, sociales o de salud⁽⁴⁶⁾.

Sobre la particularidad de la alimentación en las personas mayores no institucionalizadas, las Guías Alimentarias para una alimentación sana, recomienda la ingesta diaria de frutas, verduras y lácteos bajos en grasa, preferir las carnes magras, leguminosas y cereales no refinados, además del consumo de agua⁽⁴⁷⁾.

Otro aspecto importante a considerar en la alimentación de estas personas, es el desarrollo de una adecuada distribución de su alimentación a través de tiempos de comidas. El estudio realizado en personas mayores de 70 años de Santiago de Chile, atendidos en forma ambulatoria en diversos centros de salud familiar, se identifica entre las conductas alimentarias más relevantes, el consumo de desayuno como uno de los principales tiempos de comidas, realizado por más del 90% de la población, a los que se les asignó una mejor calidad de vida. Igualmente, se presenta una notable ingesta de bebidas de fantasía, especialmente en personas de sexo masculino⁽⁴⁸⁾. Sobre el desayuno, como tiempo de alimentación en el adulto mayor, el estudio realizado por García et al⁽⁴⁹⁾ en 1285 personas mayores de 60 años autónomas en Chile, presenta entre sus resultados, 64,9% de su muestra con malnutrición por exceso, además que el 94.7% de los participantes consumen este tiempo de alimentación, relacionando este hallazgo a una mejor calidad de vida, al igual que el estudio anterior.

Otra característica de la dieta de estas personas, es el tipo de alimentos que se incorporan a en forma diaria. En Chile, el estudio de González et al⁽⁵⁰⁾, refuerza un aspecto propio de la cultura nacional, identificando el alto consumo de pan en la ingesta diaria de alimentos en este grupo etario. La investigación liderada por Hernández et al⁽⁵¹⁾, realizado en adultos mayores españoles de edad superior a los 80 años, parte de los cuales cumplía con la realización de una Dieta Mediterránea, identifica una alta proporción (más de 80%) de consumo diario de cereales, frutas, leche y derivados y grasas. Por el contrario, se reconoce una baja ingesta diaria (menos de 5%) de leguminosas, carnes, pescado y huevo.

En otra investigación, aplicada a 57 adultos mayores de 75 años, en que se realizó una valoración del riesgo nutricional a través de la aplicación del cuestionario MNA, se concluye que los usuarios no establecen modificaciones de su apetito en los últimos tres meses (89.5%); 80.7% consume dos comidas completas durante el día; 68.5%, además, de incluir en su alimentación diaria lácteos y carnes, ingieren huevos o leguminosas una o dos veces a la semana. 91.2% prefieren frutas o verduras dos veces al día y el 56.1% ingieren más de cinco vasos de agua en el día. También es importante señalar que, en este estudio,

94.7% de los participantes comían solos, sin dificultad y presentaban, el 73,7%, estado nutricional normal⁽⁵²⁾. En cuanto al número de comidas fraccionadas durante el día, el estudio realizado por Montejano et al⁽⁵³⁾ en 660 adultos mayores autónomos no institucionalizados mayores de 65 años con o sin riesgo de malnutrición, se establece que, independiente del riesgo nutricional, los adultos mayores fraccionan mayoritariamente su alimentación en tres tiempos de alimentación al día, manteniendo un apetito adecuado o normal, consumiendo una dieta libre y sin dificultad para su deglución. Situación similar resultó del estudio realizado por Pérez et al⁽⁵⁴⁾, los que ingieren a lo menos tres tiempos de comidas. En la muestra en este estudio, compuesta por 53 personas mayores, se destaca la omisión especialmente del horario de cena, reemplazándolo generalmente por un lácteo y pan.

En relación a diferencias en la alimentación por género, Durán et al⁽⁵⁵⁾, en una muestra de 271 personas mayores de 80 años ambos sexos, presenta como resultados una tendencia, por parte de los varones, a un mayor consumo de energía, carbohidratos, proteínas, lípidos y fibra dietaria, además, de una serie de micronutrientes.

Los aspectos socioeconómicos también entregan directrices a la alimentación en estas personas. El estudio realizado por Sánchez et al⁽⁵⁶⁾ en 115 adultos mayores peruanos, con rangos de edad entre 60 a 93 años, presentó entre sus conclusiones, que las personas pertenecientes al nivel socioeconómico medio alto presentaban mejores hábitos alimentarios en comparación de otros grupos sociales, relacionados con el consumo de carnes, frutas y verduras. Otra situación que también direcciona la alimentación es su estado anímico. La investigación liderada por Ávila et al⁽⁵⁷⁾ en adultos mayores en México, identificó el consumo de alimentos como lácteos, carnes, pescados, frutas y verduras es reducido en personas que presentan síntomas depresivos. Lo mismo ocurre con los tiempos de alimentación completa realizada en forma diaria y la ingesta de líquidos.

