

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE NUTRICIÓN**

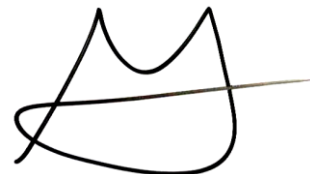
Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición

***“Patrones Alimentarios de Personas Adultas Mayores de Córdoba
y su asociación con los Perfiles de Salud”***

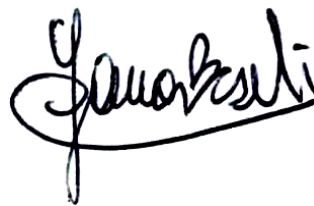
DIRECTORA: Lic. María Daniela Abraham.



Co – DIRECTORA: Dra. Prof. Mariana Butinof.



ALUMNAS: Bernardi, Yanina Paola.



Solohaga, Débora Raquel.



Abril, 2020

HOJA DE APROBACIÓN

“Patrones Alimentarios de Personas Adultas Mayores de Córdoba y su asociación con los Perfiles de Salud”

Tribunal:

Lic. Liliana Barbero

Lic. Marcela Canale

Dra. Mariana Butinof

Calificación:

Art. 28: Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación es resultado del trabajo conjunto de varias personas, que desde su lugar y función fueron parte fundamental para su concreción.

Reconocemos primeramente a Daniela Abraham por su compromiso, acompañamiento y enseñanza durante todo el proceso, infinitamente agradecidas. También a Mariana Butinof, por el tiempo de calidad brindado, por cada aporte y sugerencia, ¡muchas gracias!.

Agradecemos a cada institución visitada, desde el CAP N° 90 en Barrio Ituzaingó Anexo, “Fundación Amigo del Diabético” en Carlos Paz, “Feria Agroecológica de la UNC” que nos recibieron con los brazos abiertos, tanto los profesionales que allí participan como cada persona adulta mayor que sin sus historias y saberes compartidos este trabajo no podría haberse realizado.

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo incondicional, por cada palabra de aliento, por estar siempre, este logro es de ustedes también; gracias Gastón Tapia, Marcos Battistón y Franchesco Battistón.

Por último y no de menor importancia, agradecemos a Dios quien nos permitió llegar a esta instancia y nos sostuvo en todo el proceso.

¡Muchas gracias a todos y todas!

Yanina y Débora.

RESUMEN

Patrones Alimentarios de Personas Adultas Mayores de Córdoba y su asociación con los Perfiles de Salud

Área Temática de investigación: Epidemiología y Salud Pública.

Autores: Bernardi, YP; Solohaga, DR; Dra. Butinof, M; Lic. Abraham, MD.

Introducción: Los patrones alimentarios de las personas adultas mayores (AM) se construyen en la cotidianeidad y son recreados a lo largo de la historia, expresándose en sus perfiles de salud. **Objetivo:** Caracterizar los patrones alimentarios de las personas AM residentes en Córdoba y gran Córdoba, y analizar su asociación con la ocurrencia de diferentes perfiles de salud, 2018 y 2020. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional, de modalidad empírica observacional, de corte transversal, con enfoque cuali-cuantitativo. Se construyó una muestra de 384 personas AM. Se implementó una encuesta semiestructurada y se realizaron observaciones participantes y no participantes, se completó una bitácora de campo. **Resultados y Conclusión:** Las personas AM de este estudio, mujeres (79%) y varones (21%), con edad promedio de 72 (DE ± 7), proceden de 66 barrios con características diferenciadas entre servicios básicos y públicos. Los patrones alimentarios identificados presentan cambios en esta etapa de la vida y lo adjudican a cuestiones de salud principalmente, cambio en la forma de vida y/o costo de los alimentos. Se destacan dos grupos de alimentos de mayor consumo: carnes y verduras/frutas; los modos de preparación utilizados con mayor frecuencia son: horneado, hervido y a la plancha. Al analizar los perfiles de salud asociados a patrones alimentarios, emergen dos dimensiones: a) vincula con LA buena percepción de su salud y estado de ánimo, cambios en su alimentación, realizan actividad física regular, presentan una enfermedad y consumen medicación; b) representada por mujeres menores de 80 años y que tienen huerta en su hogar.

Palabras Claves: Personas adultas mayores - patrones alimentarios - perfiles de salud.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:	4
III. OBJETIVO GENERAL.....	5
IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
V. MARCO TEÓRICO.....	6
ALIMENTACIÓN: UNA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICO-SOCIAL	6
PATRONES ALIMENTARIOS.....	7
ALIMENTACIÓN: DERECHO HUMANO INDISPENSABLE	8
ALIMENTACIÓN CONTEXTUALIZADA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES	9
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL	11
CARGAS DE MORBI-MORTALIDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES	13
VI. SUPUESTO TEÓRICO/HIPÓTESIS	16
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	17
TIPO DE ESTUDIO:	17
POBLACIÓN PARTICIPANTE:	17
<i>*Población:</i>	17
<i>*Muestra:</i>	17
PRINCIPALES EJES DE INDAGACIÓN:	18
<i>*Patrones alimentarios:</i>	18
<i>*Perfil de salud:</i>	19
PRINCIPALES CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ VARIABLES:.....	19
<i>*Sexo</i>	19
<i>*Edad</i>	19
<i>*Patrones Alimentarios</i>	20
<i>*Perfiles de Salud</i>	20
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	20
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	23

VIII. RESULTADOS.....	25
IX. DISCUSIÓN.....	44
X. CONCLUSIÓN.....	49
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	51
XII. ANEXOS	58

I. INTRODUCCIÓN

El simple acto de comer se nos presenta, habitualmente, como un hecho biológico -natural- (*comemos nutrientes*), sin embargo, frente a este hecho biológico universal se presentan infinitas formas de satisfacción, en diversos lugares y a través del tiempo (*comemos sentidos*) (1). Hablar de los sentidos, permite pasar del plano individual (reponer energías, nutrirnos y crecer) al plano colectivo: el comer como hecho social. Se reconoce que comer es producto de relaciones sociales, y que a su vez produce relaciones sociales; y que representa el tipo de alimentación con la que nos identificamos como grupo: identidad alimentaria (2). Tal como menciona Fischler (1995), la comida es entendida como fuente de nutrientes indispensables para el crecimiento-desarrollo, pero al mismo tiempo, debe ser pensada como un tejido de símbolos, creencias y representaciones que construyen la identidad de una familia, de una comunidad; en otras palabras, vínculos/relaciones de reciprocidad, de disfrute, que configuran el formar parte de un grupo (2).

Los patrones alimentarios, definidos como *“la naturaleza, calidad, cantidades, y proporciones de diferentes alimentos y bebidas en la dieta, y la frecuencia con las cuales son habitualmente consumidos”* (3), constituyen una fuente de información para aportar en la comprensión de los comportamientos alimentarios que se expresan a través de la salud de cada persona, inmersa en un contexto social-cultural-económico. En los últimos tiempos se reportó que los patrones alimentarios expresan mejor la complejidad involucrada en el acto de la alimentación, dado que las personas no consumen de manera aislada alimentos (4). Así, los patrones alimentarios surgen como una alternativa para representar modos de alimentarse, en tanto preferencias y elecciones individuales, al mismo tiempo que influencias familiares y culturales; reflejando, además, más acabadamente el comportamiento alimentario real de una población (5).

En este sentido, son también un reflejo del acceso a la alimentación como derecho, en tanto expresan modos de alimentarse que responden también a las restricciones del mercado (6). Es decir, la sensación biológica e individual del hambre se satisface comiendo, pero la necesidad colectiva de alimentarse

depende exclusivamente de que las personas puedan acceder a satisfactorios (derechos humanos). Por lo tanto el alimento no puede ser tratado como un “bien” cualquiera, que puede dejarse al arbitrio del mercado, para su distribución en la sociedad (7).

Hablar de alimentación, de alimentos, de prácticas situadas en un tiempo/espacio, es hablar de personas adultas mayores (AM), de las historias de vida de estas personas que se van escribiendo -a merced de muchos otros matices- entre sustancias y circunstancias que hacen a actividades tan cotidianas como lo son el cocinar y el comer. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (8) y La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) han establecido convencionalmente los 60 años como la edad de inicio de la vejez, tanto varones como mujeres (10). El número de personas en edad de 60 años y más, en 2015 representaba más del 12% de la población y se espera que en 2050 sea mayor al 21% de la población mundial, llegando a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Iberoamérica, en las últimas décadas, experimenta una transición demográfica avanzada, expresada en cambios en las estructuras etarias de la población, caracterizada por la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad. Argentina no es ajena a esta situación, siendo uno de los países más envejecidos de la región junto a Uruguay y Chile (11). La población AM en nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), está representada por el 15,1% del total del país, con una distribución del 8,5% en varones y 11,7% para las mujeres (12); se estima que para el año 2050, 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años, indicando que el proceso de envejecimiento poblacional continuará. Particularmente en la Provincia de Córdoba, la población mayor de 60 años constituye el 16% de la población total (514 mil adultos mayores de 60 años y 88 mil adultos mayores de 80 años). Asimismo, según datos intercensales (2001 – 2010), este segmento etario ha crecido en el mencionado período a una tasa superior al resto de la población; 7% y 15% respectivamente (13).

Estos cambios demográficos se acompañan de modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad de la población denominado transición epidemiológica. En la actualidad, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son el grupo dominante en la población en general y entre las personas AM en particular. Existen evidencias acerca de la acción sinérgica entre algunos tipos de alimentos

y riesgo de desarrollar ECNT, las cuales se caracterizan por ser de larga duración y evolución generalmente lenta, son responsables de más del 60% de las causas de morbilidad y mortalidad y se reconoce como principales la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal. Representan una verdadera epidemia que, en concordancia con lo expresado, va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la alimentación rica en azúcares e hidratos de carbonos simples y grasas saturadas (11). Conforme aumenta la proporción de personas de edad avanzada, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, generando una mayor necesidad de infraestructura social y sanitaria para cuidados, mientras que los costos de la atención de casos agudos o curables permanecen bastante constantes (14).

Considerando lo mencionado anteriormente, es de nuestro interés describir y caracterizar los patrones alimentarios de las personas adultas mayores de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, y su posible asociación con los perfiles de salud predominantes en este grupo de la población.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características tienen los patrones alimentarios de las personas adultas mayores y de qué manera se relacionan con la ocurrencia de diferentes perfiles de salud en este grupo etario? Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018 – 2020.

Delimitación del problema:

- *Delimitación Demográfica:* Personas adultas mayores (60 años o más).
- *Delimitación Temporo-Espacial:* Córdoba y gran Córdoba. Periodo de recolección de datos: 2018 – 2020.

III. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los patrones alimentarios de las personas adultas mayores residentes en Córdoba y gran Córdoba, y analizar su asociación con la ocurrencia de diferentes perfiles de salud, 2018 – 2020.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar los patrones alimentarios de las personas adultas mayores, de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018 – 2020.
2. Describir los perfiles de salud de las personas adultas mayores, de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018 – 2020.
3. Analizar la relación entre los patrones alimentarios y perfiles de salud de las personas adultas mayores residentes en la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018 – 2020.

V. MARCO TEÓRICO

Alimentación: una construcción histórico-social

Comprar alimentos, preparar, cocinar, poner la mesa, comer solo/a o con otros, se trata, efectivamente, de una de las acciones más cotidianas, comunes y aceptadas por la humanidad. La autora Patricia Aguirre, en sus escritos, postula la idea de alimentación -el acto de comer- como hecho biológico -natural- inconsciente, necesario para la subsistencia de las personas (*comemos nutrientes*); sin embargo, frente a este hecho biológico universal se presentan infinitas formas de satisfacción, en diversos lugares y a través del tiempo (*comemos sentidos*) (1). Complementariamente, Garrote (1997) plantea que la comida constituye una de las experiencias más ordenadoras de los seres humanos y la objetivación más precisa de su vida cotidiana; y la define como el producto familiar del proceso alimentario, práctica social que incluye tanto los recursos como las prácticas (15). Hablar de que la alimentación es una construcción histórico y social – cocinamos y comemos atravesados por un contexto-, permite pasar del plano individual (reponer energías, nutrirnos y crecer) al plano colectivo: el comer como hecho social, compartido con Otros culturales. Se reconoce que comer es producto de relaciones sociales, que a su vez, produce relaciones sociales; y que representa el tipo de alimentación con la que nos identificamos como grupo: identidad alimentaria (16). Tal como menciona Fischler (1995), la comida es entendida como fuente de nutrientes indispensables para el crecimiento-desarrollo, pero al mismo tiempo, debe ser pensada como un tejido de símbolos, creencias y representaciones que construyen la identidad de una familia, de una comunidad; en otras palabras, vínculos/relaciones de reciprocidad, de disfrute, que configuran el formar parte de un grupo (2).

Por tal motivo, es que la alimentación debe ser considerada un fenómeno complejo, que opera en distintos espacios relacionales, configurando mundos simbólicos, que tienen que ver con Otros y que involucra múltiples condicionantes, diferentes para cada persona, en el que confluyen diversos factores de orden económico, social, político, ecológico, entre otros; y que caracterizan una determinada cultura alimentaria. Esta última, entendida como el conjunto de

representaciones, creencias, conocimientos y prácticas asociadas a la alimentación, heredadas y/o aprendidas, y que son compartidas por individuos integrantes de un colectivo social determinado, caracterizando sus cocinas, estableciendo un sentido de pertenencia e identidad (17) (“nosotros comemos así”), como así también una forma peculiar de comunicarse, un lenguaje compartido (*gramática culinaria*) (18).

