

Prácticas alimentarias vinculadas a la ocurrencia de enfermedades no transmisibles entre personas adultas mayores

Dietary practices linked to the occurrence of non-communicable diseases among older adults

María Daniela Abraham^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8013-7562>

Juliana Huergo² <https://orcid.org/0000-0003-2845-3354>

Gustavo Tomás Díaz³ <https://orcid.org/0000-0003-0786-2984>

Mariana Butinof⁴ <https://orcid.org/0000-0002-7228-5186>

¹Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas. Argentina.

²Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Facultad de Ciencias Sociales. Argentina.

³ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Biología Celular, Histología y Embriología. Argentina.

⁴ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición, Cátedra de Epidemiología General y Nutricional. Argentina.

*Autor para la correspondencia. mdanielaabraham@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El proceso de envejecimiento poblacional argentino cursa una transición demográfica avanzada que transforma los perfiles de salud, prevaleciendo enfermedades no transmisibles. En tanto la alimentación en la vejez constituye un hecho social, cultural y ambiental, que incide en la calidad de vida y la salud.

Objetivo: Identificar las condiciones de vida, potencialmente asociadas al desarrollo de enfermedades no transmisibles, que intervienen en el desarrollo

de las prácticas alimentarias de personas adultas mayores de la ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, en el periodo 2017 - 2019.

Métodos: Estudio analítico de corte transversal, con triangulación metodológica cuali-cuantitativa. Se diseñó una muestra no probabilística de personas adultas mayores (≥ 60 años de edad) por cuotas según nivel de instrucción, implementando cuestionarios semiestructurados ($n = 384$), entrevistas ($n = 12$) y observaciones participantes.

Resultados: En el espacio singular, emerge la presencia de enfermedades asociadas a la vejez que traen cambios alimentarios y de salud. En la dimensión particular-colectiva, se reconocen variaciones de salud a nivel de grupos; la enfermedad que individualmente se vivencia como una preocupación pasa a ser parte de la trama de vinculación social. El análisis multivariado identificó dos modalidades con una mirada multidimensional de la salud y la alimentación contextualizadas. En el espacio general se plantea una tensión entre el nuevo paradigma sobre el envejecimiento y las condiciones materiales de vida para ello.

Conclusiones: Analizar la salud y alimentación de personas adultas mayores en su contexto, permite reconocer puntos de encuentro entre modos predominantes de envejecer, visibilizando el principio de un cambio social.

Palabras clave: adultos mayores; envejecimiento activo; perfiles de salud; alimentación.

ABSTRACT

Introduction: The process of aging of the Argentine population is undergoing an advanced demographic transition that transforms health profiles, prevailing non-communicable diseases. While food in old age is a social, cultural and environmental fact, which affects the quality of life and health.

Objective: Identify the living conditions, potentially associated with the development of non-communicable diseases, that impact in the development of food practices of older adults in the city of Córdoba and Gran Córdoba, in the period 2017 - 2019.

Methods: Cross-sectional analytical study, with qualitative-quantitative methodological triangulation. A non-probabilistic sample of older adults (≥ 60 years of age) was designed by quotes according to level of education, implementing semi-structured questionnaires ($n = 384$), interviews ($n = 12$) and participant observations.

Results: In the solo space, the presence of diseases associated with old age that bring dietary and health changes emerges. In the particular-collective dimension, health variations are recognized at the group level; the disease that is individually experienced as a concern becomes part of the fabric of social bonding. The multivariate analysis identified two modalities with a

contextualized multidimensional view of health and food. In the general space there is a tension between the new paradigm on aging and the material conditions of life for it.

Conclusions: Analyzing the health and nutrition of older adults in their context, allows to recognize points of encounter between predominant ways of aging, and making visible the principle of a social change.

Keywords: Older adults; active ageing; health profiles; feeding.

Recibido: 10/08/2020

Aceptado: 08/02/2021

Introducción

El envejecimiento poblacional se define como un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, resultado de la evolución de los componentes de transformación demográficos, fecundidad, mortalidad. Es un proceso multicausal, reflejo de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural.⁽¹⁾ En Argentina, estos cambios que registran su inicio en 1920, se intensifican en la segunda mitad del siglo xx, cursando actualmente una transición demográfica avanzada. La esperanza de vida al nacer es de 72,4 años para los varones y de 79,9 años para las mujeres. Estos datos evidencian el progresivo envejecimiento de las personas adultas mayores (PAM), quienes superan los 80 años y más.⁽²⁾

En la Provincia de Córdoba, el 16 % de la población es mayor de 60 años. Según datos intercensales 2001 - 2010 este segmento etario creció en el periodo a una tasa superior al resto, del 7 % y el 15 %, respectivamente.⁽³⁾ En términos absolutos, el llamado “bono demográfico” da cuenta que la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente, por tanto, también el potencial productivo de la economía.⁽⁴⁾