En cuanto a lugares geográficos, no se presentaría una mayor diferencia en el comportamiento alimentario, ya que en el estudio de Cornatosky et al, realizado con 135 adultos mayores argentinos de una provincia en un sector oeste y este, en donde no se encontraron diferencias entre el consumo de alimentos de carbohidratos de absorción rápida y grasas saturadas⁽⁵⁸⁾.

También es importante destacar que la consistencia en que se presenta la alimentación debe ser estimada en el comportamiento alimentario de estas personas, debido a su relevancia en el estado nutricional, ya que los resultados encontrados por Jürschik et al⁽⁵⁹⁾ en personas de 65 años o más atendidas en forma ambulatoria, identifican que las personas que reciben consistencia “papilla” o “triturado” tienden a presentar un mayor compromiso en

su estado nutricional comparado con aquellas personas que consumen alimentos en consistencia normal.

En conclusión, la alimentación que presentan personas mayores, independiente de su lugar de residencia, no son apropiadas para el respectivo grupo etario, debido a su incumplimiento frente a las bases de una adecuada alimentación racional.

En personas mayores institucionalizada, generalmente mayores de 80 años (cuarta edad), la alimentación se esperaría que al ser programada por un profesional afín, cumpliera con las bases lógicas de una alimentación racional, sin embargo, las minutas o la planificación alimentaria destinada a estas personas, tienden a entregar aportes nutritivos que no se adecúan a los requerimientos nutricionales del usuario atendido, manifestándose este desequilibrio en los aporte de energía y macronutrientes, destacando en especial, un aumento de lípidos a través del colesterol. Este desequilibrio afectaría el estado nutricional de estas personas, identificándose la presencia de malnutrición por déficit o un marcado riesgo nutricional, si es usado como patrón de referencia en MNA.

En personas no institucionalizadas, los estudios, realizados generalmente en personas mayores de 65 años (tercera edad), profundizan en la calidad alimentaria de los sujetos investigados, analizando los tiempos de comidas, las preferencias alimentarias de los adultos mayores, la diferencia en el comportamiento alimentario de acuerdo al género y otras condicionantes sociales y/o económicas.

A pesar que es un grupo etario en que se están elaborando políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida y se están desarrollando investigaciones destinadas a profundizar en la alimentación de estas personas, es necesario fortalecer la significancia que alimentos, preparaciones o la alimentación propiamente tal, representa para los adultos mayores, ya que hasta el momento tenemos una visión cuantificada y parcial de las conductas alimentarias en este grupo etario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 OMS. La salud mental y los adultos mayores. [internet]. Estados Unidos: 2016 [acceso en mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- 2 Carrasco M, Martínez G, Foradori A, Hoyle T, Valenzuela E, Quiroga T, et al. Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. Rev méd Chile. 2010; 138(9): 1077-83.
- 3 OPS. Perfil de los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. Washington: 2004 [acceso en mayo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=263:perfil-adultos-mayores-latinoamerica-caribe&catid=667:notas-de-prensa&Itemid=488
- 4 García F. Autopercepción de Salud y Envejecimiento. Cienc innov Salud. 2013; 1(1): 69-77.
- 5 Albala C, Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. Efecto sobre