Por lo que el consumo alimentario es considerado un lugar de diferenciación social y distinción simbólica entre clases, grupos etarios, etnias, y, a la vez, un sistema de integración y comunicación entre pares; afirmando la idea de que consumir es intercambiar significados culturales y sociales, lo que le otorga al acto de comer un lugar clave en la conformación de redes sociales fluctuantes que trascienden en el tiempo (19).

Patrones Alimentarios

Al analizar el comportamiento alimentario de una sociedad se puede definir un patrón cultural alimentario que sintetiza, consciente e inconscientemente, la respuesta del individuo frente al medio y sus ideas respecto al alimento -algunas recibidas de su familia de origen y otras de los grupos y personas con las que se interrelaciona- ; todo ello contrastado con un medio cultural donde las tradiciones, creencias y conocimientos interfieren en los hábitos alimentarios cotidianos de las personas. Todas estas influencias producen grandes tendencias en los consumos alimentarios que permanecen de manera dinámica en el tiempo y caracterizan a las comunidades, dando origen a distintos patrones alimentarios (1). Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2016) definen los patrones alimentarios como “*aquellos alimentos que son consumidos en cantidades significativas por la mayoría de las personas de una población determinada y que por lo tanto influyen en su estado nutricional*” (20). A su vez, el World Cancer Research Fund & American Investigation of Cancer Research (2007) define los patrones alimentarios como “*la naturaleza, calidad, cantidades, y proporciones de diferentes alimentos y bebidas en la dieta, y la frecuencia con las cuales son habitualmente consumidos*” (3). Constituyen una fuente de información para aportar en la comprensión de los comportamientos alimentarios, que se expresan a través de la

salud de cada persona, inmersa en un contexto social-cultural-económico. En los últimos tiempos se reportó que los patrones alimentarios expresan mejor la complejidad involucrada en el acto de la alimentación, dado que las personas no consumen de manera aislada alimentos (18). Así, los patrones alimentarios surgen como una alternativa para representar modos de alimentarse, en tanto preferencias y elecciones individuales, al mismo tiempo que influencias familiares y culturales; reflejando, además, más acabadamente el comportamiento alimentario real de una población (19).

Alimentación: Derecho Humano indispensable

Así como los patrones alimentarios caracterizan la alimentación de las poblaciones, son también un reflejo del acceso a la alimentación como derecho, en tanto expresan modos de alimentarse que responden también a las restricciones del mercado (1). Es decir, la sensación biológica e individual del hambre se satisface comiendo, pero la necesidad colectiva de alimentarse depende exclusivamente de que las personas puedan acceder a satisfactores (derechos humanos). Por lo tanto el alimento no puede ser tratado como un bien o una mercancía cualquiera, que puede dejarse al arbitrio del mercado, para su distribución en la sociedad, sino que debería estar garantizado a todas las personas en todo momento y en cualquier lugar (20).

La concepción de la alimentación como derecho, surge a partir de la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, Derecho consagrado en el artículo 25 de la misma, expresa:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (21).

Sin embargo, haciendo una precisión conceptual en relación a este derecho y su alcance, surgen en primer lugar el término Soberanía Alimentaria. La organización Vía Campesina, durante la Cumbre Mundial de la Alimentación realizada en Roma (1996) la definió como “el derecho de cada pueblo y de todos los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias de producción, distribución y consumo de alimentos, a fin de garantizar una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada y suficiente para toda la población” (22).

Complementariamente, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (1996), incorpora la idea de Seguridad Alimentaria (SA). Este concepto aparece en el año 1974 en el marco de la Conferencia Mundial de la Alimentación realizada en Roma. En la ya señalada Cumbre, se profundiza en su definición haciendo énfasis en el “acceso” a los alimentos, y se establece que existe SA cuando “Todas las personas gozan en todo momento del derecho al acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar adelante una vida activa y sana” (21).

En efecto, tanto el concepto de Soberanía Alimentaria como el de Seguridad Alimentaria se basan en el derecho al alimento como medio para garantizar la salud, empero, la diferencia entre ambos radica en el cómo se logran esas garantías.

Alimentación contextualizada en personas adultas mayores

Resulta preciso mencionar que al referirse a personas adultas mayores se toman los postulados de La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (8) y La Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) que han establecido convencionalmente los 60 años como la edad de inicio de la vejez, tanto varones como mujeres (10).

Asimismo, se debe entender al envejecimiento como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y

sentimientos (23) que se construyen durante el ciclo vital (desde la concepción hasta los últimos años de vida). Están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de la misma está más alejada de la edad cronológica, teniendo mayor estructuración desde lo individual y lo social (24). La edad, desde el punto de vista de la antropología, es uno de los principios en los que se fundamenta la organización social; en la literatura sociológica, se considera una variable interviniente en la realidad social que marca diferencias; en estudios epidemiológicos, una variable estadística central dentro de una perspectiva analítica y, en la vida cotidiana, un antecedente de inclusión o de exclusión social. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, amplía la definición considerando la dimensión de proceso, afirmando que “el envejecimiento no es solo el deterioro de condiciones de salud física y mental, sino también la reducción de los años esperados de vida activa y sana” (OPS, 2005: 308) (25) y afirma la idea de que los principios de clasificación del mundo social remiten siempre a fundamentos sociales.

La reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos; cuestiona la conveniencia de establecer una edad fija como inicio de esta etapa como medida estándar.

Asimismo la OMS en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud amplió el concepto de Envejecimiento Saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor (26). Por lo expresado, se vislumbra que el concepto de envejecimiento es único y que cada persona es quien decide cómo desea vivir cada etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual está influida directamente por el contexto donde esté inmersa.

Hablar de alimentación, de alimentos, de prácticas situadas en un tiempo/espacio, es decir, entendida desde un carácter dinámico y su naturaleza histórica, es hablar de personas adultas mayores (AM). Desde una perspectiva abarcativa de interpretar la alimentación, con una visión que trasciende la satisfacción fisiológica, se avanza hacia el reconocimiento de aquellos elementos y condicionantes, en un marco relativo de elecciones y acciones aprendidas, importantes de esta etapa de

la vida, que caracterizan el momento actual en el que comen las personas AM y se manifiestan individual y socialmente en la salud de uno/a.

Cambios demográficos: envejecimiento poblacional

El número de personas en edad de 60 años y más, en 2015 representaba más del 12% de la población y se espera que en 2050 sea mayor al 21% de la población mundial, llegando a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015 (27).

Iberoamérica, en las últimas décadas, experimenta una transición demográfica avanzada, expresada en cambios en las estructuras etarias de la población, caracterizada por la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad (11).

El primero factor clave influyente en el envejecimiento poblacional es el aumento de la esperanza de vida: en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque una pequeña parte de este aumento mundial se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores; o dicho de otro modo, el crecimiento sostenido de la esperanza de vida registrada en todo el mundo durante los últimos 100 años se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo. Este fenómeno se acompaña del desarrollo socioeconómico sin precedentes, registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años. En los entornos de bajos recursos, es más frecuente que la muerte ocurra en la primera infancia. Luego de esta etapa, las muertes se distribuyen uniformemente en el resto de la vida. Con el desarrollo, mejora la salud pública y más personas sobreviven a la infancia, por lo que se torna más probable que las personas mueran a una edad adulta. En los entornos de ingresos altos, los patrones de mortalidad cambian aún más hacia la vejez; por esta razón, la mayoría de las muertes ocurren en personas mayores de 70 años.

La segunda razón del envejecimiento de la población es, como ya se mencionó, la caída de las tasas de fecundidad. Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de

género. La reducción de la fecundidad a menudo es menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto se ha traducido en una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. A medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fertilidad sostenida (26).

Argentina no es ajena a esta situación, siendo uno de los países más envejecidos de la región junto a Uruguay y Chile (28). La población AM en nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), está representada por el 15,1% del total del país, con una distribución del 8,5% en varones y 11,7% para las mujeres (29); se estima que para el año 2050, 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años, indicando que el proceso de envejecimiento poblacional continuará. Particularmente en la Provincia de Córdoba, la población mayor de 60 años constituye el 16% de la población total (514 mil adultos mayores de 60 años y 88 mil adultos mayores de 80 años). Asimismo, según datos intercensales (2001 – 2010), este segmento etario ha crecido en el mencionado período a una tasa superior al resto de la población; 7% y 15% respectivamente (10). De esta manera los cambios que se evidencian en la población, llevan a una modificación en la proporción relativa de distintos grupos etarios a través del tiempo como ya nombramos anteriormente, esto resulta en lo denominado bono demográfico; que hace referencia a una fase en que el equilibrio entre edades resulta una oportunidad para el desarrollo. Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación a la segunda. Una mayor proporción de trabajadores no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital. Los beneficios de este bono demográfico se pueden visualizar si existe adopción de políticas macroeconómicas que favorezcan una fuerte inversión en capital humano para aumentar las oportunidades, para que las generaciones cuantitativamente mayores sean también cualitativamente más productivas (11).

El envejecimiento poblacional, un gran logro de la humanidad, se convierte a su vez en un inmenso desafío para que aquellos años de vida que se prolongan sean

vividos con calidad, en condiciones adecuadas, con oportunidades de salud, participación, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida (26). En este sentido, el cuidado comprende regulaciones, marcos normativos, el derecho a cuidar, el derecho a ser cuidado y el derecho a autocuidarse. El valor de que el cuidado sea reconocido como derecho humano es la posibilidad de separarlo de las políticas de conciliación trabajo y familia. El enfoque de derechos nos remite al principio de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos. Resulta, entonces importante, dar cuenta de cómo el mandato de progresividad y el de no regresividad se aplican en el campo de los derechos del cuidado.

En Argentina, son restringidas las normas vinculadas al cuidado y, las que existen, se encuentran principalmente vinculadas al rol de trabajador/a formal en relación a los niños y niñas en sus primeros meses de vida. Por otro lado, no hay regulación en el campo del cuidado de los adultos mayores (28).

Cargas de morbi-mortalidad en personas adultas mayores

Estos cambios demográficos se acompañan de modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad de la población (transición epidemiológica). En la actualidad, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son el grupo dominante en la población en general y entre las personas AM en particular. Existen evidencias acerca de la acción sinérgica entre algunos tipos de alimentos y riesgo de desarrollar ECNT, las cuales se caracterizan por ser de larga duración y evolución generalmente lenta. Son responsables de más del 60% de las causas de morbilidad y mortalidad y se reconoce como principales la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la enfermedad renal. Todas se caracterizan por compartir los siguientes factores de riesgo: el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la falta de actividad física. En la actualidad se cuenta con medidas costo efectivas para el abordaje y correcto control de estas enfermedades, y sus factores de riesgo. Algunas de estas medidas son poblacionales (como por ejemplo la regulación de ambientes libres de humo o la reducción de sal en los alimentos procesados) y otras son de carácter individual a realizar en el marco de la consulta de salud (8).

Representan una verdadera epidemia que, en concordancia con lo expresado, va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la alimentación rica en azúcares e hidratos de carbonos simples y grasas saturadas (8). Conforme aumenta la proporción de personas de edad avanzada, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, generando una mayor necesidad de infraestructura social y sanitaria para cuidados, mientras que los costos de la atención de casos agudos o curables permanecen bastante constantes (28).

En Argentina, son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial. Los últimos datos obtenidos a partir de la ENFR 2018, se registró obesidad en un cuarto de la población, indicador que aumentó 22% respecto de la edición 2013 y 74% respecto a la primera edición (2005). La prevalencia de actividad física baja aumentó significativamente respecto de la ENFR 2013, alcanzando a 6 de cada 10 individuos, y el indicador de glucemia elevada o diabetes auto-reportado evidenció un aumento estadísticamente significativo respecto de la ENFR 2013 y alcanza al 12,7% de la población (29).

En cuanto a las personas AM de Argentina, según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, el 17,7% de los adultos mayores de 65 años y más presentaron obesidad. Con respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas, el 47,1% de la población adulta mayor presentó hipertensión arterial, el 38% presenta colesterol elevado y el 20,4% presentan glucemia elevada. Existe además un mayor riesgo de padecer algunas patologías crónicas y obesidad a menores niveles de ingresos y de escolarización (30).

De esta manera a nivel local se observa que en la ENFR (2013), reportó una prevalencia de diabetes en la Provincia de Córdoba de 13%, la distribución por sexo fue de 13,6% en mujeres y 12,5% en varones. Considerando los factores de riesgo asociados a esta afección, la prevalencia de sobrepeso en la población con diabetes fue del 41,3 %, y la obesidad del 34,2 %, alcanzando la malnutrición por exceso al 75,5% de la población con diabetes de la provincia. Siendo mayor la proporción de mujeres que se ubican en la categoría de sobrepeso (44,4% con relación a los varones 37,4%), e inversa para la obesidad 37.5% de los varones con obesidad, y un 31.5% en el caso de las mujeres (31).

Otro factor de riesgo asociado a la diabetes es el consumo inadecuado de frutas y verduras, el 85,5% de la población con diabetes refirió no llegar al consumo recomendado de “al menos 5 frutas y/o verduras diarias”, siendo el grupo de los varones quien manifestó un mayor consumo en relación con las mujeres 15,9% y 8,9% respectivamente. Por su parte en la población general, la prevalencia de consumo inadecuado tuvo un valor mayor 91% (31).