Asimismo, de modo paralelo a este proceso de envejecimiento poblacional, se transformaron los perfiles de salud predominantes. El concepto *syndemic* (en inglés) reúne lo social, lo biológico y lo ambiental, para referirse a problemas de salud sinérgicos en sus respectivos contextos sociales y económicos, aplicado, por ejemplo, a las comorbilidades y multimorbilidades.⁽⁵⁾ En cuanto a estas últimas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, en 2008, el 62 % de las muertes a nivel global se debieron a enfermedades no transmisibles (ENT); estimando que para 2020 serán del 75 %, prevaleciendo en importancia las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer.⁽⁶⁾

En Argentina, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el 80 % de la mortalidad responde o se relaciona a estas causas y sus factores de riesgo. Si bien en los últimos años se presentaron algunas mejorías en el acceso a cuidados de salud preventivos (tales como la medición de la presión arterial, colesterol, glucemia, mamografía y test de papanicolau), y disminución del tabaquismo; aumentaron las tasas de obesidad, inactividad física y alimentación no saludable.⁽⁷⁾

Algunos resultados actualizados de esta misma encuesta, revelan mayores cifras poblacionales con exceso de peso (sobrepeso + obesidad) reflejado en 6 de cada 10 adultos (66,1 %), la prevalencia de actividad física baja aumentó significativamente respecto de la encuesta anterior.⁽⁸⁾ La alimentación fue medida a través de los indicadores: “uso de sal después de la cocción o al sentarse a la mesa” (siempre/casi siempre) reconocido como factor de riesgo, el cual mostró una leve disminución respecto de la 3.^{ra} edición de la ENFR (17,3 % y 16,4 %). Asimismo, el “consumo de al menos 5 porciones de frutas o verduras al día”, reconocido como factor protector, reflejó que solo el 6 % de la población cumplió con la recomendación de consumo diario, expresando un promedio diario de 2 porciones por persona.⁽⁸⁾

La alimentación, tema de interés central en este trabajo, se considera una práctica situada en un tiempo/espacio, pero también en el cuerpo. Reconocida como hecho social cotidiano que se entreteje a lo largo de la historia de vida de una persona, que posibilita satisfacer y manifestar tanto necesidades fisiológicas como sentimientos, tradiciones y cultura.⁽⁹⁾ En la etapa de la vejez constituye un momento de balance en términos de relaciones sociales, culturales y ambientales, incidiendo en la calidad de vida y la salud.⁽¹⁰⁾

Aproximándonos al conocimiento de los procesos de salud-enfermedad de las PAM en tanto expresión de sus condiciones materiales y relacionales de vida, que intervienen en el desarrollo de las prácticas alimentarias, este trabajo se apoya en los postulados de *P. Luis Castellanos* (Fig. 1). Se parte de reconocer a estos individuos como actores, situados desde alguno de estos tres espacios (dimensión): *singular* (ámbito individual), *particular* (ámbito de la reproducción social), *general* (ámbito de las políticas públicas). Espacios o ámbitos desde donde definen sus problemas de vida, los describen, explican e intervienen.⁽¹¹⁾

El objetivo del presente estudio es identificar las condiciones de vida, potencialmente asociadas al desarrollo de enfermedades no transmisibles, que intervienen en el desarrollo de las prácticas alimentarias de personas adultas mayores de la ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, en el periodo 2017 - 2019.

