



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO**



LA ACCESIBILIDAD EN LA ALIMENTACIÓN DE RESIDENTES EN COMPLEJOS HABITACIONALES PARA PERSONAS MAYORES

Autores:

Camila Andrade
Yamila Duhart
Estefany Floretta
Victoria Paiva

Tutoras:

Prof. Agdo. Mag. Virginia Aquino
Prof. Asist. Lic. Carolina Ocampo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2020

ÍNDICE	PÁG.
Agradecimientos.....	1
Abreviaturas y siglas.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Pregunta problema.....	6
Objetivos.....	6
Justificación.....	7
Marco referencial.....	10
Marco teórico.....	18
Metodología.....	27
Resultados.....	40
Discusión.....	66
Conclusiones.....	73
Sugerencias.....	76
Bibliografía consultada.....	77
Referencias bibliográficas.....	88
Anexo I: Otros conceptos complementarios.....	90
Anexo II: Consentimiento informado para participantes en la investigación.....	99
Anexo III: Resultados complementarios.....	101
Anexo IV: Cronograma de actividades.....	115
Anexo V: Instructivo de recolección de datos “Accesibilidad en la alimentación de Personas Mayores.....	116
Anexo VI: Instrumento de recolección de datos “Accesibilidad en la alimentación de las personas mayores”.....	138

AGRADECIMIENTOS

Culminando esta etapa, no queremos dejar de agradecer a nuestros familiares, quienes nos brindaron su confianza y apoyo incondicional, acompañándonos durante todo este camino que no ha sido fácil, pero nos ha llenado de gratitud.

También agradecemos a todas aquellas personas que han formado parte de este proceso, compañeros, las PM que participaron en el trabajo, cada uno nos ha dejado una enseñanza que valoramos.

Un agradecimiento especial para nuestras tutoras, que siempre tuvieron las palabras precisas, nos nutrimos mucho de su experiencia y consejos, por hacernos ver todo lo que podemos lograr en tan grata profesión.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

- ABVD. Actividades básicas de la vida diaria
- AIVD. Actividades instrumentales de la vida diaria
- GABA. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
- INE. Instituto Nacional de Estadística
- INDA. Instituto Nacional de Alimentación
- Inmayores. Instituto Nacional del Adulto Mayor
- IMC. Índice de masa corporal
- IPC. Índice de Precios al Consumo
- IPAB. Índice de Precios de Alimentos y Bebidas
- MIDES. Ministerio de Desarrollo Social
- MSP. Ministerio de Salud Pública
- OMS. Organización Mundial de la Salud
- PM. Personas mayores
- UdelAR. Universidad de la República

RESUMEN

El trabajo de investigación fue realizado por un grupo compuesto por cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería, UdelaR. El objetivo planteado fue conocer la accesibilidad en la alimentación de PM que residen en complejos habitacionales para jubilados y pensionistas.

Los cambios en el proceso normal de envejecimiento pueden derivar en situaciones de vulnerabilidad desde el punto de vista nutricional, ya que pueden afectar el acceso físico a alimentos suficientes y adecuados. Además, las dificultades económicas, son una causa frecuente de un consumo inadecuado de alimentos en las PM.

Una alimentación adecuada es un derecho humano y uno de sus componentes básicos es la accesibilidad, tanto en términos económicos como físicos.

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo de corte transversal. La recolección de los datos se llevó a cabo en tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas, mediante la realización de visitas domiciliarias y aplicación del instrumento.

Los resultados revelaron que un porcentaje de esta población presenta falta de accesibilidad en la alimentación, debido a la falta de dinero y factores relacionados al proceso de envejecimiento, como los problemas en la movilidad. Un porcentaje elevado posee factores de vulnerabilidad los cuales en un futuro pueden desencadenar problemas en el acceso.

Para la Enfermería Profesional la importancia de conocer el tema radica en que se pueda implementar un plan de cuidados acorde a las características de las PM, teniendo en cuenta los cambios del proceso normal de envejecimiento y los recursos con los cuales cuenta, para así planificar intervenciones efectivas.

PALABRAS CLAVES

Anciano - Seguridad Alimentaria y Nutricional - Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde al trabajo final de investigación, elaborado por un grupo de cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería, UdelaR, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, siendo este requisito curricular para obtener el título de grado de Licenciado en Enfermería, en el marco del plan de estudios 93.

La interrogante planteada fue: ¿Cómo es la accesibilidad en la alimentación de las PM residentes en complejos habitacionales para jubilados y pensionistas de la ciudad de Montevideo y Rivera?

La investigación tuvo como objetivo conocer la accesibilidad en la alimentación de PM. La accesibilidad es uno de los componentes básicos del derecho a la alimentación, la cual afirma que se debe tener acceso tanto a nivel económico como físico, a alimentos suficientes y adecuados. En Uruguay el proyecto de ley “Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Población”, reconoce como uno de los grupos de atención prioritaria a las PM, considerándolos vulnerables.

Nuestro país cuenta con una estructura poblacional envejecida. Los cambios del proceso normal de envejecimiento, pueden derivar en situaciones de vulnerabilidad desde el punto de vista nutricional.

Sin embargo a nivel nacional se cuenta con información limitada y no se encuentran encuestas oficiales sobre la situación nutricional de las PM¹.

El no contar con un sistema de vigilancia nutricional constituye una debilidad a la hora de orientar políticas, pues la falta de información contribuye a que se prioricen de forma inadecuada las acciones a emprender².

Las PM seleccionadas para el estudio son beneficiarias de un programa de soluciones habitacionales, destinado a jubilados y pensionistas de bajos ingresos, en la cual se les adjudica una vivienda.

¹ Uruguay. Ministerio de Salud. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/diagnostico-de-la-situacion-alimentaria-y-nutricional> [consulta: 24 set 2018].

² Universidad de la República. (Uruguay). Espacio Interdisciplinario. La alimentación en debate: problemas y alternativas: un enfoque interdisciplinario. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7403/1/c_t_alimentaci%C3%B3n.pdf [consulta: 24 set 2018].

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo de corte transversal. Se elaboró un instrumento de recolección de datos denominado “Accesibilidad en la Alimentación de PM”. La recolección de los mismos se llevó a cabo en tres complejos habitacionales para jubilados y pensionistas, mediante la aplicación del instrumento, en el periodo comprendido entre noviembre y diciembre del año 2019. La unidad de análisis ha sido la persona mayor, el grupo de estudio estuvo constituido por 99 jubilados y pensionistas, de los cuales, se les realizó la aplicación del instrumento a un 69%.

Los complejos habitacionales se ubican en la ciudad de Montevideo y Rivera, en los cuales se realiza allí, la experiencia práctica del Curso Adulto y Anciano, en el marco del plan de estudios 93.

Los datos obtenidos se procesaron mediante una tabla dinámica, utilizando el software Microsoft Excel 2016 se obtuvo la distribución de frecuencias, los cuales se agruparon y presentaron mediante diagramas sectoriales.

Esta investigación proporciona información para conocer las necesidades de esta población, y que así se planteen intervenciones oportunas y eficaces, junto a un equipo interdisciplinario. Se deben detectar aquellas PM que se encuentran en situación de vulnerabilidad y establecer su seguimiento posterior, para que de este modo se implementen acciones destinadas a aminorar las barreras en el acceso a los alimentos. Siempre incentivando la participación de la persona mayor en la toma de decisiones, conservación de su autonomía y aumento de calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la accesibilidad en la alimentación de las PM residentes en complejos habitacionales para jubilados y pensionistas de la ciudad de Montevideo y Rivera?

OBJETIVO GENERAL

Conocer la accesibilidad en la alimentación de PM que residen en complejos habitacionales para jubilados y pensionistas en el periodo comprendido entre noviembre y diciembre del 2019, en la ciudad de Montevideo y Rivera - Uruguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el perfil sociodemográfico y su estado funcional y cognitivo en las PM que viven en los complejos habitacionales seleccionados.
- Determinar si el ingreso económico les permite acceder a una alimentación variada.
- Identificar si presentan cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento que pueden dificultar la ingesta de determinados alimentos.

JUSTIFICACIÓN

Según el último censo realizado en Uruguay en el año 2011, un 14 % de la población corresponde a PM de 65 años, por lo cual el país tiene una estructura poblacional envejecida³.

La persona mayor que no tiene enfermedades crónicas o déficit funcional, habitualmente mantiene estados nutricionales satisfactorios, pero existen subgrupos que presentan un alto riesgo de desnutrición, entre los que se destacan las personas de edad avanzada, las que viven en residencias para ancianos y las que viven solas⁴.

El aislamiento, la pérdida de seres queridos, las dificultades económicas y las dificultades para comprar o cocinar son causas frecuentes de un consumo inadecuado de alimentos en las PM⁵.

Una alimentación adecuada es un derecho humano y un componente elemental es la accesibilidad, tanto económicamente como físicamente, a alimentos suficientes y adecuados. Los costos asociados con la compra de los alimentos necesarios para un régimen alimentario adecuado, no deben poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas⁶.

Si bien se considera a las PM una población más vulnerable desde el punto de vista nutricional, Uruguay no presenta encuestas oficiales nacionales sobre la situación nutricional de las mismas¹.

El no contar con un sistema de vigilancia nutricional, constituye una debilidad a la hora de orientar políticas, pues la falta de información contribuye a que se prioricen de forma inadecuada las acciones a emprender².

³ Brunet N, Márquez A. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: envejecimiento y personas mayores en Uruguay. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2> [consulta: 24 set 2018].

⁴ García Hernández M, Martínez Sellarés R. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier, Masson; 2012.

⁵ Millán Calenti JC. Gerontología y geriatría: valoración e intervención. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.

⁶ Calanchini J, Borche A, Canclini G. El Derecho a la alimentación en el marco normativo de Uruguay 1985-2014. [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACION%20EN%20URUGUAY%20\(2017\).pdf](https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACION%20EN%20URUGUAY%20(2017).pdf) [consulta: 7 m ay 2019].

En Uruguay existe un proyecto de ley denominado “Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Población” redactado en el año 2015, el cual tiene como objetivo: *“Asegurar el ejercicio pleno del derecho humano a una alimentación adecuada y a medios para obtenerla”*. Además de promover condiciones que favorezcan el acceso físico y económico en todo momento a la alimentación⁷.

El mismo reconoce como uno de los grupos de atención prioritaria a las PM y personas que sufren enfermedades crónicas, los cuales tienen derecho a una alimentación y nutrición adecuadas a su edad y a sus condiciones particulares⁸.

Las PM que residen en complejos habitacionales, en muchas ocasiones viven alejadas de su medio habitual y redes sociales de apoyo, debido a que en la asignación de viviendas se tiene en cuenta, entre otros criterios, las unidades disponibles pudiendo no coincidir con su lugar de residencia anterior. En muchos casos su situación económica dificulta los traslados afectando el mantenimiento de los vínculos con familiares, vecinos y amigos, y el acceso a servicios⁸.

Un estudio denominado “Una aproximación al estudio del perfil de beneficiarios del programa de vivienda para jubilados y pensionistas”, realizado en el año 2007, revela que se trata de una población de PM con un promedio de 75 años, con predominio del sexo femenino. La mayoría viven sin presencia de un cohabitante y sin pareja, lo que los lleva entre otros factores, a contar con escaso apoyo. Si bien es mayor el porcentaje de independientes, algunos necesitan asistencia para diferentes actividades cotidianas. Consideran que se debería complementar la vivienda con otros tipos de servicios. Prevalece el nivel de instrucción básico incompleto. El promedio de ingreso es bajo, encontrándose la mayoría de ellos en situación de pobreza. Se encuentran dentro del grupo de personas vulnerables con necesidades básicas insatisfechas⁸.

7 Uruguay. Cámara de Representantes. Derecho a la alimentación, seguridad alimentaria y nutricional de la población. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/aresuelveref.aspx?REPARTIDO,D/2019/08/165/01//PDF> [consulta: 28 feb 2020].

8 Sirlin C. Una aproximación al estudio del perfil de beneficiarios del programa de vivienda para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social. [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1683/1/estudios-del-perfil-de-beneficiarios-del-programa-de-vivienda-parajubilados-y-pensionistas-del-bps.-c.-sirlin.pdf> [consulta: 15 jul 2019].

Los bajos ingresos económicos dificultan el pago mensual de gastos, incluyendo la alimentación. La inseguridad ciudadana genera miedo en las PM, lo que influye en su relación con el medio⁸.

Los profesionales de enfermería juegan un rol fundamental a la hora de realizar acciones de promoción de hábitos saludables en la alimentación. Es esencial conocer las posibilidades con la que cuenta la PM a la hora de acceder a una alimentación adecuada tanto a nivel económico, como físico y todas las dimensiones que confluyen para que el individuo pueda acceder a la misma.

Enfermería Profesional incorpora en el plan de cuidados este tema, de acuerdo a las características de la persona pensando en intervenciones efectivas. Para esto se debe promover la participación activa de la persona mayor, teniendo presente y estimulando su derecho a tomar decisiones sobre su vida y ejercer su autonomía según sus tradiciones y creencias (Ley N° 19.430)⁹.

Por lo citado anteriormente se considera la pregunta de investigación pertinente, está dirigida a un grupo etario que tiene aspectos de vulnerabilidad por el propio envejecimiento y por factores socio económicos.

⁹ Ley N° 19.430. Convención interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores del 8 de septiembre de 2016. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/19430-2016> [consulta: 12 may 2020].

MARCO REFERENCIAL

La alimentación es reconocida como un derecho humano en la Asamblea General de las Naciones Unidas con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948⁷.

En el Uruguay el derecho a la alimentación está reconocido en forma implícita en la Constitución del año 1967, como un derecho fundamental, ya que garantiza el derecho a la vida y responsabiliza al Estado de la legislación en el asunto de higiene y salud¹⁰.

En Uruguay existe un proyecto de ley denominado “Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Población” redactado en el año 2015, el cual tiene como objetivo: *“Asegurar el ejercicio pleno del derecho humano a una alimentación adecuada y a medios para obtenerla”*. Para lograrlo se propone establecer un sistema alimentario sostenible para la alimentación saludable, fomentar la agricultura familiar y pesca artesanal, promover las condiciones que favorezcan el acceso físico y económico en todo momento a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla⁷.

En dicho proyecto, las PM y aquellas personas que sufren enfermedades crónicas se encuentran en el grupo de atención prioritaria. Recalcando el derecho a tener una alimentación y nutrición acorde a su edad y condiciones personales⁷.

Que se cuente con esta Ley Marco de Derecho a la Alimentación permitiría una mejor coordinación entre las instituciones del estado, impulsará la implementación de políticas públicas para su ejecución y favorecerá la contribución de la sociedad civil para ejercer y proteger este Derecho Humano. Al aprobarse dicha ley, Uruguay formaría parte junto a otros ocho países de la región que ya cuentan con un instrumento legal, facilitando la integración regional¹¹.

En nuestro país el INDA tiene como cometido proteger y promover el ejercicio del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada, la Seguridad y la Soberanía Alimentaria de todos los habitantes y en especial de la población vulnerable. A su

¹⁰ Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El derecho a la alimentación en Uruguay. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/es/derecho-alimentacion/URY> [consulta: 28 feb 2020].

¹¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Urge una ley que cuide la alimentación de los uruguayos. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.fao.org/uruguay/noticias/detail/es/c/1185852/> [consulta: 03 mar 2020].

vez tiene como misión fomentar la investigación a nivel nacional en relación a la alimentación¹².

El encargado de la promoción y protección de los derechos humanos de las PM en Uruguay es Inmayores en la órbita del MIDES. Tiene como uno de sus propósitos fomentar y ejecutar actividades de investigación en relación al envejecimiento y evaluar las políticas sociales dirigidas a esta población¹³.

En nuestro país, a mediados de diciembre del año 2019, se dio a conocer el plan Viviendas Asistidas de Soluciones Habitacionales, el cual pretende brindar una asistencia integral a las PM que poseen criterios de fragilidad para que puedan mantener su independencia y evitar la institucionalización temprana. Surge como respuesta a la problemática de esta población con necesidad de asistencia y dificultades para vivir solo, por lo cual buscará servicios que atiendan sus necesidades¹⁴. El país cuenta con un total de 6.232 viviendas adjudicadas destinadas a jubilados y pensionistas (datos de diciembre de 2019)¹⁵.

Uruguay cuenta con una serie de beneficios sociales destinados a brindar ayuda económica y alimentaria para personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Ejemplos son el programa Tarjeta Uruguay Social, Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos, Pensión por vejez, Sistema Nacional de Comedores, Sistema de Cuidados, etc.

En otros países existen programas de alimentación y servicios de comidas a domicilio, que tienen como finalidad proporcionar soporte nutricional para mantener o mejorar el estado de salud, y mitigar las tareas de compra de alimentos y preparación de las comidas para la persona mayor¹⁶.

¹² Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Alimentación [Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-alimentacion> [consulta: 10 jun 2020].

¹³ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Mayores [Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-personas-mayores> [consulta: 10 jun 2020].

¹⁴ Banco de Seguridad Social. BPS presentó el plan Vivienda Asistida en el Complejo Burgues. [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/16720/bps-presento-el-plan-vivienda-asistida-en-el-complejo-burgues.html> [consulta: 18 may 2020]

¹⁵ Banco de Seguridad Social. Memoria Anual 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/17353/1/memoria-anual-2019.pdf> [consulta: 7 jul 2020]

¹⁶ Pugliese L. Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes [Internet] 2011. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1477/1/programa-y-servicios-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores-2-parte-.l.-pugliese.pdf> [consulta 10 jun 2020].

Algunos países que cuentan con este servicio son Israel, Canadá, Suecia, Dinamarca, Noruega, España. En Israel los servicios de comidas a domicilio se denominan “comidas sobre ruedas”. También en Canadá se brinda este servicio. En los países escandinavos (Suecia, Dinamarca y Noruega), el servicio se organiza a través de centros de reunión y están abiertos a la comunidad local¹⁶.

En España el servicio consiste en la distribución de comidas equilibradas en la residencia de la persona mayor que viven solas, presentan dependencia o conviven con una persona dependiente, entre otros criterios. Las dietas son diversas adaptadas a las necesidades de la persona, realizadas a partir de un informe médico, pueden ser en formato normal, triturado y de fácil masticación¹⁷.

También en Europa uno de los principales servicios sociales de atención a las PM es el “Servicio de Ayuda a Domicilio”, el cual es destinado a potenciar la autonomía personal de los usuarios con el fin de facilitar la permanencia en su medio habitual. Ofrece una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de la persona mayor cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar. Incluye prestaciones complementarias como la preparación de comidas y fomenta el desarrollo de hábitos saludables en lo que refiere a la alimentación. El responsable del servicio normalmente es un trabajador social o un profesional de enfermería, el cual marca las pautas de actuación, seguimiento de cada caso y resuelve las cuestiones planteadas por los auxiliares de ayuda a domicilio¹⁸.

En el Programa Nacional del Adulto Mayor, redactado en el año 2005, se reconoce como uno de los programas a desarrollar el Programa de alimentación y servicio de comidas a domicilio, con el fin de brindar soporte nutricional a modo de mantener o mejorar el estado de salud¹⁹.

17 Sede.madrid.es. Comida a Domicilio para Mayores [Internet] 2018. Disponible: <https://sede.madrid.es/portal/site/tramites/menuitem.62876cb64654a55e2dbd7003a8a409a0/?vgnextoid=e426ef82e1bed010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=61eba38813180210VgnVCM100000c90da8c0RCRD&vgnnextfmt=default> [consulta 10 jun 2020].

18 Jiménez Lara A, Quezada García M. Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). [Internet]. 2008. Disponible en: http://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Doc_Adultos_MAYores.pdf [consulta: 2 mar 2020].

19 Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-del-adulto-mayor> [consulta: 26 set 2018].

Esta y otras propuestas del programa tienen como objetivo mantener a la persona mayor, en lo posible, en su propio domicilio en estados funcionales y sociales que aseguren su calidad de vida¹⁹.

El problema de accesibilidad en la alimentación no es ajeno a otros países de la región, en los cuales también se implementan programas para contribuir a la seguridad alimentaria de las PM, en lo que respecta al acceso.

En México el Programa de Pensión para Adultos Mayores, atiende a las PM, en situación de vulnerabilidad económica. Los beneficiarios reciben apoyos económicos cada dos meses, además participan en grupos de crecimiento, campañas de orientación social y jornadas informativas sobre temas de salud. Estas acciones tienen como objetivo aminorar el deterioro de la salud física y mental²⁰.

En Ecuador el “Programa de Atención Integral al Adulto Mayor” entrega una canastilla de alimentos básicos, un complemento alimentario (alimentos enriquecidos con vitaminas, minerales y nutrientes especialmente diseñados para PM) e información en nutrición en beneficio de esta población en situación de vulnerabilidad²¹.

En Brasil se implementa la “Rede de Equipamentos Público de Alimentação e Nutrição”. Consiste en un programa de restaurantes populares, bancos de alimentos y cocinas comunitarias que busca crear una red de protección alimentaria para apoyar a los sectores más vulnerables, en el cual incluye a las PM. Los Bancos de alimentos tienen como objetivo incentivar y apoyar la creación de bancos públicos de alimentos, reduciendo el desperdicio, mediante la recepción de donaciones de productos que, por distintas razones, no son apropiados para la comercialización, pero que mantienen inalteradas sus propiedades nutricionales. Las “Cozinhas Comunitárias” son destinados a la preparación de comidas saludables y variadas, las cuales son distribuidas gratuitamente o a precios accesibles a la población²².

²⁰ Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Programa de pensión para adultos mayores. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/107> [consulta: 2 mar 2020].

²¹ Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Programa de atención integral al adulto mayor. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/40> [consulta: 2 mar 2020].

²² Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Rede de equipamentos públicos de alimentação e nutrição (restaurantes populares, bancos de alimentos e cozinhas comunitárias). [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/93> [consulta: 2 mar 2020].

Un estudio realizado por la Escuela de Nutrición y Dietética de la UdelaR, en el año 2003 a un total de 205 PM autoválidos en el APEX del barrio Cerro (Montevideo), destaca la coexistencia de malnutrición por exceso con la presencia de factores de riesgo nutricional. El 78% de la población estudiada presentó entre 1 y 3 factores de riesgo para malnutrición por déficit, entre los que se destaca dificultades para la masticación, cambios en la alimentación, consumo diario de alcohol, dos o menos comidas al día, polifarmacia, pérdida de peso y vivir solos¹.

En el informe del MSP del año 2016, denominado “Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional”, se destaca que en los niveles socioeconómicos bajos, el precio de los alimentos es un elemento esencial a la hora de elegir que consumir, por lo cual se deja de lado alimentos como frutas, verduras, carnes ya que tienen mayor costo en comparación a productos como arroz y fideos, además suelen elegir estos últimos ya que llenan por un tiempo más prolongado¹.

Los precios de los alimentos muestran un mayor aumento en comparación con otros sectores, según lo demuestra la evolución del IPC y del IPAB en el período 2010-2015. Esto afecta el acceso a los alimentos de la población y la calidad de la alimentación¹.

En el año 2016-2017 el INE realizó la última Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares, la cual permite estimar el consumo aparente de alimentos y bebidas de los hogares uruguayos, esta representa la mejor aproximación disponible de consumo a nivel de los hogares. Uno de sus propósitos es elaborar una canasta actualizada para el IPC, para así determinar las líneas de indigencia y de pobreza²³.

Los datos obtenidos en la misma señalan que el peso del gasto en alimentación aumenta a medida que disminuye el ingreso del hogar²³.

Un estudio realizado a PM en Chile, en el año 2017, revela que la mayor parte manifestó que su situación económica era suficiente para su alimentación, sin embargo, la investigación reveló que deben priorizar la selección de algunos alimentos por sobre otros y que es limitada la obtención de estos al momento de presentar una alimentación variada. En reiteradas ocasiones, deben consumir

²³ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2016-2017 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Principales+Resultados+de+la+Encuesta+de+Gastos+e+Ingresos+de+los+Hogares+2016-2017+%28ENGIH%29/f71f5305-db24-4fc6-b797-9a67076e2188>

preparaciones acordes a su nivel de ingresos y no sus preferencias alimentarias, aunque en la investigación se especifica que esto no necesariamente condiciona su calidad de vida. En la misma, los bajos ingresos económicos de la población estudiada, mayoritariamente procedente de pensiones, es identificada como un posible factor de riesgo para la adquisición de alimentos, lo que limita la elaboración de alimentos que son entendidos como saludables²⁴.

Otro estudio realizado en Colombia, en el año 2017, destaca otros factores importantes que influyen en la alimentación, como la incapacidad para ir de compras y preparar su comida, reducido contacto social y necesidad de asistencia en el cuidado. En el mismo se señala la fuerte influencia positiva de la familia, como factor de protección social, en la alimentación de las PM²⁵.

Características sociodemográficas de las PM en Uruguay

Según el último censo realizado en Uruguay en el año 2011, un 14 % de la población corresponde a PM de 65 años, por lo cual el país tiene una estructura poblacional envejecida⁴.

Se espera que en el año 2025, la población de 60 años alcance un 20% y aquellos mayores de 75 años el 40%¹⁹.

Uruguay se encuentra en un proceso de sobreenvjecimiento por el aumento de PM de 84 años, este proceso expresa el mencionado “envejecimiento de la vejez”. También se destaca el proceso de feminización de la vejez dado a la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación a los hombres⁴.

Las enfermedades crónicas no transmisibles han cobrado peso significativo dentro de las causas de defunción a raíz del desplazamiento de la mortalidad hacia

24 Troncoso Pantoja C, Amaya Placencia A, Acuña Monsalve J, Villablanca Rocha F, Yévenes Leal N. Perspectivas de adultos mayores sobre aspectos sociales que condicionan su alimentación. Gac Med Bol [Internet] 2017; 40(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662017000100004 [consulta: 15 may 2019].

25 Alvarado García A, Lamprea Reyes L, Murcia Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria [Internet] 2017; 14(3): 199-206. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706317300398?token=78454D5D72E07184603AE60D4B030D84A6176C2753B409904641B1D74D21FFBA8A46CCCE5F10AF0B13B4EBF3E26EAFD6> [consulta: 27 set 2018].

las edades avanzadas. Éstas a su vez representan las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía²⁶.

El 48% de las PM manifiestan padecer alguna enfermedad crónica²⁷.

El 30% presenta multimorbilidad lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos, desarrollando importantes consecuencias en lo que respecta a la calidad de vida¹⁹.

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer están entre las dos primeras causas de mortalidad, por otro lado las enfermedades musculoesqueléticas aunque su frecuencia es menor, correspondiente al 7%, representan una de las principales causas de discapacidad²⁸.

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad, en los mayores de 60 representa el 16%. La hipertensión está presente en el 41% de los casos²⁶.

Los estilos de vida no saludables son frecuentes. La obesidad representa el 23%, dato de relevancia y que es un factor de riesgo para otras enfermedades²⁹.

El 14% de las PM presentan diabetes, la cual se relaciona con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, problemas renales, pérdida de visión, problemas de circulación y neuropatía en los nervios y extremidades, lo cual puede causar discapacidad y dependencia³⁰.

26 Uruguay. Instituto Nacional del Adulto Mayor. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/75031/1/las-personas-mayores-en-uruguay.-ssteima-de-informacion-sobre-vejez-y-envejecimiento-sive-mides-inmayores-2015.pdf> [consulta: 24 set 2018].

27 Berriel F, Pérez Fernández R, Rodríguez S. Vejez y envejecimiento en Uruguay: fundamentos diagnósticos para la acción. [Internet]. 2011. Disponible en: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21559/1/vejez_en_uruguay.pdf [consulta: 24 set 2018].

28 Aranco N, Sorio R. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay [Internet]. 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Uruguay_es.pdf [consulta: 20 oct 2019].

29 Nuñez I. Programa de soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS: principales características de los beneficiarios. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/7125/1/41._programa_de_soluciones_habitacionales_para_jubilados_y_pensionistas_del_bps._nunez.pdf [consulta: 28 set 2018].

30 Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de información sobre envejecimiento y vejez. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/103139/1/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desafio-impostergable-para-la-produccion-de-conocimiento-y-las-politicas-publicas-cuatritptico.-2015.pdf> [consulta: 28 set 2019].

La prevalencia de las enfermedades mentales aumenta con la edad, inciden en ellas los trastornos afectivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados¹⁹.

Más del 10% de las PM presenta alguna forma de demencia, este número aumenta a 35% en mayores de 80 años¹⁹.

Como se mencionaba anteriormente las enfermedades crónicas incrementan la probabilidad de sufrir limitaciones de la capacidad funcional. El 53% de las mujeres presentan al menos una limitación frente a un 43% de los hombres³⁰.

Se estima que 12% tiene algún grado de dependencia funcional, el 7% tiene dificultades para realizar al menos una ABVD y el 11% para realizar al menos una AIVD²⁸.

Por otro lado en cuanto al nivel de instrucción de las PM el 58% alcanzó primaria, el 11% ciclo básico y el 10% bachillerato. Los que alcanzaron nivel terciario representan el 10%. El analfabetismo entre las PM es del 4%².

En nuestro país aproximadamente el 34% de las PM viven solos. Lo que significa un desafío para un sistema de salud basado en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar¹⁹.

Otro escenario que repercute en los cuidados recibidos y en los vínculos en la vejez, es que en nuestro país el 32% de la población es viuda. La viudez es más frecuente en las mujeres, dicha proporción asciende a 46%³⁰.

Por otra parte, en cuanto al ingreso económico, la media de los ingresos por jubilación en nuestro país es de \$22.000 y la mediana \$14.000. El ingreso promedio por pensiones corresponde a \$12.119, y la mediana es \$9.300. Sólo el 65% de las jubilaciones y el 36% de las pensiones pagadas en Montevideo están por encima de la línea de pobreza³¹.

La jubilación mínima corresponde a \$13.557, la pensión por vejez e invalidez mínima equivale 12.116 y pensiones por sobrevivencia \$ 13.557³².

³¹ Centro de investigaciones económicas. Nivel y heterogeneidad de las jubilaciones y pensiones del sistema de seguridad social en el Uruguay. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.observatorioseguridadsocial.org.uy/images/Informe_Ingresos_Seg_Social.pdf [consulta: 5 mar 2020].

³² Banco de Seguridad Social. Topes y aumentos de pasividades. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/6182/topes-y-aumentos-de-pasividades.html> [consulta: 5 mar 2020].

MARCO TEÓRICO

En Uruguay se entiende como Persona Mayor, según la legislación nacional (Ley N 18.617), a toda persona a partir de los 65 años de edad³³.

En nuestro país, según el Código del Adulto Mayor, se considera que una persona pertenece a la Tercera Edad cuando está comprendido entre los 65 y 80 años de edad, mientras que, la Cuarta Edad corresponde a los mayores de 81 años³⁴.

La vejez es un proceso natural, gradual y complejo, que implica cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico, social, a lo largo del tiempo. Es considerada un proceso particular y subjetivo³⁵.

La OMS, en el año 2018, definió envejecimiento como, *“...la consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares en el transcurso del tiempo, lo que deriva en un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales....”*³¹. Además agrega que *“...esos cambios no son lineales ni uniformes, varían de una persona a otra, y su vinculación con la edad en años es relativa”*³⁶.

Según la misma, se entiende por envejecimiento activo, en su definición del año 2002, como *“...el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*⁸.

Para entender el envejecimiento activo se debe tener presente que la cultura y el género determina cómo se envejece, esto se puede ver reflejado en muchas sociedades en donde existe desigualdad en el acceso de las mujeres en diversos aspectos, como por ejemplo en la educación, trabajo, servicios, además su papel de cuidadoras puede llevar a que nunca obtengan o renuncien a un empleo

³³ Ley N° 18617. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social del 6 de noviembre de 2009. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2> [consulta: 5 mar 2020].

³⁴ Uruguay. Cámara de Representantes. Código del adulto mayor [Internet] 2016. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/representantes/documentos/repartido/48/623/0/pdf> [consulta: 5 mar 2020].

³⁵ Álvarez V, Palumbo R, Piovesan S, Rodríguez C, Salveraglio I, Silveira V. Trabajo con personas mayores: un abordaje integral en la comunidad. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jsui/bitstream/20.500.12008/18001/1/peadmaj.pdf> [consulta: 5 mar 2020].

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud> [consulta: 5 mar 2020].

remunerado. La vulnerabilidad económica y el aislamiento social es muy frecuente en mujeres mayores que viven solas⁸.

En el Uruguay, el proyecto de ley “Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Población” redactado en el año 2015, define vulnerabilidad como *“Características y circunstancias de una comunidad y/o sistema que lo hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Los diversos aspectos de la vulnerabilidad surgen de factores físicos, sociales, económicos y ambientales”* ⁷.