Puntualmente, haciendo énfasis en la alimentación, Según el análisis de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares desde la perspectiva alimentaria y nutricional, en Argentina el consumo aparente de alimentos y bebidas se ha modificado en las dos últimas décadas, destacándose la disminución en el consumo frutas y vegetales, harina de trigo, legumbres, carne vacuna y leche; y el aumento en el consumo de masas de tartas y empanadas, carne porcina, productos cárnicos semielaborados, yogurt, gaseosas, jugos y comidas listas para consumir. Ese cambio se ve reflejado en la ingesta de nutrientes críticos como grasas saturadas, grasas trans, sodio, azúcares, fibra, vitamina A y C (32), desplazando los patrones alimentarios basados en comidas y platos preparados a partir de alimentos sin procesar o mínimamente procesados hacia alimentos ultra procesados (33) reduciéndose el consumo de alimentos tradicionales y con bajo nivel de industrialización, tales como vegetales, frutas, legumbres, que además requieren mayor tiempo de elaboración. Los cambios en el patrón alimentario pueden tener importantes consecuencias en la calidad nutricional de la dieta argentina (32).

Considerando lo mencionado anteriormente, es de nuestro interés describir y caracterizar los patrones alimentarios de las personas adultas mayores de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, y su posible asociación con los perfiles de salud predominantes en este grupo de la población (34).

VI. SUPUESTO TEÓRICO/HIPÓTESIS

Los patrones alimentarios de las personas adultas mayores, se encuentran asociados a diferentes perfiles de salud.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Este trabajo de investigación se desarrolló en el marco del proyecto de Doctorado denominado “Trayectorias y Dinámicas Alimentarias de Adultos/Adultas de la Ciudad de Córdoba. Multigeneracionismo, envejecimiento activo y cuidado”; trabajo de tesis de la doctoranda Lic. Maria Daniela Abraham. El mismo ha sido dirigido por la Prof. Dra Mariana Butinof y Co-dirigido por la Prof. Dra. Juliana Huergo.

TIPO DE ESTUDIO:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional, de modalidad empírica observacional, de corte transversal (35). Asimismo, en cuanto al enfoque metodológico, se optó por una triangulación cuali-cuantitativa que permitió abordar las diversas dimensiones de las categorías de interés, producir resultados diferentes pero complementarios y generar una visión más amplia del objeto de estudio. Esta elección metodológica entiende que los patrones alimentarios de la población adulta mayor se construyen en la cotidianeidad, son recreados a lo largo de la historia de las personas, las condiciones socioculturales en las que se viven y se expresan en los perfiles de salud de esta población (36).

POBLACIÓN PARTICIPANTE:

Tanto la población como la muestra han sido definidas previamente por el proyecto marco en el que se sustenta este trabajo.

***Población:**

Personas Adultas Mayores (\geq de 60 años) de diferentes barrios de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba.

***Muestra:**

Se diseñó una muestra no probabilística por cuotas, considerando la estructura de la población de AM de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba según nivel de instrucción alcanzado, ya diseñada por el proyecto marco de este estudio. Así,

acorde lo reportado por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 2013, el 49,3% de la población total inició o completó el primario, el 28,65% inició o completó el secundario, el 19,61% inició el nivel superior universitario y el 2,43% no fue escolarizado. Por lo tanto, el tamaño muestral definido fue de $n=384$, el que se ha calculado para exponer resultados con un nivel de confianza del 95%, con un error tolerable de 5% y una distribución de respuestas del 50%. Su distribución responde a la estratificación de este grupo de población según niveles de instrucción, acorde a las proporciones expresadas por la EPH: $n=189$ AM con nivel de instrucción primario completo/incompleto, $n=110$ AM con nivel de instrucción secundario completo/incompleto, $n=75$ AM con nivel de instrucción superior universitario completo/incompleto y $n=9$ sin escolaridad.

Particularmente, en esta instancia se realizaron 90 encuestas, empero a los fines del análisis se tomará la base de datos del proyecto marco, el cual considera como criterios de inclusión y exclusión los siguientes puntos:

*Criterios de inclusión para ambas muestras: aceptar participar del estudio voluntariamente. Ser Adulta o Adulto Mayor (según definición adoptada por este estudio) y estar jubilado/a.

*Criterios de exclusión para ambas muestras: no podrán participar aquellos que no sean AM y que no den su consentimiento informado y que estén institucionalizados.

PRINCIPALES EJES DE INDAGACIÓN:

Inicialmente, se trabajó con los siguientes ejes de indagación obtenidos, en primer lugar, de las observaciones participantes y bitácoras de campo; y luego de las preguntas abiertas del cuestionario que se aplicó a cada participante:

*Patrones alimentarios:

-Caracterización de la alimentación de las personas AM: alimentos consumidos con mayor frecuencia.

-La alimentación como símbolo de salud, destacando significaciones, condicionantes, potenciadores.

- El alimento, la resolución de las compras cotidianas y la elaboración de los mismos.
- Alimentos trazadores/identificadores, reconociendo alimentos característicos y/o representativos de esta etapa de la vida.
- La huerta recuperando conocimientos previos, su utilización, caracterización y valorización.

*Perfil de salud

- Diagnósticos de enfermedad, como se define, como lleva el proceso, actores que acompañan, uso de medicación.
- Cambios alimentarios reconocidos a partir del diagnóstico.
- Actividad física como mecanismo de autocuidado.
- Autonomía, reconocimiento de mecanismos de independencia.
- Cuidado, identificación de prácticas potenciadoras de la salud.

PRINCIPALES CATEGORÍAS DE ANÁLISIS/ VARIABLES:

***Sexo**

Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. Para abordar ésta variable consideramos dos categorías: mujeres y varones (37).

***Edad**

Se consideró la edad de 60 años como la edad de inicio de la vejez tanto para varones como para mujeres (8) (9). Partiendo de los postulados de Riley (1988, c.p. Neugarten, 1999) se consideraron tres categorías clasificatorias: la primera de 60 a 74 años también llamados “viejos-jóvenes”, la segunda que comprende desde los 75 a los 85 años denominados “viejos-viejos” y la tercera igual o mayor de 86 años que son los “viejos-muy viejos” (38).

***Patrones Alimentarios**

Los patrones alimentarios se definen por la naturaleza, calidad, cantidad y proporciones de diferentes alimentos y bebidas en la dieta de un individuo, y la frecuencia con las cuales son habitualmente consumidos. Analíticamente, pueden ser entendidos como una medida única de exposición, que resume la información de numerosas variables de naturaleza alimentaria y que se caracterizan por aquellas que resultan dominantes en la alimentación de un grupo de individuos o colectivo social (3). El mismo se analizó a partir de las siguientes dimensiones: grupos alimentarios, métodos de preparación de alimentos, alimentos trazadores, presencia de huertas domiciliarias y lugar de compra de alimentos.

***Perfiles de Salud**

Cuando se habla de Perfiles de salud, se refiere al estudio del fenómeno salud/enfermedad/cuidado en poblaciones, en su carácter de proceso social, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen (39). Para abordar este apartado se tendrán en cuenta las siguientes variables: percepción de salud y estado de ánimo, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, práctica habitual de actividad física, consumo de medicación y prácticas de autocuidado y cuidado de otros.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍAS
SEXO	Características biológicas que definen los seres humanos como varones o mujeres	% de personas AM por sexo	*Mujeres *Varones
EDAD	Persona adulta mayor igual o mayor a 60 años	% de personas AM por categoría de edad	*60 a 69 años *70 a 79 años *80 a 89 años *90 a 100 años
PATRONES	GRUPOS DE	Nº de grupos	*verduras y frutas

CULTURALES ALIMENTARIOS	ALIMENTOS: clasificación de los alimentos según las funciones que cumplen y los nutrientes que proporcionan	alimentarios autoreportados	*legumbres, cereales y derivados *leche, yogurt y queso *carne y huevos *aceites, frutos secos y semillas *dulces y grasas
	MODOS DE PREPARACIÓN: formas de cocción de los alimentos	Nº de técnicas alimentarias identificadas	*hervido *frito *al horno *al vapor *otros
	ALIMENTOS TRAZADORES ¹ : conjunto de alimentos marcadores de un grupo o categoría	Nº de repeticiones de un alimento reportado como consumido diariamente	*1 a 9 veces reportado *10 a 19 veces reportado *> a 20 veces reportado
	COMPRA DE ALIMENTOS: modalidad y lugar de obtención de alimentos	% de personas AM con igual modalidad de obtención de alimentos	*Supermercados y Mayoristas *Comercios barriales *Ferias
	HUERTA DOMICILIARIA: presencia de quintas en el hogar	% de personas AM con huerta en el hogar	*SI *NO
PERFIL	PERCEPCIÓN DE SALUD:	% de personas AM con	*Muy Bueno *Bueno

¹Este concepto es tomado y definido a partir de los postulados de Montanari, M. En Capítulo I: Alimentación y Cultura. En Enfoques Socioculturales de la Alimentación. 1ª ed. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial. 2014; p. 31-45

DE SALUD	autodefinición de la salud por parte de AM	percepción positiva	*Regular *Malo
	PERCEPCIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO: autodefinición del estado de ánimo por parte de AM	% de personas AM con percepción positiva	*Muy Bueno *Bueno *Regular *Malo
	PRESENCIA DE ENFERMEDAD: patologías autoreportada por persona AM	% de personas AM con enfermedades	*SI *NO
	PRÁCTICA HABITUAL DE ACTIVIDAD FÍSICA: realización diaria de actividad	% de personas AM que realizan actividad física	*SI *NO
	CONSUMO DE MEDICACIÓN: ingesta diaria de medicación	% de personas AM que consume medicación a diario	*SI *NO
	CUIDADO: prácticas reconocidas por AM como potenciadoras de la salud.	% de personas AM que se siente cuidada	*SI *NO

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar, se realizaron observaciones participantes en eventos sociales de organizaciones de personas adultas mayores (festejo del día del jubilado; entrega

de bolsones en centros de jubilados; talleres de nutrición, memoria, jardinería, percusión, folklore, caminatas barriales, entre otros). Se inició con una inmersión en terreno donde no se utilizó un registro estándar, sino que se intentó captar todo lo considerado pertinente y acorde al objeto de estudio. Después de esta inmersión inicial y la identificación de las principales categorías emergentes, se diseñó una guía de observación acorde a los principales ejes de indagación del cuestionario. Al finalizar cada jornada de trabajo de campo, se volcó lo observado en una bitácora o diario de campo (anotaciones sobre reflexiones, puntos de vista, conclusiones preliminares, dudas e inquietudes) (Anexo 1).

Se implementó un cuestionario semiestructurado diseñado por el proyecto marco. Este cuestionario se elaboró siguiendo parámetros de instrumentos validados nacional e internacionalmente utilizados por diferentes organismos, como la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 y Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud, entre otros. El mismo contempla cinco módulos: a) introducción (compuesta por la presentación de la becaria y el proyecto, e indicaciones de cómo responder el cuestionario); b) datos personales del AM; datos generales de salud; c) trayectoria y dinámica alimentaria; d) participación y e) cuidado. El cuestionario tiene preguntas con respuestas cerradas en algunos casos y otras abiertas tras la intencionalidad de invitar a profundizar la temática en cuestión. Está diseñado para ser auto-administrado, aunque en los casos que así lo requirieron se proporcionó el acompañamiento necesario para su resolución (Anexo 2).

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis comenzó con la inmersión en la información recabada en el campo (observaciones participante y no participante), lo que implicó leer y releer cada grupo de notas o transcripciones hasta estar íntimamente familiarizado con el contenido. Luego, se procedió a la lectura iterativa de los textos de las notas tomadas en las observaciones (bitácora de campo), para dar inicio a la secuencia de pasos para el análisis de datos planteada por De Souza Minayo (2009) (36).

En segundo lugar, se realizó la carga de datos del cuestionario en una base de datos que facilitó el análisis de relaciones entre las variables, mediante la

construcción de tablas de distribución de frecuencias conjunta (tabla de contingencia). Se calcularon estadísticas descriptivas, χ^2 y T test como test de hipótesis y Análisis Factorial por correspondencia múltiple para definir patrones alimentarios y perfiles de salud. Este método estadístico permitió trabajar con variables de tipo cualitativo. Se utilizó en programa Stata 14 (StataCorp. Texas. USA) (37).

Consideraciones éticas: en todos los casos se resguardó la confidencialidad de la información y se implementó un proceso de consentimiento informado, garantizando así las condiciones de información, comprensión y voluntariedad de los/as sujetos participantes. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas. N° de RePIS: 2778 (Anexo 3).