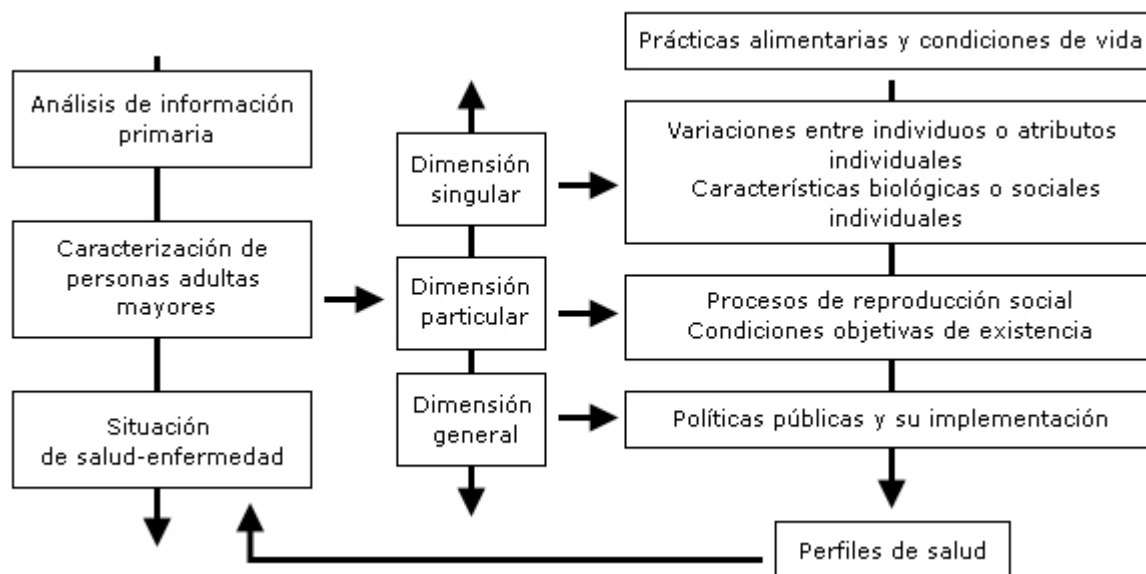


Fig. 1 - Marco conceptual. Situación de salud enfermedad según los espacios (dimensión) singular, particular y general. Ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019.

Métodos

Se llevó adelante un estudio analítico de corte transversal, con triangulación metodológica cuali-cuantitativa:^{a(12)}

-Etapa cuantitativa: se diseñó una muestra no probabilística por cuotas, de tamaño suficiente para exponer resultados con un nivel de confianza del 95 %, y un error tolerable del 5 %, considerando la estructura poblacional de este grupo social para la ciudad de Córdoba y alrededores según nivel de instrucción. Según lo reportado por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 2013, se consideró que el 49,3 % inició o completó el nivel primario, el 28,65 % secundario, el 19,61 % nivel superior universitario y el 2,43 % no fue escolarizado. Luego de un análisis de consistencia y depuración en la muestra, quedaron incluidos 384 casos, distribuidos por cuotas según nivel de instrucción.

Se elaboró e implementó un cuestionario semiestructurado siguiendo la estructura y contenidos de instrumentos validados nacional e internacionalmente: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC); encuesta salud, bienestar y envejecimiento (SABE) de la Organización Panamericana de la Salud; Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores de la Universidad

Católica Argentina. Se realizó una prueba piloto con 20 PAM, que no fueron incluidas en la muestra, para ajustar el instrumento a la población local. El instrumento contempló cinco módulos:

- introducción (presentación de la entrevistadora, de la investigación que se lleva a cabo e indicaciones de cómo responder el cuestionario);
- datos personales de la PAM y generales de salud;
- trayectorias y dinámicas alimentarias;
- experiencias de participación y
- prácticas de cuidado.

Se incluyeron preguntas de respuesta cerrada y abierta. Se diseñó para ser auto-administrado, aunque cuando fue necesario se proporcionó acompañamiento.

Análisis de los datos: se realizó un análisis descriptivo mediante tablas de distribución de frecuencias, cálculo de medidas resumen, prueba de *ji* al cuadrado y test t para dos muestras. Seguidamente, se implementó un análisis factorial de correspondencias múltiples, para valorar la posible asociación entre ENT y variables contextuales, con una matriz de indicadores para el eje “perfiles de salud”. Las dimensiones fueron evaluadas también en cuanto a su adecuación al tamaño muestral, mediante el estadístico Alpha de Cronbach ($\alpha = 0,594$). Posteriormente se realizó un modelo de regresión logística múltiple, se obtuvieron valores de odds ration y sus intervalos de confianza y *p*-valor, tomando como variable dependiente: autopercepción de la salud (categorías muy bueno-bueno vs. regular-malo) y como variables independientes: edad, nivel de instrucción, percepción de salud y estado de ánimo, consumo de medicación, cambio alimentario, independencia, vive solo, tenencia de huerta, realizar actividad física, presencia de enfermedad. Se utilizó el programa StataV14 (StataCorp. Texas. USA).

-Etapa cualitativa: Se realizaron observaciones participantes en eventos sociales con PAM: Talleres en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) para personas mayores,^b Centros de Jubilados y Pensionados dependientes del Programa de Atención Médica Integral (PAMI),^c Centros de Salud y espacios culturales de la Ciudad. Al finalizar cada jornada, se volcó lo observado en una bitácora de campo. Se efectuaron 11 entrevistas semiestructuradas, seleccionando PAM de manera intencional a partir de la base de datos anteriormente descrita,

pertencientes a los cuatro estratos de nivel de instrucción. Los tópicos centrales considerados fueron:

- Datos generales: barrio, fecha de nacimiento, personas con quienes vive;
- Trayectorias y dinámicas alimentarias: persona que oficia de cocinero habitual en su familia, prácticas de apropiación de alimentos, preferencias alimentarias;
- Autopercepción: de la salud, cuidado de sí y de otros, independencia;
- Opinión general: percepción social de la vejez, participación en espacios domésticos y extradomésticos.