La OMS establece que algunas de las características de vulnerabilidad en las PM son la edad mayor a 80 años, vivir solo, ser una mujer de edad avanzada, principalmente si es soltera y viuda, los institucionalizados, aislamiento social, PM sin hijos, limitaciones severas o discapacidades, las parejas de PM en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está enfermo, los que presentan ingresos económicos escasos⁸.

Las PM que residen en entornos inseguros o en zonas con barreras físicas que dificultan su desplazamiento son menos propensos a salir, lo que puede tener como consecuencia el aislamiento y la depresión, además un peor estado físico y problemas de movilidad dificultan su relación con el medio. La mayor parte de las actividades de las PM que viven en complejos habitacionales son dentro del mismo, no existiendo participación en organizaciones de la zona⁸.

Se entiende por población vulnerable con necesidades básicas insatisfechas a la población que posee vivienda, con frecuencia no propietarios, recursos económicos bajos, no todos tienen cobertura social. Tienen un nivel educativo más alto, en comparación con la población muy vulnerable, lo que les permite mayor acceso a recursos. Su principal necesidad es solucionar su estado de soledad y su situación económica que repercute en su alimentación⁸.

La tercera edad representa una etapa en la que los acontecimientos vitales van condicionando su bienestar, como la pérdida de seres queridos, con su consecuente disminución de las redes de apoyo social, disminución de la función motora e intelectual, etc. Lo anterior puede derivar en situaciones de soledad e inseguridad. Hechos cotidianos pueden resultar agobiantes como subir y bajar escaleras, salir a comprar y realizar tareas del hogar⁸.

En el caso particular de las PM que viven en complejos habitacionales, la familia sigue siendo la principal fuente de sostén a la que acuden en primera instancia. Otras fuentes de apoyo social son los vecinos y amigos, ya que brindan compañía y asistencia en períodos de crisis o en el caso que requieran ayuda en actividades cotidianas⁸.

Según lo expresado por las Naciones Unidas, en el año 2002, *“El derecho a una alimentación adecuada es un derecho humano, inherente a toda persona a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente”*⁶. Además afirma que la misma debe ser acorde a la tradición de la cultura a la que pertenece el individuo⁶.

En el proyecto de ley citado anteriormente “Derecho a la Alimentación, Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Población”, se define la Seguridad Alimentaria y Nutricional como *“...la garantía de que los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, accedan en todo momento a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, principalmente producidos en el país en condiciones de competitividad, sostenibilidad y equidad...”*⁷.

La misma está compuesta por cuatro dimensiones: el acceso, la disponibilidad, utilización y estabilidad. La disponibilidad se refiere a que los alimentos estén presentes en cantidad y calidad suficientes. La utilización, hace mención a la utilización de los alimentos a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica. La estabilidad se refiere a que toda persona debe tener acceso a alimentos adecuados aún en situación de crisis repentina⁷.

La accesibilidad se refiere al acceso a los recursos para conseguir los alimentos adecuados para así lograr una alimentación saludable, ya sea a través de la producción agrícola para el autoconsumo, acceso económico para la compra de alimentos y/o por las ayudas alimentarias⁷.

Los costos asociados con la compra de los alimentos necesarios para un régimen alimentario adecuado, no deben poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas⁶.

Para que un alimento se considere adecuado se deben tener en cuenta diversas variables, como la inocuidad, la calidad nutricional, la cantidad y la aceptación cultural del alimento⁷.

El Programa Nacional del Adulto Mayor (MSP) del año 2005, define la calidad de vida de las PM como “...grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional que tienen objetivamente y perciben...”. Está condicionada por múltiples factores, como el estado de salud, integración y apoyo social, vivienda, acceso a servicios y el respeto por sus creencias y valores, entre otros¹⁹.

Las PM que no tiene enfermedades crónicas o limitaciones funcionales, frecuentemente mantiene estados nutricionales satisfactorios, pero existen subgrupos que poseen un alto riesgo de desnutrición, ejemplos son las personas de edad avanzada y las que viven solas⁵.

Se entiende por desnutrición, como una condición patológica derivada de una dieta insuficiente o mala asimilación de los alimentos, que se relaciona con la pérdida de peso y masa muscular, disminución de la fuerza e inmunodeficiencia³⁷.

La detección precoz de este trastorno, así como de la obesidad, permite reparar en forma precoz el estado nutricional, evitando su progresión y consecuencias negativas³⁷.

Valoración del estado nutricional en PM

La valoración del estado nutricional incluye la valoración de la historia clínica, examen físico, medidas antropométricas y pruebas de laboratorio. Integra la valoración geriátrica integral⁶.

En la valoración se deben obtener datos clínicos de la ingesta dietética y datos sociales. Entre los datos clínicos deben figurar: pérdida reciente de peso, estado mental, enfermedades que conllevan riesgo de desarrollar desnutrición (enfermedades crónicas, alteraciones neurológicas, tumores malignos, etc.), alcoholismo, drogadicción, consumo de fármacos, estado de dentición, dificultades

³⁷ Torres A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar [tesis] [Internet]. 2003. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf [consulta: 27 set 2018].

para la masticación o la deglución, alteraciones en el gusto y en el olfato que pueden dificultar la alimentación⁶.

La encuesta dietética debe identificar aspectos cuantitativos y cualitativos de la ingesta: intolerancias alimentarias, dietas terapéuticas restrictivas, estado de apetito, situaciones de anorexia, grado de autonomía para adquirir, preparar e ingerir alimentos y patrón de ingesta⁶.

La historia social debe informar sobre el nivel de ingresos, nivel de estudios, actividad física, etnia, costumbres, situaciones de soledad y dependencia funcional⁶.

Circunstancias fisiológicas en la persona mayor que influyen en la alimentación

Cambios en la sensación de hambre: Esto puede llevar a un patrón de ingestas irregular que favorezca una ingesta de nutrientes insuficientes⁵.

La disminución del apetito, también puede corresponder a factores psicológicos. Es uno de los síntomas más frecuentes de depresión, puede deberse a una menor actividad, mayor aislamiento. Las PM con demencia pueden no verse interesados por el alimento o no recuerdan si han comido³⁸.

Alteración en la sensación de sed: Con la edad los mecanismos que informan sobre la sensación de sed se vuelven menos eficientes⁵.

Alteraciones en el sentido del gusto: en las PM existe una cierta disminución de las papilas gustativas, alterando la percepción de los sabores de los alimentos⁵.

Modificaciones en la dentición: Lo que puede modificar la masticación y disminuir la variabilidad alimentarias.

El acto de masticar constituye la primer etapa de la digestión, su función más importante es la alimentación y por medio de ella tener una nutrición equilibrada. La dificultad para masticar provoca dolor y malestar, la opciones de comidas se restringen a lo que la condición dental le permite y no a lo que le gusta comer o lo

³⁸ Barrera J, Osorio S. Envejecimiento y nutrición Rev Cubana Invest Bioméd [Internet] 2007; 26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008 [consulta: 10 may 2020].

que está indicado por el médico, lo que constituye una limitación desde el punto de vista nutricional³⁹.

Alteraciones en la motricidad: Los temblores o gestos imprecisos, junto con la pérdida de fuerza muscular, dificultan la preparación y la ingesta de los alimentos⁵.

Alteraciones en la deglución o disfagia: es toda alteración en el proceso del tragar, donde hay dificultad para mover el bolo alimenticio de manera segura desde la cavidad oral al estómago. Puede producirse alteraciones en la salivación que dificultan la formación del bolo⁴⁰.

Los trastornos en la deglución, en sus casos más graves pueden causar deshidratación, pérdida de peso, desnutrición y complicaciones pulmonares. Por lo cual es importante su valoración en forma precoz y abordaje por un equipo multidisciplinario⁴¹.

Las intolerancias alimentarias son un problema nutricional determinante en la salud de la persona mayor, ya que afecta su calidad de vida, se asocia con la edad debido a su sistema digestivo cambiante. Las restricciones en el aspecto alimentario pueden generar ansiedad y malestar⁴².

Circunstancias del entorno que afectan la alimentación

Factores de tipo psicológico: Determinadas situaciones familiares (viudedad, aislamiento social, etc.) predisponen a una malnutrición, ya que disminuyen la motivación por la comida. Es favorable comer acompañado y mantener el objetivo de disfrutar de la comida⁵.

Factores económicos: La jubilación es una etapa de la vida donde se observa cultural y socialmente de manera negativa, puede llegar a ser un proceso conflictivo.

³⁹ Nisizaki S. Funciones de la masticación en el adulto mayor. Su rol protagónico dentro de las funciones bucales [Internet] 2013. Disponible en:

<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/download/946/939/> [consulta 10 may 2020]

⁴⁰ Suárez J, Rueda Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurol Colomb [Internet] 2018; 34(1): 92-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v34n1/0120-8748-anco-34-01-00092.pdf> [consulta: 10 oct 2019].

⁴¹ Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo [Internet] 2007; 30 (8): 487-497. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trastornos-deglucion-un-reto-el-13110504> [consulta 10 may 2020]

⁴² Umaña S. Efectos en el estado nutricional de la presencia de intolerancias alimentarias más frecuentes en la persona mayor institucionalizada [tesis] [Internet]. 2017. Disponible en: <http://13.65.82.242:8080/xmlui/bitstream/handle/cenit/654/NUT-768.pdf?sequence=1> [consulta: 10 may 2020].

La consecuencia mayor y más inmediata del retiro es el cambio en la situación económica, por lo que deben en muchos casos abandonar determinados hábitos que ya no pueden solventar⁵.

Guía GABA Alimentación basada en alimentos naturales o mínimamente procesados

En el año 2016, con el objetivo de promover una alimentación saludable, compartida y placentera, el MSP elabora la Guía GABA de Alimentación basada en alimentos naturales o mínimamente procesados, en la misma se plantea que para asegurar el derecho a una alimentación adecuado es esencial favorecer estrategias que ayuden a las personas a escoger opciones más saludables para su vida⁴³.

En la misma se recomienda una gran variedad de alimentos naturales o poco procesados, considerándolos la base para una alimentación nutricionalmente equilibrada⁴³.

La dieta basada en comidas preparadas en el hogar empleando alimentos con poco contenido de sal, azúcar y grasas se relaciona con un buen nivel de salud, bienestar y menor incidencia de enfermedades. Esto también se atribuye a los beneficios emocionales, mentales y sociales que implica preparar nuestros alimentos y compartirlos con otras personas⁴³.

Cómo se puede comer saludable a medida que se envejece

Para comer saludable se debe incluir alimentos que contienen muchos nutrientes, como⁴⁴:

- Frutas y vegetales
- Granos integrales (avena, pan integral, arroz integral, etc.)
- Leche descremada y queso bajo en calorías, o leche de arroz o de soya fortificada con vitamina D y calcio
- Pescados, mariscos, carnes magras, aves y huevos

⁴³ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guía: para una alimentación saludable, compartida y placentera. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguay> [consulta: 27 set 2018].

⁴⁴ Medline Plus. Nutrición para personas mayores. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html> [consulta: 7 set 2019].

- Frijoles, nueces y semillas
- Evitar las calorías vacías o huecas: Estas son alimentos que tienen muchas calorías pero pocos nutrientes, como papas fritas, dulces, bebidas azucaradas y alcohol
- Incluir alimentos bajos en colesterol y grasas, evitando los que contienen grasas saturadas y trans.
- Ingerir suficientes líquidos.

Línea de pobreza

De acuerdo a lo expresado por el INE, en el año 1996, "...el valor de la línea de pobreza debe equivaler a un nivel de gasto de consumo del hogar tal que: permita un gasto en alimentación que satisfaga los requerimientos nutricionales, respetando [...] los hábitos alimentarios de la población y permita afrontar los otros gastos necesarios para satisfacer las necesidades más básicas..."⁴⁵.

Se define que un hogar es considerado indigente o pobre extremo, si el ingreso corriente por persona, considerando el valor locativo del hogar, es menor al valor de la CBA (línea de indigencia, de pobreza extrema o pobreza alimentaria)⁴⁶.

Se considera que un hogar es pobre, si el ingreso, considerando el valor locativo del hogar, es menor al de la línea de pobreza determinada para ese hogar (la línea tiene en cuenta la CBA, la CBNA y el número de integrantes del hogar)⁴⁶.

Canasta básica

La canasta básica es un conjunto de alimentos y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas. Está compuesta por alimentos y por otros enseres básicos como vestimenta, vivienda y medicamentos⁴⁷.

⁴⁵ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Aspectos metodológicos sobre medición de la línea de pobreza: el caso uruguayo. [Internet]. 1996. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=8818058f-d56a-4a11-8bcb-d31b578abc5b&groupId=10181 [consulta: 7 may 2019].

⁴⁶ Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2017. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/30913/Pobreza0418/00d54287-c8b4-4a1d-aa3d-6e873c2776e9> [consulta: 7 may 2019].

⁴⁷ Finanzas.com.uy. Cuál es la canasta básica en Uruguay. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://finanzas.com.uy/canastica-basica/> [consulta: 1 mar 2020].

El conjunto de productos de la misma, se considera un mínimo aceptable y no es una garantía de una alimentación completa. Sin embargo, se determina el precio de la canasta básica para poder establecer el salario mínimo para los trabajadores.

El costo de la canasta básica en Uruguay es de 86.140 pesos para un hogar de 4 personas⁴⁷.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio: Departamento Montevideo y Rivera (Uruguay).

Universo: Persona mayor de 65 años que reside en complejos habitacionales para personas jubiladas y pensionistas. En el país son un total de 6.232 viviendas adjudicadas.

Población: Corresponde a noventa y nueve PM en complejos habitacionales para personas jubiladas y pensionistas de la ciudad de Rivera y Montevideo.

Muestra: Fue conformado por sesenta y ocho PM, que participaron voluntariamente de la investigación.

Tipo de muestra: Muestra no probabilística, por conveniencia.

Criterios de inclusión: Persona mayor de 65 años, que reside en los complejos antes mencionados.

Voluntariamente quieran ser parte de la investigación y firmen el consentimiento informado.

Procedimiento para la recolección de datos: Los datos se obtuvieron mediante la utilización del instrumento, elaborado por el grupo de estudiantes, "Accesibilidad en los alimentos de PM" (Ver Anexo VI). Previo a ser aplicado a las PM de los complejos, se realizó un plan piloto, donde cada uno de los integrantes del grupo aplicó el instrumento a una persona mayor que no era parte de la muestra, obteniendo un total de cuatro, posteriormente se modificó una pregunta ya que se encontraron dificultades para su comprensión.

Se creó un instructivo para la aplicación del instrumento, que debía ser empleado por los responsables de la recolección de los datos.

Procedimiento para el procesamiento de datos: Se procedió inicialmente a analizar las cuatro secciones definidas, estando organizadas de las siguientes formas: características sociodemográficas, estado cognitivo y grado de independencia, estado nutricional, accesibilidad y selección de alimentos.

La representación de los datos se realizó a través de tablas y gráficas, en las que se expresaron frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Se cruzaron variables de vulnerabilidad entre sí con el fin de conocer mayormente las características de esta población en estudio.

Aspectos éticos: Se aseguró la confidencialidad de la información y los datos obtenidos, se resguardó la identidad de los participantes que colaboraron voluntariamente en el proceso de investigación realizado.

Se explicó a los participantes los fundamentos y objetivos de la investigación. Se solicitó su consentimiento informado (Ver Anexo II). Los resultados serán difundidos según normas preestablecidas por el Depto. De Educación de la Facultad de Enfermería, Udelar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Primera sección: Características sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
RESIDENCIA	Casa en que se vive.	Departamento en el cual se ubica el complejo habitacional en el cual reside la persona mayor.	Cualitativa nominal.	Montevideo Rivera
SEXO	Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.	Caracteres sexuales secundarios de la persona.	Cualitativa nominal.	Femenino Masculino
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Periodo en años, transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta nominal.	Personas de la tercera edad: 65 a 80 años Personas de la cuarta edad: 81 años en adelante.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.	Nivel máximo alcanzado por el residente en la educación formal.	Cualitativa, nominal.	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios terciarios
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Situación de estado civil de la persona mayor.	Cualitativa, nominal.	-Casado/a -Soltero/a -Unión libre -Viudo/a -Divorciado/a
VIVE SOLO	Hogar compuesto por una sola persona.	En la vivienda reside solamente la persona mayor.	Cualitativa nominal.	Si No
COHABITANTE	Persona que habita juntamente con otra u otras personas.	Persona con la cual el encuestado comparte la vivienda.	Cualitativa, nominal.	Pareja Hijo/a Hermano/a Madre Amigo/a

TIPOLOGÍA DE LA PERSONA MAYOR	Conjunto de características que definen a la persona mayor de acuerdo al proceso salud-enfermedad que se encuentra.	Manifiesta según su situación y características de salud y/o enfermedad de la persona mayor.	Cualitativa, nominal.	Sano Enfermo Frágil Geriátrico
TIPO DE INGRESO	Todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de un individuo.	Procedencia de los ingresos económicos que recibe la persona mayor.	Cualitativa nominal	Jubilación Pensión Salario Asistencia a la vejez Otros
BENEFICIOS SOCIALES	Prestación otorgada por el Estado a personas en situación de vulnerabilidad económica.	Servicio económico o no, que proviene del Estado.	Cualitativa nominal	Tarjeta Uruguay Social (MIDES) Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (INDA) Sistema Nacional de Comedores Ticket bienestar (en Montevideo) Asistente personal (Sistema de cuidados) Teleasistencia Plan Ibirapitá Otros

Segunda sección: Valoración del estado cognitivo y grado de independencia

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
ESTADO MENTAL	Estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural garantizando su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.	Se evalúa a través de una escala que evalúa la orientación, el registro de información, atención, cálculo, recuerdo, lenguaje y construcción.	Cualitativa, ordinal	Sin demencia Demencia Demencia leve Demencia moderada Demencia severa
GRADO DE INDEPENDENCIA	La funcionalidad de la persona mayor hace referencia a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente.	Se mide el grado de independencia a través de una Escala.	Cualitativa, ordinal	Autónomo/a- Dependencia leve (solo hombres) Dependencia moderada Dependencia grave Dependencia total

Tercera sección: Valoración del estado nutricional

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Es una medida de asociación entre el peso y la talla del Individuo (Peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros).	Distribución de la población según su índice de masa corporal, según rangos establecidos por OMS.	Cuantitativa Continua	Bajo peso (<23) Normo peso (≤27,9) Sobrepeso (28 a 31,9) Obesidad (≥32)

PERCEPCIÓN DE CAMBIO DE PESO	La percepción del estado de salud, así como de la imagen y peso corporal, puede incidir en los estilos de vida individuales, los cuales favorecen o perjudican la salud.	Apreciación de la persona mayor de pérdida o ganancia de peso.	Cualitativa Nominal	Si No
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. (OMS)	Enfermedad no transmisible que presenta la persona mayor de larga duración.	Cualitativa Nominal	Obesidad Diabetes Hipertensión Arterial Enfermedades respiratorias Enfermedad renal Enfermedad digestiva Enfermedad endocrinológica Enfermedad cardíaca Enfermedad oncológica Enfermedad hepática Enfermedad neurológica Enfermedad psiquiátrica Enfermedad musculoesqueléticas
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar una patología o aliviar síntomas.	El persona mayor recibe medicamentos a largo o corto plazo para tratar o aliviar alguna dolencia	Cualitativa Nominal	Si No

POLIFARMACIA	Es el consumo de tres o más medicamentos.	La persona mayor utiliza tres o más medicamentos prescritos por el médico.	Cualitativa nominal	Si No
PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA	Orden escrita realizada por el médico tratante donde expresa el o los medicamentos que la persona necesita.	Cumplimiento de la medicación indicada por el médico.	Cualitativa nominal	Si No
CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta de etanol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia	Ingesta de bebidas alcohólicas independiente de su cantidad y frecuencia.	Cualitativa nominal	Si No
CLASIFICACIÓN DE MARCONI	Es una clasificación que se basa en la cantidad y frecuencia de alcohol ingerido y en la modalidad evolutiva.	Consumo de alcohol por la persona mayor.	Cualitativa nominal	Abstinente total Bebedor ocasional Bebedor moderado Bebedor excesivo Bebedor patológico o alcohol.
TABAQUISMO	Es una adicción a la nicotina del tabaco, ya sea por el consumo de cigarrillos, habanos, pipas u otros	Consumo de nicotina en forma periódica	Cualitativa nominal	Si No

ÍNDICE DE PAQUETE DE CIGARRILLOS ANUALES	Método capaz de calcular el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, EPOC y diabetes tipo II.	Se calcula el N° de cigarrillos que consume diariamente la persona mayor por el número de años que lleva fumando, dividido 20.	Cualitativa nominal	Riesgo leve Riesgo moderado Riesgo alto
CONSUMO DE YUYOS	Ingesta de cualquier planta que contiene sustancias (principios activos) que pueden ser utilizadas con finalidad terapéutica.	Consumo de plantas medicinales de forma habitual	Cualitativa, nominal	-No -Si
DENTICIÓN	Conjunto de dientes, muelas y colmillos que tiene en la boca una persona o un animal.	Alteraciones morfológicas que pueden presentar las PM de acuerdo al proceso de envejecimiento que puedan llegar a modificar la masticación y disminuir la variabilidad alimenticia.	Cualitativa, nominal	Falta de piezas dentarias Prótesis total Prótesis parcial
MASTICACIÓN	Acción y efecto de masticar (masticar: triturar la comida con los dientes u otros órganos bucales análogos). RAE	Alteración que percibe la persona mayor a la hora de masticar, que lo lleva a excluir algún alimento de la dieta.	Cualitativa, nominal	Si No
DEGLUCIÓN	Acción y efecto de deglutir (deglutir: tragar los alimentos y, en general, hacer pasar de la boca al estómago cualquier sustancia sólida o líquida).	Percepción de la presencia de disfagia a través del test EAT-10.	Cualitativa, nominal	-Si -No

SENTIDOS	Capacidad para percibir estímulos externos o internos mediante determinados órganos.	Capacidad de la persona mayor para percibir los diferentes sabores y olores.	Cualitativa, nominal	-Olfato -Gusto
APETITO DISMINUIDO	Situación que se da cuando se reduce el deseo de comer, pudiendo llevar a la pérdida de peso.	Percepción de la persona mayor de presentar habitualmente disminución en la sensación de hambre y/o deseos de comer.	Cualitativa, nominal	-Si -No
ALTERACIÓN EN LA MARCHA	Pérdida precisa de los movimientos de las extremidades, la postura y el tono muscular.	La “prueba cronometrada de levántate y anda”, sirve como auxiliar en el diagnóstico de trastornos de la marcha, el balance y riesgo de caídas.	Cualitativa Ordinal	Normal Discapacidad leve de la movilidad Riesgo elevado de caídas
INTOLERANCIA ALIMENTICIA	La intolerancia a los alimentos son reacciones adversas del organismo hacia alimentos que no son digeridos, metabolizados o asimilados completa o parcialmente.	El consumo de determinados alimentos le puede provocar una reacción anormal.	Cualitativa nominal	Si No
DIETA TERAPÉUTICA	Es aquella que se pauta y se determina para tratar y/o controlar una enfermedad determinada	Realiza una dieta indicada por un profesional de salud.	Cualitativa nominal	Si No

<p>ELABORACIÓN DE LOS ALIMENTOS</p>	<p>La preparación culinaria es la mezcla o unión de determinados ingredientes. Estos ingredientes deben ser combinados, cocinados o trabajados de modos particulares para convertirse en comidas más complejas.</p>	<p>Persona que se encarga de preparar los alimentos en el hogar.</p>	<p>Cualitativa, nominal</p>	<p>-Entrevistado -Cohabitante -Entrevistado y cohabitante -Otro</p>
<p>DISTRIBUCIÓN DE LAS COMIDAS</p>	<p>Los alimentos se deben de distribuir en una dieta equilibrada, a lo largo del día, en cuatro comidas.</p>	<p>Comidas que realiza la persona mayor en un día habitual.</p>	<p>Cualitativa, nominal</p>	<p>-Desayuno -Almuerzo -Merienda -Cena</p>
<p>ACOMPañA MIENTO EN LA ALIMENTACIÓN</p>	<p>Momento en el que se reúnen todos o casi todos los miembros de una familia o personas próximas para compartir una comida estructurada, constituyendo un particular punto de encuentro en la vida diaria de sus miembros.</p>	<p>Comparte las principales comidas en compañía de otra persona.</p>	<p>Cualitativa, nominal</p>	<p>-Si -No</p>

Cuarta sección: Accesibilidad y selección de alimentos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS	Capacidad de las personas para comprar los alimentos disponibles	Forma en la que accede la persona mayor a los alimentos que necesita.	Cualitativa, nominal	Concurre solo. Tiene un familiar/vecino/cuidador, etc. que le brinda los alimentos. Mediante un deliver.
TRASLADO	Llevar a alguien o algo de un lugar a otro.	Concurre a un comedor perteneciente al Sistema Nacional de Comedores	Cualitativa, nominal	Si No
DISTANCIA	Espacio o intervalo de lugar o de tiempo que media entre dos cosas o sucesos.	Distancia en número de cuadras desde su hogar hasta el comedor.	Cuantitativa, ordinal	1-5 cuadras 6-10 cuadras >10 cuadras
FRECUENCIA	Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo	Cantidad de días a la semana concurre al comedor.	Cualitativa, nominal	-Todos los días -3 veces por semana -Otro
ACOMPañANTE	Persona que acompaña	Se traslada al comedor sin acompañante.	Cualitativa, nominal	-Si -No

ACCESO A LOS ALIMENTOS	El acceso de toda persona a los recursos adecuados (recursos a los que se tiene derecho), para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva.	Durante la semana el entrevistado considera que no ha accedido a los alimentos que necesitaba, ya sea por falta de dinero, distancia y/o dificultad en la marcha	Cualitativa, nominal	-Si -No
INGRESOS ECONÓMICOS	Caudal que entra en poder de alguien, y que le es de cargo en las cuentas.	La persona mayor considera que sus ingresos económicos son suficientes para solventar todos sus gastos del mes.	Cualitativa, nominal	Si No
SELECCIÓN DE ALIMENTOS	Es un proceso sumamente complejo que depende de diversos factores interrelacionados	Principal motivo que lo lleva a seleccionar los alimentos a la hora de adquirirlos.	Cualitativa, nominal	Costo Preferencias (lo que le gusta) Dieta indicada por el médico Otros

RESULTADOS

Distribución de las PM en los Complejos Habitaciones por Departamento (Montevideo, Rivera).

DEPARTAMENTOS DONDE SE DESARROLLÓ LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	Nº PM QUE VIVEN EN COMPLEJOS HABITACIONALES	PM A LAS CUALES SE LES APLICÓ EL INSTRUMENTO
Montevideo	82	62
Rivera	17	6
TOTAL	99	68*

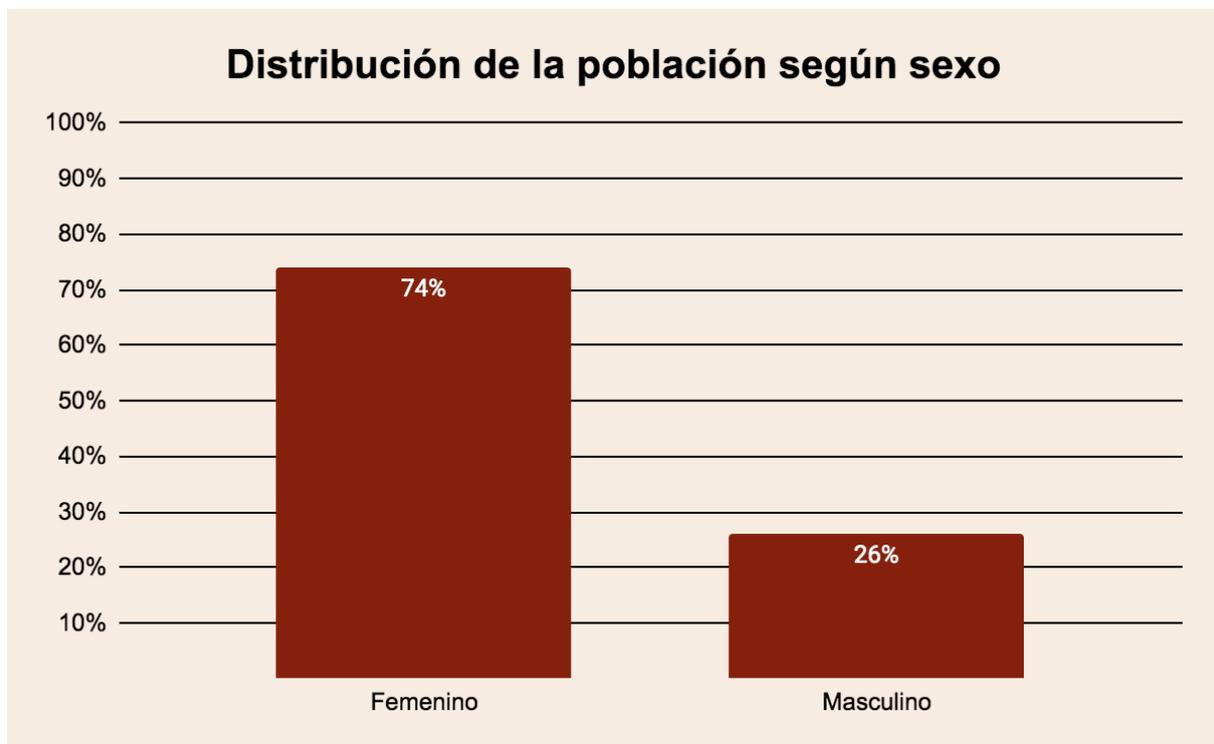
Fuente: Datos recolectados de Instrumento "Accesibilidad en la Alimentación de PM", en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

* Se aplicó el instrumento a 68 PM que equivalen al 67% de la población que vive en los Complejos seleccionados.