VIII. RESULTADOS

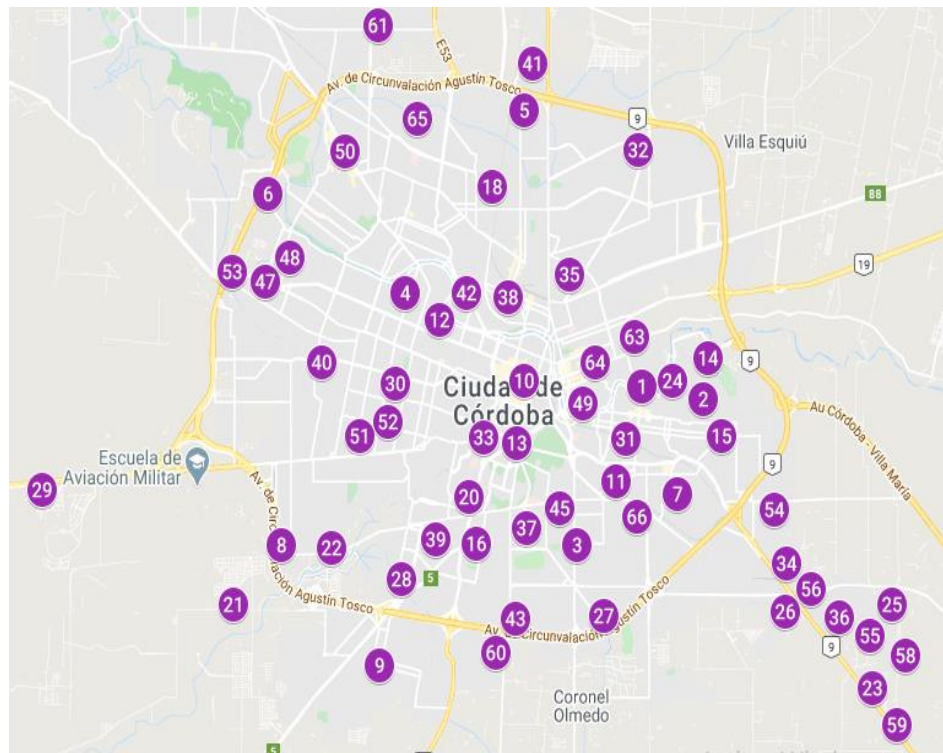
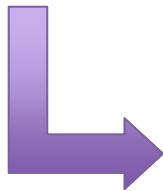
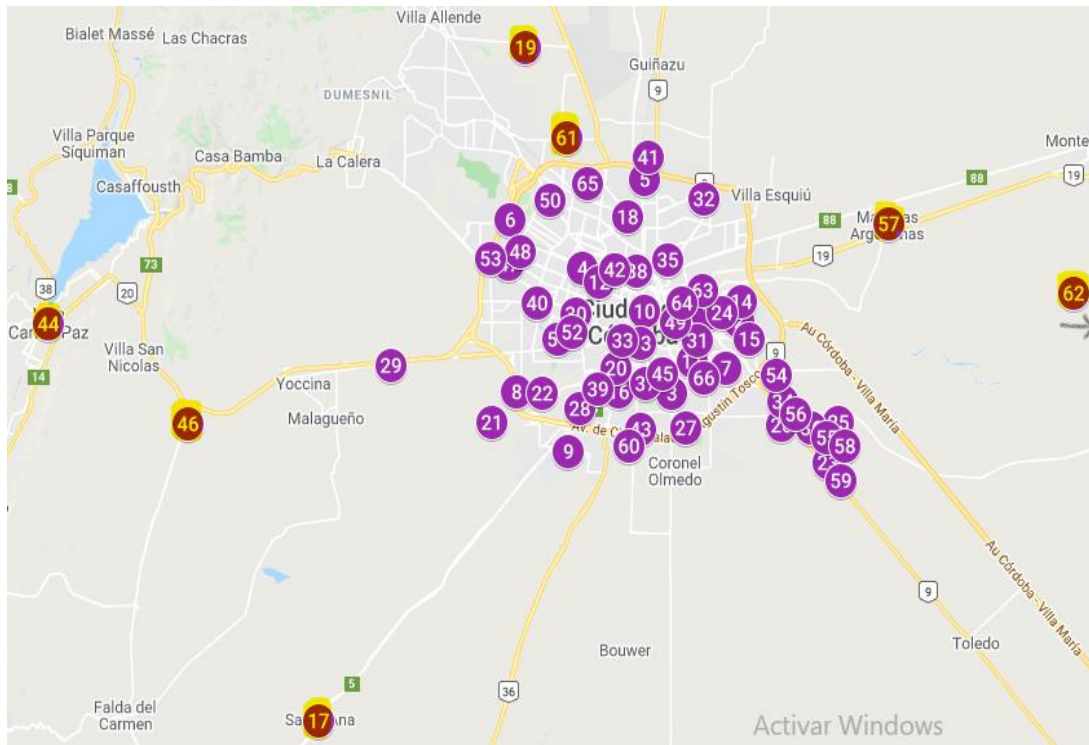
1. Características sociodemográficas y estilos de vida de personas adultas mayores de Córdoba y gran Córdoba

Las personas adultas mayores participantes de este estudio proceden de 66 barrios de la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, dando cuenta de la gran heterogeneidad de la población participante, considerando que es la segunda ciudad más poblada de Argentina en el ranking de poblaciones principales. Las características sociodemográficas de los barrios incorporados son diferentes en lo que respecta a servicios básicos (agua, luz, cloacas, gas de red, recolección de residuos), infraestructura (materiales de las viviendas, calles, espacios verdes, entre otros), servicios públicos (tales como centros de salud y hospitales, transporte, centros de jubilados, bancos, escuelas, etc.), al mismo tiempo que los niveles de ingresos e instrucción alcanzados, entre otros.

Según lo observado, se encontró mayor disponibilidad y calidad de servicios en el centro de la urbe y a medida que los barrios se van alejando de la zona céntrica algunos disminuyen su disponibilidad y accesibilidad (el 96% cuenta con conexión de luz eléctrica, 2/3 con agua de red, sólo la mitad con gas natural y un bajo porcentaje con cloacas para la eliminación de excretas). Así también se registró que en algunos casos la prestación de los servicios es deficitaria (poca frecuencia de transporte público, servicios de salud con horarios acotados, cortes periódicos de luz, escasa recolección de residuos, etc.).

En referencia a las condiciones de infraestructura de las viviendas, se observó que las personas AM que residen en el centro de la ciudad presentan casas terminadas, asfalto en las calles y aceras facilitando el transitar; empero las viviendas de AM más alejas se caracterizan por ser de ladrillos sin revoque, techos de chapa, con calles impenetrables por presencia de agua estancada y barro, sin aceras y con basurales cercanos, con escaso alumbrado público. A continuación se presenta un mapa con los barrios donde se ha relevado al menos una persona adulta mayor (Mapa N°1).

Mapa N°1: Distribución geográfica por barrio de Personas Adultas Mayores encuestadas en la Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018 – 2019.



Referencias:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1 San Vicente | 18 Sargento Cabral | 34 San Lorenzo | 51 Los Naranjos |
| 2 Altamira | 19 San Isidro | 35 General Bustos | 52 San Rafael |
| 3 Villa Revol | 20 Ejército Argentino | 36 Ituzaingo | 53 Villasol |
| 4 Alto Alberdi | 21 Carrara | 37 Jardín | 54 IPV Villa Pose |
| 5 Juan B Justo | 22 René Favarolo | 38 Cofico | 55 Los Eucaliptos |
| 6 Chateau Carreras | 23 Parque Ituzaingo | 39 Velez Sarfield Residencia | 56 San Javier |
| 7 Villa Urquiza | 24 Muller | 40 Las Palmas Anexo | 57 Malvinas Argentinas |
| 8 Las Flores | 25 Ituzaingo Anexo | 41 Jorge Newbery | 58 Los Fresnos |
| 9 Villa el Libertador | 26 Ferreyra | 42 Providencia | 59 Ecotierra |
| 10 Centro | 27 Cervecero | 43 Parque Alameda | 60 San Antonio |
| 11 Colon | 28 Los Olmos | 44 Carlos Paz | 61 Santa Catalina |
| 12 Alberdi | 29 Primero de Mayo | 45 Santa Rita | 62 Capilla de los Remedios |
| 13 Nueva Córdoba | 30 El Mirador | 46 Las Cañitas | 63 Alto General Paz |
| 14 Maldonado | 31 Sarmiento | 47 Quebradas de las rosas | 64 General Paz |
| 15 Empalme | 32 Mosconi | 48 San Ignacio | 65 Poeta Lugones |
| 16 San Carlos | 33 Guemes | 49 Juniors | 66 General Urquiza |
| 17 Santa Ana | 34 San Lorenzo | 50 Cerro de las Rosas | |

Fuente: Elaboración Propia.

Un total de 384 personas adultas mayores conformaron la muestra de este estudio, integrada, en proporciones diferentes, por mujeres (79%) y varones (21%). El promedio de edad obtenido de la muestra de este trabajo fue de 72 años (DE:±7), sin diferencias según sexo ($p>0,05$), destacándose que las edades estuvieron comprendidas entre un mínimo de 60 y un máximo de 99 años; de los cuales 15% de los participantes del estudio tenían 80 años o más.

Dentro de las descripciones sociodemográficas de esta población, se menciona el nivel de instrucción alcanzado. Menos de un 2% de la población total encuestada no presentaba estudios y casi el 50% inició y/o completó el nivel primario. En este estudio, las mujeres, particularmente, presentaron niveles de instrucción más altos (50% entre secundarios y superior) que los varones (35% entre secundario y superior) (Tabla 1).

Asimismo, en cuanto a la condición de convivencia, el 36% de las personas AM expresaron vivir solos/as y el 64% de las personas comparte su hogar con su pareja estable, con la familia nuclear (esposo/a e hijos/as) y/o familia extendida (hijos/as, nietos/as, yernos, nueras, etc.). Sin embargo, ellas viven solas en una

proporción significativamente mayor ($p < 0,05$), representado en un 43% en mujeres y 13% en varones.

Tabla N°1: Distribución de frecuencias de edad y nivel de instrucción de Personas Adultas Mayores, según sexo. Ciudad de Córdoba y gran Córdoba. 2018 - 2019.

		SEXO		
		Mujer	Varones	TOTAL
POBLACIÓN TOTAL		78,6% (n=302)	21,3% (n=82)	100% (n=384)
EDAD PROMEDIO EN AÑOS (DE)		72,4 años (±7)	72,4 años (±7)	72,0 años (7)
EDAD EN AÑOS	60 – 69	35,1% (n=106)	32,9% (n=27)	34,6% (n=133)
	70 – 79	41,1% (n=124)	54,9% (n=45)	44,0% (n=169)
	80 – 89	15,2% (n=46)	8,5% (n=7)	13,8% (n=53)
	90 - 100	1,3% (n=4)	0% (n=0)	1,0% (n=4)
	Sin respuesta	7,3% (n=22)	3,6% (n=3)	6,5% (n=25)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sin Escolaridad	0,3% (n=1)	6,1% (n=5)	1,5% (n=6)
	Primario Inc/Comp	46,7% (n=141)	57,3% (n=47)	48,9% (n=188)
	Secundario Inc/Comp	28,1% (n=85)	21,9% (n=18)	26,8% (n=103)
	Superior Inc/Comp	21,8% (n=66)	13,4% (n=11)	20,0% (n=77)
	Sin respuesta	2,9% (n=9)	1,2% (n=1)	2,6% (n=10)

Fuente: Elaboración Propia.

Las personas AM incorporadas en este estudio tienen la característica compartida de que no se encuentran institucionalizadas, ni imposibilitadas para moverse por

su propia voluntad; por el contrario intentan romper, de manera consciente o inconscientemente, con la mirada tradicional de viejo/a como persona pasiva para trascender hacia una nueva forma de envejecer: “(...) yo no cocino todos los días como antes, ya son grandes y pueden hacerse algo solos (...)”; “me voy de viaje con mis amigas a las termas me encanta”. Parlamentos de personas AM, registrados en bitácoras de campo realizadas en Barrio Ituzaingó Anexo, 2019.

De este modo, resulta preciso describir los talleres/espacios recreativos/actividades destinadas para personas AM; espacios desde donde se inició la vinculación con las personas participantes de este trabajo, y desde donde se pudieron diferenciar cuatro espacios para adultos/as mayores, claramente marcados entre sí: culturales, deportivos, nuevos aprendizaje y recreativos. Dentro de los culturales se destacaron aquellos vinculados a lo musical que incluye coro, percusión; pintura destacando pintura en telas, arte francés; teatro y narración; fotografía; costura; telares, bordado. Entre las actividades deportivas se mencionaron natación, yoga, meditación; gimnasia, folclore, aquagym, taekwondo. Como espacios de nuevos aprendizajes se destacan tecnología (computación en sus diferentes niveles, telefonía, cajeros automáticos); idiomas (inglés, italiano, francés); huerta; y talleres de cocina/alimentación/nutrición. En tanto los recreativos se enmarcan como encuentros espontáneos, de socialización, sin la presencia de rutina; entre los cuales se pueden mencionar viajes; voluntariados vinculados a la infancia, religión y entre personas adultas mayores; festejo del día de la patria; maratón día mundial de la Diabetes; celebración día mundial de la Alimentación; actividades en museos; mateadas; reuniones de té; caminatas; festejos de cumpleaños. De esta población, un 43% realiza actividades multigeneracionales², es decir, realiza alguna de las actividades con personas de otra generación, personas más jóvenes.

Los/as protagonistas de este estudio expresaron la importancia de participar en los espacios de encuentro antes destacados, de la siguiente manera: “(...)que hermosos salió todo, lo pasé muy lindo, me divertí, hice algo distinto, compartí con

²*Multigeneracionismo* (Dabove, 2008), término que hace referencia al intercambio intergeneracional producto de los fenómenos complejos que nacen con los cambios demográficos de la segunda mitad del siglo XX, se alimenta del aumento de la esperanza de vida y se consolida con el devenir del tiempo de los derechos. Este intercambio intergeneracional se caracteriza y expresa en tres rasgos: poblacionales (multitemporal), económicos (plurieconómico) y culturales (multicultural).

ustedes y salí de mi casa, me cambió el día”; “yo a yoga no faltó nunca, es mi momento, un mimo que me hago, ya trabajé mucho y encima me ayuda para mis problemas de salud”; “ya se que tengo taller lunes y miércoles así que esos días me levanto, me cambio, me tomo el colectivo y hasta que vuelvo se me pasó el día (...).”. Parlamentos de personas AM, registrados en bitácoras de campo. 2018 - 2019.