El análisis se realizó a partir de la teoría fundamentada y la propuesta de triangulación de *De Souza Minayo*.^(13,14)

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 sujetos participantes. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas. N° de RePIS: 2778.

Resultados

Las PAM que integraron este estudio (n = 384) fueron en su mayoría mujeres (78,6 %), con edad promedio de 72 años de edad (DE \pm 7), sin diferencias según sexo, con un mínimo de 60 y un máximo de 99 años de edad. Provenían de 66 barrios de la ciudad de Córdoba y Gran Córdoba ampliamente distribuidos por el territorio. El 15 % (n = 57) superaron los 80 años. Según el nivel de instrucción alcanzado: el 48,9 % tenía primario inc/comp (incompleto y completo), el 26,8 % secundario inc/comp, el 20 % educación superior inc/comp y el 1,5 % sin educación formal, con una asociación significativa según sexo ($p < 0,05$), las mujeres fueron las que presentaron mayor nivel de instrucción (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de frecuencias de características poblacionales de personas adultas mayores, según sexo. Ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019.

Población total		Sexo		Total % (n)
		Mujer % (n)	Varones % (n)	
		78,6 (n = 302)	21,3 (n = 82)	100 (n = 384)
Edad promedio en años (DE)		72,4 (7)	72,4 (7)	72,0 (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)

En cuanto al estado de salud, y la presencia de ENT, el 32 % de las PAM refirió tener una enfermedad, reportando en primer lugar diabetes tipo 2, luego hipertensión, seguido sobrepeso u obesidad y en menos medida otras como los problemas renales, gastritis, problemas óseos, colesterol. Asimismo, el 83 % expresó tomar medicación diariamente vinculada a enfermedades como “presión alta, diabetes, colesterol, dolores óseos y problemas para dormir”, recetadas por médicos. Este consumo regular está asociado a la finalización de la etapa adulta e inicio de la vejez, patrón que se repite entre la mayoría de los participantes (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de frecuencias vinculadas al estado de salud de personas adultas mayores. ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019

Estado de salud	Categorías	FA	FR
Presencia de ENT	Sí	123	32 %
	No	261	68 %
	Total	384	100 %
Clasificación de ENT	Diabetes mellitus tipo 2	47	38,2 %
	Hipertensión arterial	33	26,8 %
	Sobrepeso y obesidad	28	22,7 %
	Otras	15	12,2 %
	Total	123	100 %

FA: frecuencia absoluta (número de casos); FR: frecuencia relativa (%).

En cuanto a las prácticas alimentarias individuales, el 77 % de las PAM identificó transformaciones en esta etapa, reconociendo como causas: las necesidades de la vejez (49 %); el advenimiento de problemas de salud (28 %) y cambios en la estructura y dinámica familiar (alejamiento de los hijos, viudez fundamentalmente, convivencia con diferentes generaciones hijos-nietos) (23 %). No obstante, el 79 % de los que manifestaron tener percepción “muy buena y buena” de su salud, reconocieron mayor cantidad de cambios significativos en su alimentación ($p < 0,05$). Estas modificaciones expresadas como: “comer más sano, más ensaladas”, “comer más frutas y verduras”, “cocinar más al horno”, “comer más pescado y menos carne”, “comer sin sal”, “tomar agua”. Haciendo referencia a la estructura y dinámica familiar emerge la falta de “ganas de cocinar” o “no tengo hambre a la noche” cuando del comer con otros se pasó al comer en soledad.

También se observó que a medida que las PAM aumentan su nivel de instrucción, la conciencia por “lo sano” toma una connotación vinculada a la “cocina sencilla”, un ejemplo típico es la preparación de: “bife^d con ensalada” (siendo el tomate y lechuga las verduras más nombradas); elaborado en casa o a través de pedidos en locales de comida. En tanto, en aquellos con menor nivel de instrucción, se relacionó con la “cocina de campo”, de la tierra a la mesa. En sus relatos nombran papa, zapallo, choclo y destacan como preparación “sana”: puchero,^e sopa de verduras, asociado con el cocinar en la casa.

En lo que respecta a las prácticas cotidianas vinculadas a lo alimentario, el 62 % de las PAM se encarga de hacer las compras, el 27 % comparte esta actividad con otros (familiares, vecinos, amigos), y el 9 % no las realizan personalmente, sino que está a cargo de familiares (hijos y nietos) y amigos. Solo el 17 % expresó tener huerta y un 83 % no, principalmente por incapacidad física para poder mantenerla y por falta de lugar en el hogar. Sin embargo, resaltan su valor: “el sabor es otro”, “cuando era chico siempre teníamos huerta”, “me encantaría tener huerta es más sano”, “antes, se sacaban las verduras directo de la tierra, se cortaban las frutas de los árboles, se juntaban los huevos del gallinero, se ordeñaba la lecha y así fresco se comía”.