- la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev méd Chile*. 2011; 139(10): 1276-85.
- 6 Díaz J, Espinoza-Navarro O, Rodríguez H, Moreno A. Prevalencia de Patrones Antropométricos y Fisiológicos en Población de Adultos Mayores, sobre los 60 Años en Arica, Chile *Int J Morphol* [Internet]. 2011 [acceso en mayo de 2017]; 29(4): 1449-54. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795022011000400064&script=sci_arttext&tlng=en
 - 7 Saad P, Miller T, Martínez C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *R bras Est Posp*. 2009; 26(2): 237-61.
 - 8 Cerda R. Cambios demográficos y sus impactos en Chile. *Estudios Públicos*. 2008; 110:89-164.
 - 9 Villalobos P. Transición demográfica y política pública: Chile 1850-2000. *RAE* [Internet]. 2014 [acceso en mayo de 2017]; 29(1):77-110. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-88702014000100004
 - 10 Márquez-Sandoval Y, Salazar-Ruiz E, Macedo-Ojeda G, Altamirano-Martínez M, Bernal-Orozco M, Salas-Salvado J. et al. Valoración nutricional, diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de salud. *Nutr Hosp*. 2014; 30(1): 153-64.
 - 11 Sánchez-García R, Reyes-Morales H, González-Unzaga M. Preferencias alimentarias y estado de nutrición en niños escolares de la ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014; 71(6): 358-66.
 - 12 Díaz-Beltrán M. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Rev fac med*. 2014; 62(2): 237-45.
 - 13 Coll-Planas L. Comentario. Integrando dimensiones en la intervención con personas mayores. *Gac Sanit*. 2009; 23(4): 278-9.
 - 14 Bolet M, Socarrás M. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2009 [acceso en mayo de 2017]; 8(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100020
 - 15 Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007 [acceso en mayo de 2017]; 44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011
 - 16 Sedó P. Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares, en el Cantón de La Unión, Cartago. *Anales en Gerontología*. 2005; 5(5): 39-53.
 - 17 Maury E. Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antropológico de la alimentación. *Gazeta de Antropología* [Internet]. 2010 [acceso en mayo de 2017]; 26(2). Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1805>
 - 18 Tapia C. Améjiminaa majcho: "La comida de nuestra gente". *Etnografía de la alimentación entre los miraña*. *Culturales*. 2009; 5(9): 39-72.
 - 19 Arias J. Los imaginarios en la alimentación humana. *diario de campo* [Internet]. 2010 [acceso en mayo de 2017]; 1:28-30. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/3419>
 - 20 Martín C, Hernández E. ¿Cómo instaurar y mantener el tiempo unos hábitos alimentarios orientados a la salud?. *Nutr clin diet hosp*. 2013; 33(3): 9-17.
 - 21 Marrodán M, Montero P, Cherkaoui M. Transición nutricional en España durante la historia reciente. *Nutr clin diet hosp*. 2012; 32(supl. 2): 56-64.
 - 22 Troncoso C, Echaverría F, Mellado M, Troncoso L. Percepción de influencias en la alimentación de personas mayores del sector Lan-C, comuna de Hualpén, Chile. *Horiz Med*. 2017; 17(1): 45-50.
 - 23 Palou A. Algunos nuevos retos en nutrición básica y aplicada. *Rev Med Univ Navarro*. 2006; 50(4): 62-70.
 - 24 Lutz M, Morales D, Sepúlveda S, Alviña M. Evaluación sensorial de preparaciones elaboradas con nuevos alimentos funcionales destinados al adulto mayor. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2008 [acceso en mayo de 2017]; 35(2): 131-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000200007
 - 25 García C. Enfermedades endocrinas en el adulto mayor. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(5): 866-73.
 - 26 Duran D, Valderrama L, Uribe-Rodríguez A, Uribe J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ Psychol*. 2008; 7(1): 263-70.
 - 27 Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc Enferm* [Internet]. 2006 [acceso en mayo de 2017]; 12(2): 53-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007
 - 28 Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. 2006; 26(2): 206-15.
 - 29 Pinillo-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionabilidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Rev salud pública*. 2012; 14(3): 438-47.
 - 30 Barenys M. Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*. 2012; 15(8): 7-24.
 - 31 Cardona D, Estrada A, Chavarriaga L, Segura A, Ordoñez J, Osorio J. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Rev salud pública*. 2010; 12(3): 414-24.
 - 32 Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores en Medellín. *Biomédica*. 2011; 31(4): 492-502.
 - 33 Sepúlveda C, Rivas E, Bustos L, Illesca M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre de las Casas y Nueva Imperial. *Cienc Enferm* [Internet]. 2010 [acceso en mayo de 2017]; 16(3): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007
 - 34 Franco F, Arboleda L. Aspectos socioculturales y técnicos-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. *Perspect Nut Humana*. 2010; 12(1): 61-74.
 - 35 Hernández A. Adecuación de la ingesta en una población geriátrica institucionalizada [Tesis]. España: Departamento de Pediatría e Inmunología, Obstetricia y Ginecología, Nutrición y Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia, Universidad de Valladolid; 2013.
 - 36 Sánchez-Campillo M, Torralba C, López M, Zamora S, Pérez F. Estrategias para mejorar el valor nutricional de los menús ofertados en residencias públicas para personas mayores. *Nutr Hosp*. 2010; 25(6): 1014-9.
 - 37 Menéndez C. Prevalencia de constipación en ancianos institucionalizados. [Tesis]. Argentina: Facultad de ciencias médicas, Universidad Fasta. 2010.
 - 38 Dudet M. Valoración nutricional de la oferta y de la ingesta dietética en una residencia geriátrica. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2013; 19(1): 20-28.
 - 39 Aguado L. Adecuación de la calidad nutricional de los menús