2. Patrones Alimentarios y culturales en la vejez.

Del total de la población encuestada, el 77% reconoció haber tenido cambios alimentarios en esta etapa de la vida y lo adjudican a cuestiones de salud principalmente (diagnóstico de una patología), cambio en la forma de vida (solo/a o hogares multigeneracionales) y/o costo de los alimentos. Haciendo referencia, particularmente, a los comportamientos alimentarios de las personas AM, tanto individuales como colectivos, conscientes o inconscientes, se pueden reconocer dos *grupos de alimentos* de mayor consumo distribuidos porcentualmente de manera similar: 38% carnes (nombrando pollo, bife de cuadrada, falda), 36% verduras (destacando tomate, lechuga, papa, zanahoria, calabacín), y frutas (naranja, mandarina, manzana, banana). Se identificaron diferencias significativas ($p < 0,05$) cuando comparamos entre ambos sexos, siendo las mujeres las que consumen mayoritariamente verduras y frutas. El resto de los grupos de alimentos mencionados en menor proporción (14%) son: cereales y legumbres y derivados (pan, arroz, fideos, galletas, lentejas, polenta); leche, yogurt y queso; aceites, frutos secos y semillas; sin presentarse registros sobre dulces y grasas.

Asimismo, de manera complementaria, se logran destacar *modos de preparación* utilizados con mayor frecuencia, entre los cuales se mencionaron: al horno (de gas o eléctrico), hervido, a la plancha; destacando que estas formas de cocción predominantes, en la mayoría de los casos, han sido reemplazadas por otras de mayor uso en etapas anteriores como es la fritura y la cacerola. Al indagar sobre el origen de estas prácticas el 90% responde que fueron aprendidas en su infancia y que las mismas eran realizadas por sus madres en primer lugar y/o por sus abuelas en segundo lugar.

De esta descripción se desprenden *alimentos y modos de preparación trazadores* en la población encuestada: alimentos sin sal y la cocción al horno. Estas dos

características, expresadas y reconocidas por los protagonistas, representan formas actuales de “comer y cocinar” de las personas AM integrantes de este trabajo y se deja expresado de la siguiente manera:

“(...) con motivo de conmemorar el 25 de mayo, día de la patria, se realizó un encuentro para compartir un almuerzo entre las personas adultas mayores participantes de diferentes talleres de la Fundación Amigo del Diabético, de Villa Carlos Paz. Al llegar recorrimos la cocina, donde se preparaban las ensaladas de remolacha, zanahoria y el puré de zapallo, que se iban a servir como guarnición. Nos acercamos a la parrilla, donde se cocinaban las patas muslo, donde los asadores (dos adultos mayores pertenecientes al grupo de taekwondo de la Fundación) nos comentaban los condimentos que usaban para dicha cocción (jugo de limón exprimido, romero y pimienta), eso le da sabor y no le agregamos sal (...)”. Bitácora de campo nº2. Festejo 25 de Mayo de 2019, Villa Carlos Paz. Registro realizado por las estudiantes.

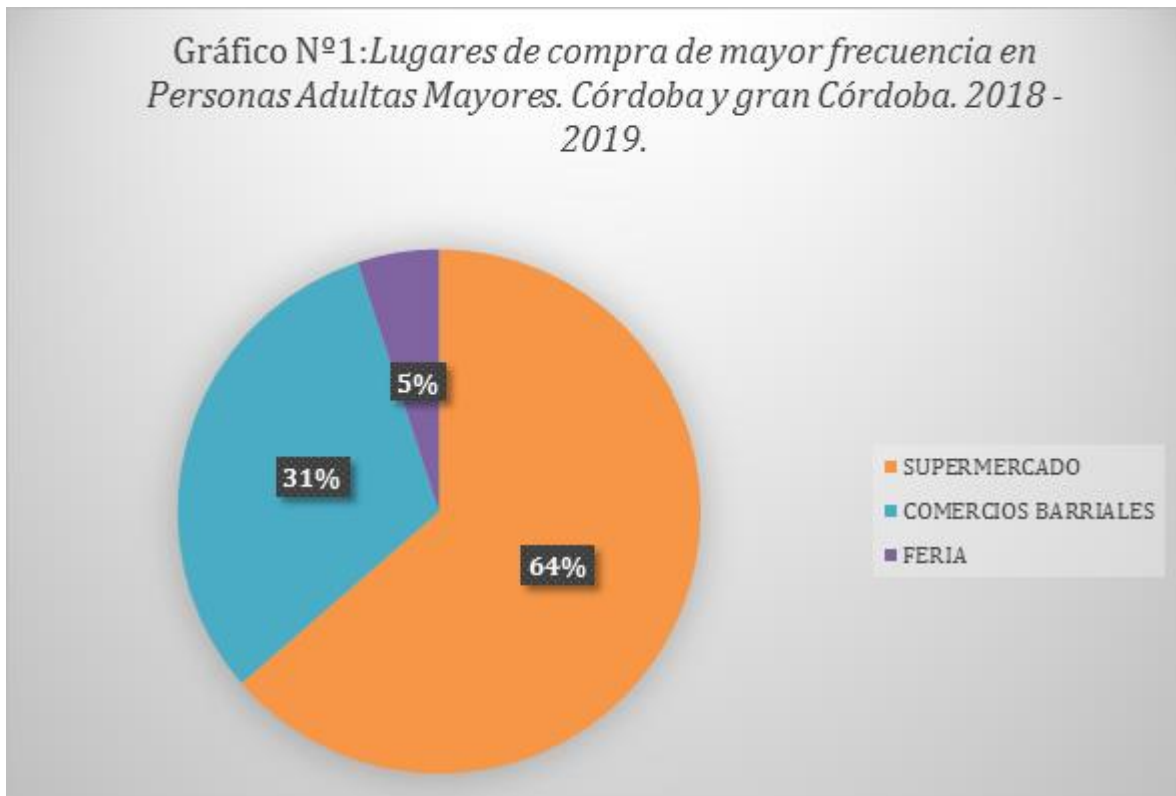


Registro fotográfico Festejo 25 de Mayo de 2019, Villa Carlos Paz.

A su vez, se averiguó sobre la compra de alimentos, a través de dos pregunta puntual de la encuesta: ¿quién se encarga de hacer las compras? donde se utilizó para su interpretación tres categorías: él/ella mismo/a – otro – es una actividad

compartida; y ¿Dónde compra los alimentos? Los participantes, con un 56%, hicieron mención en sus respuestas que la mayoría de las veces ellos/as mismos/as son los/as encargados/as de realizar las compras por sus propios medios; un 27% comparte esta actividad con otra persona reconocida como colaboración/apoyo/ayuda en la acción y un 17% delega esta actividad a personas allegadas por afinidad o parentesco (hijos/as, nietos/as, vecinos/as).

En cuanto al lugar de *compra de alimentos* se destacan las siguientes: supermercados y mayoristas, como el lugar de preferencia para la realización de la compra “mensual” “la compra de mayor volumen”; comercios barriales, para la compra de alimentos frescos día a día, cercanos al lugar de residencia (nombrando verdulería, carnicería y panadería), que facilitan el fraccionamiento en porciones más pequeñas y accesibles y las ferias, destacando la búsqueda de precios y oportunidades, principalmente entre quienes viven en hogares numerosos (Gráfico, N°1). Al analizar este punto según distribuciones por sexo, se observa que la tarea se realiza de manera compartida entre mujeres y varones.



Fuente: Elaboración Propia.

“Con motivo de promover nuevos espacios para la compra de alimentos, que proporcionen, precios justos y al mismo tiempo alimentos sanos (agroecológicos), se organizo desde el Centro de Salud N° 90 de Barrio Ituzaingó Anexo y la Cátedra de Epidemiología General y Nutricional, un encuentro en la Feria Agroecológica de Ciudad Universitaria. La visita realizada a la feria contempló momentos para recorrer los puestos con su diversidad de productos; recibir información sobre los alimentos presentes, degustarlos, comprar alimentos según sus gustos y preferencias, al mismo tiempo que conocer-experimentar-compartir con Otros un entorno distinto al cotidiano. Esta visita despertó recuerdos entre las personas AM: ...visitar esta feria me hizo acordar a las ferias donde compraban alimentos mis padres en el pueblo, todos se conocían y había un olor especial.... Esta visita a su vez, sembró la idea de ampliar la construcción de huertas comunitarias y hogareñas”. Bitácora de campo n°4. Visita a Feria Agroecológica 21 de septiembre de 2019. Registro realizado por las estudiantes.



Registro fotográfico Visita Feria Agroecológica Ciudad Universitaria, 21 de Septiembre de 2019.

En este punto, se hace mención de otra de las dimensiones analizadas: presencia o no de huerta domiciliaria. Dimensión que adopta una connotación destacada, ya

que de la mano de quienes tienen huerta o “quinta” (como ellos/as la nombran), representado por un 17%, se desprende una ocupación cotidiana que involucra motivación y movilidad. Empero el 83% de la población AM encuestada expresa no tener huerta por presentar limitaciones físicas (dolor óseo o movilidad limitada), falta de lugar en el domicilio y escasos conocimientos sobre el tema. Sin embargo, algunas experiencias de huertas comunitarias (Ej.: la actual huerta del Centro de Salud N° 90 de Barrio Ituzaingó Anexo) reúnen conocimientos, ganas y un colectivo de personas con objetivos en común: comer más sano y sanar la tierra. De estos encuentros se registraron los siguientes relatos de personas AM:

“(...) meter las manos en la tierra, plantar semillas, esperar el tiempo que sea necesario, y finalmente incluir en los platos que llegan a la mesa vegetales que crecieron en casa”. “Yo sé plantar arvejas, es necesario que se la ponga en el costado porque tiene que crecer y tener apoyo”. “¿Sabías que las cáscaras de naranja sirven como abono?”. “El huequito en la tierra tiene que ser más profundo para que la semilla no se escape”. “Esas semillas necesitan sombra, así que deben ser plantadas en éste sector”. “Ésta planta necesita un maestro, un apoyo para que crezca derecha (...)”.

Parlamentos de personas AM, registrados en bitácoras de campo realizadas 6 de junio de 2019. Barrio Ituzaingó Anexo.





Registro fotográfico inicio de huerta comunitaria “recuperar la tierra comer más sano”, Barrio Ituzaingó Anexo, 6 de junio de 2019.



Registro fotográfico proceso de huerta comunitaria “Recuperar la tierra, comer más sano”, Barrio Ituzaingó Anexo. 2019.

3. Perfiles de Salud vinculados a la vejez y el comer.

Para poder indagar sobre perfiles de salud predominantes en la población AM involucrada en este estudio, se analizaron seis dimensiones: percepción de salud y estado de ánimos, presencia de enfermedad, práctica habitual de actividad física, consumo de medicación y prácticas de cuidado.

En cuanto a las dimensiones *percepción de la salud y estado de ánimo*, se obtuvo que el 78% de las personas AM perciben su salud como buena y muy buena y el 22% restante como regular y mala. En referencia al estado de ánimo, el valor aumenta indicando que el 86% de las personas reconoce tener estado de ánimo bueno y muy bueno. Estas proporciones se mantiene constante entre mujeres y varones, sin presentar diferencias significativas ($p > 0,05$) (Tabla, N°2).

Tabla N°2: *Distribución de frecuencias de percepción de salud y estado de ánimo de las Personas Adultas Mayores, según sexo. Ciudad de Córdoba y gran Córdoba 2018 - 2019.*

DIMENSIONES		SEXO		TOTAL
		Mujeres	Varones	
PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD	Muy Bueno	22,5% (n=68)	17,1% (n=14)	21,4% (n=82)
	Bueno	56%(n=169)	62,2% (n=51)	57,3% (n=220)
	Regular	21,1(n=64)	18,3(n=15)	20,6% (n=79)
	Mala	0,3%(n=1)	2,4% (n=2)	0,8% (n=3)
PERCEPCIÓN ESTADO DE ÁNIMO	Muy Bueno	31,7% (n=96)	29,3% (n=24)	31,3% (n=120)
	Bueno	53,7% (n=162)	58,5% (n=48)	54,7% (n=220)
	Regular	13,3% (n=40)	12,2% (n=10)	13% (n=50)
	Mala	1,3% (n=4)	0%(n=0)	1% (n=4)

Fuente: Elaboración Propia.

Para indagar sobre la situación de salud de las personas AM se utilizaron entre otras las dimensiones *presencia de enfermedad y consumo de medicación*. En esta oportunidad se recuperaron, de manera complementaria, datos de la

dimensión cambio alimentario (descrita en el inicio del apartado patrones culturales alimentarios), reteniendo los casos que reportaron cambios por motivo de salud. Del total de las personas encuestadas el 30% refiere presentar alguna enfermedad (confirmada por diagnóstico y auto-reportada). Entre las principales patologías se mencionaron (diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, artrosis, osteoporosis, problemas cardíacos, gastritis, colon irritable, colesterol alto). Este valor coincide con el 30% de población AM que reportó consumo de medicación regular y que adjudica cambios alimentarios debido a problemas de salud. En esta instancia se puede hacer también referencia a las respuestas dadas por los participantes al indagar sobre el uso de algún tipo de auxiliar ortopédico; el 10% manifestó el uso de audífonos, bastones, andadores, o tener alguna clase de prótesis.

Vinculado con lo antes descrito, el Centro de Salud N °90, a partir de un relevamiento que se realizó en 2018, destaca como la patología más frecuente la hipertensión arterial. Motivados por estos resultados se decide organizar, junto con el grupo de profesionales del Centro de Salud, la cátedra de Epidemiología General y Nutricional, y el colegio secundario IPEM 207 “Raúl Requena”, un encuentro en Barrio Ituzaingó Anexo cuya temática fue “Conocer sobre la Hipertensión Arterial”. Dicho encuentro tuvo como finalidad concientizar sobre esta problemática de salud, realizar controles a todos los/as participantes y construir propuestas colectivas para promocionar la salud (como por ejemplo: se practicaron ejercicios adaptados para personas AM y con materiales disponibles en casa como silla y palo de escoba) y prevenir la enfermedad (se elaboró una bebida saludable con ingredientes accesibles, de estación y frescos, sin el agregado de azúcar y sin presencia de sodio).