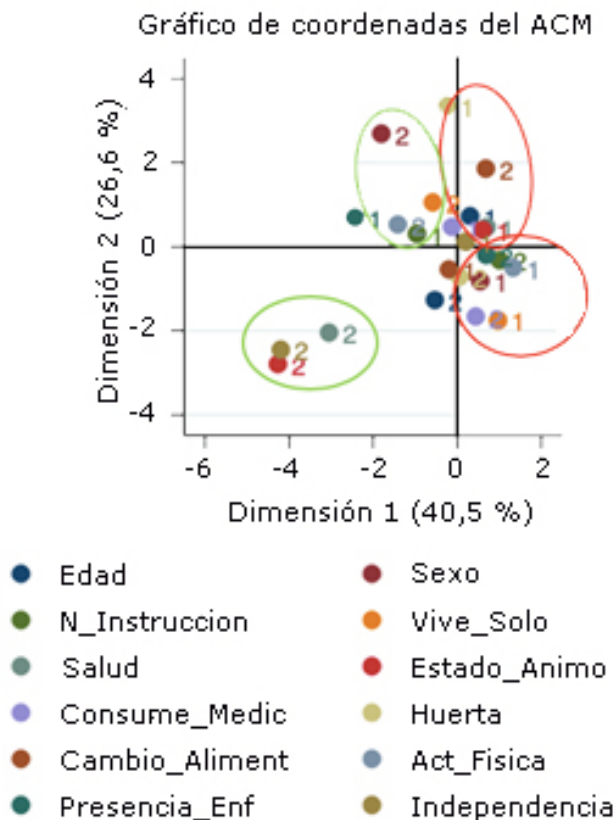
En cuanto a la realización de actividad física, práctica reconocida como protectora para el desarrollo de ENT, el 43 % de las PAM encuestadas manifestó realizar movimiento físico compartiendo con pares de la misma edad y en menor medida con jóvenes. Destacan entre las principales (tanto deportivas como recreativas) gimnasia, yoga, folclore, caminatas, artes marciales, natación. Estar en movimiento físico en el marco de una actividad es reconocido como: “fuente de energía”, “mantenerme activa”, “estar en movimiento”, “ser feliz”, “sentirme joven”, “divertirme”. Por otra parte, el 37 % no realiza ninguna actividad. El participar de espacios con otros abre una experiencia personal: “hay

Perfiles de salud como entrecruzamiento entre el espacio singular y particular

Complementariamente a la descripción realizada con anterioridad, se analizó el estado de salud de la población incluida en el trabajo. Para ello se implementó un análisis factorial por correspondencia múltiple para explorar la posible asociación entre ENT y variables contextuales. Las modalidades más representativas adoptaron dos dimensiones para explicar perfiles de salud de las PAM. La primera dimensión identificó las categorías: edad (< 80 años), sexo (mujeres), nivel de instrucción alcanzado (primario completo), autopercepción de salud y estado de ánimo (bueno o muy bueno), reportar una enfermedad crónica, realizar actividad física y sentirse independiente. La segunda dimensión presentó valores asociados para las variables: edad (\geq 80 años), sexo (varones), convivencia con alguien (pareja estable y familiar), autopercepción de la salud y el estado de ánimo (regular o malo), reconocer cambio alimentario, tener huerta en el hogar, consumir medicación a diario y no realizan actividad física (Tabla 3 y Fig. 2).

Tabla 3 - Matriz de dimensiones para perfiles de salud identificados a partir del análisis factorial por correspondencias múltiples. Estudio con personas adultas mayores, ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019

Dimensión	principal inercia	Percent	cumulpercent
dim 1	0,063761	40,48	40,48
dim 2	0,041822	26,55	67,04
dim 3	0,005387	3,42	70,46
dim 4	0,000155	0,99	71,45
Total	0,0157495	100,00	□



Coordenadas con normalización estándar

Referencias: Edad (1= \leq 80 años; 2= $>$ 80 años), Sexo (1= mujer; 2 = varón), Nivel_Instruc (1= primario completo; 2= >secundario), Percep_Salud y Estado de ánimo (1= bueno y muy bueno; 2 = malo y regular), Consumo_Medic (1= Sí; 2=No), Cambio_Aliment (1 = Sí; 2 = No), Independencia (1 = Sí; 2 = No), Vive_solo/a (1= Sí; 2 = No), Huerta (1 = Sí; 2 = No), Act_Fisica (1 = Sí; 2 = No), Presencia_Enf (1 = Sí; 2 = No).