- de un centro geriátrico [Tesis]. España: Departamento de Pediatría e Inmunología, Obstetricia y Ginecología, Nutrición y Bromatología, Psiquiatría e Historia de la Ciencia, Universidad de Valladolid. 2014.
- 40 Milà R, Abellana R, Padró L, Farran A. Evaluación del consumo de alimentos, ingesta de proteínas y energía en las comidas ofrecidas en cuatro residencias geriátricas españolas. *Nutr Hosp.* 2012; 27(3): 914-21.
 - 41 Valverde E, Martins F, Bachion M, Kyosen A. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *REME-Rev Min Enf* 2006; 10(1): 46-53.
 - 42 Milà R, Formiga F, Duran O, Abellana R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2012; 139(11): 502-8.
 - 43 Carrillo E, Aragón S, García J, Calvo B, Pajares M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokos*. 2016; 27(4): 147-52.
 - 44 Smoliner C, Norman K, Wagner K, Harting W, Lochs H, Pirlich M. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. *Br J Nutr*. 2009; 102:1663-7.
 - 45 Ramírez-Vélez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev salud pública*. 2008; 10(4): 529-36.
 - 46 Ramos R, Atalah E, Urteaga C, Castañeda R, Orozco M, Avila L. et al. Efecto del consumo de un complemento alimenticio en la concentración plasmática de cinc en adultos mayores residentes en Santiago de Chile. *Rev med Chile*. 2007; 135(8):1015-24.
 - 47 Zacarías I, González C, Olivares S. Guía de alimentación del adulto mayor. [Web]. Chile [acceso en mayo de 2017]. Disponible en [www: https://inta.cl/Consumidores/Revistas/Adulto_Mayor.pdf](https://inta.cl/Consumidores/Revistas/Adulto_Mayor.pdf)
 - 48 García P, Candia P, Durán S. Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autónomos chilenos. *Nutr Hosp.* 2014; 30(4): 845-50.
 - 49 Durán S, González N, Peña F, Candia P. Asociación de la ingesta de macro y micronutrientes con calidad de vida en adultos mayores. *Nutr Hosp.* 2015; 31(6): 2578- 82.
 - 50 González N, Peña F, Durán S. Caracterización de la ingesta de alimentos y nutrientes en adultos mayores chilenos. *Rev Chil Nutr*. 2016; 43(4): 346-52.
 - 51 Hernández A, Goñi I. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. *Nutr Hosp.* 2015; 31(6): 2571-7.
 - 52 Hernández A, Pontes Y, Goñi I. Riesgo de malnutrición en una población mayor de 75 años no institucionalizada con autonomía funcional. *Nutr Hosp.* 2015; 32(3): 1184-92.
 - 53 Montejano A, Ferrer R, Marín G, Martínez N, Sanjuan A, Ferrer E. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutr Hosp.* 2014; 30(4): 858-69.
 - 54 Pérez G, Álvarez J, Pérez A, Bello V. Evaluación del estado nutricional de una población anciana desde los puntos de vista dietético, antropométrico y clínico. *MEDISAN [Internet]*. 2010 [acceso en mayo de 2017]; 14(9): 321-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000900006&lng=pt
 - 55 Durán S, Vásquez A. Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida del anciano chileno octogenario. *Nutr Hosp.* 2015; 31(6): 2554-60.
 - 56 Sánchez F, De la Cruz F, Cereceda M, Espinoza S. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. *An Fac med*. 2014; 75(2): 107-11.
 - 57 Ávila-Funes J, Garant M, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores en México. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(5): 321-30.
 - 58 Cornatosky M, Barrionuevo O, Rodríguez N, Zeballos J. Hábitos alimentarios de adultos mayores de dos regiones de la provincia de Catamarca, Argentina. *Diaeta [Internet]*. 2009 [acceso en mayo de 2017]; 27(129): 11-7. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000400003
 - 59 Jürschik P, Botigué T, Nuín C, Lavedan A. Influencia de la textura de la dieta sobre el estado nutricional en adultos mayores. *Gerokomos*. 2009; 20(3): 105-8.

Fuentes de financiamiento:

Este artículo ha sido financiado por la autora.


Conflictos de interés:

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

Correspondencia:

Claudia Troncoso Pantoja
 Dirección: Universidad Católica de la Santísima Concepción
 Facultad de Medicina. Campus San Andrés. Alonso de Ribera 2850
 Concepción. Chile.
 Teléfono: 56-041-2345427 - 56-041-2345416
 Correo electrónico: ctroncosop@ucsc.cl

Recibido: 20 de abril de 2017
 Evaluado: 24 de abril de 2017
 Aprobado: 29 de mayo de 2017

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)