“(…) Una vez que todos estuvieran ubicados el Dr. Chanquia introdujo en el tema de la HTA: definiéndola, dando a conocer sus causas y tratamiento, como así también su prevalencia a nivel mundial. Se prosiguió con el registro de peso y talla en la que pudimos colaborar como estudiantes de nutrición; se registró los resultados de ello como así también el de la medición de la HTA a cargo de la Enfermera.

A continuación los participantes volvieron a sus asientos y Andrea (Kinesióloga) continuo dando una charla sobre la importancia de la

actividad física para la salud, hizo referencia a sus beneficios como así también a los tipos de actividad recomendadas para las diferentes edades. La gente se mostró muy interesada y participativa. Por último Daniela (Lic. en Nutrición) hizo referencia a la importancia de la hidratación adecuada y del consumo de alimentos frescos, de estación, variados, evitando aquellos ultra procesados, ricos en grasas y azúcares.” Bitácora de campo N°1. Temática: Conociendo sobre la Hipertensión arterial. 16 de Mayo de 2019. Barrio Ituzaingó Anexo. Registro realizado por las estudiantes.



Registro fotográfico encuentro “Conociendo sobre la Hipertensión arterial”, Barrio Ituzaingó Anexo, 16 de Mayo 2019.

Otra dimensión considerada dentro para la variable situación de salud es la *práctica habitual de actividad física*; definida, junto con profesionales del tema y personas AM, como aquella actividad que implica movimiento del cuerpo, sostenido por 30 minutos o más, que genere calor en la persona que la realiza y que se practique de manera regular (2 o 3 veces por semana). Las actividades,

como fueron descritas anteriormente, destacan una gran diversidad tanto en los tipos como en los lugares de realización; entre los que se mencionaron los centros de jubilados, talleres UPAMI, comercios barriales, centros de salud, fundaciones, centros vecinales, club barriales.

El 20% de las personas AM encuestadas participa activamente en una actividad física, de las cuales un 48% realiza estas actividades con personas de otra generación. Esta dimensión se vio reflejada en el marco de la maratón por el día Mundial de la Diabetes, en la que se registró mediante observaciones participantes, el actuar de las personas AM como sujetos sociales en un contexto multigeneracional, sujetos activos en relación a su salud y bienestar.

“Al llegar observamos una gran concurrencia de personas de todas las edades, algunos llegaban en grupo pertenecientes a alguna organización como centro vecinal y otras personas llegaban con sus familia, había quienes llegaban solos y pronto sociabilizaban con el resto”.

“...3, 2, 1 la maratón empezó, el grupo mayoritario era el de mayores de 60 años, los protagonistas, en este grupo estaban quienes caminaban lenta y dificultosamente pero entusiastas por la travesía, quienes pretendían superarse deportivamente y quienes habían entrenado para este evento con la meta de ganar. Lo que no sabían que al finalizar la misma todos/as serian ganadores...”

“Luego, nos reunimos en un punto de la costanera con todo el grupo para compartir unos mates, bocaditos, galletas, tortillas caseras como así también socializar las vivencias experimentadas, sacarse fotos y felicitarse unos a otros por el logro obtenido”.

Parlamentos de personas AM. Bitácora de campo. Maratón Día Mundial de la Diabetes. 16 de Noviembre de 2019. Villa Carlos Paz.



Registro fotográfico Maratón “Día Mundial de la Diabetes”. Carlos Paz, 16 de Noviembre 2019.

La última dimensión incorporada al análisis de la variable perfil de salud es el *cuidado*; unida al sentimiento si se siente cuidado/a o no. Los datos arrojados expresan que el 77% de la población total encuestada se siente cuidada por alguien, entre los que se mencionan, esposo/a, hijos/as, nietos/as, amigos/as y vecinos/as.

Al indagar sobre si ellos/as se encargan de cuidar a alguien, se evidenciaron diferencias según sexo. El 34% de las mujeres respondió afirmativamente (cuida de alguien) y describieron que principalmente se encargan de cuidar a nietos/as y/o personas más mayores (> 80 años). Relatos de mujeres AM, dejan expresadas estas diferencias según género: *“me voy porque tengo que cocinar a mis nietos”, “mi esposo me espera para cocinar”, “desde que vivo sola no cocino más para nadie”*. Se puede visibilizar que las prácticas de cuidado se encuentran ligadas

principalmente a la asistencia, en materia de actividades domésticas–alimentarias entre ellas, de personas en condiciones de vulnerabilidad con respecto a su edad (muy viejo, muy pequeño).

Como última instancia, con el fin de identificar perfiles de salud en personas AM asociados con patrones alimentarios, se implementó un análisis factorial por correspondencia múltiple para valorar la posible asociación entre algunas de las dimensiones descritas a lo largo de estos resultados: edad, sexo, autopercepción de la salud y estado de ánimo, grupos de alimentos predominantes, consumo de medicación diaria, tenencia de huerta en el hogar, realización de actividad física, presencia de enfermedades. Las dimensiones fueron evaluadas también en cuanto a su adecuación al tamaño muestral, mediante el estadístico Alpha de Cronbach ($\alpha=0,64$).

Esta técnica multivariada permitió identificar perfiles de salud asociados a patrones alimentarios a partir de datos multidimensionales. Es así que, a través de esta prueba estadística se pudo destacar dos modalidades más representativas para explicar los perfiles de salud característicos de esta población. La primera dimensión identificada estuvo dada por las categoría: autopercepción de la salud y el estado de ánimo (percepción buena y muy buena para ambos casos), grupo de alimentos predominantes (para carnes y verduras y frutas), presencia de enfermedad, consumo de medicación y realizar actividad física regular. En tanto, la segunda dimensión presentó valores asociados para las variables: edad (ser menor de 80 años), sexo (mujer por sobre varones) y tener huerta en el hogar. Estos datos quedan representados en las tablas y gráficos exhibidos a continuación (Tabla N° 3 y N° 4) (Gráfico N°2).

Tabla 3. Descripción de la medición de las dimensiones de la variable perfil de salud utilizadas para la prueba estadística.

DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Edad	1) Menores de 80 2) Mayores de 81
Sexo	1) Mujer 2) Varón
Percepción de Salud	1) Muy bueno y Bueno 2) Malo y Regular
Percepción Estado de Ánimo	1) Muy bueno y Bueno 2) Malo y Regular
Grupos de alimentos predominantes	1) Carnes y frutas y verduras 2) Otros
Consumo de medicación diaria	1) Si 2) No
Huerta en el Hogar	1) Si 2) No
Realización de Act. Física	1) Si 2) No
Presencia de enfermedad	1) Si 2) No

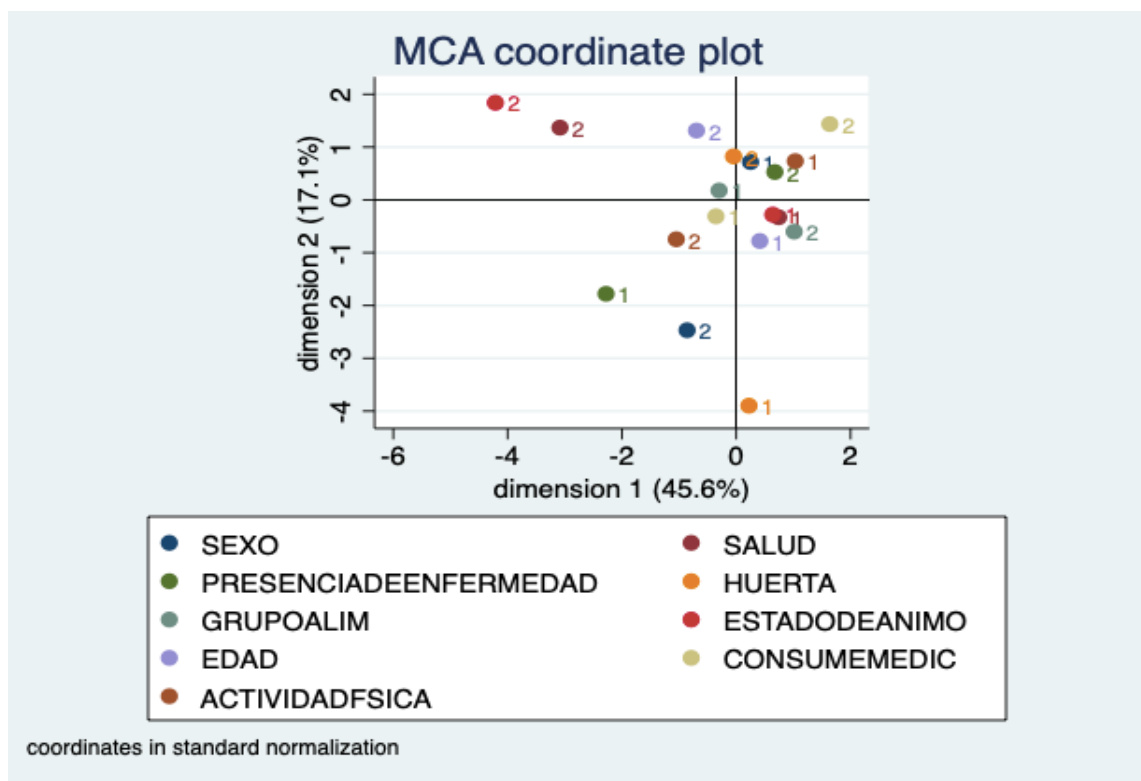
Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 4. *Matriz de dimensiones para perfiles de salud identificados a partir del análisis factorial por correspondencias múltiples. Estudio en Personas Adultas Mayores, Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018-2019.*

Dimensión	Inercia Principal	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Dimensión 1	.0087115	45.56	45.56
Dimensión 2	.0032629	17.06	62.62
Dimensión 3	.0012818	6.70	69.33
Total	.0191209	100.00	

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfico 2. *Conformación de perfiles de salud según análisis factorial por correspondencias múltiples. Estudio en personas adultas mayores, Ciudad de Córdoba y gran Córdoba, 2018-2019.*



Fuente Elaboración Propia.

IX. DISCUSIÓN

La metodología combinada, cuantitativa-cualitativa, utilizada en este trabajo de investigación permitió obtener información compleja e integrada, posibilitando estudiar y analizar en profundidad los patrones alimentarios de las personas adultas mayores de Córdoba y Gran Córdoba y su asociación con diferentes perfiles de salud predominantes.

Resulta de interés confrontar los resultados de esta investigación con aquellos obtenidos por otros estudios, los que continuarán una base teórica, dando mayor sustento a dichos resultados.

El envejecimiento, entendido y definido en este trabajo como proceso que se construye y reconstruye constantemente de manera dinámica, según los postulados de la Organización Panamericana de la Salud (25), depende en gran medida de las condiciones favorables o desfavorables de la situación social y cultural en la que cada persona AM se encuentre. El transcurrir de cada día, las realidades habitacionales, las características de la organización familiar, las condiciones de salud y alimentación, las prácticas cotidianas de socialización y contacto con pares, son algunas de las construcciones socio cognitivas de representación, que según Breilh (2003 – 2010), se relacionan con los procesos particulares de los modos de vida grupales vinculados a las significaciones individuales de los sujetos (40) (41). Las personas AM integrantes de este estudio, transitan diferentes y particulares formas de envejecer pero al mismo tiempo comparten características, prácticas y estrategias que nuclea sus necesidades cotidianas. En este sentido, la alimentación adopta un rol protagónico en esta etapa de la vida tanto por su carácter dinámico, natural e histórico, donde, y coincidiendo con Fischler (1995), reconstruir el acto de comer de la población AM participantes implicó contar la historia de vida de estas personas, para así caracterizarlas en el hoy, expresado fuertemente bajo el reconocimiento de que la alimentación cambió para tres cuartas partes de las/os AM de Córdoba (2). Esta premisa, entonces, permite apoyar la idea de que la alimentación no puede ser pensada de manera aislada o fragmentada a tales experiencias colectivas. Al hablar de la alimentación de una persona, entran en juego preguntas tales como: qué, cómo, de dónde lo obtengo, cómo lo preparo y para quién lo preparo o quién lo prepara, con quién lo cómo y para qué cómo.

Hu (2002), en su análisis de patrones alimentarios, menciona que varios estudios han sugerido que los patrones alimentario pueden contribuir en la predicción de riesgo de enfermedad o mortalidad y, además, destaca que los patrones alimentarios representan una imagen más amplia del consumo de alimentos y nutrientes, por lo tanto puede ser más predictivo del riesgo de enfermedad que los alimentos individuales (5). Complementariamente, Newby et al. (2008), en su revisión de Patrones de Alimentación derivados empíricamente usando el análisis de factores o grupos; sostiene que los patrones están asociados con muchos biomarcadores y resultados de enfermedades diferentes (4). Estas referencias coinciden con los hallazgos de este trabajo. En tanto, las dimensiones analizadas para patrones alimentarios y perfiles de salud, aportan datos sobre patologías prevalentes en la población de estudio y determinantes socioculturales contribuyentes. El reconocimiento de cambios en la alimentación se encuentra principalmente ligado a diagnósticos de salud, destacando diabetes, hipertensión arteria, sobrepeso y obesidad.