Primera sección: Características sociodemográficas

TABLA Y GRÁFICA N° 1: Distribución de la población según sexo

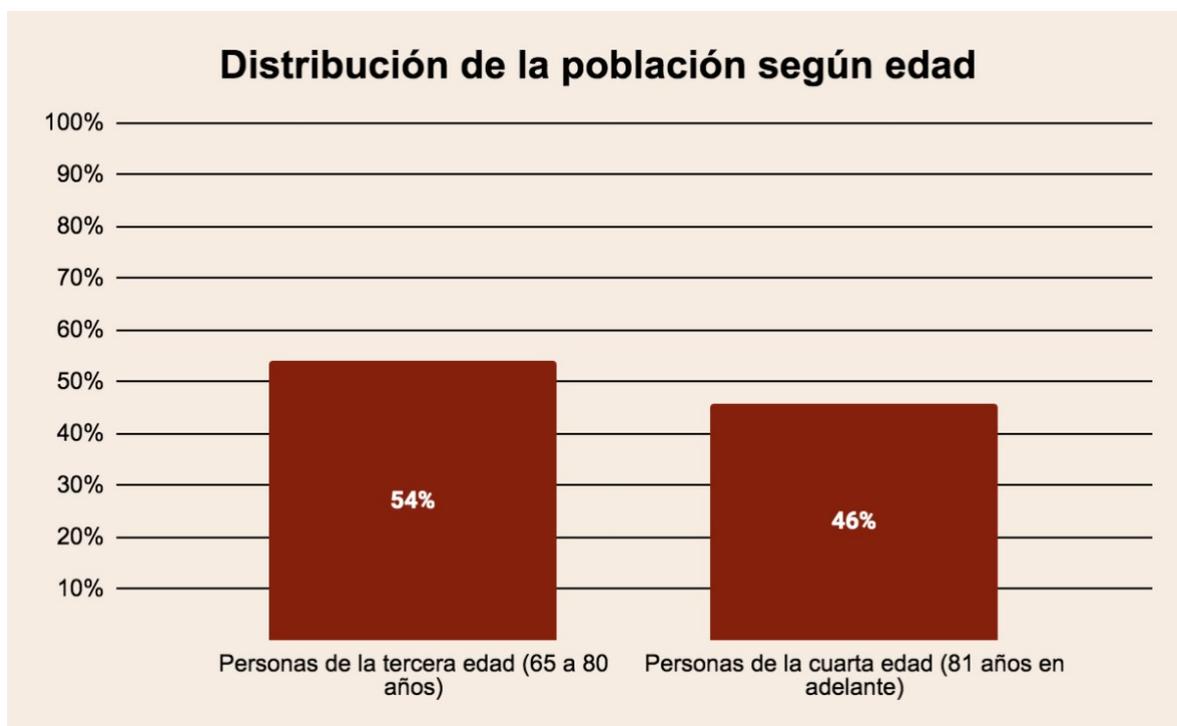
SEXO	FA	FR%
Femenino	50	74%
Masculino	18	26%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 2: Distribución de la población según edad

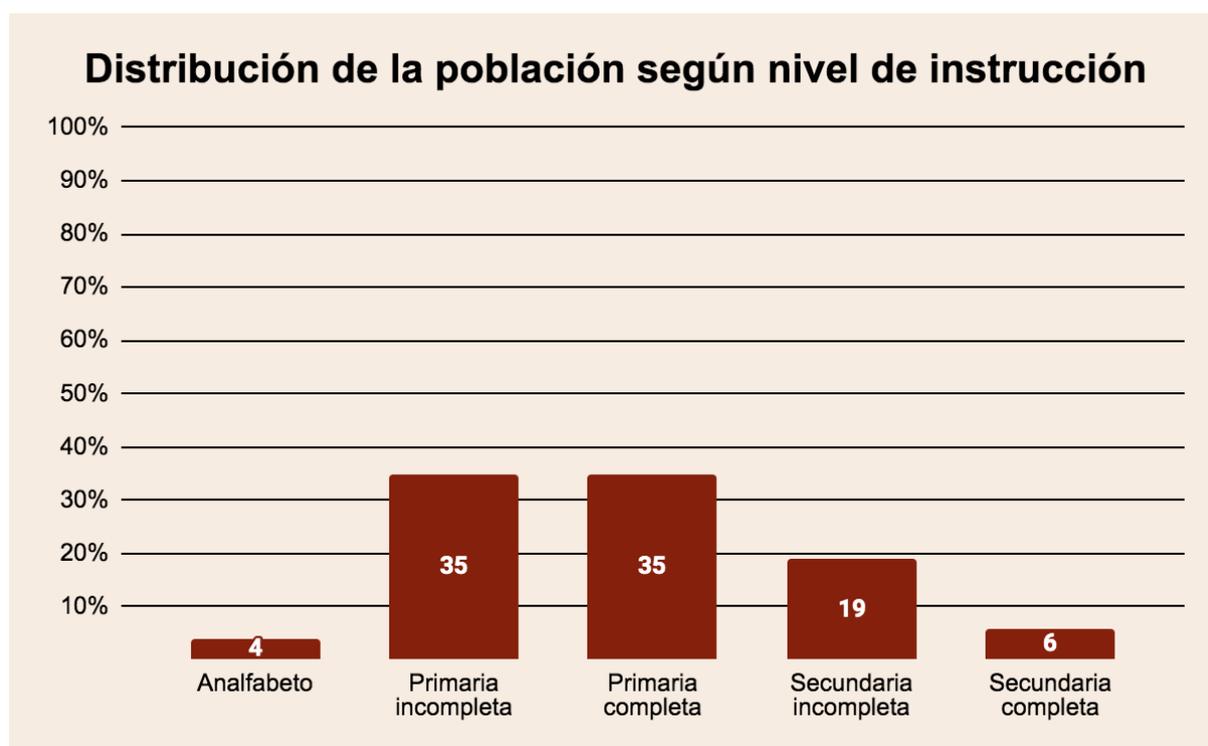
EDAD	FA	FR%
Personas de la tercera edad (65 a 80 años)	37	54%
Personas de la cuarta edad (81 años en adelante)	31	46%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay

TABLA Y GRÁFICA N° 3: Distribución de la población según nivel de instrucción

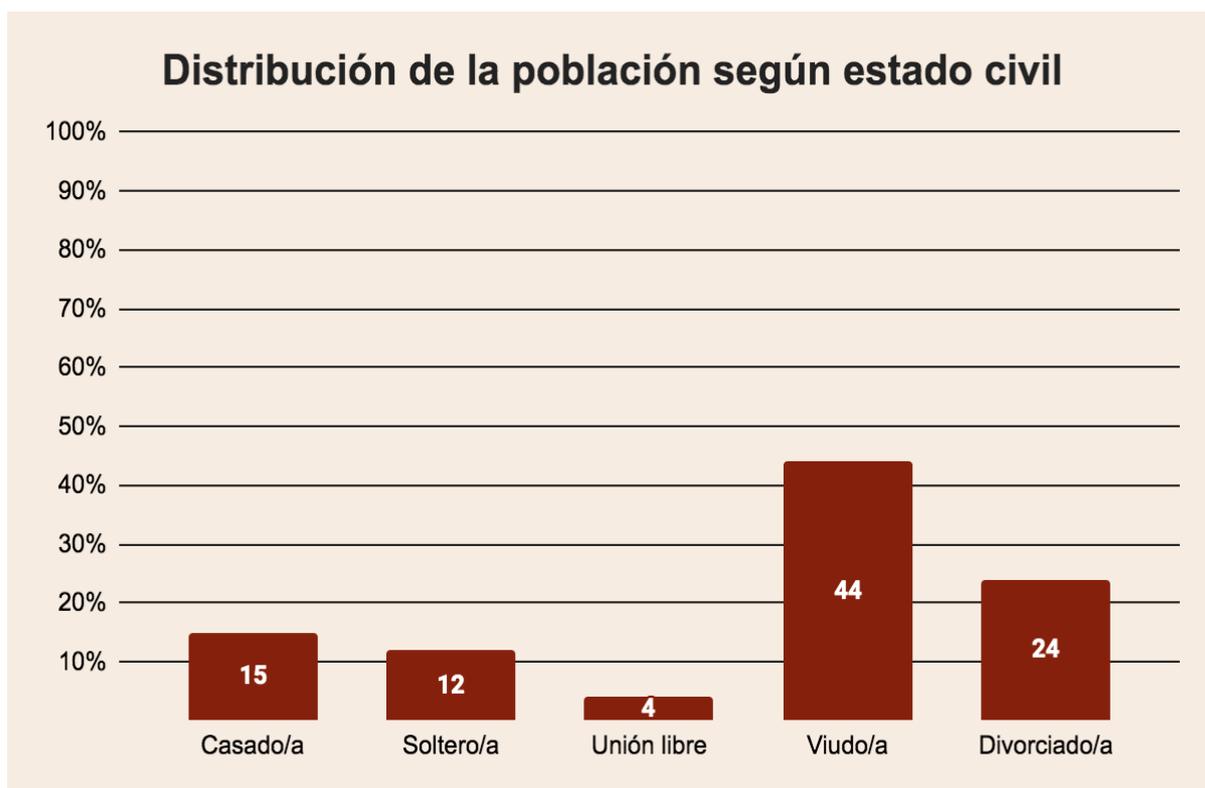
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Analfabeto	3	5%
Primaria incompleta	24	35%
Primaria completa	24	35%
Secundaria incompleta	13	19%
Secundaria completa	4	6%
Estudios terciarios	0	0%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 4: Distribución de la población según estado civil

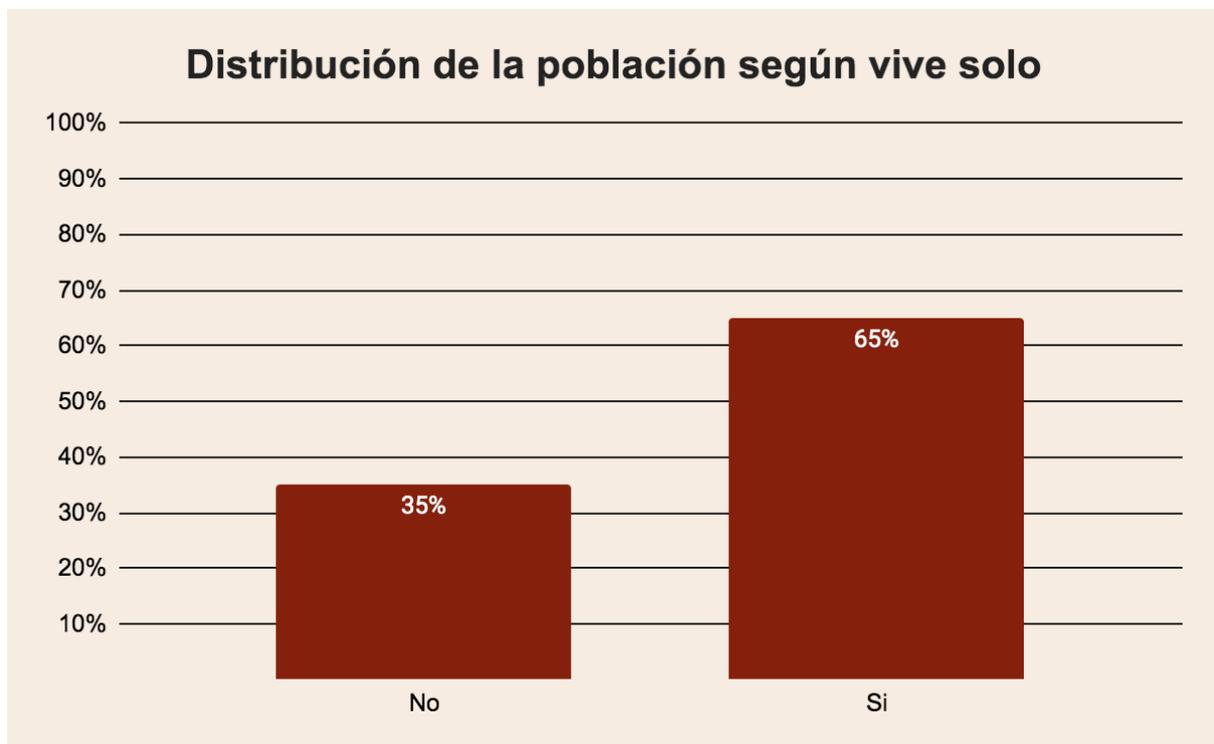
ESTADO CIVIL	FA	FR%
Casado/a	10	15%
Soltero/a	8	12%
Unión libre	3	4%
Viudo/a	30	45%
Divorciado/a	17	24%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay .

TABLA Y GRÁFICA N° 5: Distribución de la población según vive solo

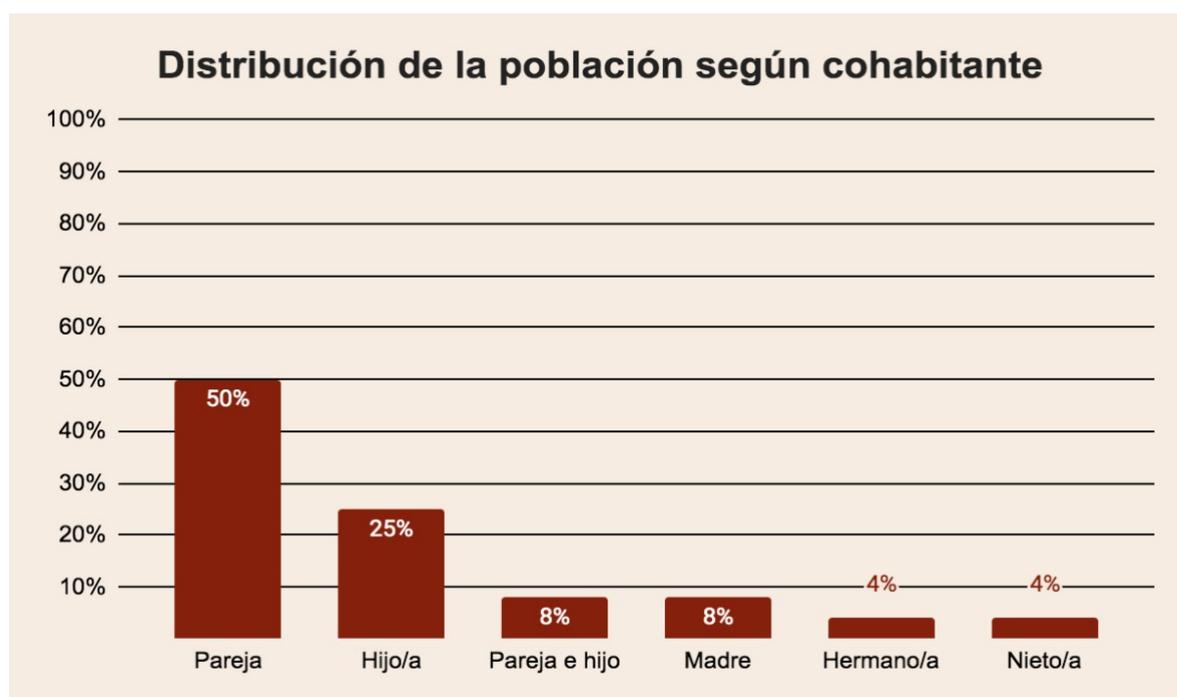
VIVE SOLO	FA	FR%
No	24	35%
Si	44	65%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°6: Distribución de la población según cohabitante

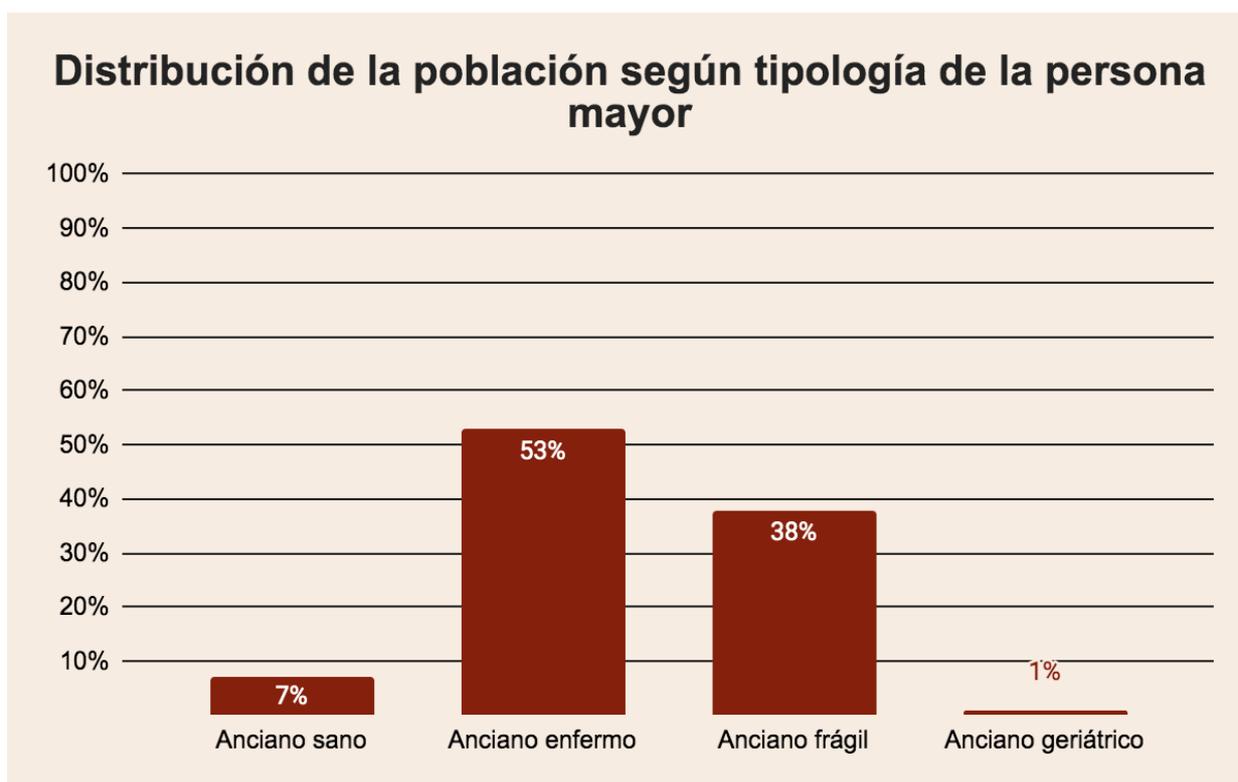
COHABITANTE	FA	FR%
Pareja	14	50%
Hijo/a	8	25%
Pareja e hijo	2	8%
Madre	2	8%
Hermano/a	1	4%
Nieto/a	1	4%
Amigo/a	0	0
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°7: Distribución de la población según tipología de la persona mayor

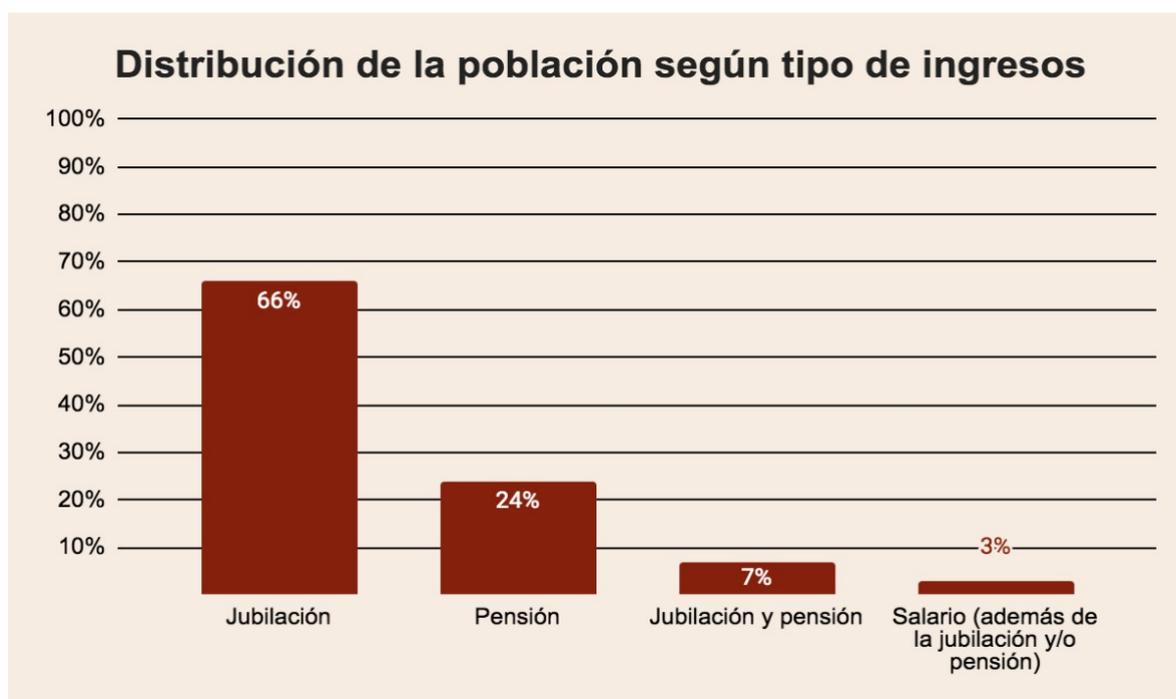
TIPOLOGÍA DE LA PERSONA MAYOR	FA	FR%
Anciano sano	5	7%
Anciano enfermo	36	53%
Anciano frágil	26	38%
Anciano geriátrico	1	1%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay

TABLA Y GRÁFICA N°8: Distribución de la población según tipo de ingreso

TIPO DE INGRESO	FA	FR%
Jubilación	44	66%
Pensión	16	24%
Jubilación y pensión	5	7%
Salario (además de la jubilación y/o pensión)	2	3%
Asistencia a la vejez	0	0%
Total	68	100%

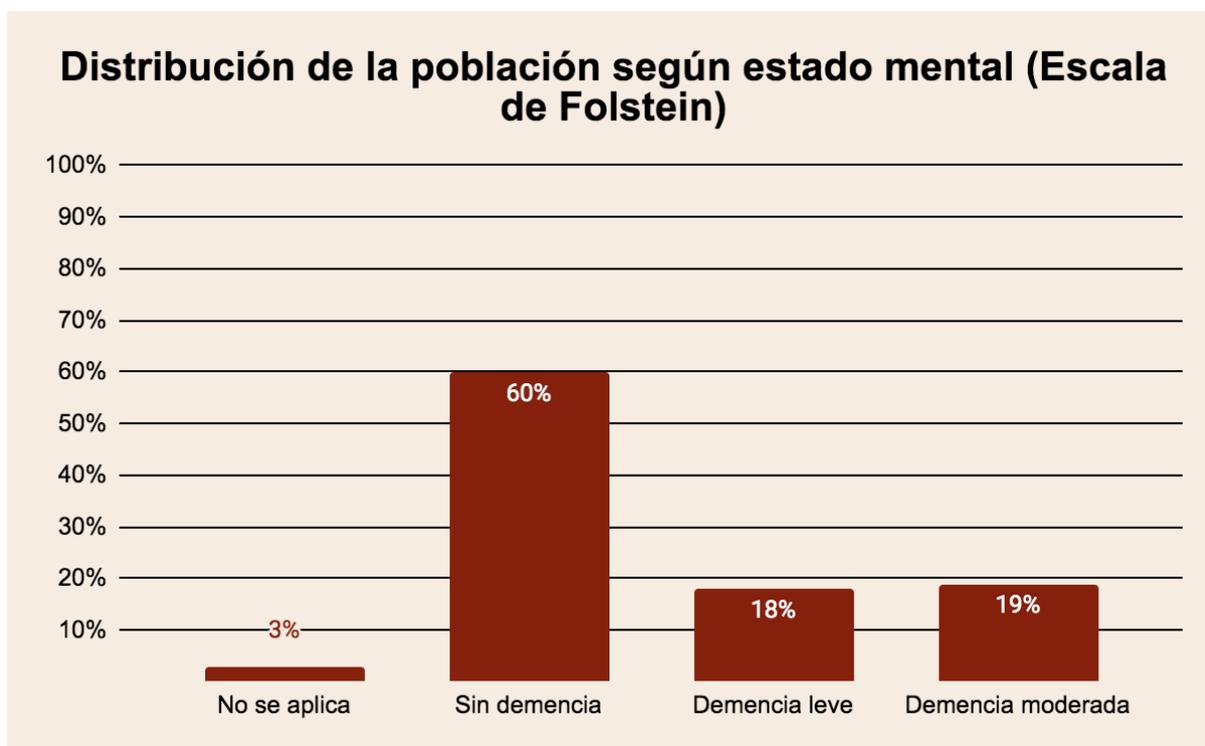


Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

Segunda sección: Valoración del estado cognitivo y grado de independencia

TABLA Y GRÁFICA N°9: Distribución de la población según estado mental (Escala de Folstein)

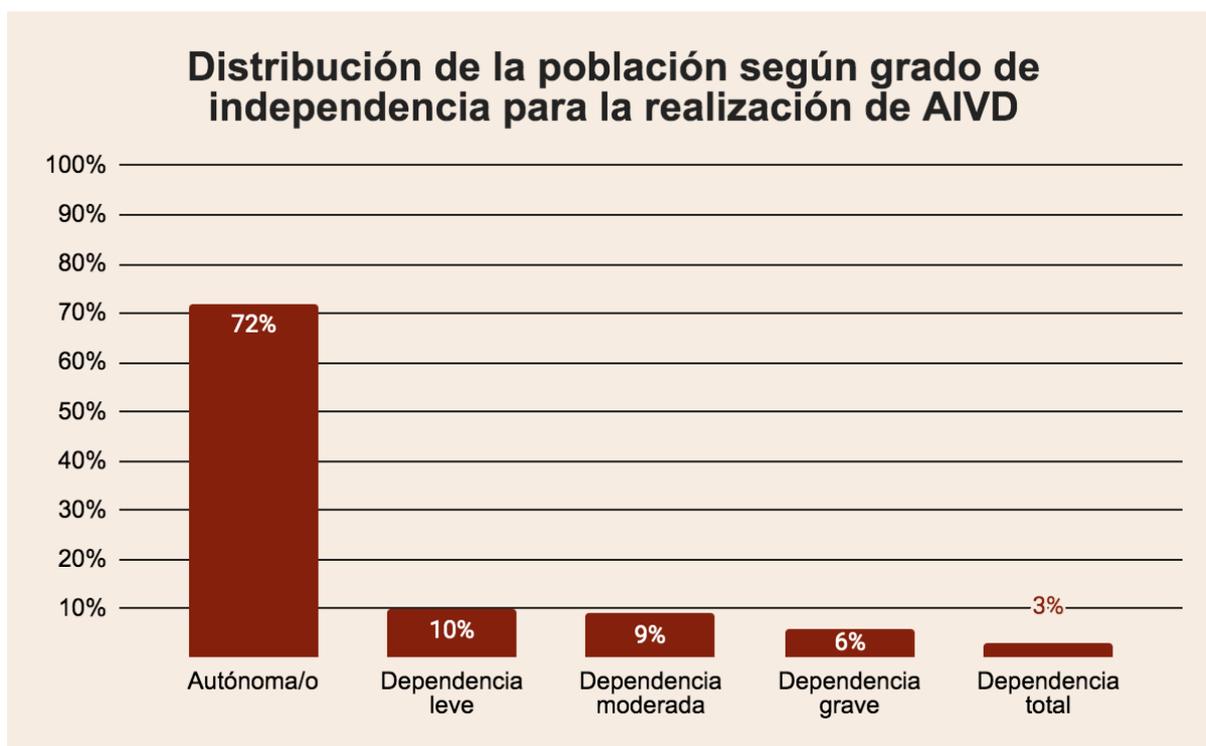
VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL (ESCALA DE FOLSTEIN)	FA	FR%
No se aplica	2	3%
Sin demencia	41	60%
Demencia leve	12	18%
Demencia moderada	13	19%
Demencia severa	0	0%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°10: Distribución de la población según grado de independencia para la realización de AIVD

GRADO DE DEPENDENCIA PARA LA REALIZACION DE AIVD	FA	FR%
Autónoma/o	49	72%
Dependencia leve	7	10%
Dependencia moderada	6	9%
Dependencia grave	4	6%
Dependencia total	2	3%
Total	68	100%

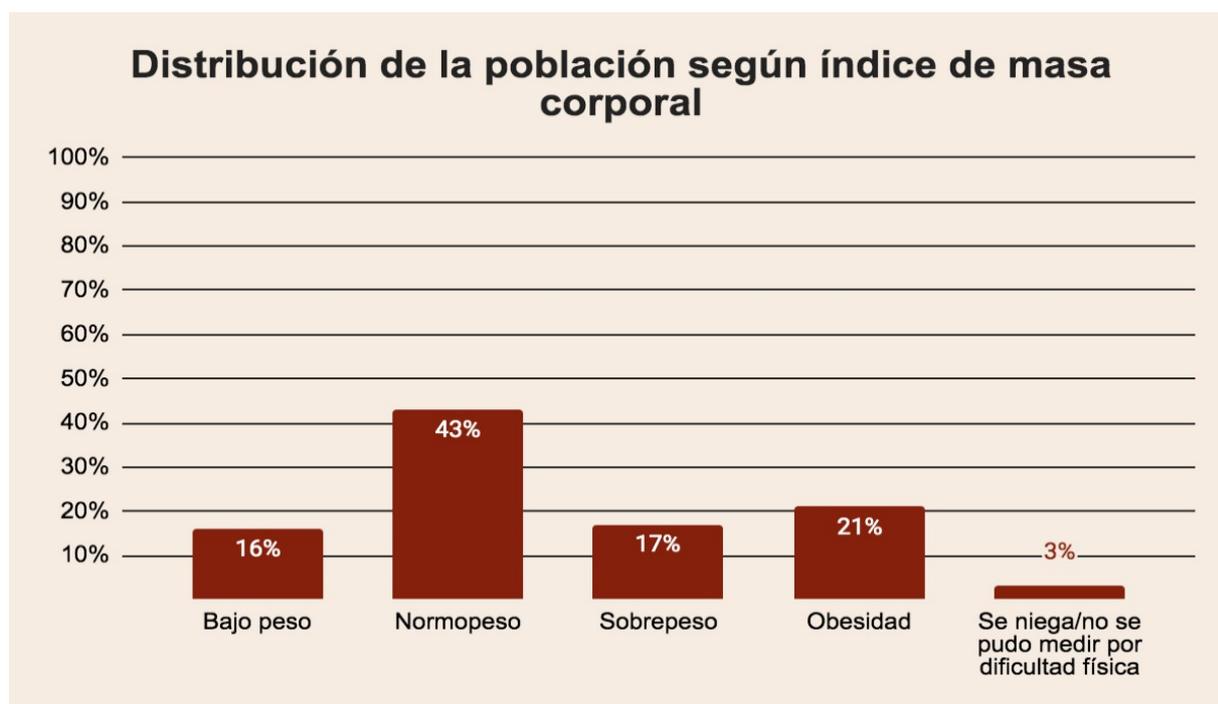


Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay

Tercera sección: Valoración del estado nutricional

TABLA Y GRÁFICA N°11: Distribución de la población según índice de masa corporal

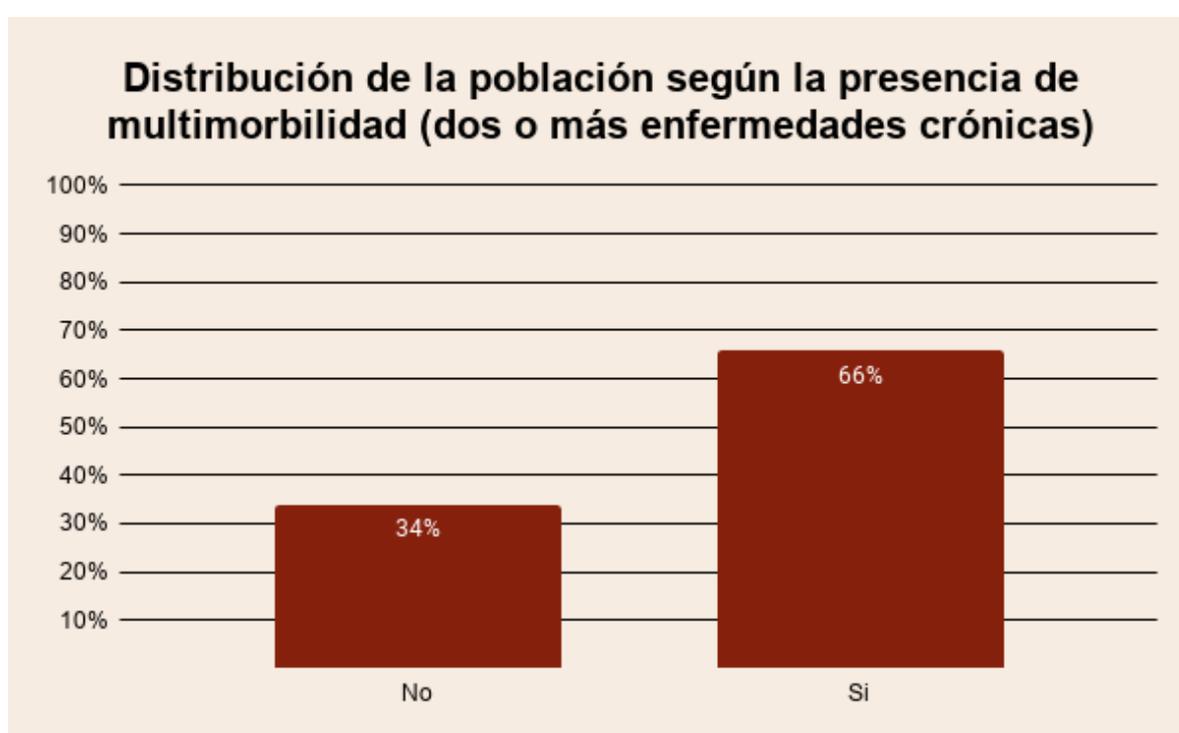
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	FA	FR%
Bajo peso	11	16%
Normopeso	29	43%
Sobrepeso	12	17%
Obesidad	14	21%
Se niega/no se pudo medir por dificultad física	2	3%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°12: Distribución de la población según la presencia de multimorbilidad (dos o más enfermedades crónicas)