ACM: análisis de correspondencias múltiples (en inglés multiple correspondence analysis [MCA])

Fig. 2 - Conformación de perfiles de salud en relación a ENT según análisis factorial por correspondencias múltiples. Estudio con personas adultas mayores, ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019.

Según el modelo de regresión logística múltiple, los varones que viven con algún familiar (reconocido como factor protector), sin reportar una enfermedad de base y que no consumen medicación a diario, perciben mejor su salud y estado de ánimo, indistintamente de la edad (Tabla 4).

Tabla 4 - Estimación de factores condicionantes de perfiles de salud obtenidos del modelo de regresión logística múltiple. Estudio con personas adultas mayores Ciudad de Córdoba y Gran Córdoba, 2017-2019

Variables	Categorías	OR	IC 95 %	Valor p
Edad (años)	< 80	Ref.	---	---
	≥ 80	1,16	0,58 - 2,33	0,65
Sexo	Mujer	Ref.	---	---
	Varón	1,86	1,36 - 2,04	0,04
Nivel de instrucción	Primario completo	Ref.	---	---
	Secundario y más	0,87	0,44 - 1,72	0,70
Cambio alimentario	Sí	Ref.	---	---
	No	0,63	0,26 - 1,50	0,30
Tener huerta	Sí	Ref.	---	---
	No	1,60	0,26 - 1,84	0,20
Vive solo/a	Sí	Ref.	---	---
	No	0,69	1,32 - 3,05	0,02
Consumo de medicación	Sí	Ref.	---	---
	No	1,27	1,58 - 2,76	0,03
Actividad física	Sí	Ref.	---	---
	No	1,87	0,92 - 3,78	0,08
Presencia de enfermedad	Sí	Ref.	---	---
	No	0,43	0,20 - 0,92	0,03
Constante	---	4,09	0,43 - 7,76	0,02

Dimensión general: envejecer, marco político-social

En este contexto, ha cobrado un renombrado protagonismo algunos programas, reconocidos por las PAM. A nivel nacional, el “Programa Socio Preventivo PAMI”; A nivel provincial el “Plan Córdoba Mayor” del Ministerio de Desarrollo Social; a nivel municipal los “Espacios Illia” ejecutado por la Caja de Jubilaciones, Pensiones y Retiros de Córdoba; y el programa para Adultos Mayores de la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba. Estas iniciativas se piensan desde los nuevos paradigmas de vejez que promueven la autonomía y un envejecimiento activo, participativo y saludable, generadoras de redes de apoyo que contribuyen a ser parte visible de la sociedad y la calidad de vida de las PAM.

Más allá de las propuestas programáticas, desde el relato de las PAM, se plantea una tensión entre el nuevo paradigma sobre la *concepción* de envejecer y las condiciones *reales* para envejecer. En otras palabras, las PAM se reconocen de manera singular (cada individuo) y particular (entre grupo de pares) como actores activos en la ejecución de tareas y resoluciones cotidianas de necesidades vinculadas a la supervivencia como es la salud.

Un 88 % de respuestas afirmativas giraron en torno a reconocerse como personas independientes: “decido por mi vida”, “voy a cobrar solo”, “me puedo mover por mis propios medios”, “hago lo que tengo ganas de hacer”. Pero, en contraposición, a la hora de percibir cómo los define la sociedad actual, el 75 % remite a apreciaciones negativas: “no nos tienen en cuenta”, “somos descartables”, “creen que no servimos para nada”, “nos tratan mal”, “la sociedad está cambiando, pero aún falta mucho”. Aunque reconocen una mayor oferta de oportunidades en los últimos años, la percepción jubilatoria sigue siendo un tema de preocupación compartida condicionando el acceso a recursos, tanto desde gestión de recreaciones (para los más holgados) como hasta compra de alimentos (para los más ajustados).

Discusión

Desde el espacio singular (individuo), la salud general de las PAM es definida como enfermedad; transformándose en una preocupación para la supervivencia en diferentes sentidos: complicaciones económicas para comprar alimentos y medicamentos, dificultades para movilizarse (por cuestiones edilicias, de salud e inseguridad) y, por lo tanto, aislamiento (familiar, cultural, recreativo y deportivo), agudizando las diferencias según el nivel de instrucción alcanzado. Es así que la salud se vivencia como una carga personal y al mismo tiempo familiar.

Sobre los indicadores relacionados con la salud general, los hallazgos del presente estudio permitieron aportar evidencias y puntos de comparación con los datos ofrecidos en la 4.^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, en lo que se refiere a auto reporte sobre el estado de salud (superando el 75 % de respuestas positivas y con predominio en los varones), realización de actividad física (con un 30 % de actividad regular, principalmente entre las mujeres) y destacando como enfermedades predominantes el sobrepeso, la obesidad, el colesterol, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.⁽⁸⁾ En este punto, se destaca la realización de actividad física e incorporando todas las formas expresadas por esta población y reconocida como práctica de autocuidado, la cual se subraya como factor protector en el cual se reconocen mejoras a nivel de la salud global ya sea por respuesta orgánicas, psicoemocionales o ambas de manera complementaria, para la PAM que la realiza de manera regular, compartida con otros.

Esta impronta experiencial, vinculada a la enfermedad, logra superarse al instalarla en el espacio particular, donde envejecer de manera saludable, no implica necesariamente ausencia de enfermedades, sino modos de transitar la

vida con calidad. Desde esta perspectiva, el encuentro con pares en espacios para PAM, traslada una situación individual a una modalidad grupal que, protagonizando desplazamientos contingentes en relación a la modalidad dominante de lazo social, crean y sostienen espacios culturales a partir de nuevos consensos: la acentuación festiva del presente y una tendencia a la grupalidad.⁽¹⁵⁾ Frente a la generalizada tendencia al individualismo, son evidentes en estos encuentros las búsquedas de otras maneras de estar-juntos (sentir-conjuntamente): de comer sin exclusiones y de convivir sin las separaciones que impone la sociedad.

Asimismo, *Letamendia* enfatiza la importancia de retomar los trabajos de Mauss a través de los cuales se logra ilustrar el intercambio y la circulación de alimentos entre los grupos sociales como eje estructurador de lazos, redes, entre los protagonistas; dicho de otro modo, el alimento, en torno a una mesa, como facilitador para la construcción de vínculos de ayuda y cooperación mutua.⁽¹⁶⁾ En este sentido, la alimentación, actividad ligada enteramente a la salud y la subsistencia, en la vejez, se declara como práctica de cuidado que implica reconocer medios/fines acerca de las prácticas que se despliegan para con las PAM en pos de garantizar el goce efectivo del derecho a la alimentación.

Relatos de diferentes autores, *Young, Frick y Phelan* expresan 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, se postula que el envejecimiento exitoso puede coexistir con enfermedades y limitaciones funcionales si se utilizan mecanismos psicológicos y sociales compensatorios.⁽¹⁷⁾

Complementariamente, *Varela* y otros. reafirman la idea de que la calidad de vida debe ser considerada desde una visión multidimensional, que debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, las disparidades se expresan a través de dos dimensiones predominantes encontradas en el perfil de salud de las PAM; o llamados de otra manera “modos de envejecer” funcionales a las posibilidades existentes.⁽¹¹⁾

Hablar de perfiles de salud, posicionados desde la salud colectiva, refiere al campo estructurado de relaciones sociales donde la salud adquiere diferentes significaciones y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen.⁽¹⁹⁾ Las diferentes dimensiones de los perfiles de salud, reconocidas a partir del análisis por correspondencias múltiples, pueden ser explicadas desde la sindemia, que proporciona una alternativa importante a la epidemiología de las enfermedades no transmisibles. Este enfoque permite identificar que las características de la vida constituyen condicionantes

contextuales, para el desarrollo de ENT. Aplicar este tipo de análisis, permite elucidar que los perfiles de salud se expresan según condiciones de vida; con una mirada multidimensional de la salud y la alimentación en contexto, sintetizando las respuestas de los individuos frente al medio y sus concepciones o representaciones respecto a la vejez, la salud, la alimentación y la actividad física, en un contexto cultural determinado.

A modo de consideraciones finales se puede plantear que indagar acerca de las condiciones de vida, individuales y contextuales de las PAM, permite observar puntos de encuentro entre los modos predominantes de alimentarse y ciertas dimensiones que caracterizan el perfil de salud de esta población.

En ese sentido, las dinámicas cotidianas, las realidades habitacionales, las características familiares, las condiciones de salud y alimentación individuales, las prácticas de socialización como condensado relacional precipitan en los procesos particulares de los modos de vida grupales, matriz significativa de la individualidad de los sujetos. De modo que, según *Breilh*, operan como construcciones sociocognitivas de representación que se expresan a partir de los perfiles de salud de esta población.^(20,21)

En esa dirección, las condiciones de vida, en los espacios singulares y particulares, se terminan de definir desde el espacio general. Dado que el proceso de envejecimiento poblacional marca las agendas de los gobiernos a nivel internacional, inscribiéndose por defecto en las políticas públicas nacionales. Este trabajo permitió observar que la construcción de ámbitos de participación para PAM debe contemplar que el terreno de la reproducción social no es privativo de la familia y el Estado. Por el contrario, requiere de un análisis del nivel intermedio vinculado a los tejidos sociales comunitarios y locales.⁽²²⁾ Por consiguiente, los avances en materia legislativa del último tiempo dan cuenta de un cambio social en materia de conquista de espacios para la vejez, permitiendo que el envejecimiento se reconozca como un proceso y no como un estado.

Se puede concluir que analizar la salud y alimentación de personas adultas mayores en su contexto, permite reconocer puntos de encuentro entre modos predominantes de envejecer, visibilizando el principio de un cambio social.

Referencias bibliográficas

1. Dabove MI, Di Tullio Budassi G. Prestaciones alimentarias en la vejez multigeneracional. *Revista Chilena de Derecho*. 2015 [acceso 13/09/2019];42(1):7-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1770/177039318002.pdf>

2. INDEC. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040 total del país. Argentina: Instituto Nacional de estadística y censos; 2013 [acceso 13/09/2019]. Disponible en:
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf
3. Paulo Saad TM. Juventud y Bono Demográfico en Iberoamérica. Madrid, España: OIJ/Naciones Unidas, Cepal; 2015.
4. INDEC. Proyecciones Nacionales. Censo 2010. Argentina: Instituto Nacional de estadística y censos; 2010. [acceso 13/09/2019]. Disponible en:
<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
5. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndetei D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. Lancet. 2017;389:951-63. DOI: [10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)
6. OMS. Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. Versión preliminar. España: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales: Organización Mundial de la Salud: Observatorio de Personas Mayores; 2001 [acceso 08/11/2019]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf
7. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2013. [acceso 10/10/2019]. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf
8. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Cuarta Encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2018 [acceso 27/11/2019]. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf
9. Scribano A, Huergo J, Eynard M. Alimentación, energía y depredación de los bienes comunes: la invisibilidad de la expropiación colonial. Onteaiken. Boletín. 2010 [acceso 05/12/2019];(9). Disponible en:
<http://www.onteaiken.com.ar/ver/boletin9/1-1.pdf>
10. Amadasi E, Tinoboras C. Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna? 1.ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa; 2015.

11. Castellanos PL. Sobre el Concepto de Salud Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Bol. Epidemiológico OPS. 1990;10(4).
12. Hernandez Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5.ª Edición. México: Mc Graw Hill; 2010.
13. Glaser BG, Strauss A. Discovery of Grounded Theory. Strategies for Strategies for Qualitative Research. Chicago: Sociology Press, 1967.
14. De Souza Minayo C. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. Salud Colectiva. 2017;13(4). DOI: [10.18294/sc.2017.942](https://doi.org/10.18294/sc.2017.942)
15. Vélez Vélez MA. Michel Maffesoli, una crítica de la modernidad desde un posmodernismo afirmativo. Estudios de Filosofía. 2009 [acceso 05/01/2020];(39):89-214. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ef/n39/n39a11.pdf>
16. Letamendía F, Coulon C. Cocinas del Mundo: la Política en la Mesa. Madrid: Ed. Fundamentos; 2000.
17. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. Journal of the American Medical Directors Association. 2009;10(2):87-92.
18. Varela-Pinedo L, Chávez-Jimeno H, Tello-Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Gálvez-Cano M, Casas-Vasquez P, *et al.* Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2015 [acceso 05/01/2020];32(4):709-16. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400012
19. Almeida Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuaderno Médico Social. 2010;75:5-30.
20. Breilh J. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 2003.
21. Breilh J. 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; 2010.
22. Picchio A. Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida”. Conferencia Inaugural de las Jornadas “Tiempos, trabajos y género. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Maria Daniela Abraham: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración de proyecto, recursos, software, redacción borrador original, redacción revisión y edición.

Juliana Huergo: Metodología, Análisis formal, redacción borrador original, redacción revisión y edición.

Gustavo Tomás Díaz: supervisión, validación, visualización, Análisis formal, redacción borrador original.

Mariana Butinof: Conceptualización, Metodología, supervisión, validación, visualización, Análisis formal, redacción borrador original, redacción revisión y edición.

^a Este estudio es parte de la tesis de doctorado denominada “Trayectorias y Dinámicas Alimentarias de Adultos/Adultas Mayores de Córdoba. Multigeneracionismo, envejecimiento activo y cuidado”, el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud, ambos de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

^b Proyecto de capacitación destinado a adultos mayores, en el marco del Programa Universidades para Adultos Mayores Integradas (UPAMI). La iniciativa está centrada en la promoción de la salud y el envejecimiento activo, desde una perspectiva integral de salud como derecho humano.

^c Programa de Atención Médica Integral del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

^d Trozo fino de carne vacuna asado o hecho a la plancha.

^e Guiso hecho con carne, legumbres, hortalizas y tocino (Todas las notas son de los autores).