En el plano nacional, Andreatta (2010), en su tesis doctoral sobre patrones alimentarios y desarrollo de tumores de vías urinarias en Córdoba refiere que la frecuencia de consumo, la distribución diaria, el tipo y la cantidad de alimentos que conforman los patrones alimentarios de la población cordobesa influyen en el riesgo de desarrollo de tumores de vías urinarias (42). Feser (2015), a partir de los resultados obtenidos en su investigación sobre patrones alimentarios en Adultos Mayores de Santa Fe, concluye que en dicha población existen consumos deficitarios de alimentos tales como leche y yogurt, carnes magras y huevos, hortalizas (excepto feculentas), frutas cítricas, pastas, arroces, cereales, legumbres, harinas y hortalizas feculentas, pan, bebidas e infusiones sin azúcar y agua. Por otra parte, se identificaron consumos excesivos de quesos, carnes no magras, frutas no cítricas, aceites y también bebidas e infusiones con azúcar (43). Al comparar estos resultados con los de este trabajo de investigación, se observó que el predominio sobre los grupos de alimentos consumidos en mayor proporción, las carnes se encuentran como principales en ambos estudios como así también el grupo de frutas, sin coincidencias en las verduras. Los alimentos de bajo consumo registrados en ambos estudios fueron: leche, yogur, cereales, y legumbres.

Complementariamente, tanto los autores antes mencionados, como los resultados arrojados por este trabajo, dejan evidencia de que la alimentación de las personas en general y de las personas AM en particular, debe ser analizada inmersa en un contexto social y cultural, fluctuante, cargado de emociones y simbolizaciones que le otorgan particularidades, a su vez, construidas colectivamente e históricamente. De los relatos se desprende esta caracterización mediante la compra de alimentos principalmente en supermercados o comercios barriales (alimentos con algún proceso de industrialización), pero destacando que antes los alimentos fresco/los de la quinta/los del campo eran más sano, desprendiendo anhelos de esos alimentos en cuanto gusto, sabores, preferencias, preparaciones. Así, los patrones alimentarios surgen como la forma real de representar formas/modos de alimentarse con Otros culturales.

Envejecer de manera saludable, no implica ausencia de enfermedades, sino modos de transitar la vida con calidad. Los hallazgos del presente estudio permitieron aportar evidencias y puntos de comparación con los datos ofrecidos en la 4^o Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, (ENFR, 2018), brindado por la Dirección Nacional De Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en lo que refiere a los capítulos de Salud general y calidad de vida, (indicadores de calidad de vida relacionados con la salud (CVRS), actividad física, peso corporal, Diabetes, Hipertensión Arterial, Colesterol (29).

Sobre los indicadores relacionados con la salud general de la ENFR, el 79% de la población refirió que su salud general era buena, específicamente en Córdoba 85%, valor superior al promedio nacional. Si analizamos esto mismo en cuanto al sexo, las mujeres registraron una prevalencia menor en comparación con los hombres (77% y 81% respectivamente). Estos datos se correlacionan con los obtenidos en la presente investigación en la dimensión percepción de salud buena y muy buena (79%) y con mayor prevalencia en varones. Al hacer referencia sobre causas de morbilidad y mortalidad, coincidiendo con la encuesta antes mencionada, las ECNT representan el 60% y entre las principales enfermedades se destacan diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares y cáncer. En este punto, la realización de actividad física, incorporando todas las formas expresadas en este trabajo y reconocida como práctica de autocuidado, se destaca como factor “motivacional” en el cual se reconocen mejoras a nivel de la salud global ya sea por respuesta orgánicas,

psico-emocional o ambas de manera complementaria, para la persona AM que la realiza de manera regular, compartida con Otros. Desde esta mirada, tomando palabras de Butinof y col. (2015) se propicia un rol diferenciador, activo y protagonista de las personas adultas mayores, es decir, son sujetos de derechos y no objetos –vulnerables- de cuidado (44).

Finalmente, el cuidar o el ser cuidado tiene connotaciones diferenciales según sexo. De acuerdo con Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012), existe un fuerte mandato social de cuidado para las mujeres (45). Sin embargo, en ambos casos, mujeres y varones naturalizan como engranaje fundamental de las tareas reproductivas familiares, determinando la forma en cómo la persona interpreta y vive su mundo a partir de la comida. En la vejez, y así se puede observar en este trabajo, la alimentación, actividad ligada enteramente a la salud y la subsistencia, se declara como práctica de cuidado que, implica reconocer medios/fines acerca de las prácticas que se despliegan para con las personas AM en pos de garantizar el goce efectivo del derecho a la alimentación. González Torralbo H. (2018), en su trabajo de investigación: Género, Cuidados y Vejez: Mujeres << en el medio >> del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile, se visibiliza como el trabajo de cuidado y el trabajo remunerado se articula en las vidas de cada una de ellas, como así también, la pertenencia a un Club como espacio de cuidado. Entre los resultados, se destaca que naturalizar esta gestión del trabajo de cuidado y trabajo remunerado en las mujeres, implica desconocer el tiempo que las mujeres han invertido en ellas a lo largo de sus vidas y, en consecuencia, comprender por qué su bienestar cuando son mayores se encuentra impactado por ese cúmulo de responsabilidades (46).

En este estudio, si bien contamos con una población mixta (varones y mujeres) se evidenció un envejecimiento feminizado, el predominio demográfico de las mujeres fue de 78%. La participación en espacios para personas AM se encuentra fuertemente cargado por la presencia de mujeres AM, al igual que la preparación de alimentos en hogares donde conviven mujeres y varones. Al indagar sobre la dimensión cuidado se obtuvo que más de la mitad de las mujeres AM se encargan del cuidado de otros/as.

Finalmente, haciendo referencia a los perfiles de salud y recuperando relatos de diferentes autores, Young, Frick y Phelan (2009); dejan expresadas reflexiones como que la limitación más grave de las construcciones de envejecimiento

exitosas contemporáneas es el enfoque indebido en los aspectos fisiológicos del envejecimiento. Para ir más allá de esta perspectiva limitada que enfatiza la enfermedad y el deterioro, postulamos que el envejecimiento exitoso puede coexistir con enfermedades y limitaciones funcionales si se utilizan mecanismos psicológicos y / o sociales compensatorios (47). Complementariamente, Varela et al. (2003), reafirman la idea de que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (48 y 49). Siguiendo esta línea de conocimiento, el presente estudio, hace un aporte en cuanto a perfil de salud de personas AM de la ciudad de Córdoba y gran Córdoba asociados a patrones alimentarios mediante el análisis de correspondencia múltiple. El uso de esta técnica permitió elucidar que, efectivamente, los perfiles de salud están asociados con los patrones alimentarios y culturales de la población en estudio. Se destacan dos dimensiones, con una mirada multidimensional de la salud y la alimentación, sintetizando las respuestas de los individuos frente al medio y sus concepciones o representaciones respecto a la vejez, la salud, el alimento, la actividad física, en un contexto cultural determinado.

En efecto, las dimensiones del perfil de salud reflejan que, a través de la participación activa en espacios para personas AM (principalmente entre las mujeres), contribuyen en una percepción positiva de la salud y la alimentación, indistintamente de la presencia o no de alguna patología de base, o de la edad (numéricamente hablando). En este sentido, los resultados de este trabajo pueden hacer valiosos aportes para la promoción de espacios recreativos para personas AM, destacando sus potencialidades en materia de salud en general y alimentación en particular, en pos de prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

X. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, desde un enfoque metodológico mixto y teniendo en cuenta los objetivos, se puede concluir:

*La personas adultas mayores que viven en zonas céntricas o aledañas de la ciudad de Córdoba y gran Córdoba, cuentan con mayor acceso a los servicios básicos y públicos; en tanto quienes viven en zonas más alejadas el acceso a los mismo disminuye y su disponibilidad presenta grandes limitaciones.

*Analizando el nivel de instrucción y, en vinculación, el nivel socioeconómico, la distribución geográfica responde a la lógica antes mencionada. A mayor nivel de instrucción y socioeconómico alcanzado, aumentan las posibilidades y garantías concretas de elección de las personas AM, en materia de lugar de residencia y por consiguiente servicios básicos disponibles, servicios públicos, acceso a espacios recreativos, entre otros.

*Los patrones alimentarios identificados en la población AM de la ciudad de Córdoba y gran Córdoba, se caracterizaron por presentar cambios en la alimentación al llegar a esta etapa de la vida, y la principal causa de este cambio, según sus propios relatos, se debe a cuestiones vinculadas con la salud, en segunda instancia por cambio en la forma de vida y/o costo de los alimentos.

*Se evidencian dos grupos de alimentos con mayor consumo en esta población: carnes por un lado y verduras y frutas por otro. Estos grupos de alimentos se acompañan de modos de preparación predominantes: al horno, hervido, a la plancha. Como características trazadoras se desprenden el consumo de alimentos sin sal y la cocción de alimentos al horno.

*Se indagó sobre la tenencia de huerta en el hogar, la cuál se registró como una actividad motivadora y positiva para la vida cotidiana de las personas AM, vinculada a la movilidad (física) y ocupación/recreación (psicológica). Sin embargo, la mayoría expresa no tener huerta por falta de espacio en el hogar o por presencia de malestares físicos.

*Al describir los perfiles de salud de las personas AM, considerando que la población incluida en el estudio participa de algún espacio recreativo, se destaca que la mayoría de las personas encuestadas perciben su salud y su estado de ánimo como bueno y muy bueno. Puntualmente, la práctica de actividad física habitual se asocia con el mantenimiento o mejora del estado de salud en general.

*En cuanto al cuidado, se observa que, la mayoría de las personas AM se sienten cuidadas por alguien y, entre quienes asumen el rol de cuidador/a, expresan que lo realizan con nietos/as y/o personas adultas mayores que ellos. Las personas AM, indistintamente de su situación particular, dejan a la vista una red colaborativa entre pares que garantiza el perpetuar de la vida con Otros.

*Para explicar el perfil de salud de las personas AM se identificaron dos dimensiones: la primer dimensión se vincula directamente con el estado de salud de la persona, buena percepción de su salud y estado de ánimo, cambios en su alimentación, realizan actividad física regular, presentan una enfermedad y consumen medicación. La segunda dimensión, representada por mujeres menores de 80 años y que tienen huerta en su hogar. Desde estas dimensiones se puede afirmar que la salud de las personas AM debe ser analizada desde un enfoque amplio, con una visión multidimensional, que supere la idea de ausencia de enfermedad, pensando en que la coexistencia de enfermedad y/o limitación física pueden ser llevados de manera exitosa durante la vejez cuando se vinculan mecanismos sociales, ambientales, culturales, económicos y de ocio, compensatorios.

*Los resultados obtenidos en este estudio destacan la importancia de abordar la temática desde los/as profesionales Licenciados/as en Nutrición con personas adultas mayores, permitiendo indagar sobre la situación alimentaria-social en vinculación con la salud de la población involucrada, recomendando continuar profundizando en este sentido.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Aguirre, P. (2005). *Estrategias de consumo qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila. Recuperado de <http://www.ciepp.org.ar/index.php/libros-nuevo/libros-politicas-publicas/128-trayectorias-nupciales-familias-ocultas-buenos-aires-entresiglos-2>.
- (2) Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Editorial Anagrama. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/61776947/Fischler-Claude-El-H-Omnivoro>
- (3) WCRF/AICR. World Cancer Research Fund & American Investigation of Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective*. Menasha, USA: BANTA Book Group. Recuperado de <http://discovery.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf>
- (4) Newby, P.K., Sc.D., M.P.H., M.S., Katherine, L., and Tucker, Ph.D. (2004, May). Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: a review. *Nutrition reviews*. 62(5), 177-203. doi:10.1111/j.1753-4887.2004.tb00040.x.
- (5) Hu, F.B. (2002, February). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current opinion in lipidology*. 13(1), 3-9. Recuperado de: https://journals.lww.com/co-lipidology/Citation/2002/02000/Dietary_pattern_analysis__a_new_direction_in.2.aspx
- (6) Scribano, A., Huergo J., y Eynard, M. (2010). Alimentación, energía y depredación de los bienes comunes: la invisibilidad de la expropiación colonial. *Onteaiken. Boletín* (9). Recuperado de Onteaiken: www.onteaiken.com.ar
- (7) Cortés, L.C. (2001). Moral del mercado versus Seguridad Alimentaria: una aproximación desde la ética del bien común. *Acta Bioethica*. 7(2), 233-248. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200005>

(8) Naciones Unidas. “Ejecución del Plan Internacional sobre Envejecimiento y Actividades Conexas”, Resolución 46/91, 74ª sesión plenaria, 16 de diciembre de 1991.

(9) OMS. Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Versión Preliminar. Recuperado de:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf

(10) Albala, C., Lebrão, M.L., León Díaz, E.M., Ham-Chande, R., Hennis, A.J., y Palloni, A. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5/6), 307–22.

(11) Saad, P., Miller, T., Martínez, C., y Holz, M. (Eds.). (2012). *Juventud y Bono Demográfico en Iberoamérica*. Madrid, España: OIJ/Naciones Unidas, CEPAL.

(12) INDEC. (2013). *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 total del país*. Recuperado de:
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf.

(13) CJPRC. (2015). *Proyección actuarial 2014-2050*. Recuperado de
http://www.cajajubilaciones.cba.gov.ar/portal/cms/docs/20151203161808_Presentacion_Proyeccion_Actuarial_2014-2050-CJPRC.pdf

(14) Huenchuan, S. (Ed.). (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Chile: CEPAL.

(15) Garrote, N.L. (1997). *Una propuesta para el estudio de la alimentación: las estrategias alimentarias*. Antropología y práctica médica. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina.