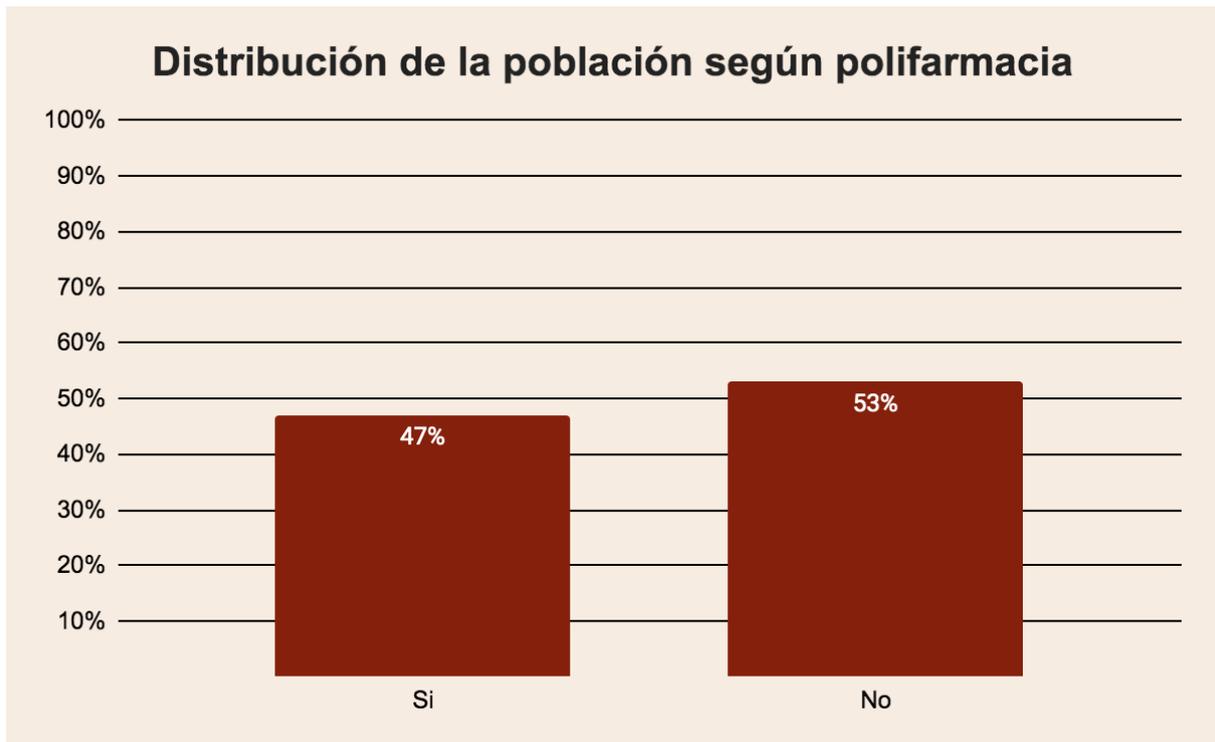
MULTIMORBILIDAD	FA	FR%
No	23	34%
Si	45	66%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°13: Distribución de la población según polifarmacia

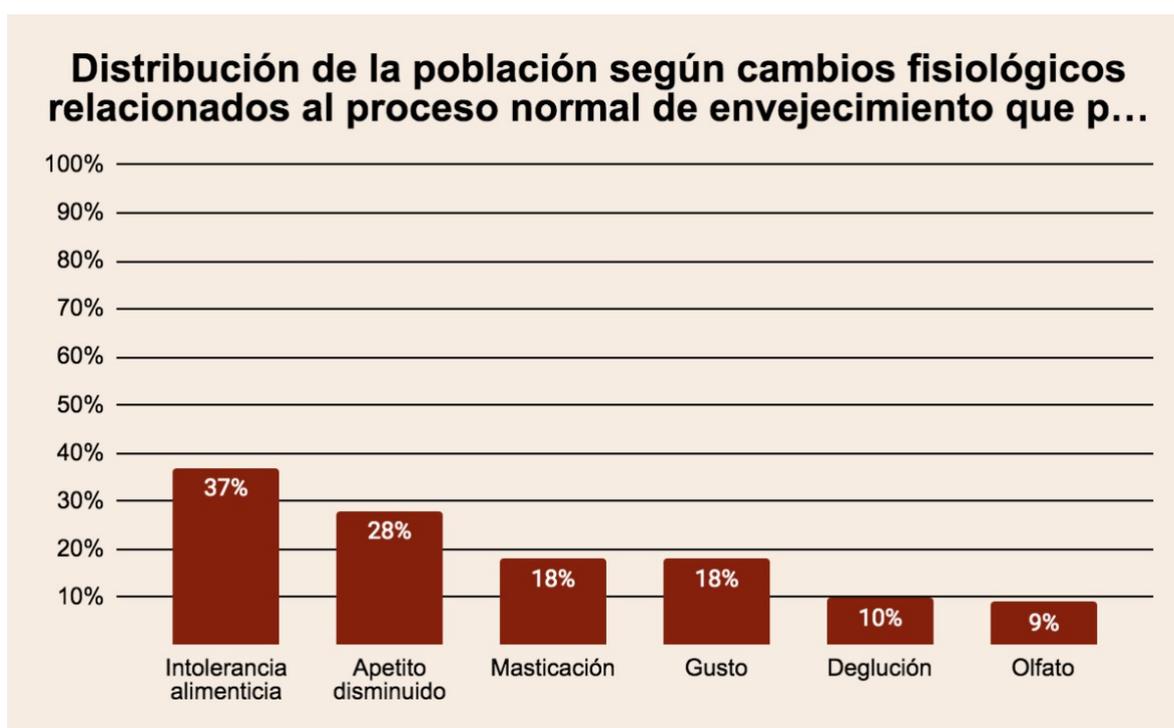
POLIFARMACIA	FA	FR%
Si	32	47%
No	36	53%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°14: Distribución de la población según cambios fisiológicos relacionados al proceso normal de envejecimiento que pueden afectar la alimentación (*)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS RELACIONADOS AL PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO	FA	FR%
Intolerancia alimenticia	25	37%
Apetito disminuido	19	28%
Masticación	12	18%
Deglución	7	10%
Gusto	12	18%
Olfato	6	9%

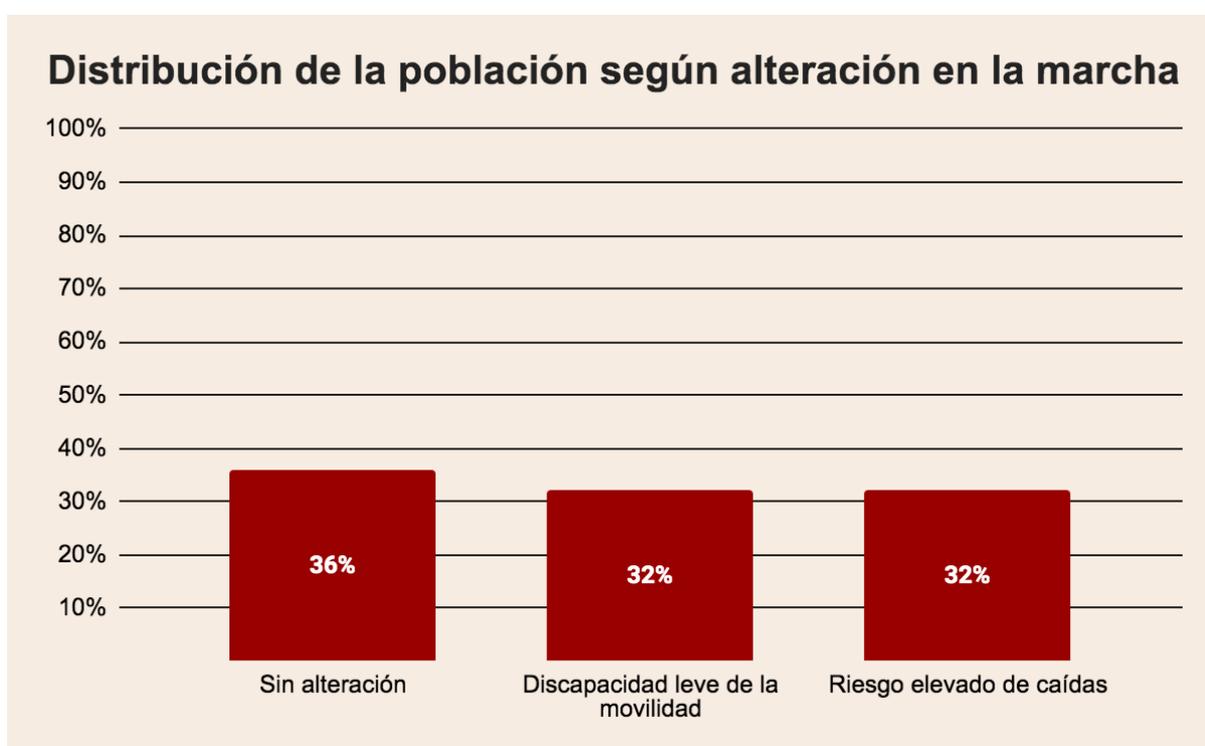


Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

(*) Se agruparon las variables relacionadas a cambios fisiológicos en la persona mayor para facilitar su análisis. El N es el mismo, pero un mismo individuo puede presentar más de una alteración.

TABLA Y GRÁFICA N° 15: Distribución de la población según alteración en la marcha

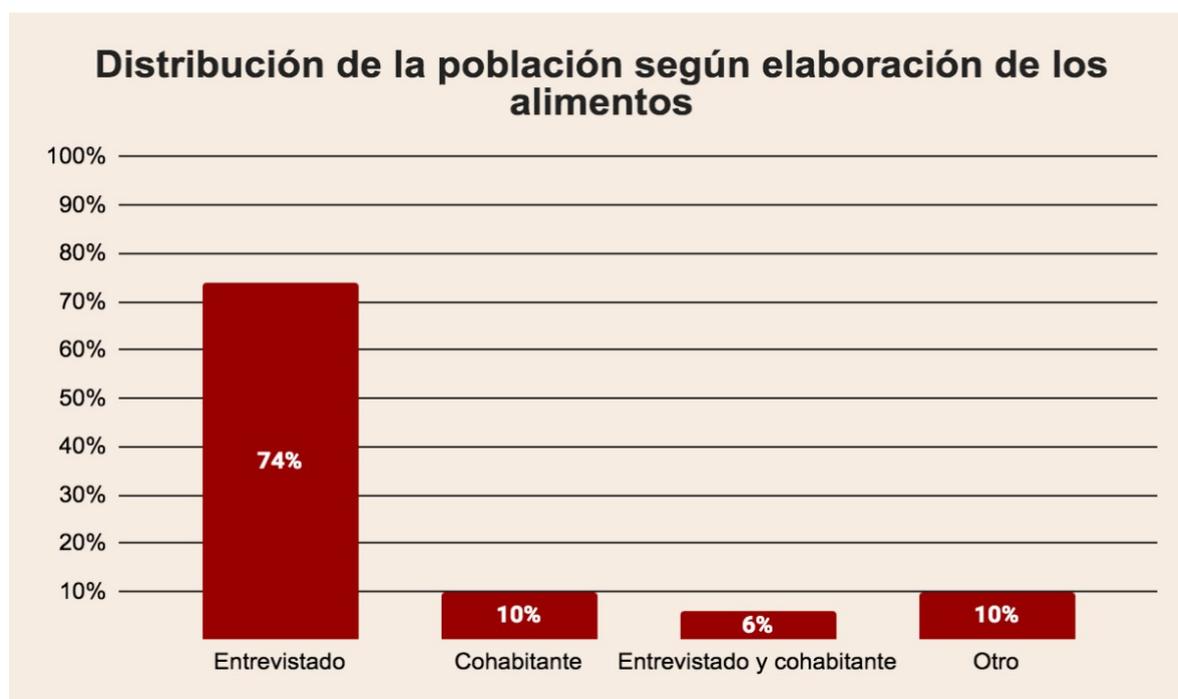
ALTERACIÓN EN LA MARCHA	FA	FR%
Sin alteración	24	36%
Discapacidad leve de la movilidad	22	32%
Riesgo elevado de caídas	22	32%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 16: Distribución de la población según elaboración de los alimentos

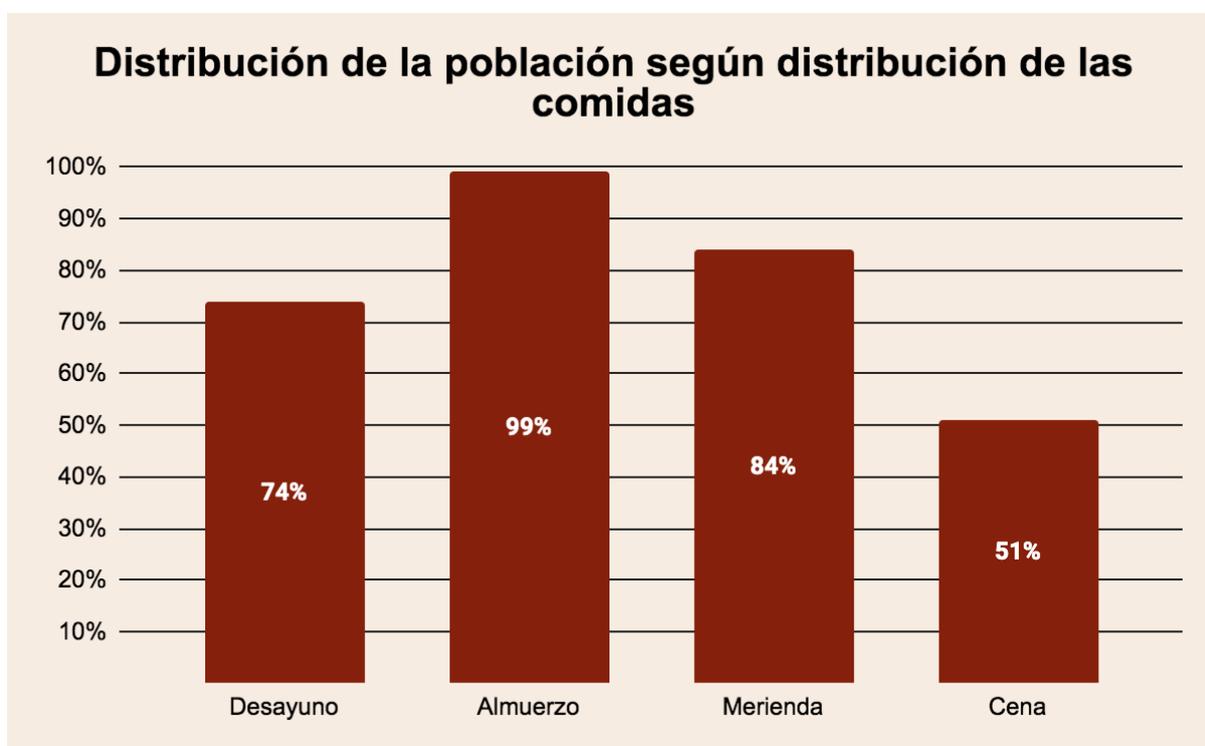
ELABORACIÓN DE LOS ALIMENTOS	FA	FR%
Entrevistado	50	74%
Cohabitante	7	10%
Entrevistado y cohabitante	4	6%
Otro	7	10%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 17: Distribución de la población según distribución de las comidas

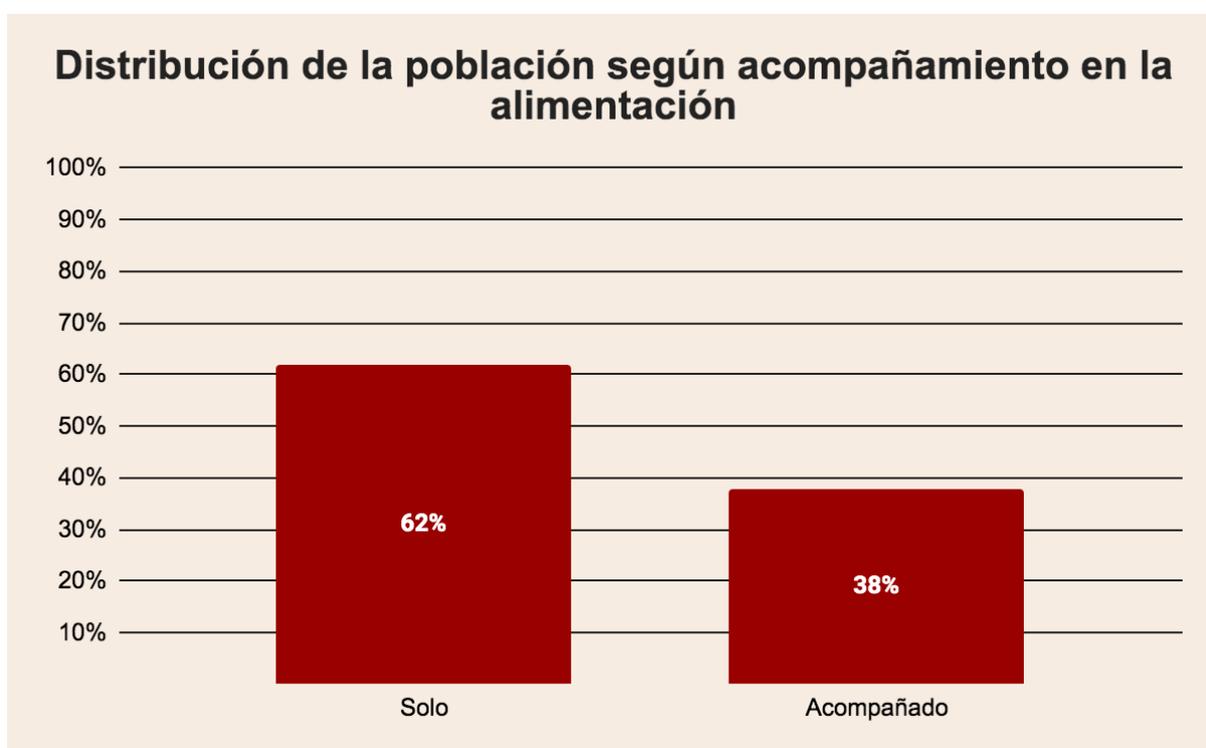
DISTRIBUCIÓN DE LAS COMIDAS	FA	FR%
Desayuno	50	74%
Almuerzo	67	99%
Merienda	57	84%
Cena	35	51%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°18: Distribución de la población según acompañamiento en la alimentación

ACOMPañAMIENTO EN LA ALIMENTACIÓN	FA	FR%
Solo	42	62%
Acompañado	26	38%
Total	68	100%

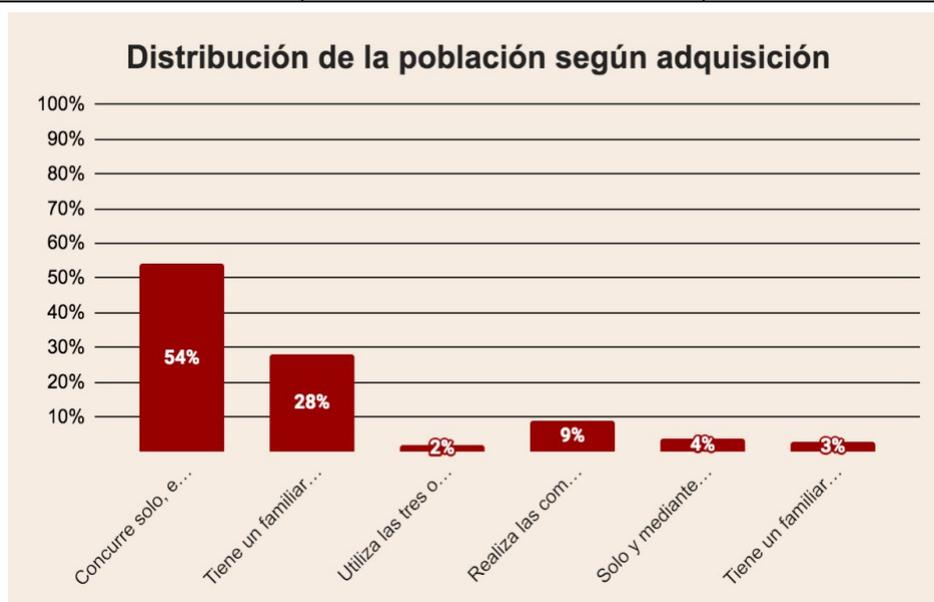


Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

Cuarta sección: Accesibilidad y Selección de alimentos

TABLA Y GRÁFICA N°19: Distribución de la población según adquisición de los alimentos

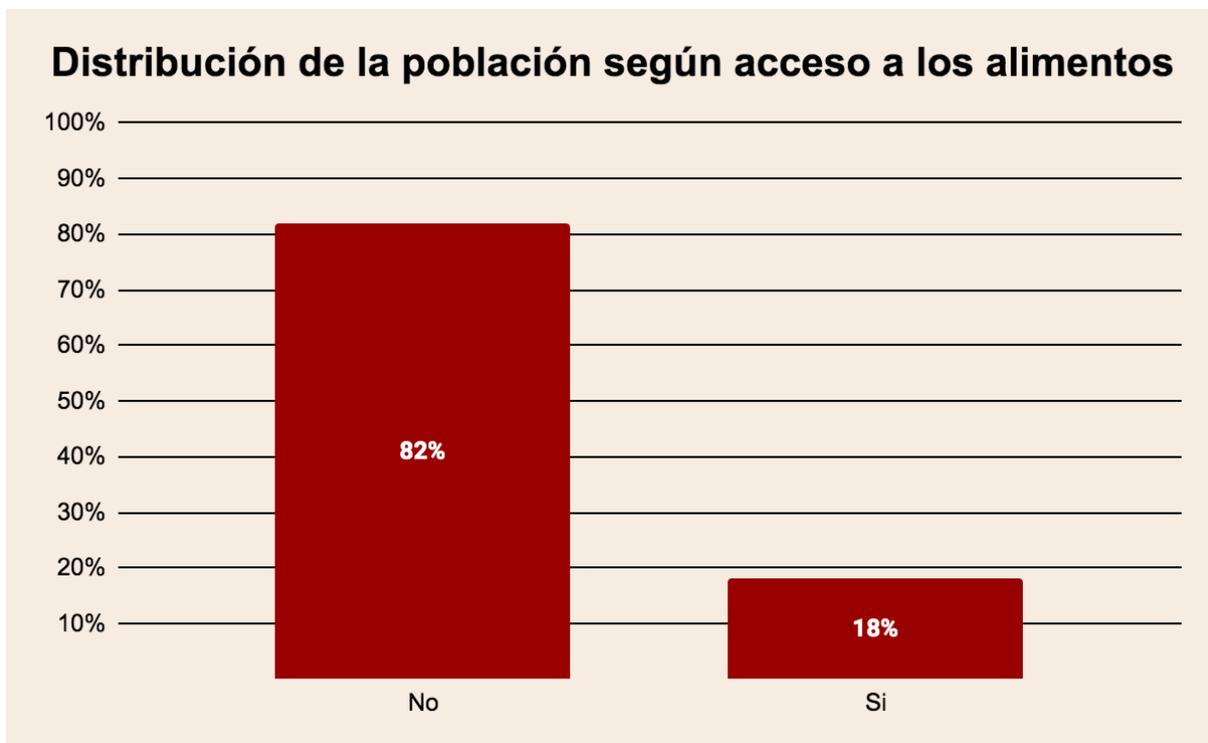
ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS	FA	FR%
Concurre sólo, en forma independiente	37	54%
Tiene un familiar/vecino/cuidador, etc. que le brinda los alimentos	19	28%
Mediante un delivery	0	0%
Utiliza las tres opciones	1	2%
Realiza las compras solo y tiene un familiar/vecino/cuidador, que le brinda los alimentos	6	9%
Solo y mediante un delivery	3	4%
Tiene un familiar/vecino/cuidador, que le brinda los alimentos o mediante un delivery	2	3%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°20: Distribución de la población según acceso a los alimentos

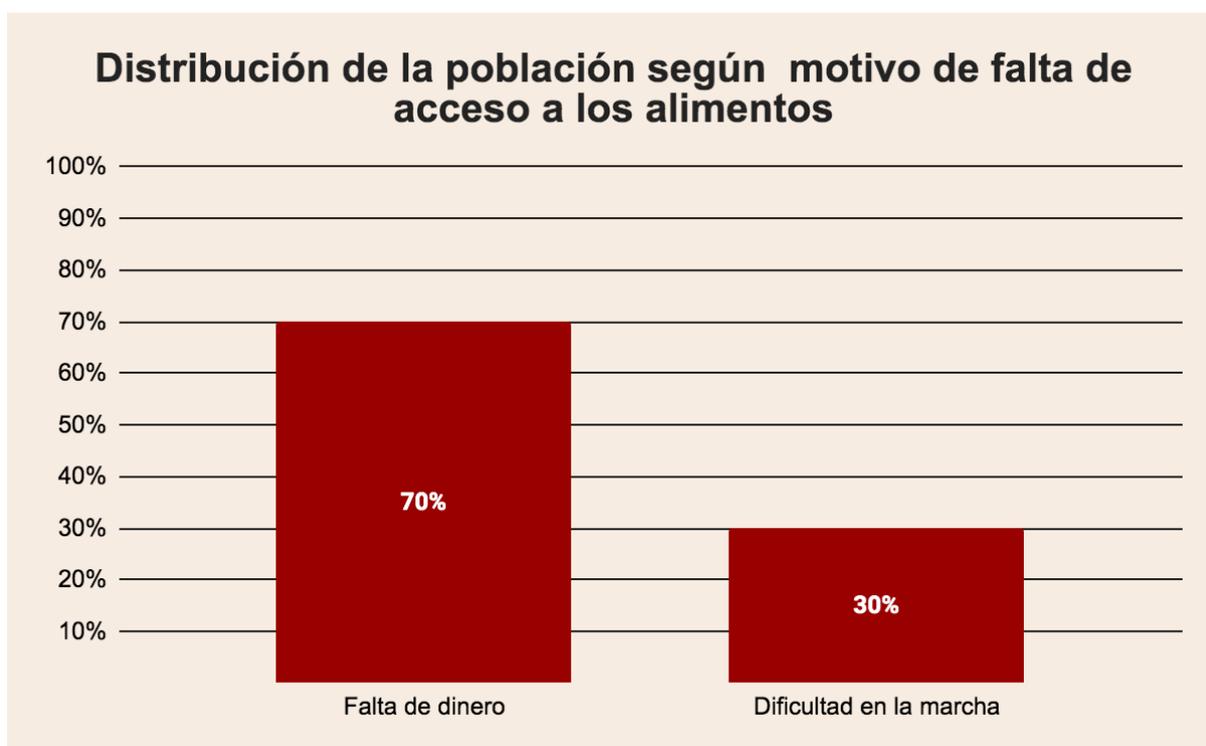
ACCESO A LOS ALIMENTOS	FA	FR%
Si	56	82%
No	12	18%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°21: Distribución de la población según motivo de falta de acceso a los alimentos

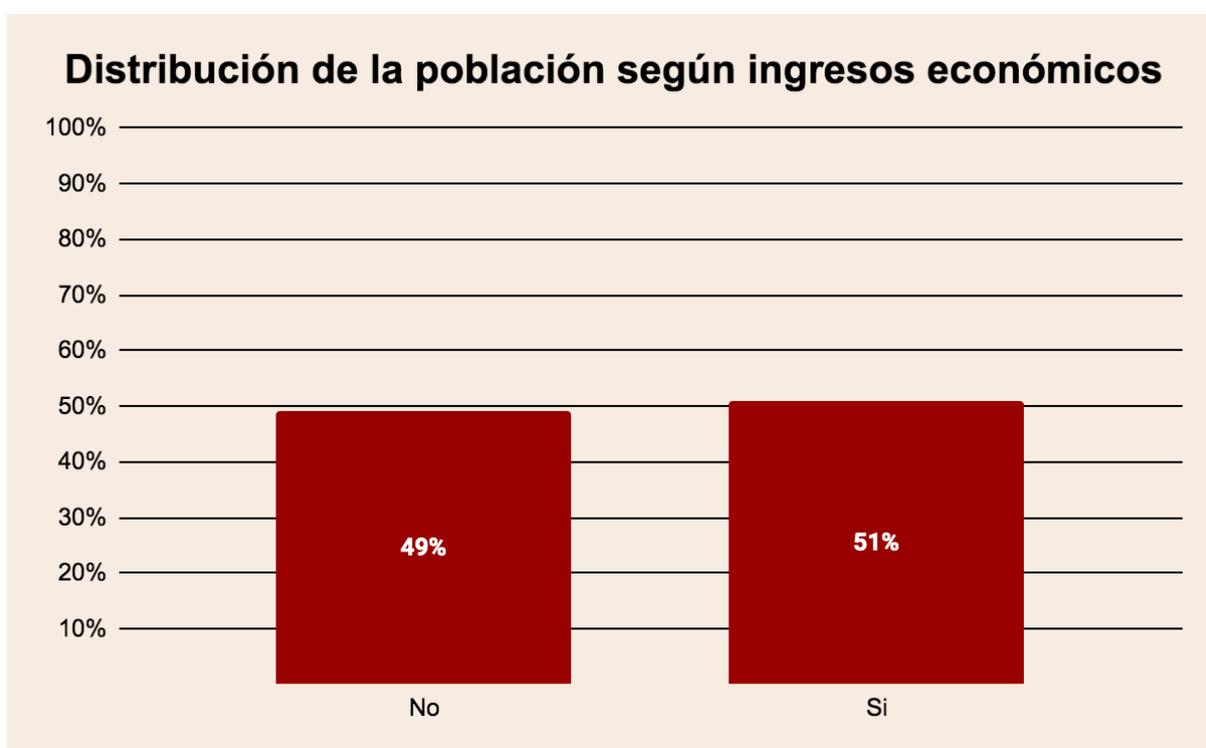
MOTIVO DE FALTA DE ACCESO A LOS ALIMENTOS	FA	FR%
Falta de dinero	8	70%
Dificultad en la marcha	4	30%
Distancia	0	0
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 22: Distribución de la población según ingresos económicos

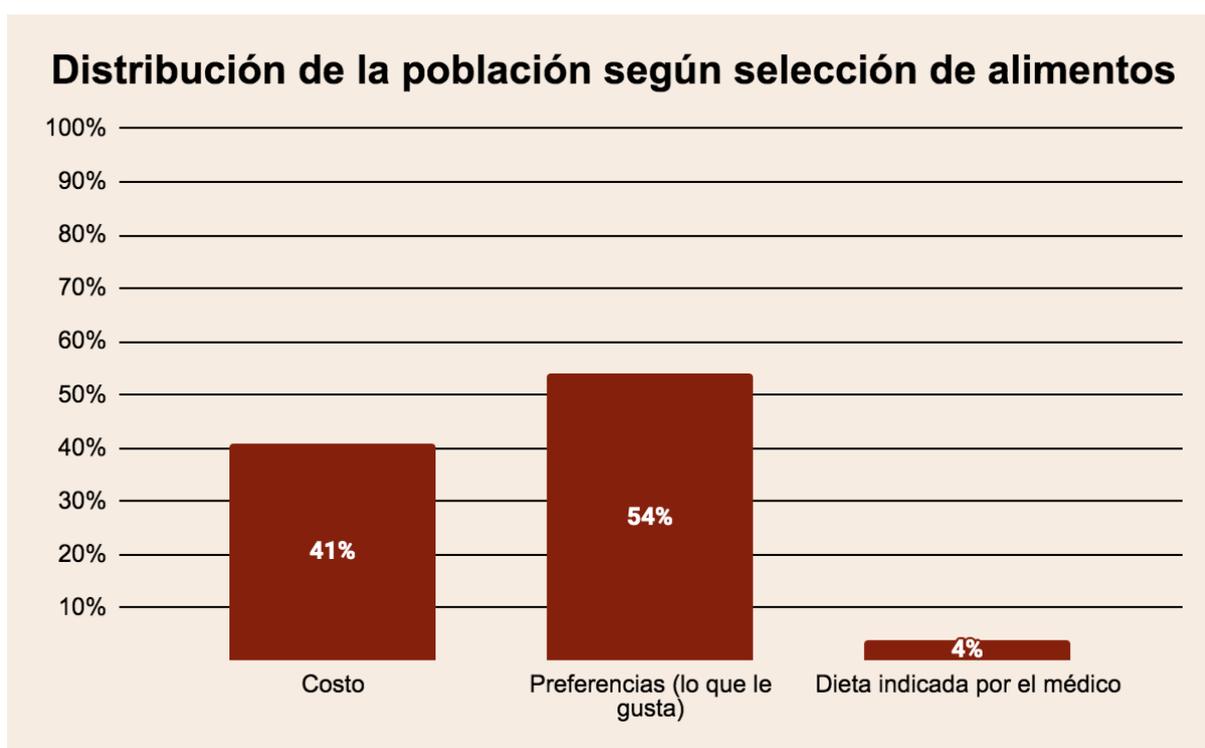
INGRESOS ECONÓMICOS	FA	FR%
No	33	49%
Si	35	51%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 23: Distribución de la población según selección de alimentos

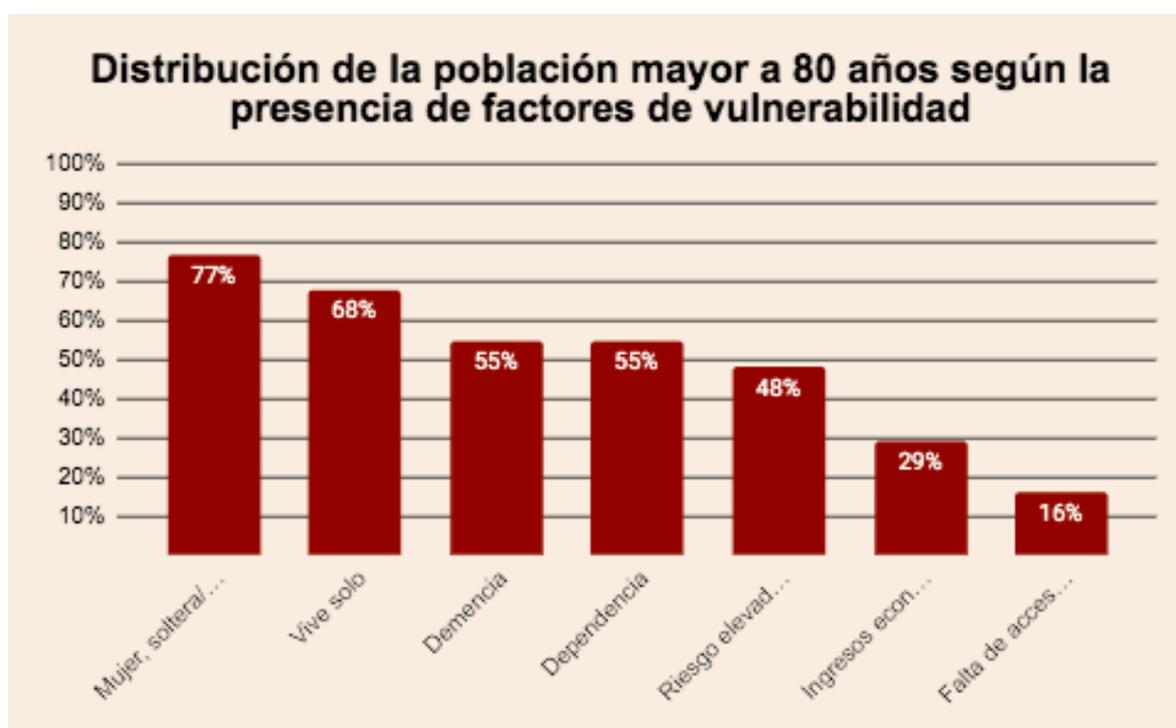
SELECCIÓN DE ALIMENTOS	FA	FR%
Costo	28	41%
Preferencias (lo que le gusta)	37	54%
Dieta indicada por el médico	3	5%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 24: Distribución de la población mayor a 80 años según la presencia de factores de vulnerabilidad.

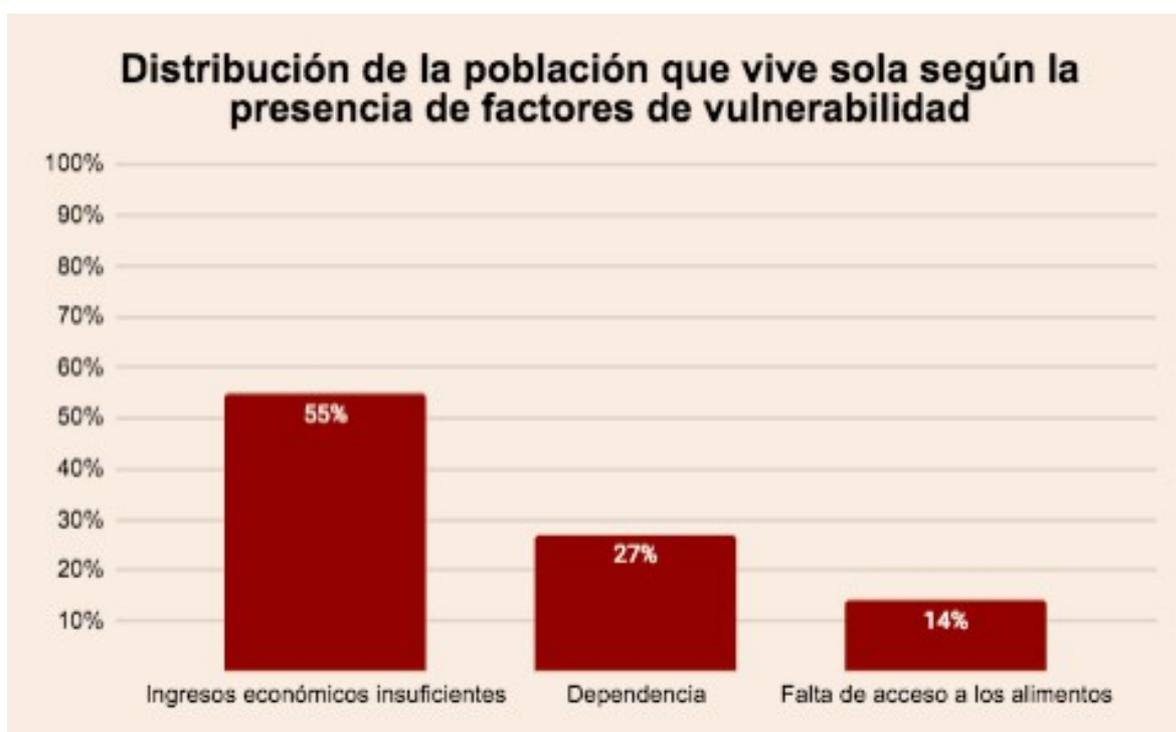
FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR A 80 AÑOS EN ADELANTE	FA	FR%
Mujer, soltera/ viuda.	24	77%
Viven solos	21	68%
Demencia	17	55%
Dependencia	17	55%
Riesgo elevado de caídas	15	48%
Ingresos económicos insuficientes	9	29%
Falta de acceso a los alimentos	5	16%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 25: Distribución de la población que vive sola según la presencia de factores de vulnerabilidad

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR QUE VIVE SOLA	FA	FR%
Dependencia	12	27%
Ingresos económicos insuficientes	24	55%
Falta de acceso a los alimentos	6	14%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

DISCUSIÓN

El instrumento de recolección de datos fue aplicado a un total de 67% PM que habitan en Complejos Habitacionales para jubilados y pensionistas de Uruguay, en el período Noviembre-Diciembre del 2019.

En la ciudad de Montevideo se seleccionaron dos complejos habitacionales que presentaban 82 habitantes, se aplicó al 76% (62) de la muestra. Por otro lado, en la ciudad de Rivera se accedió a un complejo habitacional constituido por 17 habitantes de los cuales aceptaron participar de la investigación el 35% (6) de las PM.

La selección de estos Complejos coincide el desarrollo de la experiencia práctica del curso Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, en el marco del plan de estudios 93.

Para la presentación de los datos se organizaron de la siguiente forma:

- características sociodemográficas de la población
- valoración del estado cognitivo y grado de independencia de cada persona mayor
- valoración del estado nutricional
- accesibilidad y selección de los alimentos de cada residente.

En cuanto a la primera sección características sociodemográficas, se destaca que el 74% corresponde al sexo femenino (tabla y gráfica N°1), característica que coincide con la población total de PM de Uruguay⁴.

El 46% son mayores de 80 años (tabla y gráfica N°2), evidenciando el proceso denominado “envejecimiento de la vejez”, que demuestra un aumento de la esperanza de vida en este grupo de población ⁴, la OMS define a esta población como personas vulnerables.

El 71% cursó primaria y el analfabetismo en la población corresponde al 4% (tabla y gráfica N°3). La baja escolaridad de alguna forma puede condicionar a que estas personas no le den el valor que tiene la accesibilidad a los alimentos, es decir, reconocerlo como un derecho a la alimentación.

En cuanto al estado civil, se destaca que el mayor porcentaje es viudo, correspondiente al 44% (tabla y gráfica N°4), escenario que repercute en los vínculos de la vejez³⁰ y en la disminución de la motivación por la comida de acuerdo a lo evidenciado por la bibliografía consultada.

El 35% de las PM viven solas (tabla y gráfica N°6). El autor Moirano M. et al. manifiesta que se trata de un factor de riesgo que se asocia con el desarrollo de malnutrición por déficit.

El 54% corresponde a PM enfermas y un 38% corresponde a PM frágiles (tabla y gráfica N°7), ambos se encuentran en situación de alto riesgo de volverse dependientes.

Uno de los criterios establecidos para el ingreso a la vivienda es que esta persona debe percibir una pensión y/o jubilación mínima (12UR), demostrando un factor de vulnerabilidad económico. De la muestra el 66% es jubilado y el 24% pensionista (tabla y gráfica N°8).

Solo el 3% es beneficiario del sistema nacional de comedores y programa de apoyo a enfermos crónicos (tabla y gráfica N°2 anexo III). Se destaca la existencia de estos servicios en el país, si bien no fue un punto a conocer de esta investigación llama la atención el bajo porcentaje de personas que acceden a este beneficio generando el cuestionamiento de que si esto se debe a factores como: desinformación, desinterés, distanciamiento geográfico, entre otros.

En referencia a la segunda sección, se puede decir con respecto a la valoración del estado cognitivo aplicando la escala Folstein que el 60% no presenta elementos de demencia y un 37% presenta elementos de demencia leve y moderada, pudiendo afectar en este grupo de personas la realización de actividades de la vida diaria (tabla y gráfica N°9).

Es relevante conocer el grado de autonomía que puede presentar las PM para la realización de AIVD, ya que estas incluyen la capacidad de hacer compras, preparar la comida, uso de medios de transporte, manejo de sus asuntos económicos, entre otras, actividades que influyen en su alimentación. Con respecto a esto el 28% tiene algún grado de dependencia, según la escala de AIVD de Lawton

y Brody, la preocupación es como el sistema apoya a estas personas de acuerdo al grado de dependencia y cómo prevenir el avance de la misma (tabla y gráfica N°10).

Con referencia a la presentación de la tercera sección, valoración del estado nutricional el 37% presenta obesidad o bajo peso de acuerdo al IMC (tabla y gráfica N°11).

El 60% presenta multimorbilidad (tabla y gráfica N°12) y a esto se le agrega un elemento muy importante en este grupo etario como consecuencia mencionado anteriormente la necesidad de tratamientos medicamentosos en donde el 47% presenta polifarmacia (tabla y gráfica N°13), según la OMS esta se define como el consumo de tres o más fármacos.

La polifarmacia es un elemento de riesgo considerado en la Geriatría como un Síndrome Geriátrico. La presencia de esta en las PM aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos como pérdida de apetito, náuseas, vómitos, alteración en el sentido del gusto, disfagia y xerostomía, desarrollando importantes consecuencias en lo que respecta a la calidad de vida⁵³.

El 18% refirió dificultad para masticar (tabla y gráfica N°14). El acto de masticar constituye la primera etapa de la digestión, su función más importante es la alimentación y por medio de ella tener una nutrición equilibrada. La dificultad para masticar provoca dolor y malestar, la elección del alimento puede verse restringida a lo que el estado dentario le permite, pudiendo afectar la ingesta de alimentos que debería consumir y/o que sea de su preferencia³⁹.

Un elemento importante a ser valorado por Enfermería en la persona mayor es el trastorno de la deglución, al preguntar sobre este punto el 10% refirió presentar dificultad en la deglución (tabla y gráfica N°14). Los trastornos en la deglución, en sus casos más graves pueden causar deshidratación, pérdida de peso, desnutrición y complicaciones pulmonares⁴⁰.

A nivel del Proceso del Envejecimiento existen cambios a nivel del gusto y olfato. La bibliografía refiere que la pérdida de papilas gustativas incide directamente en el apetito⁵, los datos obtenidos por las PM refieren que el 18% tienen pérdida en el sentido del gusto y el 9% en el olfato.

El 28% refirió presentar una disminución del apetito (tabla y gráfica N°14). La valoración de la pérdida del apetito es compleja y eso implica una valoración más exhaustiva porque puede deberse a factores gastrointestinales, pero también puede deberse a factores psicológicos, por ejemplo, la depresión³⁸.

El 37% refirió intolerancias alimenticias (tabla y gráfica N°14), pudiendo significar un problema nutricional determinante en la salud de la persona mayor, ya que afecta su calidad de vida y esto se asocia con la edad debido a los cambios en el sistema digestivo que se producen en esta etapa de la vida⁴².

El poder valorar la accesibilidad de las PM tiene también que ver con conocer la movilidad de ésta en el medio. La existencia de dificultades en la movilidad, genera inconvenientes en los traslados y puede contribuir a la existencia de miedo a las caídas, siendo un problema la compra de los alimentos por su cuenta de forma independiente. El 32% de las PM presentan riesgo elevado de caídas (tabla y gráfica N°15) según la “prueba cronometrada de levántate y anda”. Las caídas se asocian con alta incidencia en morbilidad futura e incapacidad funcional⁶⁴.

El 74% de las PM elabora los alimentos, el 20% de los mismos no cocina y lo realiza el cohabitante o un tercero que no reside en el hogar (tabla y gráfica N°16). Dentro de los que no lo realizan el 71% de estos presenta algún grado de dependencia, el 50% presenta deterioro en la movilidad (riesgo elevado de caídas) y un 50% tiene elementos de demencia, lo que implica una limitación a la hora de elaborar los alimentos.

Con referencia a las cuatro comidas diarias, un 74% desayuna, el 99% almuerza, un 84% realiza la merienda, y el 51% cena (tabla y gráfica N°17). Un porcentaje importante, correspondiente al 26% no desayuna, siendo esta una de las comidas más importantes del día.

El 62% come solo (tabla y gráfica N°18), según el autor Millán J., esto puede representar un factor que afecta la motivación para realizar las comidas.

Realizando el análisis de la última sección, en referencia a la accesibilidad y selección de alimentos, el 54% de la población a la hora de adquirir los alimentos lo realiza solo, el 31% no realiza compras, cuenta con la colaboración de un familiar, vecino o cuidador que le brinda los alimentos o lo efectúa mediante un delivery (tabla

y gráfico N°19). Este pequeño grupo que presenta dificultades en realizar las compras, presentan determinados impedimentos a la hora de realizar esta actividad instrumental, el 81% presentó algún grado de dependencia para las AIVD, el 71% presenta riesgo elevado de caídas y el 63% sufre de algún grado de demencia.

El 18% manifestó que durante la semana no pudo acceder a algunos alimentos (tabla y gráfica N°20). Dentro de esta población del 18% los motivos de la falta de acceso, según manifestaron, fueron la falta de dinero en el 70% de los casos y un 30% por dificultades en la marcha (tabla y gráfica N°21).

El 51% refirió que sus ingresos no le permiten cubrir los gastos del mes (tabla y gráfica N°22), por lo cual el acceso económico a una alimentación adecuada se puede ver afectado.

En cuanto al criterio para la selección de los alimentos el 41% refiere que en la adquisición del alimento opta por el de menor costo (tabla y gráfica N°23). Que esto sea un factor primordial a la hora de elegir que consumir puede derivar en que el valor nutricional de los alimentos juegue un rol secundario. Por otro lado, el 54% de la población selecciona sus alimentos a la hora de comprar por su preferencia personal priorizando alimentos con un costo más elevado, pero según consideran, de mejor calidad.

El 35% refiere que dentro de las pautas de su tratamiento debe ajustarse a una dieta, sin embargo, solo el 5% refirió seleccionar los alimentos tomando como referencia esa dieta (tabla y gráfica N°23) ya que priorizan otros factores como su preferencia personal o el costo de los alimentos.

El grupo investigador en el análisis de los datos de esta población que ya tiene factores de vulnerabilidad identifica dos subgrupos con una agudización de esa vulnerabilidad, que son las PM de 80 años y por otro lado son las personas que viven solas. En el primer subgrupo correspondiente a mayores de 80 años se agruparon las siguientes variables: mujer, soltera y/o viuda, viven solos, grado de demencia, grado de dependencia, riesgo elevado de caídas, ingresos económicos insuficientes y falta de acceso a los alimentos. El segundo subgrupo, los que viven solos, entre ellos, se agruparon las siguientes variables: grado de dependencia, ingresos económicos insuficientes y falta de acceso a los alimentos.

En el grupo de las PM de 80 años el 46% de la muestra (tabla y gráfica N°24) tiene dificultades con referencia a la accesibilidad en la alimentación. El 77% corresponde a mujeres, solteras, divorciadas o viudas. Las mujeres de edad avanzada que viven solas son más vulnerables a la pobreza y al aislamiento social. Las situaciones de soledad pueden desencadenar procesos depresivos que aumentan el deterioro físico.

El 48% de esta población mayor a 80 años viven solos.

El 55% presenta algún grado de demencia, por lo cual podría verse afectada la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, las cuales incluyen las actividades relacionadas con la alimentación.

El 55% presenta algún grado de dependencia en lo que refiere a la realización de las AIVD. Uno de los requisitos para acceder al beneficio de vivienda es justamente la autonomía, pero, de acuerdo a diversos factores esta puede verse alterada durante el proceso de envejecimiento. A su vez, el 48% de la población presenta riesgo elevado de caídas manifestado por alteración en la marcha.

El 29% menciona percibir ingresos económicos insuficientes. El porcentaje de la falta de acceso a los alimentos es del 16%, uno de cada 6 personas de esta población no accede a los alimentos, los motivos según refirieron fueron en un 60% de los casos por falta de dinero y un 40% por dificultad en la marcha.

Con referencia al segundo subgrupo identificado que puede presentar una agudización en las dificultades en la accesibilidad en la alimentación son los que viven solos (tabla y gráfica N°25). Cabe aclarar que los datos expuestos a continuación se obtuvieron de la población que vive sola independiente de su edad por lo cual se incluyeron los mayores a 80 años.

De estos el 27% presenta algún grado de dependencia por lo cual necesitan la asistencia de otra persona para la realización de algunas de las AIVD. El 25% no pueden realizar compras, dependen de que un familiar, cuidador o vecino les brinde los alimentos, por lo cual su acceso se puede ver vulnerado en el caso que no cuente con asistencia para esta actividad.

El 55% refiere ingresos económicos insuficientes. Como se mencionó anteriormente, que contar con ingresos económicos escasos es uno de los requisitos para acceder al beneficio de viviendas. Esta condición, sumado al hecho de vivir solo, supone una situación de vulnerabilidad, si la persona no cuenta con redes de apoyo.

El 14% refirió falta de acceso a los alimentos durante la semana, una de cada siete personas no accede a los alimentos, el 50% de estos por falta de dinero y el restante por dificultad en la marcha.

Los resultados obtenidos fueron similares al estudio mencionado anteriormente “Una aproximación al estudio del perfil de beneficiarios del programa de vivienda para jubilados y pensionistas” realizado en el año 2007, en ambos predominó el sexo femenino, las PM que viven solas, los ingresos económicos bajos y personas que requieren asistencia para las actividades cotidianas, además en el estudio anterior las PM consideraban que se debería complementar la vivienda con otros tipos de servicios. Por lo cual esta problemática, de PM con criterios de vulnerabilidad que no cuentan con asistencia que atiendan sus necesidades, ha persistido durante el tiempo.

CONCLUSIONES

Este trabajo permitió conocer la accesibilidad en la alimentación con la que cuentan las PM que residen en complejos habitacionales, lográndose concluir los objetivos planteados.

Donde se desarrolló este trabajo de investigación se puede decir que el derecho a la accesibilidad de la alimentación de estas PM no se ve respetado. Los datos representan que la mitad de la población refiere que sus ingresos económicos no les permite cubrir los gastos generales del mes incluidos la alimentación, salud, impuestos, etc. algunos reciben asistencia de familiares. Los problemas que más afectan a la accesibilidad son ingresos económicos insuficientes y problemas funcionales como la dificultad en la marcha.

Cabe recordar que la accesibilidad, tanto en términos económicos como físicos, es uno de los componentes fundamentales del derecho a una alimentación adecuada⁶.

El encargado de la promoción y protección de los derechos humanos de las PM en Uruguay es Inmayores en la órbita del MIDES.

En el Uruguay el derecho a la alimentación está reconocido en forma implícita en la Constitución y responsabiliza al Estado de la legislación en el asunto de higiene y salud¹⁰.

A su vez el INDA tiene como cometido proteger y promover el ejercicio del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada, la Seguridad y la Soberanía Alimentaria de todos los habitantes y en especial de la población vulnerable. A su vez tiene como misión fomentar la investigación a nivel nacional en relación a la alimentación¹².

Inmayores tiene como uno de sus cometidos fomentar y ejecutar actividades de investigación en relación al envejecimiento. Además es el encargado de evaluar las políticas sociales dirigidas a esta población¹³.

Sin embargo, los recursos asignados para el desarrollo de políticas y programas destinados a la persona mayor son insuficientes y no llegan a cubrir sus necesidades, las redes de apoyo formales son escasas y poco accesibles, por esta

razón en ocasiones, en los mejores casos, cuentan con su familia y/o vecinos como única red de apoyo. La ausencia de redes de apoyo provoca aislamiento social, disminuyen su sentido de pertenencia en la comunidad y afectan su calidad de vida.

La investigación revela que, a nivel nacional, es necesario indagar más acerca de las necesidades de esta población, ya que la información se encuentra dispersa. Se necesitan estudios que permitan conocer la magnitud de la población que tiene vulnerado su derecho a la alimentación. Esto constituye el primer paso para el desarrollo de programas acordes a sus necesidades.

Los datos obtenidos muestran que las características de esta población contienen elementos de vulnerabilidad y que estos contribuyen a la progresividad hacia la dependencia. Generando la necesidad de seguir trabajando en políticas dirigidas a la vejez para garantizar sus derechos, con el objetivo de promover una vejez digna, agregando en estas discusiones la posibilidad de escuchar a la propia persona mayor, como participante activo de la defensa de sus derechos.

En otros países, las PM que presentan características similares a nuestra población de estudio, con problemas de dependencia y otros criterios de vulnerabilidad, reciben por ejemplo comidas a domicilio asegurando su accesibilidad a los alimentos. Hecho que se puede lograr, en nuestro país, diseñando con un equipo interdisciplinario políticas y programas con propuestas para aumentar la accesibilidad alimentaria de esta población.

Para la enfermería profesional es esencial conocer las posibilidades con la que cuenta la persona mayor a la hora de acceder a una alimentación adecuada tanto a nivel económico, como físico y todas las dimensiones que confluyen para que el individuo pueda acceder a la misma. Además conocer cómo influye el proceso normal de envejecimiento en la alimentación permite incorporarlo en la valoración y en el plan de cuidados, pensando en intervenciones efectivas.

La alimentación adecuada es uno de los pilares fundamentales para mantener un correcto estado de salud y así contribuir a que la persona mayor permanezca en su propio domicilio en estados funcionales y sociales que aseguren su calidad de vida.

Es importante resaltar la presencia, en los complejos habitacionales donde fue realizado el trabajo de investigación, de docentes y estudiantes del Curso de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería, quienes se encuentran comprometidos con la salud de las PM residentes, realizando intervenciones oportunas, potenciando sus fortalezas y habilidades.

La accesibilidad en la alimentación es un tema que aún requiere mucha investigación y en el cual la información se encuentra dispersa, esta investigación sirve como fuente de información para aumentar la visibilidad de esta población en particular.

SUGERENCIAS

- Realizar diagnósticos de situación de esta población (PM que residen en complejos habitacionales para jubilados y pensionistas), con el fin de conocer sus características y necesidades individuales y colectivas, para que sirvan de suministro para ejecutar planes de acción efectivos.
- Creación de un programa de “comida a domicilio” por parte del MIDES (en particular Inmayores) en conjunto con el MSP para PM que tengan limitada su autonomía personal. El mismo será gratuito para los que presenten escasos recursos. Las dietas deberán ser adaptadas a sus necesidades, posterior a la valoración de un equipo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Uruguay. Ministerio de Salud. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/diagnostico-de-la-situacion-alimentaria-y-nutricional> [consulta: 24 set 2018].
2. Universidad de la República. (Uruguay). Espacio Interdisciplinario. La alimentación en debate: problemas y alternativas: un enfoque interdisciplinario. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7403/1/c_t_alimentaci%C3%B3n.pdf [consulta: 24 set 2018].
3. Brunet N, Márquez A. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay: envejecimiento y personas mayores en Uruguay. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/a80a383e-d903-40bc-8023-8d69e30988e2> [consulta: 24 set 2018].
4. García Hernández M, Martínez Sellarés R. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier, Masson; 2012.
5. Millán Calenti JC. Gerontología y geriatría: valoración e intervención. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
6. Calanchini J, Borche A, Canclini G. El Derecho a la alimentación en el marco normativo de Uruguay 1985-2014. [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACI%C3%93N%20EN%20URUGUAY%20%20\(2017\).pdf](https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACI%C3%93N%20EN%20URUGUAY%20%20(2017).pdf) [consulta: 7 m ay 2019].
7. Uruguay. Cámara de Representantes. Derecho a la alimentación, seguridad alimentaria y nutricional de la población. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/aresolveref.aspx?REPARTIDO,D/2019/08/165/01//PDF> [consulta: 28 feb 2020].
8. Sirlin C. Una aproximación al estudio del perfil de beneficiarios del programa de vivienda para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social.

- [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/1683/estudios-del-perfil-de-beneficiarios-del-programa-de-vivienda-para-jubilados-y-pensionistas-del-bps-c-sirlin.html> [consulta: 15 jul 2019].
9. Ley N° 19.430. Convención interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores del 8 de septiembre de 2016. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/19430-2016> [consulta: 12 may 2020].
 10. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El derecho a la alimentación en Uruguay. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/es/derecho-alimentacion/URY> [consulta: 28 feb 2020].
 11. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Urge una ley que cuide la alimentación de los uruguayos. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://www.fao.org/uruguay/noticias/detail/es/c/1185852/> [consulta: 03 mar 2020].
 12. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Alimentación [Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-alimentacion> [consulta: 10 jun 2020].
 13. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Mayores [Internet]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-personas-mayores> [consulta: 10 jun 2020]
 14. Banco de Seguridad Social. BPS presentó el plan Vivienda Asistida en el Complejo Burgues. [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/16720/bps-presento-el-plan-vivienda-asistida-en-el-complejo-burgues.html> [consulta: 18 may 2020]

15. Banco de Seguridad Social. Memoria Anual 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/17353/1/memoria-anual-2019.pdf> [consulta: 7 jul 2020]
16. Pugliese L. Programas y Servicios para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores dependientes [Internet] 2011. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1477/1/programa-y-servicios-para-el-cuidado-de-las-personas-mayores-2-parte-.l.-pugliese.pdf> [consulta 10 jun 2020].
17. Sede.madrid.es. Comida a Domicilio para Mayores [Internet] 2018. Disponible: <https://sede.madrid.es/portal/site/tramites/menuitem.62876cb64654a55e2dbd7003a8a409a0/?vgnextoid=e426ef82e1bed010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=61eba38813180210VgnVCM100000c90da8c0RCRD&vgnnextfmt=default> [consulta 10 jun 2020].
18. Jiménez Lara A, Quezada García M. Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). [Internet]. 2008. Disponible en: http://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/Doc_Adultos_MAYores.pdf [consulta: 2 mar 2020].
19. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-del-adulto-mayor> [consulta: 26 set 2018].
20. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Programa de pensión para adultos mayores. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/107> [consulta: 2 mar 2020].
21. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Programa de atención integral al adulto mayor. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/40> [consulta: 2 mar 2020].
22. Plataforma de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Rede de equipamentos públicos de alimentação e nutrição (restaurantes populares, bancos de

- alimentos e cozinhas comunitárias). [Internet]. 2020. Disponible en: <https://plataformacelac.org/programa/93> [consulta: 2 mar 2020].
23. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares 2016-2017 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Principales+Resultados+de+la+Encuesta+de+Gastos+e+Ingresos+de+los+Hogares+2016-2017+%28ENGIH%29/f71f5305-db24-4fc6-b797-9a67076e2188>
24. Troncoso Pantoja C, Amaya Placencia A, Acuña Monsalve J, Villablanca Rocha F, Yévenes Leal N. Perspectivas de adultos mayores sobre aspectos sociales que condicionan su alimentación. *Gac Med Bol* [Internet] 2017; 40(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662017000100004 [consulta: 15 may 2019].
25. Alvarado García A, Lamprea Reyes L, Murcia Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet] 2017; 14(3): 199-206. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665706317300398?token=78454D5D72E07184603AE60D4B030D84A6176C2753B409904641B1D74D21FFBA8A46CCCE5F10AF0B13B4EBF3E26EAFD6> [consulta: 27 set 2018].
26. Uruguay. Instituto Nacional del Adulto Mayor. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/75031/1/las-personas-mayores-en-uruguay.-ssteima-de-informacion-sobre-vejez-y-envejecimiento-sive-mides-inmayores-2015.pdf> [consulta: 24 set 2018].
27. Berriel F, Pérez Fernández R, Rodríguez S. Vejez y envejecimiento en Uruguay: fundamentos diagnósticos para la acción. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21559/1/vejez_en_uruguay.p](http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/21559/1/vejez_en_uruguay.pdf)df [consulta: 24 set 2018].

28. Aranco N, Sorio R. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay [Internet]. 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Uruguay_es.pdf [consulta: 20 oct 2019].
29. Nuñez I. Programa de soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS: principales características de los beneficiarios. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/7125/1/41._programa_de_soluciones_habitacionales_para_jubilados_y_pensionistas_del_bps._nunez.pdf [consulta: 28 set 2018].
30. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de información sobre envejecimiento y vejez. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/103139/1/las-personas-mayores-en-uruguay-un-desafio-impostergable-para-la-produccion-de-conocimiento-y-las-politicas-publicas-cuatriptico.-2015.pdf> [consulta: 28 set 2019].
31. Centro de investigaciones económicas. Nivel y heterogeneidad de las jubilaciones y pensiones del sistema de seguridad social en el Uruguay. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.observatorioseguridadsocial.org.uy/images/Informe_Ingresos_Seg_Social.pdf [consulta: 5 mar 2020].
32. Banco de Seguridad Social. Topes y aumentos de pasividades. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/6182/topes-y-aumentos-de-pasividades.html> [consulta: 5 mar 2020].
33. Ley N° 18617. Creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM) en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social del 6 de noviembre de 2009. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2> [consulta: 5 mar 2020].

34. Uruguay. Cámara de Representantes. Código del adulto mayor [Internet] 2016. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/representantes/documentos/repartido/48/623/0/pdf> [consulta: 5 mar 2020].
35. Álvarez V, Palumbo R, Piovesan S, Rodríguez C, Salveraglio I, Silveira V. Trabajo con personas mayores: un abordaje integral en la comunidad. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18001/1/peadmday.pdf> [consulta: 5 mar 2020].
36. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud> [consulta: 5 mar 2020].
37. Torres A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar [tesis] [Internet]. 2003. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf [consulta: 27 set 2018].
38. Barrera J, Osorio S. Envejecimiento y nutrición Rev Cubana Invest Bioméd [Internet] 2007; 26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000100008 [consulta: 10 may 2020].
39. Nisizaki S. Funciones de la masticación en el adulto mayor. Su rol protagónico dentro de las funciones bucales [Internet] 2013. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/download/946/939/> [consulta 10 may 2020]
40. Suárez J, Rueda Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurol Colomb [Internet] 2018; 34(1): 92-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v34n1/0120-8748-anco-34-01-00092.pdf> [consulta: 10 oct 2019].
41. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo [Internet] 2007; 30 (8): 487-497. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trastornos-deglucion-un-reto-el-13110504> [consulta 10 may 2020]

42. Umaña S. Efectos en el estado nutricional de la presencia de intolerancias alimentarias más frecuentes en la persona mayor institucionalizada [tesis] [Internet]. 2017. Disponible en: <http://13.65.82.242:8080/xmlui/bitstream/handle/cenit/654/NUT-768.pdf?sequence=1> [consulta: 10 may 2020].
43. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Guía: para una alimentación saludable, compartida y placentera. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya> [consulta: 27 set 2018].
44. Medline Plus. Nutrición para personas mayores. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html> [consulta: 7 set 2019].
45. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Aspectos metodológicos sobre medición de la línea de pobreza: el caso uruguayo. [Internet]. 1996. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=8818058f-d56a-4a11-8bcb-d31b578abc5b&groupId=10181[consulta: 7 may 2019].
46. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2017. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/30913/Pobreza0418/00d54287-c8b4-4a1d-aa3d-6e873c2776e9> [consulta: 7 may 2019].
47. Finanzas.com.uy. Cuál es la canasta básica en Uruguay. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://finanzas.com.uy/canastica-basica/>[consulta: 1 mar 2020].
48. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría: tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatría y

- Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2001_l.pdf [consulta: 3 nov 2019].
49. Carazo Vargas P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista Educación [Internet] 2001; 25 (2): 125-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44025211> [consulta: 17 may 2018].
50. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es [consulta: 24 set 2019].
51. Prados Torres A, Cura González I del, Prados Torres JD, Leiva Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón Larranaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne: un enfoque centrado en la persona. Aten Primaria [Internet] 2017; 49(5): 300-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304942#bib0240> [consulta: 10 dic 2019].
52. Serra Urral M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2013; 12(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016 [consulta 10 oct 2019]
53. Mimiaga Hernández C, Trujillo de los Santos Z. Nutrición y vejez. Cienc [Internet] 2011. Disponible en: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/07_Nutricion.pdf [consulta: 9 set 2017].
54. Pérez Martínez V. El deterioro cognitivo: una mirada previsor Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2005; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017 [consulta: 15 jul 2019].

55. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf> [consulta: 15 jul 2019].
56. Bermejo Pareja F, Morales González JM, Valerga C, Ser Quijano T del; Artolazábal J, Gabriel Sánchez R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia: datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. *Med Clin* [Internet] 1999; 112(9): 330-4. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3065> [consulta: 12 oct 2019].
57. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [consulta: 20 set 2019].
58. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet] 2018; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008 [consulta: 12 oct 2019].
59. Traversaro SG. Cómo calcular el riesgo respiratorio del fumador. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://centromedicodelsol.com/como-calcular-el-riesgo-respiratorio-del-fumador/> [consulta: 12 oct 2018].
60. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. 1994. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [consulta: 12 oct 2019].
61. Sol Padrón LG del, Alvarez Fernández OM, Rivero Berovides JD. Consumo de alcohol. *Finlay* [Internet] 2010; 10: 61-5. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/11/13> [consulta : 12 oct 2019].

62. Tortorella M. Consumo de yuyos, ¿cuándo preocuparse? [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.geriatria.hc.edu.uy/images/5_Consumo_de_yuyos_Cuando_preocuparse.pdf [consulta: 12 oct 2019].
63. Blanco V. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en una unidad de medicina interna y utilidad del Eating Assessment Tool 10 test en la evaluación rutinaria. [Internet]. 2017. Disponible: <http://www.revistadelaofil.org/prevalencia-de-la-disfagia-orofaringea-en-una-unidad-de-medicina-interna-y-utilidad-del-eating-assessment-tool-10-test-en-la-evaluacion-rutinaria/> [consulta: 10 oct 2019].
64. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Programática del Adulto Mayor. Recomendaciones: guía nacional abordaje integral de caídas en el adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20ca%C3%ADdas.pdf> [consulta: 26 set 2018].
65. Avila Avila A, Sosa Tinoco E, Pacheco Pacheco J, Escobedo Acosta MG, Bautista Eugenio V, González García V, et al. Guía de instrumentos de valoración geriátrica integral. [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf [consulta: 24 abr 2020].
66. Concha Cisternas Y, Valdés Badilla P, Guzmán Muñoz E, Ramírez Campillo R. Comparación de marcadores antropométricos de salud entre mujeres de 60-75 años físicamente activas e inactivas. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet] 2017; 21(3): 256-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000300007 [consulta: 12 nov 2019].
67. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Tarjeta Uruguay Social [Internet] Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/92966/tarjeta-uruguay-social-tus> [consulta: 11 mar 2019]

68. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Alimentación. Programa de apoyo a enfermos crónicos. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.inda.gub.uy/63027/programa-de-apoyo-a-enfermos-cronicos> [consulta: 11 mar 2019].
69. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema nacional de comedores [Internet]. Disponible en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/30486/sistema-nacional-de-comedores> [consulta: 11 mar 2019].
70. Uruguay. Presidencia de la República. INDA implementará uso de tickets. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/inda-ticket> [consulta: 12 mar 2019].
71. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados. Asistentes personales. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61052/asistentes-personales> [consulta: 12 oct 2019].
72. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados. Teleasistencia en casa. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa> [consulta: 12 oct 2019].
73. Uruguay. Presidencia de la República. Plan Ibirapitá inscribe a jubilados de todos los departamentos de Uruguay para que reciban tabletas digitales. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/plan-ibirapita-recibe-inscripciones-jubilados> [consulta: 12 oct 2019].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Calanchini J, Borche A, Canclini G. El Derecho a la alimentación en el marco normativo de Uruguay 1985-2014. [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACI%C3%93N%20EN%20URUGUAY%20%20\(2017\).pdf](https://www.fder.edu.uy/sites/default/files/2018-02/EL%20DERECHO%20A%20LA%20ALIMENTACI%C3%93N%20EN%20URUGUAY%20%20(2017).pdf) [consulta: 7 m ay 2019].
7. Uruguay. Cámara de Representantes. Derecho a la alimentación, seguridad alimentaria y nutricional de la población. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/aresuelveref.aspx?REPARTIDO,D/2019/08/165/01//PDF> [consulta: 28 feb 2020].
19. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/programa-nacional-del-adulto-mayor> [consulta: 26 set 2018].
36. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud> [consulta: 5 mar 2020].
45. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Aspectos metodológicos sobre medición de la línea de pobreza: el caso uruguayo. [Internet]. 1996. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=8818058f-d56a-4a11-8bcb-d31b578abc5b&groupId=10181 [consulta: 7 may 2019].
51. Prados Torres A, Cura González I del, Prados Torres JD, Leiva Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón Larranaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne: un enfoque centrado en la persona. Aten Primaria [Internet] 2017; 49(5): 300-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304942#bib0240> [consulta: 10 dic 2019].

60. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. 1994. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [consulta: 12 oct 2019].

ANEXO I

Conceptos complementarios

Tipología de la persona mayor

Se puede clasificar la tipología de la persona mayor como: anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y anciano geriátrico⁴⁸.

Anciano sano: es aquel con edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable. Independiente para las ABVD e AIVD, no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud⁴⁸.

Anciano enfermo: es aquel anciano con alguna enfermedad aguda o crónica, sin problemas mentales, funcionales o sociales⁶.

Anciano frágil: es aquel que, presenta tres o más características como, tener más de 80 años, vivir solo o aislado, ser portador de enfermedades crónicas (pluripatologías), polifarmacia, reunir criterios de deterioro funcional físico (puede presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas) o mental, presentar trastornos en la marcha, disponer de un pobre soporte social, reunir criterios de desnutrición. Es aquel que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente⁴⁸.

Anciano geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las ABVD, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social⁴⁸.

⁴⁸ Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría: tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2001_I.pdf [consulta: 3 nov 2019].

Capacidad Funcional

La capacidad funcional, se entiende como la aptitud para ejecutar eficientemente las ABVD y AIVD⁴⁹.

La capacidad funcional está determinada por el estado físico, su capacidad mental, su entorno social y ambiental. Las AIVD son las actividades de interrelación con el medio ambiente. Las AIVD se pueden medir mediante la escala de Lawton & Brody y son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro⁶.

Enfermedades crónicas

El término enfermedades crónicas hace referencia a un conjunto de enfermedades en las que su causa principal no es una infección aguda, traen consecuencias para la salud a largo plazo, requiriendo con frecuencia tratamiento y cuidados continuos. Son la principal causa de muerte y discapacidad. Ejemplos son los cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas⁵⁰.

En su mayoría se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo, como el tabaquismo, alcoholismo, la inactividad física y alimentación desequilibrada. Otras condiciones como lesiones y trastornos de salud mental, también se consideran enfermedades no transmisibles⁵⁰.

La OMS establece que una persona posee multimorbilidad si presencia de dos o más enfermedades crónicas⁵¹.

49 Carazo Vargas P. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. Revista Educación [Internet] 2001; 25 (2): 125-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44025211> [consulta: 17 may 2018].

50 Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=345&Itemid=40933&lang=es [consulta: 24 set 2019].

51 Prados Torres A, Cura González I del, Prados Torres JD, Leiva Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón Larranaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne: un enfoque centrado en la persona. Aten Primaria [Internet] 2017; 49(5): 300-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304942#bib0240> [consulta: 10 dic 2019].

Con frecuencia la multimorbilidad tiene como consecuencia el consumo de múltiples medicamentos. El consumo de tres o más fármacos es denominado por la OMS como polifarmacia⁵².

Esto provocar un aumento de interacciones no deseadas, además como efecto secundario algunos de estos fármacos pueden producir pérdida de apetito, náuseas y vómitos, alteración en el sentido del gusto, disfagia y xerostomía⁵³.

Estado mental

El deterioro cognitivo es un descenso en el rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectuales como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial⁵⁴.

A pesar de que las PM poseen un riesgo más alto, el deterioro cognitivo y otros trastornos de salud mental como la depresión, no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento. Es probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en las PM descienda durante una enfermedad o alguna lesión⁵⁵.

Una de las herramientas para la evaluación del estado mental de la persona mayor es la escala de Folstein, es un test que evalúa la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción⁵⁶.

52 Serra Urral M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2013; 12(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016 [consulta 10 oct 2019]

53 Mimiaga Hernández C, Trujillo de los Santos Z. Nutrición y vejez. Cienc [Internet] 2011. Disponible en: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/62_1/PDF/07_Nutricion.pdf [consulta: 9 set 2017].

54 Pérez Martínez V. El deterioro cognitivo: una mirada previsor Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2005; 21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017 [consulta: 15 jul 2019].

55 Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf> [consulta: 15 jul 2019].

56 Bermejo Pareja F, Morales González JM, Valerga C, Ser Quijano T del; Artolazábal J, Gabriel Sánchez R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia: datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin [Internet] 1999; 112(9): 330-4. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3065> [consulta: 12 oct 2019].

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria⁵⁷.

La OMS, en el año 2019, definió la demencia como “un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento). Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio”. Con frecuencia suele ir acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación⁵⁷.

La demencia es causada por distintas enfermedades y lesiones, como Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares⁵⁷.

Consumo de sustancias

Como se mencionaba anteriormente para la valoración del estado nutricional se deben obtener dentro de los datos clínicos situaciones de alcoholismo y el consumo de sustancias⁶.

Tabaquismo

El tabaquismo es una adicción causada principalmente por la nicotina que provoca dependencia física y psicológica⁵⁸.

Es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer del pulmón, cardiopatía coronaria, enfermedad arterial periférica, úlcera gastroduodenal y enfermedades crónicas pulmonares obstructivas, entre otras⁵⁸.

El índice de paquetes de cigarrillos anuales, es un método capaz de calcular el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, EPOC y diabetes tipo II⁵⁹.

57 Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [consulta: 20 set 2019].

58 Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2018; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008 [consulta: 12 oct 2019].

59 Traversaro SG. Cómo calcular el riesgo respiratorio del fumador. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://centromedicodelsol.com/como-calculiar-el-riesgo-respiratorio-del-fumador/> [consulta: 12 oct 2018].

Alcoholismo

Según la OMS el alcoholismo es un término variable que se utiliza por lo general para referirse al *“consumo de alcohol crónico y continuado o al consumo periódico que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas”* ⁶⁰.

Asimismo sostiene que *“además de los efectos sociales de su consumo, el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos”* ⁶⁰.

La clasificación de Marconi utiliza criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol⁶¹:

- Abstinente total: nunca ha bebido alcohol.
- Bebedor excepcional o esporádico: es la persona que manifiesta tomar menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes no más de 5 veces al año.
- Bebedor moderado: persona que refiere beber menos de 100 ml de alcohol no más de 3 veces a la semana o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
- Bebedor excesivo: persona que refiere beber igual o más de 100 ml de alcohol más de 3 veces a la semana o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.
- Bebedor patológico o alcohólico: independientemente de la cantidad y frecuencia que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

Alcoholismo episódico: ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, separadas por largos períodos de tiempo, donde el bebedor puede controlarse⁶⁰.

Según esta clasificación, 100 ml de alcohol corresponden a: ½ litro de ron, 1 litro de vino, 7 botellas de cerveza o 250 ml de bebidas espirituosas (brandy, whisky, ginebra, vodka, licores, caña, anís)⁶⁰.

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. 1994. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [consulta: 12 oct 2019].

⁶¹ Sol Padrón LG del, Alvarez Fernández OM, Rivero Berovides JD. Consumo de alcohol. Finlay [Internet] 2010; 10: 61-5. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/11/13> [consulta: 12 oct 2019].

Consumo de plantas medicinales

La OMS define como planta medicinal a cualquier planta que posee principios activos que se pueden usar con finalidad terapéutica. Un gran porcentaje de la población la utiliza para el abordaje de sus problemas primarios de salud. Son capaces de causar efectos adversos, sobre todo vinculado a interacciones entre hierbas y medicamentos que pueden ser favorables o no⁶².

Valoración de riesgo de disfagia

El test EAT-10 es una herramienta sumamente validado, que sirve para valorar el riesgo de disfagia⁶³.

Valoración de riesgo de caídas

Las caídas pueden provocar lesiones graves llevando a que se requiera hospitalización y constituyen la principal causa de mortalidad por accidentes en ancianos, además es alta su incidencia en morbilidad futura e incapacidad funcional⁶⁴.

La prueba cronometrada de levántate y anda sirve como herramienta en el diagnóstico de trastornos de la marcha, el balance y riesgo de caídas⁶⁵.

62 Tortorella M. Consumo de yuyos, ¿cuándo preocuparse? [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.geriatria.hc.edu.uy/images/5_Consumo_de_yuyos_Cuando_preocuparse.pdf [consulta: 12 oct 2019].

63 Blanco V. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en una unidad de medicina interna y utilidad del Eating Assessment Tool 10 test en la evaluación rutinaria. [Internet]. 2017. Disponible: <http://www.revistadelaoafil.org/prevalencia-de-la-disfagia-orofaringea-en-una-unidad-de-medicina-interna-y-utilidad-del-eating-assessment-tool-10-test-en-la-evaluacion-rutinaria/> [consulta: 10 oct 2019].

64 Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Programática del Adulto Mayor. Recomendaciones: guía nacional abordaje integral de caídas en el adulto mayor. [Internet]. 2005. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20ca%C3%ADdas.pdf> [consulta: 26 set 2018].

65 Avila Avila A, Sosa Tinoco E, Pacheco Pacheco J, Escobedo Acosta MG, Bautista Eugenio V, González García V, et al. Guía de instrumentos de valoración geriátrica integral. [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf [consulta: 24 abr 2020].

Índice de masa corporal

El IMC es un indicador que se utiliza para medir el estado nutricional, se calcula el peso en kg dividido por la talla en metros al cuadrado⁶⁶.

Clasificación de IMC para la persona mayor⁶⁶:

IMC (kg/m ²)	Valoración antropométrica
(<23kg/m ²)	Bajo peso
(≤27,9kg/m ²)	Normo peso
(28 a 31,9kg/m ²)	Sobrepeso
(≥32kg/m ²)	Obesidad

Beneficios sociales

Uruguay cuenta con una serie de beneficios sociales destinados a brindar ayuda económica y alimentaria para personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

El programa Tarjeta Uruguay Social tiene como objetivo mejorar el acceso a alimentos y bienes más necesarios de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica extrema, mediante una ayuda económica. Se realiza a través de una tarjeta magnética, la cual una vez cargada, es utilizable en la Red de Comercios Solidarios de todo el país⁶⁷.

El Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos está orientado a mejorar la situación alimentaria de personas con enfermedades crónicas y/o que se encuentren en situación de extrema pobreza o indigencia. Brinda una transferencia monetaria a través de una tarjeta magnética para ser utilizada en los comercios solidarios del país⁶⁸.

66 Concha Cisternas Y, Valdés Badilla P, Guzmán Muñoz E, Ramírez Campillo R. Comparación de marcadores antropométricos de salud entre mujeres de 60-75 años físicamente activas e inactivas. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet] 2017; 21(3): 256-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000300007 [consulta: 12 nov 2019].

67 Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Tarjeta Uruguay Social [Internet] Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/92966/tarjeta-uruguay-social-tus>[consulta: 11 mar 2019]

68 Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Alimentación. Programa de apoyo a enfermos crónicos. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.inda.gub.uy/63027/programa-de-apoyo-a-enfermos-chronicos> [consulta: 11 mar 2019].

El Sistema Nacional de Comedores es un programa a nivel nacional dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, que tiene como finalidad brindar asistencia alimentaria a personas en situación de vulnerabilidad social y económica, a través de un servicio pago o uno gratuito. El programa brinda una ingesta de alimentos diaria a través de un almuerzo, o vianda, para aquellas personas imposibilitadas de trasladarse a los comedores⁶⁹.

En Montevideo se dispone también del servicio de Ticket Bienestar para la compra de alimentos. Quienes lo elijan recibirán en un sólo día, el monto de toda la semana: \$420 por persona (para una o dos personas), \$360 por persona (núcleos familiares de 3 a 6 personas) o \$300 por persona (núcleos familiares de 7 o más personas)⁷⁰.

El Servicio de Asistentes Personales, brinda asistencia personal a aquellas personas con dependencia y que necesiten ayuda para realizar las ABVD. No abarca la atención a otros familiares ni la ejecución de las tareas de la casa⁷¹.

El servicio de Teleasistencia, consta de una pulsera o collar que al ser presionado avisa a un centro de atención, disponible 24 horas, permitiendo que las PM soliciten ayuda ante cualquier accidente⁷².

El Plan Ibirapitá es un programa que promueve la inclusión digital de las PM con el fin de mejorar la inclusión social, la participación y la equidad. Se entrega de forma gratuita una tablet con un sistema de fácil manejo. Uno de los beneficios es aprender nuevas habilidades y manejar dispositivos que aumentan el funcionamiento cognitivo en general, ya que requiere de una participación activa del usuario para buscar, ordenar y avanzar⁷³.

⁶⁹ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema nacional de comedores [Internet]. Disponible en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/30486/sistema-nacional-de-comedores> [consulta: 11 mar 2019].

⁷⁰ Uruguay. Presidencia de la República. INDA implementará uso de tickets. [Internet]. 2011 Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/inda-ticket> [consulta: 12 mar 2019].

⁷¹ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados. Asistentes personales. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61052/asistentes-personales> [consulta: 12 oct 2019].

⁷² Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados. Teleasistencia en casa. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa> [consulta: 12 oct 2019].

⁷³ Uruguay. Presidencia. Plan Ibirapitá inscribe a jubilados de todos los departamentos de Uruguay para que reciban tabletas digitales. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/plan-ibirapita-recibe-inscripciones-jubilados> [consulta: 12 oct 2019].

Canasta Básica de Uruguay

Gastos de Alimentos de la canasta básica⁴⁷:

- Pan y cereales: 4.272\$ (maiz, trigo, entre otros)
- Productos cárnicos: 7.778\$ (carne, pollo, pescado, entre otros)
- Otras proteínas: 3.490\$ (leche, huevos, entre otros)
- Frutas y verduras: 7.742\$
- Comidas fuera de casa: 4.808\$
- Otros alimentos: 6.032\$ (azúcar, aceite, enlatados, entre otros)

Gastos en vestimenta, vivienda, servicios⁴⁷:

- Vestimenta: 2.694\$
- Vivienda: 5.947\$ para alquiler.
- Servicios, UTE y OSE: 2.326\$
- Otros gastos: 4.492\$

Gastos para otras necesidades incluidas en la cesta básica⁴⁷:

- Accesorios: 4.559\$
- Salud: 7.982\$
- Transporte: 7.129\$
- Esparcimiento: 2.609\$
- Educación: 4.320\$
- Otros gastos: 5.816\$

ANEXO II

Consentimiento informado para participantes de la investigación

1. ¿Por qué se realiza este estudio?

El propósito de la investigación es conocer la accesibilidad en la alimentación de los adultos mayores residentes en complejos habitacionales del BPS, lo cual permitirá brindar información que aporte a plantear estrategias de prevención y promoción de salud acorde a sus características y necesidades.

2. ¿Qué se me va a pedir hacer?

Si acepta participar, el equipo de investigadores, compuesto por estudiantes de la Facultad de Enfermería, realizará un cuestionario con una serie de preguntas estipuladas, que solo serán utilizadas para la investigación y se registrará su respuesta en forma escrita, para facilitar su análisis posterior.

La duración de la aplicación del instrumento será de aproximadamente 30 minutos.

3. ¿Qué riesgos hay?

No hay ningún riesgo por participar en este estudio. Si alguna pregunta del instrumento le hiciera sentir incómodo, no tiene por qué contestar si no lo desea.

4. ¿Qué otra opción hay?

Es libre de decidir si participar o no en el estudio.

5. ¿Se mantendrá mi información privada?

Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y su información se mantendrá privada. Con el fin de proteger su información, los miembros del equipo de investigación mantendrán protegido su registro. Sólo ellos tendrán acceso a la información y en ningún caso incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa en sus informes.

6. Consentimiento voluntario

Cualquier pregunta que tenga con relación al estudio o su participación, antes o después de su consentimiento, será contestada por cualquiera de los miembros del equipo de investigación.

Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación.

Su firma más abajo indica que consiente en participar en el estudio citado más arriba.

Nombre y apellido de la persona participante:.....

Firma de la persona participante:.....

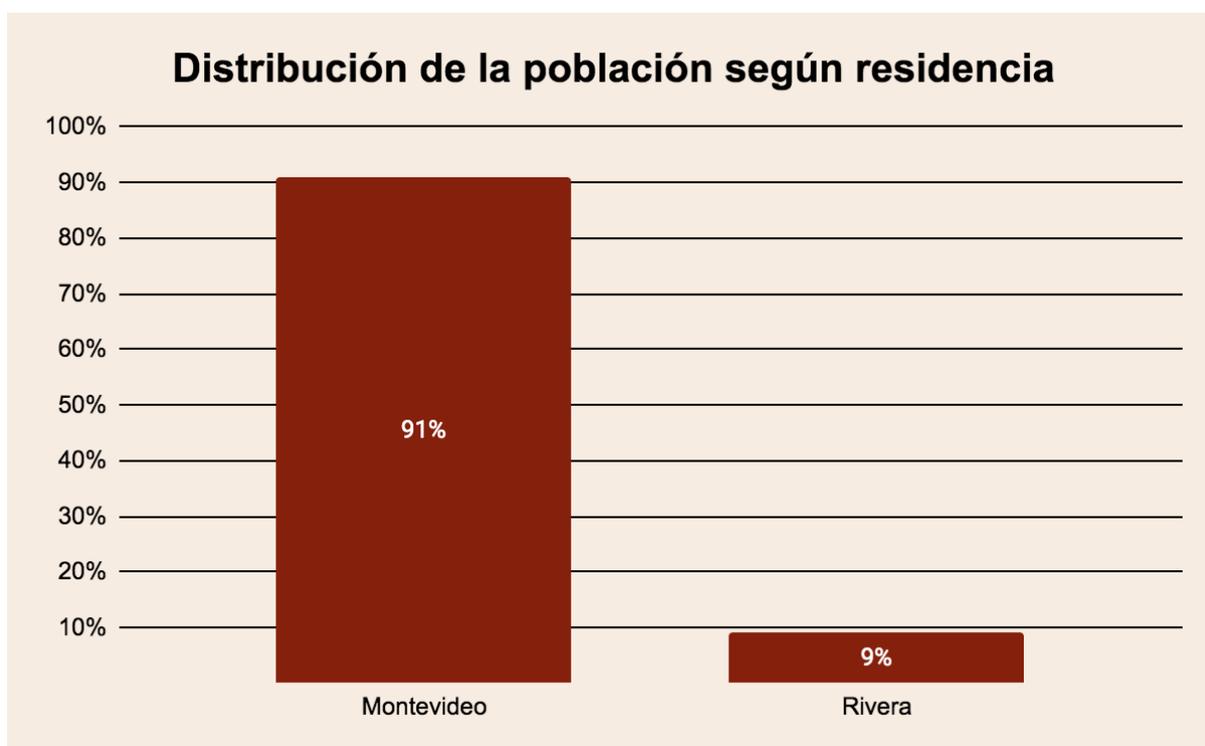
Fecha:.....

ANEXO III: Resultados complementarios

Primera sección: Características sociodemográficas

TABLA Y GRÁFICA N° 1: Distribución de la población según Residencia

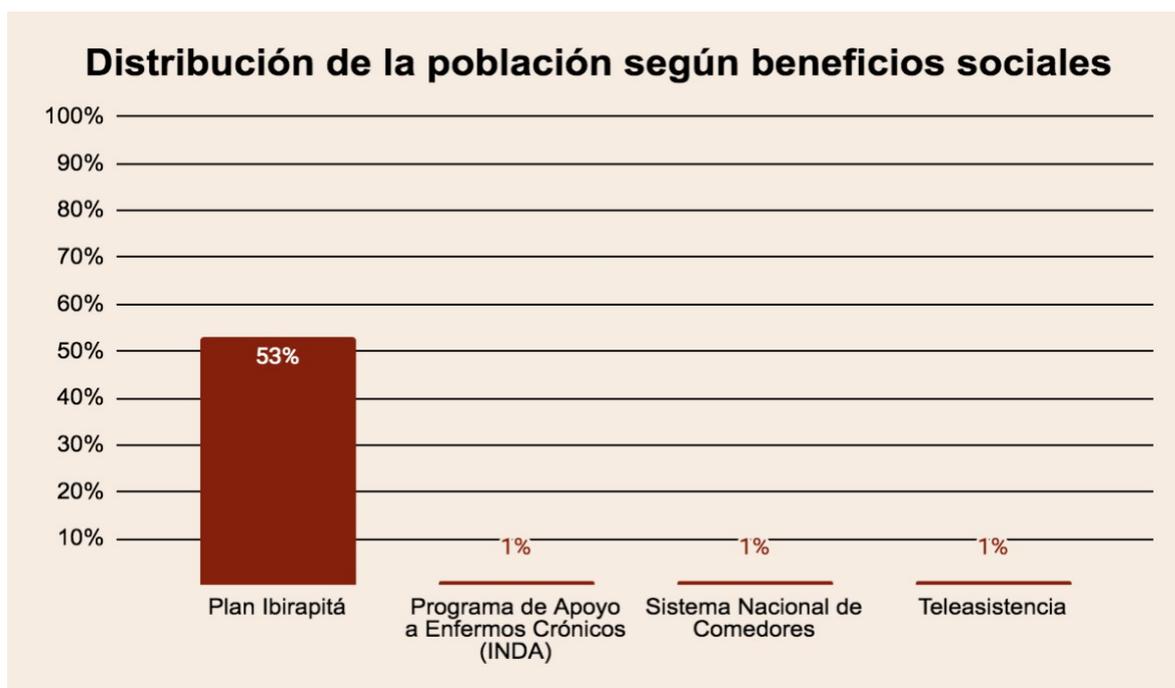
RESIDENCIA	FA	FR%
Montevideo	62	91%
Rivera	6	9%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento "Accesibilidad en la Alimentación de PM", en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°2: Distribución de la población según beneficios sociales

BENEFICIOS SOCIALES	FA	FR%
Tarjeta Uruguay Social (MIDES)	0	0
Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (INDA)	1	1%
Sistema Nacional de Comedores	1	1%
Ticket bienestar (en Montevideo)	0	0
Asistente personal (Sistema de cuidados)	0	0
Teleasistencia	1	1%
Plan Ibirapitá	36	53%

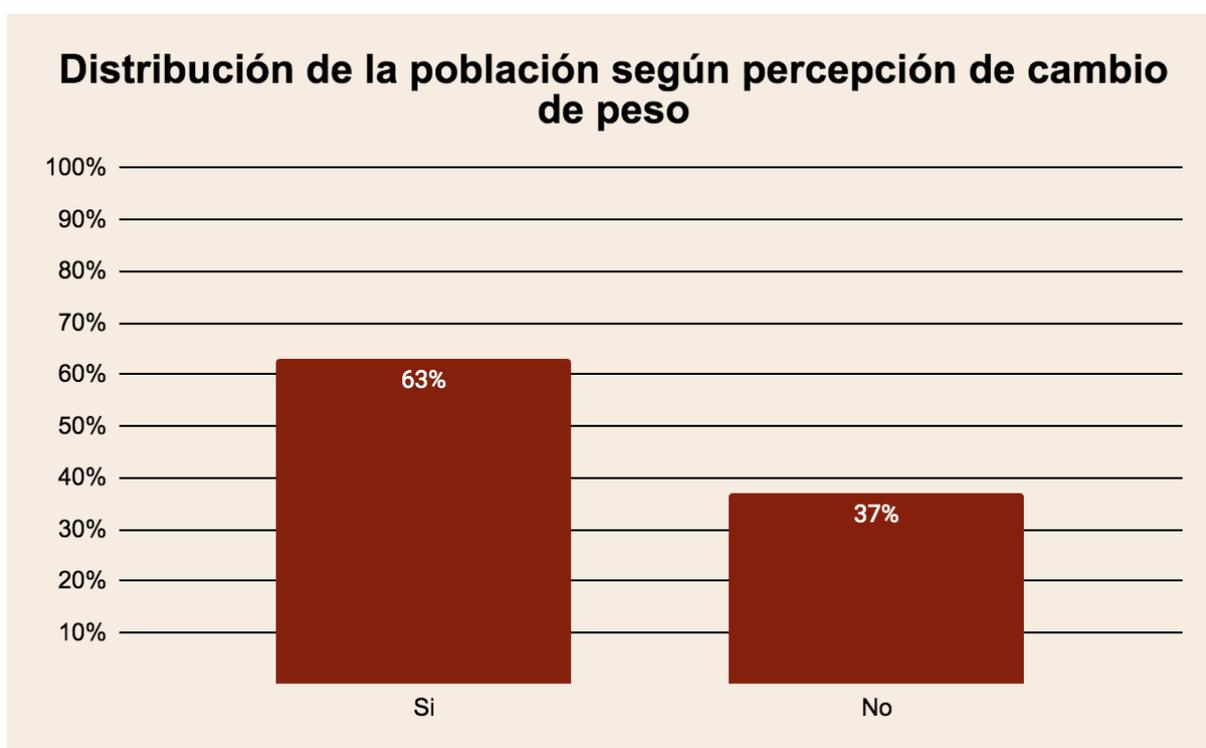


Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

Tercera sección: Valoración del estado nutricional

TABLA Y GRÁFICA N°3: Distribución de la población según percepción de cambio de peso

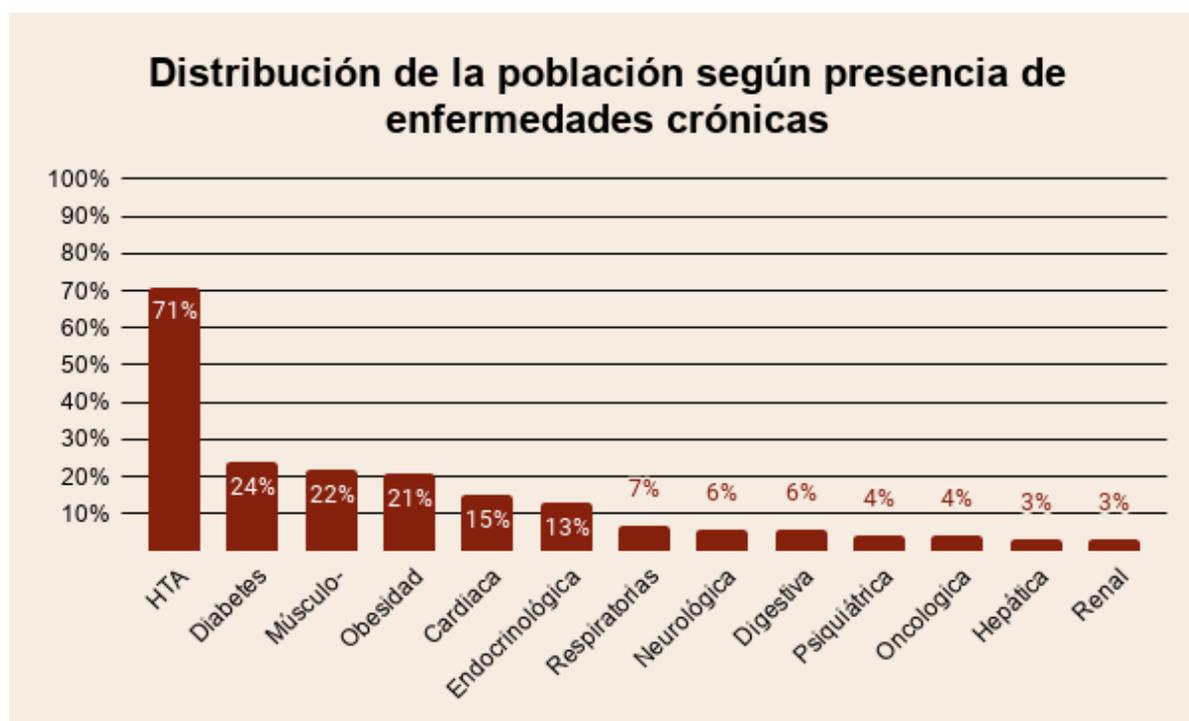
PERCEPCIÓN DE CAMBIO DE PESO	FA	FR%
Si	43	63%
No	25	37%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°4: Distribución de la población según presencia de enfermedades crónicas

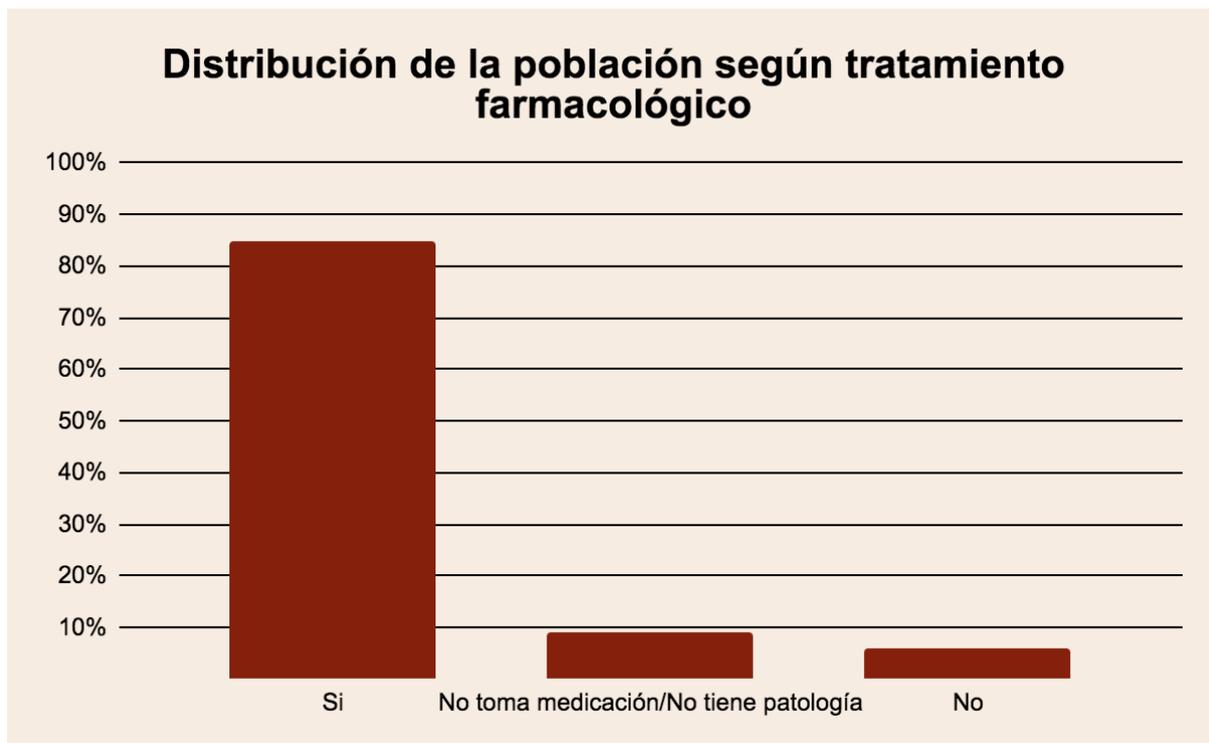
ENFERMEDADES CRÓNICAS	FA	FR%
HTA	48	71%
Diabetes	16	24%
Enfermedad músculo-esquelética	15	22%
Obesidad (según IMC)	14	21%
Enfermedad cardiaca	10	15%
Enfermedad endocrinológica	9	13%
Enfermedades respiratorias	5	7%
Enfermedad digestiva	4	6%
Enfermedad neurológica	4	6%
Enfermedad psiquiátrica	3	4%
Enfermedad oncológica	3	4%
Enfermedad hepática	2	3%
Enfermedad renal	2	3%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°5: Distribución de la población según tratamiento farmacológico

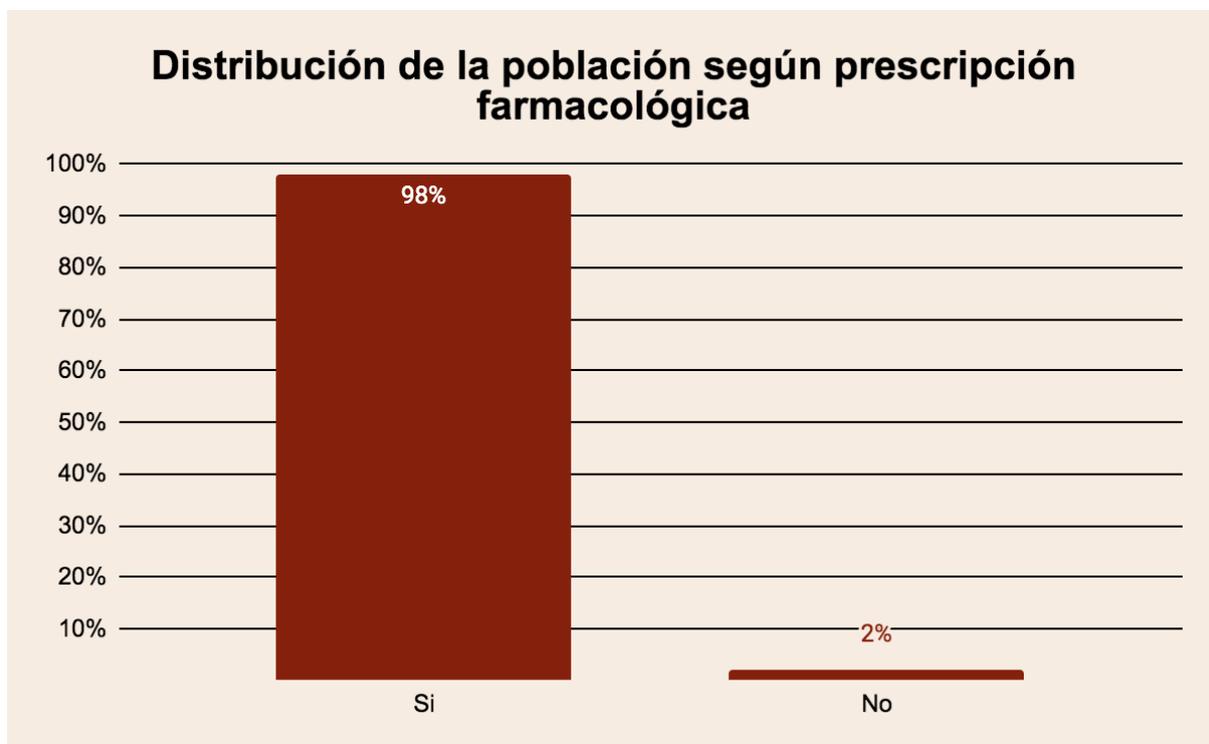
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FA	FR%
No	4	6%
Si	58	85%
No toma medicación/No tiene patología	6	9%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°6: Distribución de la población según prescripción farmacológica

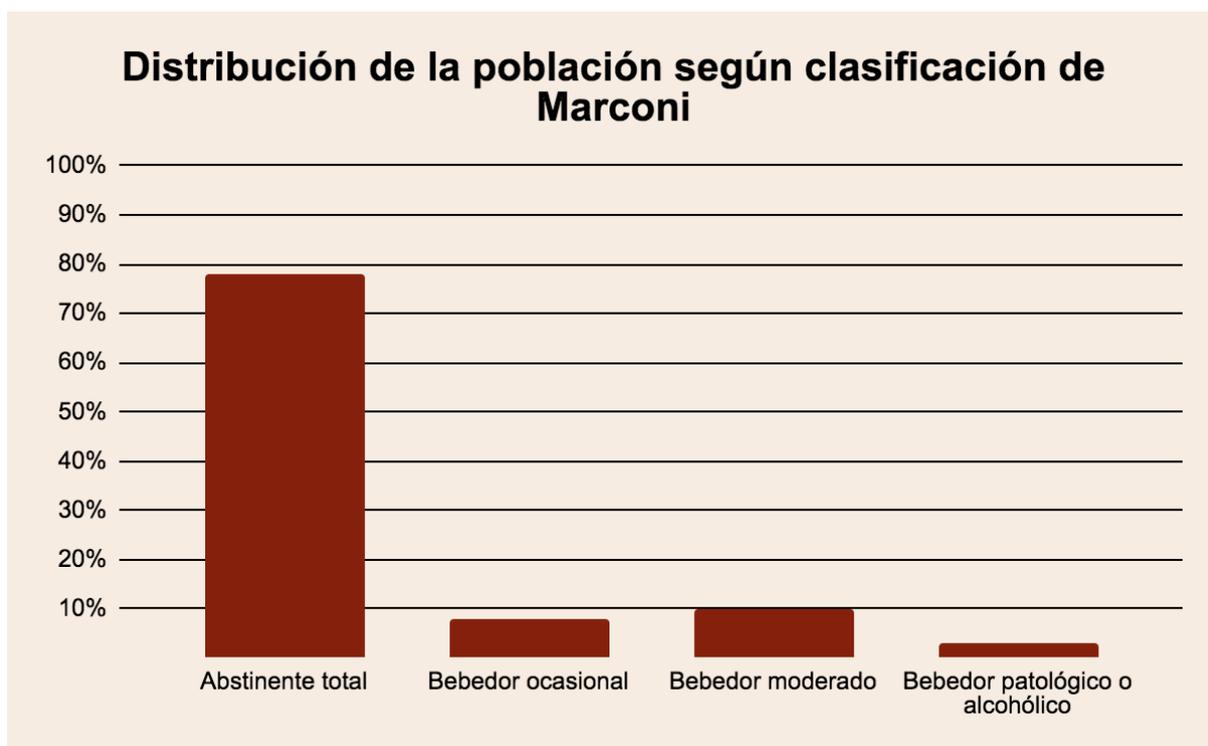
PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA	FA	FR%
Si	57	98%
No	1	2%
Total	58	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°7: Distribución de la población según clasificación de Marconi

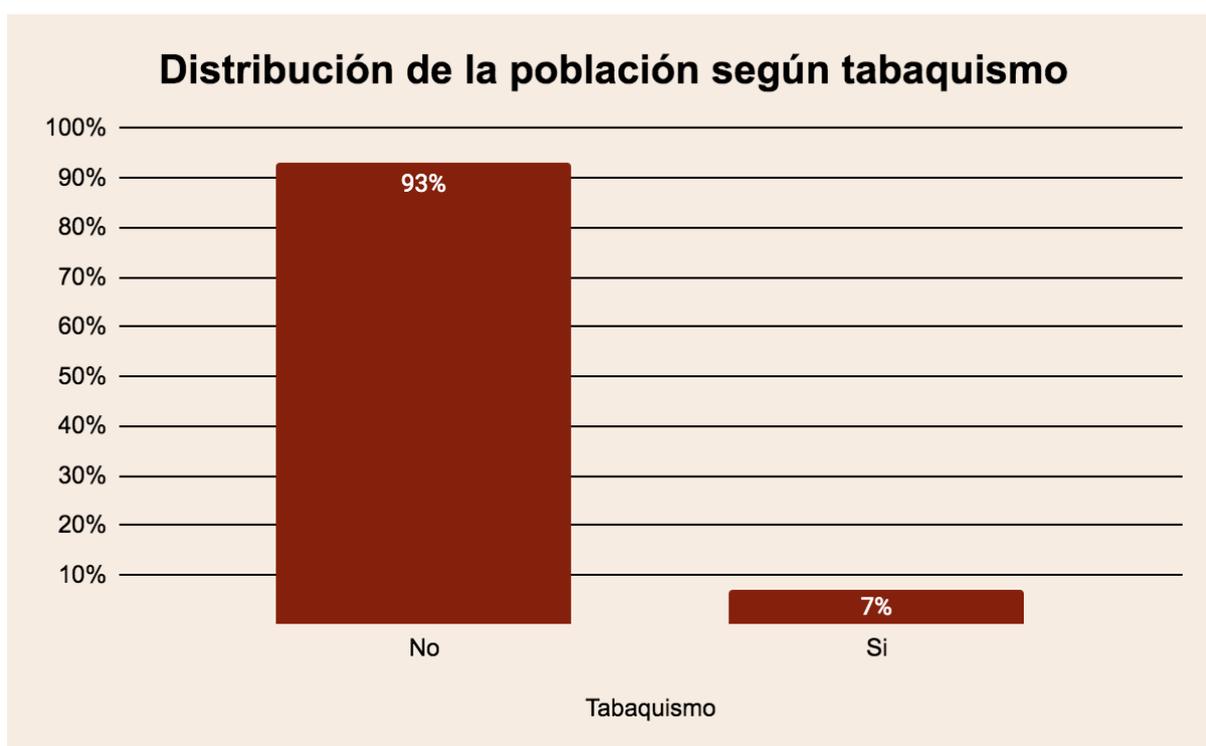
CLASIFICACIÓN DE MARCONI	FA	FR%
Abstinente total	53	78%
Bebedor ocasional	6	8%
Bebedor moderado	7	10%
Bebedor excesivo	0	0%
Bebedor patológico o alcohólico	2	3%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N°8: Distribución de la población según tabaquismo

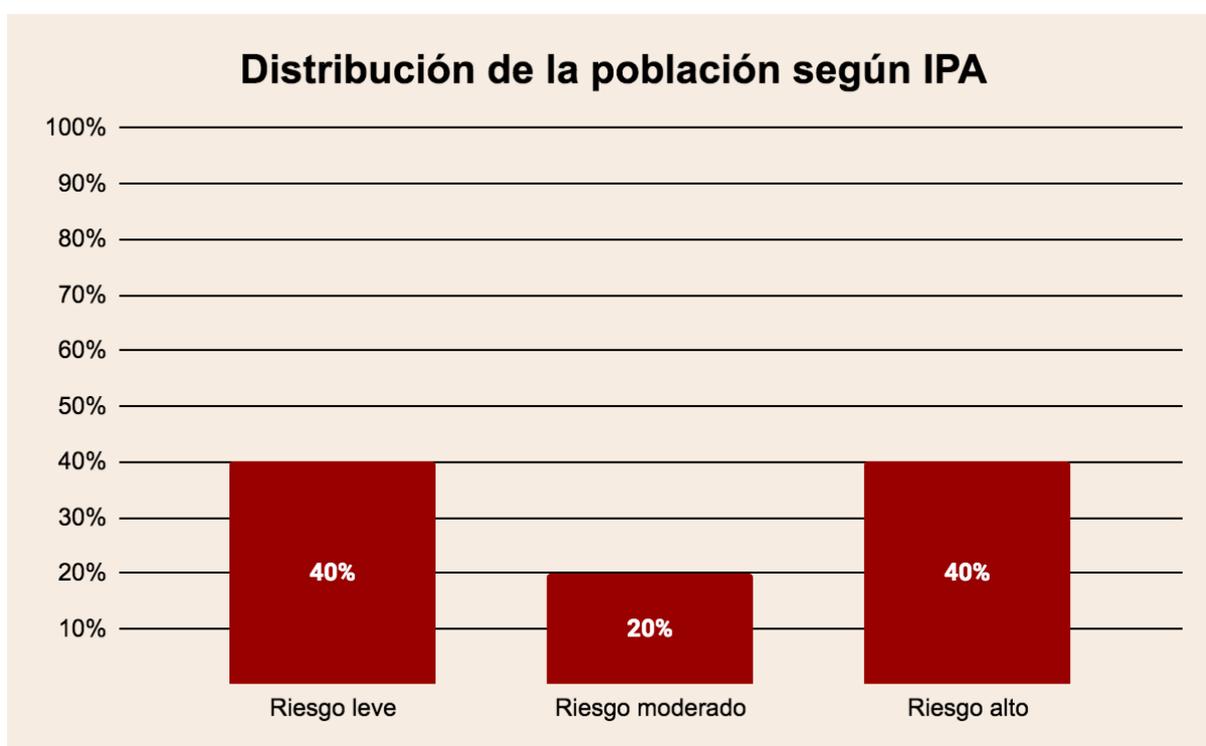
TABAQUISMO	FA	FR%
No	63	93%
Si	5	7%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 9: Distribución de la población según IPA (Índice de paquete de cigarrillos anuales)

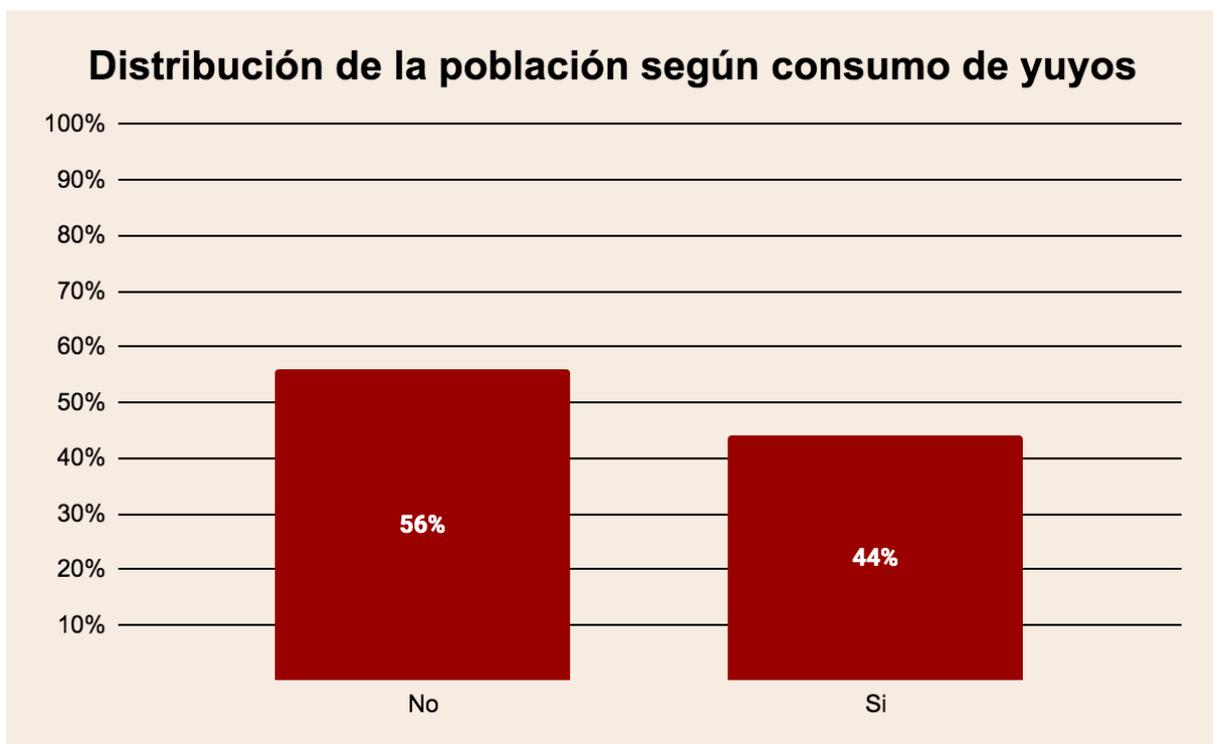
IPA (Índice de paquete de cigarrillos anuales)	FA	FR%
Riesgo leve	2	40%
Riesgo moderado	1	20%
Riesgo alto	2	40%
Total	5	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 10: Distribución de la población según consumo de yuyos

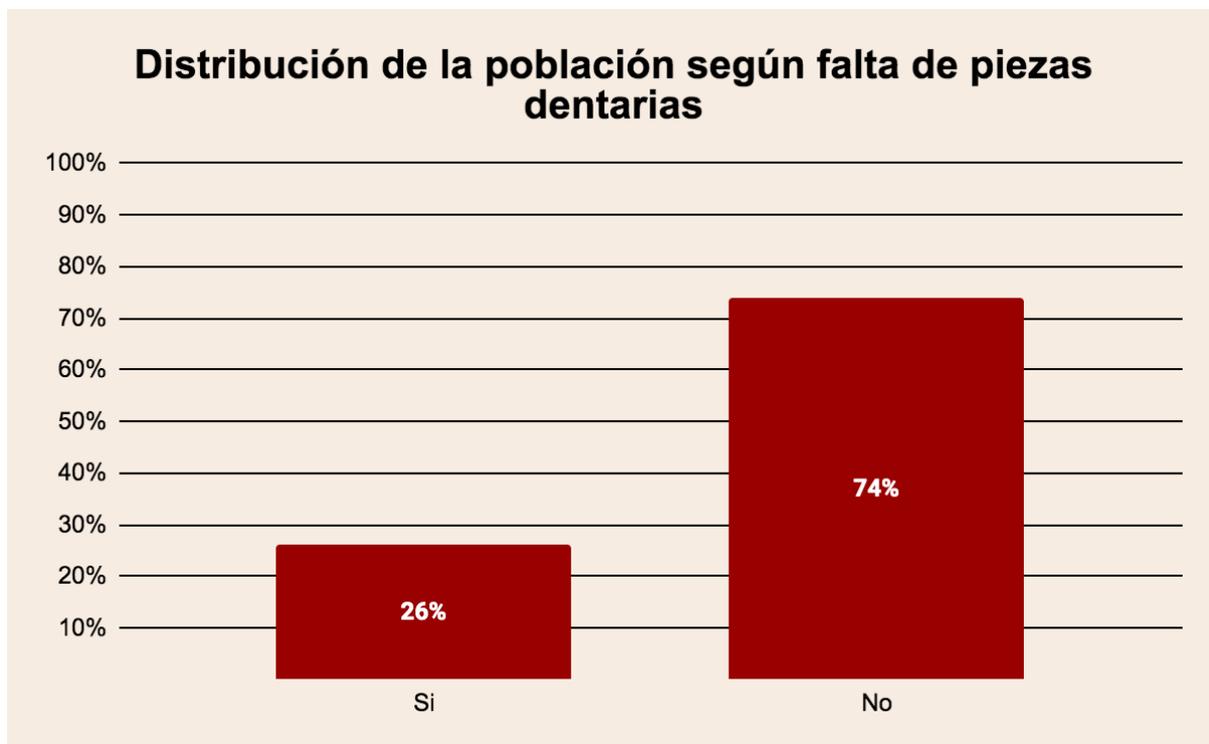
CONSUMO DE YUYOS	FA	FR%
No	38	56%
Si	30	44%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 11: Distribución de la población según falta de piezas dentarias

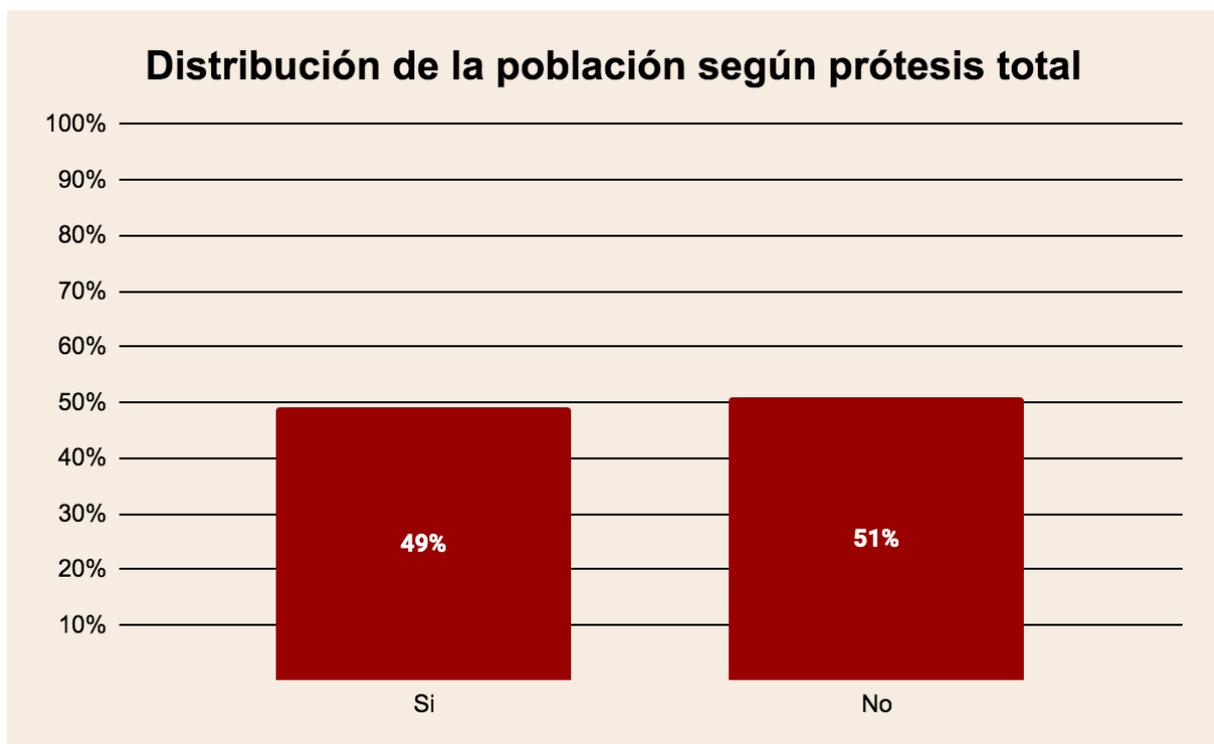
FALTA DE PIEZAS DENTARIAS	FA	FR%
Si	18	26%
No	50	74%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 12: Distribución de la población según prótesis total

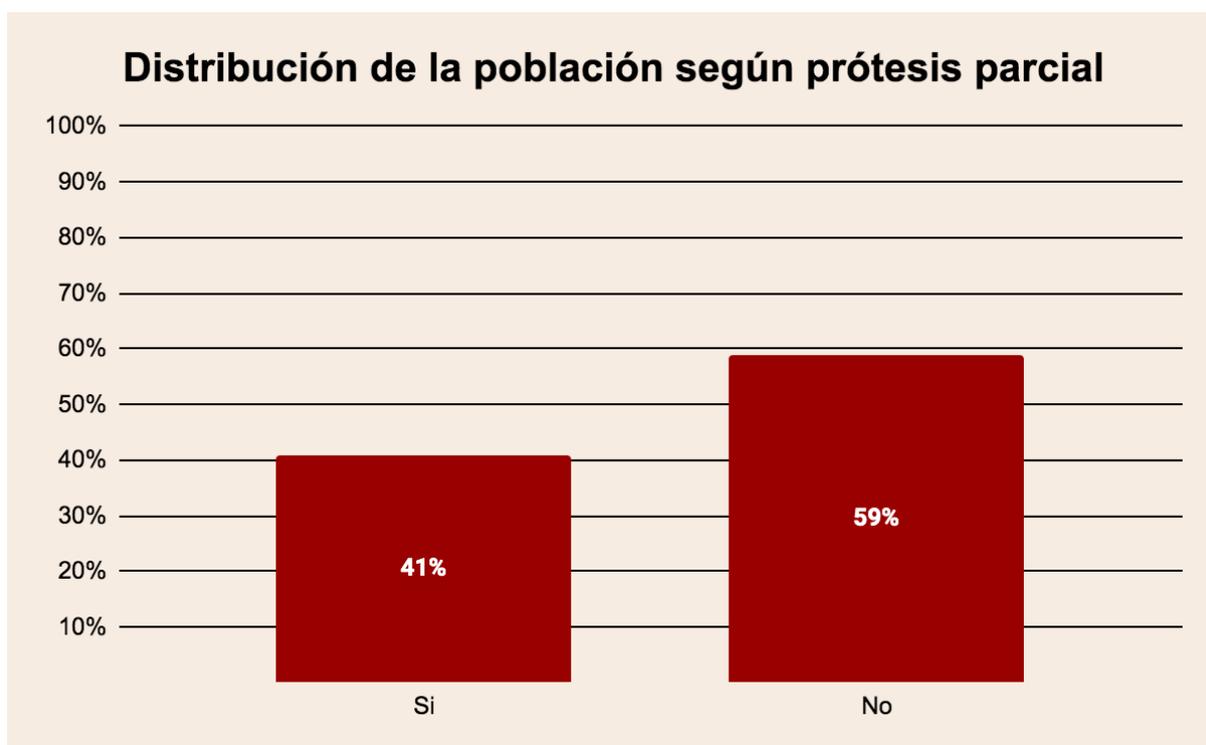
UTILIZA PRÓTESIS TOTAL	FA	FR%
Si	33	49%
No	35	51%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 13: Distribución de la población según prótesis parcial

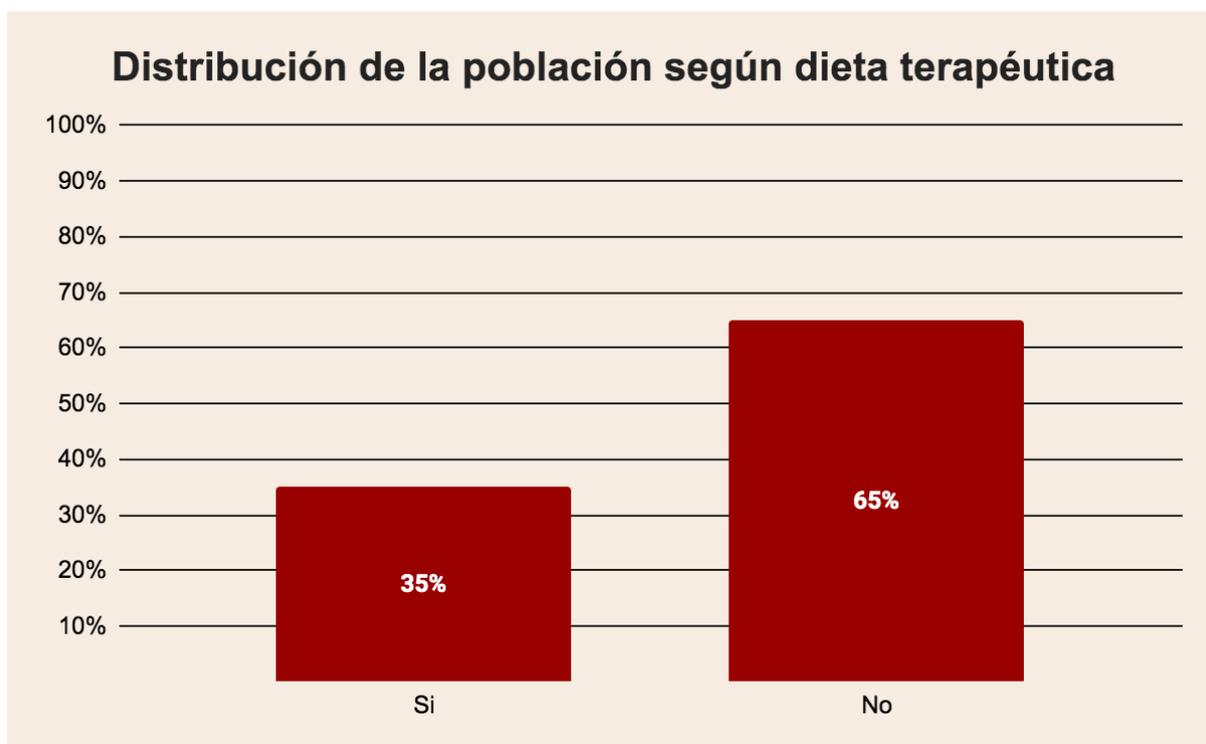
PRÓTESIS PARCIAL	FA	FR%
Si	28	41%
No	40	59%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

TABLA Y GRÁFICA N° 14: Distribución de la población según dieta terapéutica

DIETA TERAPÉUTICA	FA	FR%
Si	24	35%
No	44	65%
Total	68	100%



Fuente: Datos recolectados de Instrumento “Accesibilidad en la Alimentación de PM”, en el período Noviembre y Diciembre del 2019, Montevideo, Rivera – Uruguay.

Objetivo

Elaborar la sistematización necesaria para la aplicación de la gestión del instrumento de recolección de datos llamado accesibilidad en la alimentación de adultos mayores residentes en complejos habitacionales del BPS, unificando un modelo de presentación y variabilidad en la aplicación del mismo.

Alcance

Este instrumento será aplicado a todos los adultos mayores residentes en complejos habitacionales que accedan voluntariamente y consientan participar del mismo.

Responsabilidades

La aplicación del instrumento es responsabilidad de tutores y estudiantes cursando el Trabajo Final de Investigación.

Descripción

1. Primera sección: Sociodemográfico
2. Segunda sección: Valoración del estado cognitivo y grado de independencia
3. Tercera sección: Valoración del estado nutricional
4. Cuarta sección: Selección de alimentos

Registros

Registro en instrumento “accesibilidad en la alimentación de adultos mayores”.

Anexo I:

1. Primera sección: Características sociodemográficas

1.1 Residencia: Departamento en el cual se ubica el complejo habitacional en el cual reside la persona.

- Montevideo
- Rivera

1.2 Sexo: Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer. Se clasificará a las personas mayores según su sexo biológico.

- Femenino
- Masculino

1.3 Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad. Se clasificará a los adultos mayores según su franja etaria, según lo referido por el encuestado, o en su defecto verificando en el carné del adulto mayor u otra documentación probatoria. Se marcará el grupo de edad al cual pertenece.

Según la OMS¹, las personas mayores se pueden clasificar según su edad en:

- Personas de edad avanzada: 60 a 74 años
- Personas ancianas: 75 a 90 años
- Grandes longevos: mayores a 90 años

1.4 Nivel de instrucción: Se indicará el nivel máximo de estudios cursados. Marcado con una cruz la opción mencionada.

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Estudios terciarios

1.5 Estado civil: Condición de una persona según el registro civil. Se marcará la opción correspondiente según lo referido por el encuestado.

- Casado/a
- Soltero/a
- Unión libre
- Viudo/a
- Divorciado/a

1.6 Vive solo: en la vivienda reside solamente el titular. Se marcará la opción correspondiente según lo referido por el encuestado.

- No
- Si
- Cohabitanes: personas que viven con el adulto mayor titular de la vivienda (especificar parentesco). Se valorará según lo referido por el encuestado.

1.7 Tipología de la persona mayor:

El entrevistador que aplique el instrumento deberá seleccionar la clasificación de tipología de la persona mayor correspondiente, valorando las características del mismo, de acuerdo a la información recolectada en el instrumento. Para lo cual se deberá utilizar como guía la clasificación desarrollada a continuación, elaborada a partir de la bibliografía del autor Millán Calenti y de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

La persona mayor, de acuerdo a sus características, se puede clasificar en:

- Anciano sano: es aquel con edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable. Independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria², no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud³.
- Anciano enfermo: es aquel anciano con alguna enfermedad aguda o crónica², sin problemas mentales, funcionales o sociales³.
- Anciano frágil: es aquel que, presenta tres o más características como, tener más de 80 años, vivir solo o aislado, ser portador de enfermedades crónicas (pluripatologías), polifarmacia, reunir criterios de deterioro funcional físico (puede

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas) o mental, presentar trastornos en la marcha, disponer de un pobre soporte social, reunir criterios de desnutrición². Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente³.

- Anciano geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social³.

1.8 Ingresos (se constará según lo referido por el encuestado, marcado la opción que corresponda):

- Jubilación: es una prestación contributiva en dinero que se otorga en carácter de retiro de la actividad remunerada⁴.
- Pensión: Es una prestación económica mensual que se genera a partir del fallecimiento de una persona jubilada, trabajadora o amparada por subsidios de BPS⁵.
- Salario: totalidad de percepciones económicas de los trabajadores, en dinero o especie, por la prestación de los servicios laborales⁶.
- Asistencia a la vejez: subsidio para personas de 65 a 70 años que carecen de recursos para subvenir sus necesidades vitales e integran hogares que presentan carencias críticas para sus condiciones de vida⁷.
- Otros: ingreso que recibe el encuestado no citado anteriormente.

1.9 Beneficios sociales (se valorará según lo referido por el encuestado): Servicio ya sea económico o no, proveniente del Estado con el fin de favorecer a poblaciones en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

- Tarjeta Uruguay Social (MIDES): El programa se orienta a mejorar el acceso a alimentos y bienes de primera necesidad de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica extrema, para lo cual otorga una transferencia monetaria, mediante una tarjeta magnética con formato de prepago, la cual es

Instructivo de recolección de datos “Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores”
previamente cargada con un determinado monto de dinero y es utilizable en la Red
de Comercios Solidarios de todo el país.

- Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (INDA): busca contribuir a mejorar la situación alimentaria nutricional de personas con enfermedades crónicas y en situación de pobreza extrema o indigencia, para lo cual otorga una transferencia monetaria⁹.
- Sistema Nacional de Comedores: programa dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, presente a nivel nacional que tiene como finalidad brindar asistencia alimentaria a personas en situación de desventaja social y/o público en general, a través de un servicio pago o gratuito dirigido a la población en situación de extrema pobreza²². “El programa ofrece una ingesta de alimentos diaria a través de un almuerzo, o vianda, para aquellas personas imposibilitadas de trasladarse por sus propios medios a los comedores”¹⁰.
- Ticket bienestar (en Montevideo): permite la compra de alimentos, quienes opten por estos recibirán, en un sólo día, el monto de toda la semana: \$420 por persona (para una o dos personas), \$360 por persona (núcleos familiares de 3 a 6 personas) o \$300 por persona (núcleos familiares de 7 o más personas)¹¹.
- Asistente personal (Sistema de cuidados): Es el servicio que atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas de la vida diaria (por ejemplo, alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras)¹².
- Teleasistencia: servicio que permite que las personas mayores de 70 años, en situación de dependencia leve o moderada, avisen a su familia, vecinas/os o servicio médico ante cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que al ser presionado activa una conexión con un centro de atención, disponible 24 horas durante todo el año¹³.
- Plan Ibirapitá: Es un programa que promueve la inclusión de jubilados y jubiladas en todo el país. Para ello, entrega de forma gratuita una tablet con una interfaz especialmente desarrollada para ser intuitiva y amigable. Realiza, además, talleres de capacitación y pone a disposición el soporte necesario para que la experiencia de uso sea exitosa¹⁴.

2. Segunda sección: Valoración del estado cognitivo y grado de independencia

2.1 Valoración del estado mental (Escala de Folstein)¹⁵:

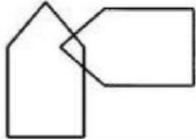
Es un test que evalúa la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.

Cada respuesta correcta equivale a un punto, llegando a un total de 30 puntos. Se pueden excluir determinadas preguntas porque el encuestado sea analfabeto o por imposibilidad física de administrar algún ítem, por ejemplo, ceguera. Ante alguna situación de este tipo la puntuación será corregida por medio de una regla de tres, después de corregir la puntuación total.

Una puntuación:

- menor de 24 sugiere demencia
- 23-21 una demencia leve
- 20-11 una demencia moderada
- menor de 10 de una demencia severa

Escala de Folstein:

Orientación temporal	Día	0	1				
	Fecha	0	1				
	Mes	0	1				
	Estación	0	1				
	Año	0	1				
Orientación espacial	Lugar	0	1				
	Barrio	0	1				
	Ciudad	0	1				
	Departamento	0	1				
	País	0	1				
Fijación Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:	Papel	0	1				
	Bicicleta	0	1				
	Cuchara	0	1				
Concentración (sólo una de las 2 opciones)	a) Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
	b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0	1	2	3	4	5
Memoria	¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3		
Lenguaje	Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1				
	Repetirlo con el reloj	0	1				
	Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0	1				
	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3		
	Lea esto y haga lo que dice CIERRE LOS OJOS	0	1				
	Escriba una frase	0	1				
	Copie este dibujo	0	1				
							

2.2 Valoración del grado de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria¹⁶:

Escala Lawton & Brody – Actividades Instrumentales de la vida diaria		
	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras	1	1
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	0	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
Debe ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra		
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	–	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	–	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	–	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	–	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	–	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	–	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	–	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	–	1
No participa ni hace ninguna tarea	–	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	–	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	–	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	–	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0
Interpretación:		
Mujeres: Dependencia 0-1 Total 2-3 Grave 4-5 Moderada 6-7 Leve 8 Autónoma		
Hombres: Dependencia 0 Total 1 Grave 2-3 Moderada 4 Leve 5 Autónomo		

3. Tercera sección: Valoración del estado nutricional

3.1 Medidas Antropométricas

3.1.1 Peso: es un indicador de la masa corporal expresada en kilogramos.

Equipo: balanza electrónica

Procedimiento:

- Coloque la balanza en una superficie lisa y firme.
- Pídale que se quite lo que lleva en los pies: zapatos, botas, etc.
- Encienda la balanza presionando la superficie con el pie.
- Cuando aparezca el doble cero pídale al participante que se suba a la balanza, con un pie a cada lado y cuidando que ambos pies queden por completo dentro de la superficie.
- Pídale que permanezca quieto, mirando al frente y con los brazos caídos.
- Registrar el valor en Kg.

3.1.2 Talla: es la estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza, expresada en centímetros.

Equipo: Tallímetro/cinta métrica

Procedimiento:

- Pídale que se pare en la base del tallímetro, mirándolo a usted.
- Pídale que mantenga los pies juntos, los talones contra el tallímetro, las rodillas rectas, la mirada hacia el frente.
- Baje lentamente el tope del tallímetro hasta tocar la cabeza.
- Lea la medida en la parte lateral del tope.
- Registre el valor en metros.

3.1.3 IMC:

El índice de masa corporal es calculado como, el peso en kg dividido por la talla en metros al cuadrado, es un indicador utilizado para medir el estado nutricional.

Clasificación de IMC para la persona mayor¹⁷:

IMC (kg/m ²)	Valoración antropométrica
(<23kg/m ²)	Bajo peso
(≤27,9kg/m ²)	Normo peso
(28 a 31,9kg/m ²)	Sobrepeso
(≥32kg/m ²)	Obesidad

3.2 Datos clínicos del estado nutricional:

3.2.1 ¿Usted ha notado un cambio en su peso?

Percepción reciente de la persona mayor de una disminución o aumento en su peso corporal.

- Si
- No

3.2.2 Enfermedades crónicas: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Se evaluarán, en caso que lo presente, mediante el carné del adulto mayor o en su defecto mediante la entrevista.

A continuación, se especifican las más frecuentes:

- Obesidad (según IMC)
- Diabetes
- HTA
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedad renal
- Enfermedad digestiva
- Enfermedad endocrinológica
- Otras

3.2.3 ¿Recibe tratamiento farmacológico? (Para la patología mencionada anteriormente):

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

Se considera como tratamiento farmacológico a un conjunto de medicamentos que se utilizan para tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. Se constatará según lo referido por el encuestado.

- No
- Si ¿Cuál?

3.2.4 Consumo de sustancias psicoactivas:

El consumo de sustancias psicoactivas es una enfermedad que afecta el cerebro, el comportamiento de una persona y produce incapacidad de controlar el consumo de medicamentos o drogas legales o ilegales.

3.2.4.1 Consumo de bebidas alcohólicas (se valorará según lo referido por el encuestado)

¿Consumes bebidas alcohólicas?

Es aquella bebida en cuya composición está presente el etanol y su concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen y que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración.

- No
- Si

¿Cuántas veces a la semana consumes alcohol?

Frecuencia de consumo de alcohol semanal.

¿Qué tipo de bebida y cantidad suele tomar en un día de consumo normal de alcohol?

Especificar el tipo de bebida cerveza, vino, whisky, licor, etc. y cantidad en vasos (tomando como referencia que 1 vaso estándar aproximadamente equivale a 200 ml y una medida, equivalente a un shot de 50 ml).

Reunidas las respuestas se utilizará la clasificación de Marconi, la cual está basada en criterios de cantidad y frecuencia del consumo¹⁸:

- Abstinente total: persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

- Bebedor excepcional u ocasional: persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.
- Bebedor moderado: persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.
- Bebedor excesivo: persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.
- Bebedor patológico o alcohólico: persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

Debe considerarse que, según la clasificación de Marconi, 100 ml de alcohol equivalen a:

- ½ litro de ron.
- 1 litro de vino.
- 7 botellas de cerveza.
- 250 ml de bebidas espirituosas (se considera aquellas bebidas como el bradley, whisky, ginebra, vodka, licores, caña, anís).

3.2.4.2 Tabaquismo (se valorará según lo referido por el encuestado):

Es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina. La acción de dicha sustancia condiciona el abuso de su consumo debido a que actúa sobre el sistema nervioso central haciendo que la persona sufra una dependencia física y psicológica al humo del tabaco¹⁹.

- No
- Si

¿Número de cigarrillos que fuma en un día habitual? Cantidad de cigarrillos que consume habitualmente.

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

¿Cuántos años lleva fumando? Tiempo transcurrido desde que comenzó a fumar hasta la fecha, ininterrumpidamente.

IPA: Índice de paquetes de cigarrillos anuales, se calcula: N° de cigarrillos que fuma al día multiplicado por número de años que lleva fumando, y dividido entre 20. Este método es capaz de calcular el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón, EPOC y diabetes tipo II²⁰.

- Riesgo leve: <20 IPA
- Riesgo moderado: 21-40 IPA
- Riesgo alto: >41 IPA

A partir de 15 IPA aumenta el riesgo de desarrollar EPOC por 7 veces.

3.2.4.3 Plantas medicinales "yuyos" (se valorará según lo referido por el encuestado):

Consumo de cualquier planta que contiene sustancias (principios activos) que pueden ser utilizadas con finalidad terapéutica²¹.

- No
- Si

Consumo de otras sustancias psicoactivas: consumo de otras sustancias psicoactivas no mencionadas anteriormente.

- No
- Si

3.3 Cambios fisiológicos relacionados al proceso normal de envejecimiento que pueden afectar la alimentación:

3.3.1 Modificaciones en la dentición

Lo que puede modificar la masticación y disminuir la variabilidad alimenticia. Se evaluará según la inspección de falta de piezas dentarias, utilización de prótesis total o parcial.

- Si
- No

3.3.2 Dificultades para la masticación (se valorará según lo referido por el encuestado):

¿Ha excluido algún alimento de la dieta porque le resulta difícil o no puede masticar?

Exclusión de algún alimento de la dieta por dificultad a la hora de masticar o formar el bolo alimenticio.

- No
- Si ¿Cuál?

3.3.3 Dificultades para la deglución:

También llamada disfagia es toda alteración en el proceso del tragar, donde hay dificultad para mover el bolo alimenticio de manera segura desde la cavidad oral al estómago sin que aparezca aspiración de saliva, alimentos o líquidos a laringe, tráquea y pulmón²².

El test EAT-10 constituye una herramienta ampliamente validada que ha mostrado excelente consistencia interna, reproducibilidad y validez. Los datos normativos sugieren que una puntuación en el cuestionario EAT-10 ≥ 3 es indicativa de riesgo de disfagia²³.

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

Test EAT-10:

¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?	
¿Tiene un problema para tragar que lo ha llevado a perder peso? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Tragar es doloroso? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
¿Su problema para tragar interfiere con su capacidad para comer fuera de casa? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Siente que el placer de comer se ve afectado por un problema para tragar? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
¿Tragar líquidos supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Cuándo traga, la comida se pega en su garganta? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
¿Tragar sólidos supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Tose cuando come? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
¿Tragar pastillas supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Tragar es estresante? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio

3.3.4 Alteraciones en el gusto: Percepción con menos intensidad de los sabores básicos de los alimentos.

Para valorar el sentido del gusto se le proporcionará 4 vasos, los cuales contienen diferentes sabores: salado (agua con sal), dulce (agua con azúcar), ácido (agua con limón), amargo (agua con café). Se valorará si puede reconocer los diferentes gustos.

3.3.5 Alteraciones en el olfato: Disminución de la percepción del sentido del olfato

Para valorar una posible alteración en el sentido del olfato, se le pedirá a la persona mayor que huelga un vaso con café. Se valorará si puede reconocer el olor.

3.3.6 Cambios en la sensación de hambre (apetito disminuido). Se valorará según lo referido por el encuestado):

¿En las últimas semanas ha comido menos por falta de apetito?

La expresión "poco apetito" describe la sensación de no tener hambre ni deseos de comer y/o probar ningún alimento²⁴.

- Si
- No

3.3.7 Alteración en la marcha:

Se evaluará la movilidad básica y sus probables trastornos de la marcha y balance, mediante la "prueba cronometrada de levántate y anda", la misma sirve como auxiliar en el diagnóstico de trastornos de la marcha, el balance y riesgo de caídas. En ella la persona puede usar su calzado habitual y cualquier dispositivo de ayuda que normalmente use²⁵.

Requerimientos:

- Silla sin descansa brazos
- Cinta métrica
- Cono o botella
- Marcas visibles de fin de un trayecto de 3 metros, con cono como indicador.

Calificación: - Anote el tiempo medido expresado en segundos.

Instrucciones:

1. Indicar a la persona que se siente en la silla con la espalda apoyada en el respaldo.
2. Pedirle que se levante de la silla, camine a paso normal una distancia de 3 metros, haga que la persona de la vuelta, camine nuevamente hacia la silla y se vuelva a sentar.
3. Medir el tiempo en que realiza la prueba. El cronometraje comienza al levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.

De acuerdo a los resultados se considera las siguientes categorías:

- Normal: <10 segundos.
- Discapacidad leve de la movilidad: 11-13 segundos.
- Riego elevado de caídas: >13 segundos.

3.3.8 Polifarmacia:

¿Toma más de tres fármacos a diario?

El uso de tres o más medicamentos se define como polifarmacia. Se registrará la respuesta en número de medicamentos referido por el participante.

- Si
- No

¿La medicación es recetada por el médico? (se valorará según lo referido por el participante)

Se refiere a si la medicación que ingiere diariamente es indicada por un profesional capacitado.

- Si
- No

3.4 Encuesta dietética (se valorará según lo referido por el participante):

3.4.1 Intolerancias alimenticias: ¿Hay algún alimento que no consuma porque le cae mal (problema para su digestión, metabolización, etc.)?

La intolerancia a los alimentos son reacciones adversas del organismo hacia alimentos que no son digeridos, metabolizados o asimilados completa o parcialmente²⁷.

- No
- Si ¿Cuál?

3.4.2 ¿Realiza una dieta indicada por el médico?:

Cumplimiento de una dieta terapéutica indicada por un profesional.

- No
- Si ¿Cuál?

3.4.3 ¿Quién elabora la comida en el hogar?

Hace mención, a la persona (entrevistado, cohabitante, otros) que se encarga de las preparaciones de los alimentos.

3.4.4 ¿Cuál de las siguientes comidas realiza?:

Se valorará, en un día habitual, si acostumbra a realizar las cuatro comidas diarias. Se debe marcar la comida que realiza.

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena

3.4.5 ¿La mayoría de las veces come solo o acompañado?

Al momento de ingerir la comida, cuenta con compañía o come solo.

4. Cuarta sección: Selección de alimentos (se valorará según lo referido por el encuestado)

4.1 ¿Cómo accede a los alimentos?:

Forma o medio por el que obtiene los alimentos.

- Concorre solo, en forma independiente
- Tiene un familiar/vecino/cuidador, etc. que le brinda los alimentos

- Mediante un delivery

En caso de que cuente con el beneficio social del Sistema Nacional de Comedores:

4.2 ¿Se traslada a un comedor?

En caso de que su respuesta sea no, se indagará si recibe viandas del mismo.

En el caso de que, si se traslade al comedor, se debe indagar cual es la distancia aproximada que debe recorrer, con que frecuencia semanal concurre y si lo realiza con un acompañante.

4.3 ¿Algún día a la semana no ha podido acceder a los alimentos?:

Si la respuesta es sí, especificar el motivo:

- Falta de dinero
- Distancia
- Dificultad en la marcha
- Otros

4.4 ¿El dinero le permite cubrir sus gastos del mes?

Se refiere a que si los ingresos económicos, le permite suplir las necesidades durante todo el mes.

- No
- Si

4.5 ¿Al momento de comprar los alimentos que elemento tiene más en cuenta?:

Principal motivo que lo lleva a seleccionar los alimentos.

- Costo
- Preferencias (lo que le gusta)
- Dieta indicada por el médico
- Otros

Bibliografía de instructivo de recolección de datos

1. Cerón-Bastidas XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. Rev. nac. odontol. [Internet] 2014 10(19):83-0. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/853> [consulta: 12 nov 2019];
2. Millán Calenti JC. Gerontología y geriatría: valoración e intervención. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
3. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría: tipología de ancianos y población diana. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. [Internet]. 2007. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2001_I.pdf [consulta: 3 nov 2019].
4. Banco de Seguridad Social. Jubilaciones [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/3498/jubilaciones.html> [consulta: 18 oct 2019].
5. Banco de Seguridad Social. Pensión por fallecimiento [Internet] 2017. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/3506/pension-por-fallecimiento.html> [consulta: 18 oct 2019].
6. Rae.es [Internet] 2019. Disponible en: <https://dej.rae.es/lema/salario> [consulta: el 5 nov 2019]
7. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Asistencia a la vejez [Internet]. Disponible en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/34129/asistencia-a-la-vejez> [consulta: 18 oct 2018].
8. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Tarjeta Uruguay Social [Internet]. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/92966/tarjeta-uruguay-social-tus> [consulta: 11 mar 2019].
9. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Alimentación. Programa de apoyo a enfermos crónicos. [Internet]. 2018. Disponible en:

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"
<http://www.inda.gub.uy/63027/programa-de-apoyo-a-enfermos-cronicos> [consulta: 11 mar 2019].

10. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistema nacional de comedores [Internet]. Disponible en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/30486/sistema-nacional-de-comedores> [consulta: 11 mar 2019]

11. Uruguay. Presidencia de la República. INDA implementará uso de tickets. [Internet]. 2011 Disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/inda-ticket> [consulta: 12 mar 2019].

12. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados [Internet] Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/61052/asistentes-personales> [consulta: 12 oct 2019].

13. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Sistemas de Cuidados [Internet] Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/77816/teleasistencia-en-casa> [consulta: 12 oct 2019].

14. Uruguay. Presidencia de la República. Plan Ibirapitá [Internet] Disponible en: <https://ibirapita.org.uy/>. [consulta: 12 oct. 2019].

15. Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin Barc [Internet] 1999; 112: 330-4. Disponible en: www.medicinageriatrica.com.ar [consulta: 12 oct 2019]

16. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living Gerontologist 1969; 9: 179-86.

17. Concha Cisternas Y, Valdés Badilla P, Guzmán Muñoz E, Ramírez Campillo R. Comparación de marcadores antropométricos de salud entre mujeres de 60-75 años

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"
físicamente activas e inactivas. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet] 2017; 21(3): 256-
62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000300007 [consulta: 12 nov 2019].

18. Sol Padrón LG del, Alvarez Fernández OM, Rivero Berovides JD. Consumo de alcohol.
Finlay [Internet] 2010; 10: 61-5. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/11/13> [consulta: 12 oct 2019].

19. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las
enfermedades cardiovasculares. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2018; 17(2). Disponible
en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008
[consulta: 12 oct 2019].

20. Barreiro, E. EPOC y Cáncer de pulmón. Archivos de Bronconeumología [Internet] 2008
Vol. (44): 399-401. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-epoc-cancer-pulmon-articulo-S030028960872101X> [consulta: 12 oct 2019]

21. Tortorella M. Consumo de yuyos, ¿cuándo preocuparse? [Internet]. 2016. Disponible
en: [https://www.geriatria.hc.edu.uy/images/5_Consumo_de_yuyos_Cuando_preocuparse.p
df](https://www.geriatria.hc.edu.uy/images/5_Consumo_de_yuyos_Cuando_preocuparse.pdf) [consulta: 12 oct 2019].

22. Suárez J, Rueda Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta
Neurol Colomb [Internet] 2018; 34(1): 92-100. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v34n1/0120-8748-anco-34-01-00092.pdf> [consulta: 10
oct 2019].

23. Blanco V. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en una unidad de medicina interna y
utilidad del Eating Assessment Tool 10 test en la evaluación rutinaria. [Internet]. 2017.
Disponible: [http://www.revistadelaofil.org/prevalencia-de-la-disfagia-orofaringea-en-una-
unidad-de-medicina-interna-y-utilidad-del-eating-assessment-tool-10-test-en-la-
evaluacion-rutinaria/](http://www.revistadelaofil.org/prevalencia-de-la-disfagia-orofaringea-en-una-unidad-de-medicina-interna-y-utilidad-del-eating-assessment-tool-10-test-en-la-evaluacion-rutinaria/) [consulta: 10 oct 2019].

Instructivo de recolección de datos "Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores"

24. Chemocare. Falta de apetito y saciedad temprana provocadas por el cáncer y la quimioterapia [Internet] 2019. Disponible: <http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/falta-de-apetito-y-saciedad-temprana.aspx> [consulta: 10 oct 2019].

25. Instituto Nacional de Geriátria. Prueba cronometrada de levántate y anda [Internet] 1991. Disponible: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/37002/mod_resource/content/7/Archivos/Instrumentos/22_Get_Up_And_Go.pdf [consulta: 10 oct 2019].

26. Serra Urral M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet] 2013; 12(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016 [consulta: 10 oct 2019]

27. Vivanco T. Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con diagnóstico de desnutrición aguda en el consultorio de área niño y niña de la institución prestadora de servicios en salud de Iquitos [Internet] 2019. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1253/Tania_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta: 10 oct 2019].

ANEXO VI: Instrumento de recolección de datos “Accesibilidad en la alimentación de las personas mayores”



Universidad de la República
 Facultad de Enfermería
 Depto. de Salud del Adulto y Anciano
 Instrumento de recolección de datos
 “Accesibilidad en la Alimentación de Adultos Mayores”



Fecha: __/__/__

1. Primera sección: Demografía

1.1 Complejo BPS	8 de octubre 4630 <input type="radio"/>	Burgues, Francisco Plá 4090 <input type="radio"/>	Azara, Batlle y Ordoñez, Bv. José 2412 <input type="radio"/>	Departamento Rivera <input type="radio"/>	N° Apto: _____	
1.2 Sexo	Fem. <input type="radio"/>	Masc. <input type="radio"/>	1.3 Edad	Personas de edad avanzada (60–74 años) <input type="radio"/>	Personas ancianas (75–90 años) <input type="radio"/>	Grandes longevos (>90 años) <input type="radio"/>
1.4 Nivel de instrucción	Analfabeto <input type="radio"/>	Primaria incompleta <input type="radio"/>	Primaria completa <input type="radio"/>	Secundaria incompleta <input type="radio"/>	Secundaria completa <input type="radio"/>	Estudios terciarios <input type="radio"/>
1.5 Estado civil	Casado <input type="radio"/>	Soltero <input type="radio"/>	Unión libre <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>	Divorciado <input type="radio"/>	
1.6 Vive solo	No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	Cohabitante: _____			
1.7 Tipología del adulto mayor	Anciano sano <input type="radio"/>	Anciano enfermo <input type="radio"/>	Anciano frágil <input type="radio"/>	Anciano geriátrico <input type="radio"/>		
1.8 Ingresos	Jubilación <input type="radio"/>	Pensión <input type="radio"/>	Salario <input type="radio"/>	Asistencia a la vejez <input type="radio"/>	Otros: _____	
1.9 Beneficios sociales	Tarjeta Uruguay Social (MIDES) <input type="radio"/>	Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (INDA) <input type="radio"/>	Sistema Nacional de Comedores <input type="radio"/>	Ticket bienestar <input type="radio"/>		
	Asistente personal <input type="radio"/>	Teleasistencia <input type="radio"/>	Plan Ibirapitá <input type="radio"/>	Otros: _____		

2. Segunda sección: Valoración del estado mental y grado de independencia

2.1 Valoración del estado mental (Escala de Folstein):

Orientación temporal	Día	0	1				
	Fecha	0	1				
	Mes	0	1				
	Estación	0	1				
	Año	0	1				
Orientación espacial	Lugar	0	1				
	Barrio	0	1				
	Ciudad	0	1				
	Departamento	0	1				
	País	0	1				
Fijación	Papel	0	1				
	Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:	0	1				
	Bicicleta Cuchara	0	1				
Concentración (sólo una de las 2 opciones)	a) Restar desde 100 de 7 en 7	0	1	2	3	4	5
	b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0	1	2	3	4	5
Memoria	¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1	2	3		
Lenguaje	Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1				
	Repetirlo con el reloj	0	1				
	Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0	1				
	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1	2	3		
	Lea esto y haga lo que dice CIERRE LOS OJOS	0	1				
	Escriba una frase	0	1				
	Copie este dibujo	0	1				

Interpretación Escala de Folstein	Puntuación total:
	Entre 23-21 una demencia leve <input type="radio"/>
	Entre 20-11 una demencia moderada <input type="radio"/>
	Menor de 10 de una demencia severa <input type="radio"/>

2.2 Valoración del grado de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria

Escala Lawton & Brody – Actividades Instrumentales de la vida diaria		
	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	1
Debe ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	-	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	-	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	-	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	-	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	-	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	-	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	-	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	-	1
No participa ni hace ninguna tarea	-	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	-	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	-	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	-	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Interpretación escala actividades instrumentales de la vida diaria	Puntuación total:	
	Mujeres	Hombres
	0-1 Total <input type="radio"/>	0 Total <input type="radio"/>
	2-3 Grave <input type="radio"/>	1 Grave <input type="radio"/>
	4-5 Moderada <input type="radio"/>	2-3 Moderada <input type="radio"/>
	6-7 Leve <input type="radio"/>	4 Leve <input type="radio"/>
8 Autónoma <input type="radio"/>	5 Autónomo <input type="radio"/>	

3. Tercera sección: Valoración del estado nutricional

3.1 Medidas Antropométricas	3.1.1 Peso: _____	3.1.2 Talla: _____	3.1.3 IMC:
			<23 kg/m ² (Bajo peso) <input type="radio"/>
			≤27,9kg/m ² (Normopeso) <input type="radio"/>
			28 a 31,9kg/m ² (Sobrepeso) <input type="radio"/>
			≥32kg/m ² (Obesidad) <input type="radio"/>

2.2 Valoración del grado de independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria

Escala Lawton & Brody – Actividades Instrumentales de la vida diaria		
	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	1
Debe ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	–	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	–	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	–	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	–	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	–	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	–	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	–	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	–	1
No participa ni hace ninguna tarea	–	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	–	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	–	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	–	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Interpretación escala actividades instrumentales de la vida diaria	Puntuación total:	
	Mujeres	Hombres
0-1 Total	<input type="radio"/>	0 Total <input type="radio"/>
2-3 Grave	<input type="radio"/>	1 Grave <input type="radio"/>
4-5 Moderada	<input type="radio"/>	2-3 Moderada <input type="radio"/>
6-7 Leve	<input type="radio"/>	4 Leve <input type="radio"/>
8 Autónoma	<input type="radio"/>	5 Autónomo <input type="radio"/>

3. Tercera sección: Valoración del estado nutricional

3.1 Medidas Antropométricas	3.1.1 Peso: _____	3.1.2 Talla: _____	3.1.3 IMC:
			<23 kg/m2 (Bajo peso) <input type="radio"/>
			≤27,9kg/m2 (Normopeso) <input type="radio"/>
			28 a 31,9kg/m2 (Sobrepeso) <input type="radio"/>
			≥32kg/m2 (Obesidad) <input type="radio"/>

	¿Tragar líquidos supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Cuándo traga, la comida se pega en su garganta? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
	¿Tragar sólidos supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Tose cuando come? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio
	¿Tragar pastillas supone un esfuerzo extra? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio	¿Tragar es estresante? 0 – Ningún problema 1 – 2 – 3 – 4 – Es un problema serio

3.3.4 Alteraciones en el gusto	Puede reconocer los diferentes gustos:	3.3.5 Alteraciones en el olfato	Puede reconocer el olor:
	Dulce <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>
	Salado <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>
	Ácido <input type="radio"/>		
	Amargo <input type="radio"/>		
3.3.6 Cambios en la sensación de hambre (apetito disminuido)	¿En las últimas semanas ha comido menos por falta de apetito?	3.3.7 Alteración en la marcha	Prueba levántate y anda
	Si <input type="radio"/>		Normal (no tiene): <10 segundos. <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>		Discapacidad leve de la movilidad: 11-13 segundos. <input type="radio"/>
			Riego elevado de caídas: >13 segundos. <input type="radio"/>
3.3.8 Polifarmacia	¿Toma más de tres fármacos a diario?	¿La medicación es recetada por el médico?	
	Si <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	
	No <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

3.4 Encuesta dietética:

3.4.1 Intolerancias alimenticias	¿Hay algún alimento que no consuma porque le cae mal (problema para su digestión, metabolización, etc.)?
	Si <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____
3.4.2 ¿Realiza una dieta indicada por el médico?	No <input type="radio"/>
	Si <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____
3.4.3 ¿Quién elabora la comida?	No <input type="radio"/>
	Especificar: _____
3.4.4 ¿Cuál de las siguientes comidas realiza?	Desayuna <input type="radio"/> Almuerza <input type="radio"/> Merienda <input type="radio"/> Cena <input type="radio"/>
3.4.5 La mayoría de las veces come:	Solo <input type="radio"/> Acompañado <input type="radio"/>

4. Cuarta sección: Selección de alimentos

4.1 ¿Cómo accede a los alimentos?	Solo, en forma independiente <input type="radio"/>	Tiene un familiar/vecino/cuidador, etc. que le brinda los alimentos <input type="radio"/>	Mediante un delivery <input type="radio"/>
4.2 ¿Se traslada a un comedor?	No <input type="radio"/>	- ¿Recibe viandas?	
	Si <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
4.3 Algún día a la semana no ha podido acceder a los alimentos	Si <input type="radio"/>	- Distancia: _____ - ¿Cuántas veces a la semana concurre?: _____ - ¿Concurre solo o acompañado?: _____ - ¿Por qué? Falta de dinero <input type="radio"/> Distancia <input type="radio"/> Dificultad en la marcha <input type="radio"/> Otros: _____	
	No <input type="radio"/>		
4.4 ¿El dinero le permite cubrir sus gastos del mes?	Si <input type="radio"/>		
	No <input type="radio"/>		
4.5 Al momento de comprar los alimentos que elemento tiene más en cuenta:	El costo <input type="radio"/>		
	Preferencias, lo que le gusta <input type="radio"/>		
	Dieta indicada por el médico <input type="radio"/>		
	Otro: _____		