- (16) Aguirre, P., y Álvarez, M. (1995). *Patrón Alimentario, estrategias de consumo e identidad en Argentina*. Serie antropológicas Ediciones del Sol. Procesos Socioculturales y Alimentación. Buenos Aires, Argentina: Colihue.
- (17) Contreras Hernández, J., y Gracia Arnáiz, M. (2005). *Alimentación y Cultura: Perspectivas Antropológicas*. Barcelona, España: Ariel.
- (18) Aguirre, P. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires, Argentina: Capital Intelectual.
- (19) García Canclini, N. (1995). *Consumidores y Ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: EDITORIAL GRIJALBO.
- (20) Ministerio de Salud de la Nación. GAPA. (2016). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf.
- (21) Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/derechoshumanos_publicaciones_colecciondebolsillo_03_declaracion_universal_ddhh.pdf
- (22) Vía Campesina. (2003). ¿Qué significa soberanía Alimentaria?. *La vía Campesina*. Recuperado de: <https://viacampesina.org/es/quignifica-soberanalimentaria/>
- (23) Lazarus, R.S., y Lazarus, B.N. (2006). *Coping with aging*. Inglaterra, Reino Unido: Oxford University Press.
- (24) Cobo, S. (2009, Diciembre). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 20(40), 172.

(25) Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Envejecimiento Saludable*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es.

(26) Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

(27) Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores*. 54.º Consejo Directivo, 67.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R11-s.pdf>

(28) PNUD. (2014). *Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina*. Recuperado de: https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Inclusivo/PNUDArgent-dialogosdiciembre_2014VF..pdf

(29) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2018). *Cuarta Encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>

(30) Acosta, L.D., Carrizo, E.D., Peláez, E., y Roque Torres, V.D. (2015). Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología* 18(1), 107-118.

(31) Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. (2013). *Situación epidemiológica de la diabetes en la Provincia de Córdoba según condiciones sociodemográficas de la población y presencia de principales factores de riesgo*. Recuperado de: <http://www.cba.gov.ar/area-vigilancia-epidemiologica/>

(32) Zapata, M.E., Roviroso, A., y Carmuega, E. (2016). *La mesa Argentina en las dos últimas décadas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina: CESNI.

(33) Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7698>

(34) FAO. (2001). *Perfiles nutricionales por países- Argentina*. Recuperado de: <http://www.fao.org/tempref/AG/agn/nutrition/ncp/arg.pdf>

(35) Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill.

(36) De Souza Minayo, M.C. (2009). *La Artesanía de la Investigación Cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

(37) Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud operativa: un enfoque operativo*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

(38) Neugarten, B. (1999). *Los significados de la Edad*. España: Editorial Herder.

(39) Almeida Filho, N., y Paim, J.S. (2010). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuaderno Médico Social*. 75(5), 30.

(40) Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

(41) Breilh, J. (2010). Lo agrario y las tres “s” de la vida. En Isch, E. y Zapata, A. (edit.) *Tierra y agua: interrelaciones de un acceso inequitativo*. Ecuador: Sistema de Investigación sobre la Problemática Agraria en el Ecuador.

(42) Andreatta, M.M. (2010). *Patrón alimentario y desarrollo de tumores en vías urinarias de Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Recuperado de: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/andreatta_maria_marta.pdf

(43) Feser, A. (2015). *Patrón alimentario en los adultos mayores de Santa Fé*. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fé. Córdoba, Argentina. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/1317/3.2.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(44) Butinof, M., Guri, A.K., Rodríguez, G., Abraham, M.D., Vera, Y., y Gassmann, J. (2015). Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba: ¿objeto de cuidado o sujetos de derecho?. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen(XXVI)*, 125-131.

(45) Gherardi, N., Pautassi, L., y Zibecchi, C. (2012). *De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública*. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado. (1a edición). Buenos Aires, Argentina: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género – ELA.

(46) González Torralbo, H. (2018). Género, Cuidados y Vejez. Las mujeres “en el medio” del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. *Revista Prisma Social. 21*, 194-218.

(47) Young, Y., Frick, K.D., y Phelan, E.A. (2009, February). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association. 10(2)*, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>

(48) Varela Pinedo, L., Helver, C.J., Tello Rodríguez, T., Ortiz Saavedra, P., Gálvez Cano, M., Casas Vásquez, P.,... Ciudad Fernández, L. (2015, Octubre). Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 32(4)*, 709-716.

(49) Lisigurski, M., y Varela, L. (2003). Calidad de vida. En L. Varela. (Ed.), *Principios de Geriátría y Gerontología* (63-7). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

REGISTRO A CARGO DE:

FECHA Y LUGAR:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

PARTICIPANTES:

- ⇒ Instituciones
- ⇒ Personas de la comunidad
- ⇒ Agrupaciones

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (escribir con detalles):

- ⇒ Inicio
- ⇒ Desarrollo
- ⇒ Cierre

RELATOS DE PERSONAS ADULTAS MAYORES PARTICIPANTES:

COMENTARIOS DE PERSONA QUE REALIZA EL REGISTRO:

ANEXO 2

¡BUENOS DÍAS!

Me llamo, soy miembro de la Escuela de Nutrición – Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba. En esta oportunidad me pongo en contacto con usted porque estoy iniciando una investigación que tiene como objetivo analizar la historia alimentaria de las personas adultas mayores de la Ciudad de Córdoba, me interesa conocer sus opiniones y experiencias en esta etapa de la vida. Es preciso mencionar que este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas.

Este cuestionario se llena de la siguiente manera:

Por favor, leer cada pregunta atentamente, luego marcar con una cruz (X) su respuesta dentro de cada casillero y finalmente, en aquellas preguntas que lo requieran completar su respuesta contándonos aquello que quiera compartir de su vida.

Este es un cuestionario sobre historias de vida, de manera que todas las respuestas son correctas. Le pedimos que por favor responda todas las preguntas que pueda.

Sus respuestas son anónimas y confidenciales, serán leídas sólo por los miembros del equipo de investigación.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!

DATOS PERSONALES:

Fecha de nacimiento:

Barrio:

Nivel de instrucción alcanzado: Sin educación formal

Primario incompleto	Primario completo
Secundario incompleto	Secundario completo
Terciario incompleto	Terciario completo
Universitario Incompleto	Universitario completo

Sexo: Varón Mujer

DATOS GENERALES DE SALUD:

*Actualmente, ¿Usted vive solo/a? SI
NO

¿Con quién vive?

.....
.....

¿Con qué familiares tiene contacto más frecuente?

.....
.....

*¿Cómo definiría actualmente su salud en líneas generales? (marque con una x)

MUY BUENA BUENA REGULAR MALA

*¿Cómo es en general su estado de ánimo? (marque con una x)

MUY BUENO BUENO REGULAR MALO

*Actualmente, ¿usted realiza alguna actividad laboral remunerada?

SI

NO

¿Cuál?.....

.....

*¿Tiene alguna limitación física que afecte la realización de sus actividades diarias?

SI

NO

¿Cuál?.....
.....

*¿Requiere de algún tipo de auxiliar ortopédico o dispositivo tecnológico para el desarrollo de su vida cotidiana? (como por ejemplo audífonos)

SI

NO

¿Cuál?.....
.....

*¿Ha estado internado/a en el último año?

SI

NO

¿Cuál fue el motivo?
.....
.....

TRAYECTORIA Y DINÁMICA ALIMENTARIA:

*¿Quién es el encargado/a de preparar la comida diaria de su hogar?

.....

Y en su **infancia** ¿quién era el encargado/a?

.....

*¿Dónde compra los alimentos?

.....

.....

¿Quién se encarga de hacer las compras?

.....

*¿Tiene huerta? SI NO

.....

*¿Recibe ayuda (apoyo) alimentario? SI NO

¿Cuál?.....

.....

*¿Considera que su alimentación ha cambiado con el tiempo? SI NO

¿En **qué momento/s** de su vida considera que cambio?

.....

¿En qué lo puede notar? (ej.: cambios en los alimentos que consume, en el tipo de preparaciones, con quienes comparte la mesa)

.....

*Pensando en su alimentación diaria, ¿consume los platos/alimentos que desea?

SI NO

¿Qué cambiaría?.....

*A diario, ¿comparte los momentos de la comida con alguien?

SI NO

¿Con quién?

.....

PARTICIPACIÓN Y CUIDADO:

*¿Qué representa para usted participar en estos espacios: talleres upami y/o Centro de Jubilados?

.....

*¿Participa de algún otro espacio?

SI NO

¿Dónde y qué actividad realiza?.....

.....

*¿Realiza alguna actividad con personas de otra generación dentro o fuera del ámbito familiar?

SI NO

¿Cuál/es?.....

*Usted, ¿se siente cuidado por alguien?

SI NO

¿Por quién?.....
.....

¿Usted cuida a alguien?
.....

*Usted, ¿se considera una persona independiente?

SI NO

¿Por qué?.....
.....

¿En qué acciones puede visibilizarlo?
.....

*¿En su opinión: Cómo ve la sociedad a las personas mayores?
.....

*¿Le gustaría participar de una entrevista o actividad grupal para discutir algunos temas relacionados con las personas mayores?

SI NO

Lo/la invitamos a dejar su nombre completo y teléfono para volver a contactarlo/a
.....
.....

ANEXO 3

Hoja de información al participante

Título de la investigación: *Estrategias domésticas de consumo alimentario en Adultas/Adultos Mayores de la Ciudad de Córdoba, en contexto multigeneracional y de envejecimiento activo.*

Presentación: *Me llamo María Daniela Abraham, soy miembro de la Escuela de Nutrición – Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba y del Programa de Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión de la misma Universidad. En esta oportunidad nos ponemos en contacto con usted porque estamos iniciando una investigación que se llevará a cabo entre junio de 2016 y junio de 2017.*

Este trabajo tiene como objetivo analizar las estrategias domésticas de consumo alimentario en los/las Adultos/as Mayores de la Ciudad de Córdoba, identificando en las mismas expresiones y modalidades del envejecimiento en un contexto de multigeneracionismo.

Características de la Investigación: *Esta investigación se realiza entre los participantes de los Talleres UPAMI y tiene como propósito realizar una descripción y análisis de las estrategias domésticas de consumo alimentario en los adultos mayores, bajo la concepción de multigeneracionismo, en términos de contextualizar al AM como sujeto activo y protagonista de su vida, para la construcción de la alimentación como práctica de cuidado.*

Las personas que participan de este estudio serán elegidas al azar. La participación en el estudio es voluntaria y consiste en responder a un cuestionario de 20 minutos y una entrevista individual, la cual se estima tendrá una duración de aproximadamente 1 hora y podrá ser realizada en el mismo espacio donde se realizan los talleres o según la preferencia de los participantes. En ambos casos se pregunta sobre datos de la vida cotidiana en relación a la alimentación de los/las Adultos Mayores.

Al finalizar el estudio se acordará una instancia de devolución grupal (o individual si fuese necesario), en la que se compartirá con las personas entrevistadas algunas conclusiones.

En ningún momento del estudio se darán a conocer los datos personales de los participantes entrevistados y la información obtenida será confidencial. La decisión de no participar o abandonar la entrevista, no afectará a las personas entrevistadas.

El estudio no tiene riesgo para usted y sólo le insumirá el tiempo para responder las preguntas.

No se ha previsto beneficio alguno por participar ni recibirá compensación económica ni de otro tipo. Es posible que el conocimiento que se obtenga de la investigación permita mejorar programas de nutrición y diseño de políticas públicas locales para los/las AM.

Cabe aclarar que este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas y las Autoridades sanitarias que garantizan que los estudios de investigación no violen los derechos de las personas.

Otra información:

- 1. Ante cualquier pregunta que tenga respecto a los procedimientos del estudio antes, durante o después del mismo, puede comunicarse con: Lic. María Daniela Abraham – Tel:351 – 5219469 o en la Escuela de Nutrición, FCM, UNC, Ciudad Universitario, Edificio Escuelas, de la ciudad de Córdoba, los días lunes y jueves de 8 a 13 horas, o al teléfono: 351-5219469*
- 2. Si tiene dudas acerca de sus derechos como participante en la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas – Coordinadora Prof. Dra. Susana Vanoni, Santa Rosa 1564, lunes a jueves 10 a 15 hs.*

Consentimiento Informado

Por la presente doy mi autorización para ser entrevistado por María Daniela Abraham para la investigación que está realizando con la colaboración de la

Cátedra de Epidemiología General y Nutricional de la Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba denominada: Estrategias domésticas de consumo alimentario en Adultas/Adultos Mayores de la Ciudad de Córdoba, en contexto multigeneracional y de envejecimiento activo.

He leído detenidamente la hoja de información, y he podido hacer las preguntas necesarias para resolver mis dudas sobre las características del estudio y de mi participación en él.

Se me ha informado que las personas que participan de esta investigación han sido elegidas a través de una muestra no probabilística y que la participación es en forma voluntaria y puedo negarme a hacerlo sin que esto me afecte.

Mi colaboración es totalmente voluntaria y tengo claro que aún después de iniciada la entrevista puedo negarme a responder alguna de las preguntas o dar por terminada mi participación. Es también de mi conocimiento que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en otro momento, a fin de completar alguna pregunta de la entrevista y que se comunicará al finalizar el estudio para brindar a mi y a otras personas entrevistadas, información sobre algunos de los datos obtenidas.

Se me ha informado que las respuestas y opiniones son confidenciales y en ningún informe de este estudio se publicaran mis datos personales.

Este estudio permitirá conocer las Estrategias domésticas de consumo alimentario en Adultas/Adultos Mayores en contexto multigeneracional y envejecimiento activo. Sin embargo yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi colaboración.

PARTICIPANTE:

Apellido y Nombre:

DNI:

Fechas:

INVESTIGADOR:

Apellido y nombre:

DNI: