

Guía para facilitar una alimentación saludable en personas mayores

Elaborada por Montserrat Garcia Oliva y Elena Requena Varón



Este informe ha sido realizado en diciembre de 2024 y expone una parte de los resultados de la investigación "Comer importa."

Los desafíos de una alimentación inclusiva, saludable y sostenible para un mejor envejecimiento", correspondiente a la convocatoria de I+D "Retos" coordinado por dos subproyectos (sub. 1, código PID2019-104253RB-C21 y sub.2, código PID2019-104253RB-C22), financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033, dirigido por Mabel Gracia-Arnaiz y Cristina Larrea-Killinger.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI



Sumario

A. Consideraciones teóricas.....	4
B. Metodología	5
C. Guía de recomendaciones.....	7
D. Referencias bibliográficas.....	15



A. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Los talleres participativos, de los cuales presentamos los resultados en este documento, se enmarcan en los procesos de participación social. Una forma de promover la participación social en investigación es integrar en ella espacios donde se dé voz a los diferentes colectivos consultados. De estos participantes, los más significativos para nuestros talleres son las personas mayores que son arte y parte.

Esta guía recoge los principales resultados y conclusiones que se alcanzaron trabajando colaborativamente con personas mayores y profesionales. Así, los diferentes talleres participativos que se llevaron a cabo tenían como finalidad contrastar el diseño y los resultados del proyecto de investigación, cuyo objetivo era analizar los determinantes sociales de la alimentación, la precarización de las condiciones de vida, así como las situaciones de (in)seguridad alimentaria.

Los **procesos participativos** tienen una larga y reivindicada historia. Para Donnarumma (1996) la participación es tanto una acción individual, puesto que se trata de un acto voluntario, como colectiva, ya que se dona en escenarios de interacción social y en el marco de procesos sociales. Según Cunill (1991) existen cuatro tipos de participación:

- Participación social: el individuo pertenece a una asociación u organización para la defensa de sus intereses y el principal interlocutor no es el Estado sino otras instituciones sociales.
- Participación comunitaria: los individuos se involucran en la acción colectiva con la finalidad del desarrollo de la comunidad. El interlocutor no es el Estado y lo que se espera de él es recibir soporte asistencial.
- Participación política: los ciudadanos participan desde organizaciones formales y mecanismos del sistema político. Está mediada por los mecanismos de representación política.
- Participación ciudadana: los individuos se involucran de manera directa en acciones públicas. Pone en contacto a los ciudadanos y al Estado, en la definición de las metas colectivas y las formas de conseguirlas.

Sin embargo, en las personas mayores para poder entrar en procesos participativos existen algunos frenos. Tal y como se afirma en el informe de la Fundació HelpAge (2021), el edadismo impide a este grupo de edad disfrutar de sus derechos humanos conduciéndolos a una discriminación estructural y sistemática por el hecho de tener una edad determinada. Pero, por otro lado, la literatura muestra como las personas mayores tienen interés en que esto no siga así. Hay evidencias de cómo, en todas las democracias occidentales, los grupos de mayor edad están normalizando la protesta (Goerres, 2009). Pero, aparte de entender la participación política, como la de ejercer de votante, recogida de firmas, manifestaciones, pertinencia a organizaciones, etc. algunos autores (Norris, 2002) amplían el concepto a cualquier dimensión de la actividad social que pueda influir en el desarrollo de las políticas públicas y, de manera indirecta, a la sociedad civil, siguiendo estas acciones convencionales o no. Por ejemplo, es muy importante el papel que juegan las personas mayores como miembros activos del voluntariado social.

Así, nuestra metodología recoge estas necesidades de integrar todas las voces implicadas en la temática estudiada, especialmente la de las personas mayores, objeto de nuestra investigación.

B. METODOLOGÍA



El paradigma de la investigación-acción participativa asume que los procesos de investigación deben incorporar a la población de estudio como agentes protagonistas de la investigación y de la acción.

La investigación-acción participativa surge en los años 40 del siglo pasado como contrapunto a las dos formas clásicas de entender el quehacer investigador, que son la investigación básica y la investigación aplicada. Si en estos dos tipos de investigación hay una clara separación entre los agentes que investigan y los agentes que son investigados, en el caso de la investigación-acción participativa los destinatarios de la misma son también parte activa en el proceso de diseño y ejecución de la investigación. En palabras de Rubio y Varas (2004):

“... la Investigación-Acción-Participativa supone un paso más hacia adelante pues propone el análisis de la realidad como una forma de conocimiento y de sensibilización de la propia población. Es decir, pretende que los destinatarios conozcan su realidad y, después, acuerden estrategias y acciones concretas para transformarla” (p. 122).

La investigación-acción participativa, en el campo de las ciencias sociales, incorpora a la población objeto de estudio o destinataria de una acción concreta como agente protagonista, colaborando con el equipo investigador en los diferentes momentos del proceso de toda investigación: desde la revisión de las hipótesis de trabajo, hasta la difusión ulterior de los resultados. También se pueden incorporar otros agentes (como profesionales o técnicos). La idea es que toda la comunidad adquiera un conocimiento más profundo de sus problemas y se implique en su solución.

Siguiendo este paradigma que persigue la participación involucrando todos los agentes implicados, se han desarrollado un total de 11 talleres participativos, en tres momentos temporales diferentes (al inicio, en la fase intermedia y al final de la investigación), contemplando dos perfiles de participantes (profesionales y expertos, y personas mayores) y con la participación de tres Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana).

Como más adelante se detallará, se implicó a profesionales, técnicos y personas mayores en la revisión de las hipótesis elaboradas a partir del marco teórico, para la revisión del enfoque metodológico de la investigación, en la discusión de los primeros resultados parciales, en la discusión de los resultados finales y se informó y preguntó sobre los medios de difusión de los resultados, con especial interés en cómo debía hacerse esta devolución y difusión para que, realmente, el conocimiento revertiera en la población objeto de estudio, es decir, las personas mayores.

En el siguiente cuadro, se puede consultar los talleres realizados.

	Talleres de profesionales y expertos	Talleres de personas mayores
Fase inicial (abril 2021)	1 grupo (online) con participantes de Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana	1 grupo (online) con participantes de Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana
Fase intermedia (abril-mayo 2022)	1 grupo (presencial) en Andalucía	1 grupo (presencial) en Andalucía
	1 grupo (online) en Cataluña	1 grupo (presencial) en Cataluña
		1 grupo (presencial) en Comunidad Valenciana
Fase final (octubre-noviembre 2024)	1 grupo (presencial) en Andalucía	1 grupo (presencial) en Andalucía
	1 grupo (online) en Cataluña	1 grupo (presencial) en Cataluña

Cuadro 1. Talleres realizados con profesionales y expertos, y con personas mayores

Como se detalla en el cuadro anterior, algunos de estos talleres se realizaron de forma virtual debido a las restricciones que supuso la pandemia, a pesar de que todos los talleres inicialmente debían ser llevados a cabo presencialmente.

Para llevar a cabo estos talleres, se contó con la colaboración de cuatro miembros del subproyecto 2: Andrés Fontalba, Maite Ojeda, Oriol Larrea y Claudia Magaña.

A continuación, se detalla cómo se planificaron y llevaron a cabo estos talleres, así como el contenido tratado.

En relación con los **participantes**, en la fase inicial, en el taller de profesionales y expertos, participaron personas que tenían alguno de los siguientes perfiles: psiquiatría geriátrica; enfermería de programa de paciente crónico; trabajo social en el ámbito de residencias de personas mayores; consultoría y formación en temas de gerontología; investigación en políticas públicas para personas mayores; y educación social en el ámbito de administración local y personas mayores. En estos talleres, se presentó la investigación: hipótesis, objetivos, metodología, resultados esperados, transferencia de conocimiento y productos.

En el otro grupo, participaron personas entre 62 y 85 años, todas ellas prejubiladas o jubiladas.

En los talleres de la fase intermedia, había profesionales de los campos de enfermería, pedagogía, trabajo social, educación social y medicina. Por otro lado, participaron en los talleres personas jubiladas con edades que oscilaban entre los 65 años y 90 años. Se presentaron los resultados preliminares de los que se disponía en aquel momento.

En la fase final, los expertos que participaron provenían de los ámbitos de enfermería, medicina, pedagogía, educación social, sociología, gestión de residencias y psicología. En el taller de personas mayores, todos los participantes tenían entre 65 y 78 años, y estaban jubilados. En esta ocasión, se discutieron los resultados finales.

En relación con el **instrumento**, la técnica que se utilizó para recabar información fue el grupo focal. Esta técnica permite la libre expresión de las ideas y da un marco de trabajo que posibilita el crecimiento del pensamiento grupal, lo que convierte esta metodología como idónea para los propósitos de la metodología de la investigación-acción participativa. Por tanto, los talleres se organizaron como grupos focales en que, a través de la animación de la investigadora conductora de grupo y de un *powerpoint* como apoyo, se estimulaba la participación de los sujetos.

Estos talleres se llevaron a cabo en tres períodos temporales coincidiendo con los momentos inicial, intermedio y final de la investigación. Aquellos talleres que se hicieron de forma presencial, en el caso de Andalucía, se llevaron a cabo en centros de salud (atención primaria en el caso de personas mayores, y hospital general en el caso de talleres con profesionales); en el caso de Cataluña, en un centro universitario; y en el caso de la Comunidad Valenciana, en una sala de un ayuntamiento.

C. GUÍA DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones u orientaciones que proponemos a continuación surgieron de los talleres que se llevaron a cabo en los diferentes momentos del desarrollo de la investigación, tanto con profesionales y técnicos como con personas mayores. Son recomendaciones, por tanto, que se derivan de las diferentes propuestas, reflexiones e ideas que surgieron en estos talleres, siguiendo la lógica de la investigación-acción participativa. Cabe destacar que los grupos focales que se hicieron con personas mayores fueron muy productivos. Esto nos hace pensar que la necesidad de participación está presente a lo largo de la vida y que el compromiso de las personas mayores cuando se les da la oportunidad de participar e involucrarse en la mejora de la comunidad es elevado.

Recomendaciones para profesionales

Estas recomendaciones van dirigidas a profesionales del ámbito sanitario, concretamente atención primaria, tanto de la medicina como de la enfermería, pero podrían hacerse extensivas a otros profesionales, como nutricionistas o personal de residencias para la tercera edad.

El colectivo sanitario tiene acceso directo a la población de las personas mayores y goza de un prestigio y de un estatus (sobre todo el campo de la medicina) que los convierten en, potencialmente, agentes privilegiados de cambio.

En lo que se refieren a alimentación, estos y estas profesionales, si quieren orientar en los cambios hacia una alimentación saludable de las personas mayores que atienden, deben tener en cuenta los siguientes aspectos.

1. La población de personas mayores es heterogénea, abarca un rango de edad muy amplio (no es lo mismo el grupo de 65 a 70 años que el grupo más longevo que puede alcanzar los 95 años o más).

2. La heterogeneidad del lugar de residencia (grosso modo, rural y urbano, pero también el tamaño del municipio, interaccionando ambas variables) influye en el acceso a los productos alimentarios y a su calidad, así como en los hábitos alimentarios.

3. Los aspectos sociales no pueden dejarse de lado pues afectan a todo el proceso de itinerario alimentario. El entorno familiar e inmediato tiene una gran influencia en la elección de los productos que se compran, en su aprovisionamiento y en cómo se cocina. En general, las personas solas (y las personas mayores pueden encontrarse en esta situación más fácilmente que otros grupos etarios) compran más alimentos procesados y cocinan menos. Además, si existen dificultades económicas, la calidad de la cesta de la compra es menor.

4. Derivado de la recomendación anterior, siempre debe explorarse el tema de la soledad no deseada, si el o la profesional quiere orientar el cambio en los hábitos de alimentación.



5. El momento de la jubilación es un momento crítico en todos los hábitos y las rutinas de cualquier persona: hábitos de dormir, hábitos de tiempo libre, hábitos de relaciones interpersonales, cuestiones financieras y, por supuesto, hábitos de alimentación (por ejemplo, comer a todas horas). Además, si están presentes alteraciones en el estado de ánimo, el apetito se va a ver alterado (por ejemplo, pérdida de apetito, pero también hiperoralidad).

6. No hay que descuidar la información y la educación, entendida como formación. Las personas mayores reclaman indicaciones concretas de cómo comer para que no resulte monótono; talleres de cocina hechos de manera realista (por ejemplo, recetas ligeras, rápidas y fáciles de preparar); y sesiones informativas sobre qué comer y cómo cocinar. Además, se debe apostar por una medicina preventiva basada en una alimentación sana y equilibrada.

7. La formación se torna indispensable cuando existen enfermedades crónicas y/o tratamientos farmacológicos de larga duración que pueden afectar a diferentes aspectos de la alimentación (interacción entre alimentos, listas paralelas de alimentos prohibidos, pérdida de olfato o gusto...). No es suficiente con decir que hay que tener una dieta baja en sal, hay que explicarlo mejor: alternativas a la sal, métodos de cocinar...

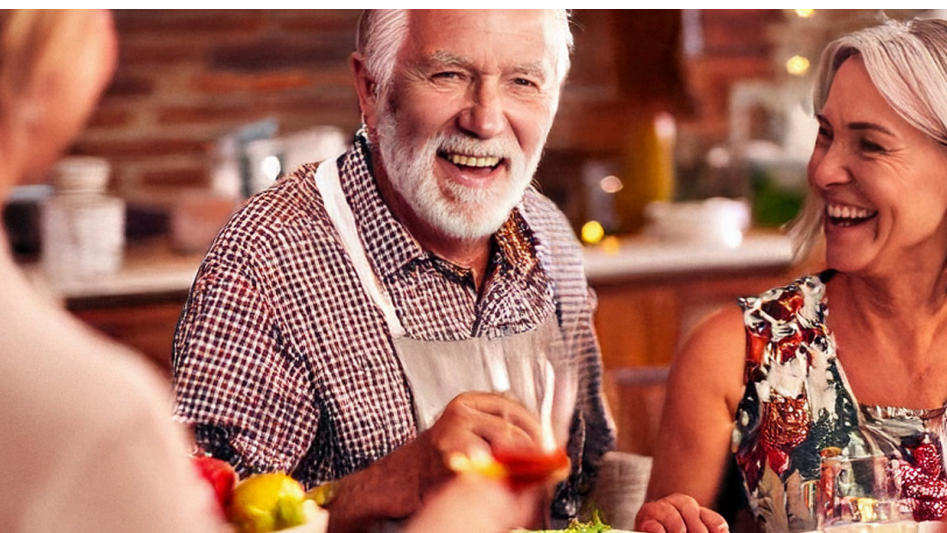
8. Se debe atender con especial atención aquellas situaciones en que se presenta algún tipo de discapacidad que puede interferir en la recepción de la información (discapacidades sensoriales) o bien en su comprensión (discapacidades cognitivas o psíquicas).

9. Una especial atención merece la salud bucodental que influye directamente en qué tipos de alimentos se pueden masticar (riesgo de desnutrición si comporta una restricción importante de alimentos). Este aspecto interacciona con la variable renta económica dado la poca cobertura en la sanidad pública de las prótesis dentales y otros tratamientos de odontología.

10. En el diseño de una dieta realista también deberá tenerse en cuenta los problemas de movilidad de la persona y las barreras arquitectónicas presentes en el contexto inmediato (por ejemplo, no disponer de ascensor en la vivienda habitual) y mediato (ciudad poco amable con aceras estrechas, cambios bruscos de pendientes en las calles...). El nivel de acceso a la adquisición de alimentos sanos por estas cuestiones no debe relativizarse.

En paralelo a estas orientaciones, no hay que olvidar que la transmisión de la información (quién, cuándo, cómo) es un tema principal.

En la transmisión de la información, los y las profesionales deben ser sensibles a las dudas que pueden aparecer en personas mayores, sobre todo cuando hay algún tipo de discapacidad o



de circunstancia económica que interfiera. Es necesario el acompañamiento profesional a la persona en cualquier intervención que se lleve a cabo. El asesoramiento en cuestiones de alimentación no finaliza con decir qué se puede comer, sino debe ir acompañado de orientaciones sobre cómo se puede cocinar para que el comer no se convierta en algo tedioso o aburrido. Por supuesto que para orientar sobre este aspecto se debe partir de un conocimiento sobre la vida de la persona (aspectos económicos, costumbres, si vive solo, problemas de movilidad, preferencias, acceso a alimentos saludables...). Si las prescripciones no son realistas, es decir, ajustadas a la realidad de la persona, la probabilidad de que no se cumple son elevadas, con el consiguiente riesgo para la salud. Por ello, proporcionar información requiere de tiempo y es necesario buscar un momento privilegiado para ello. Las personas mayores agradecen enormemente esta atención.

Así, en la transmisión de la información, se deberían tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- a)** La persona profesional que da la información debe trabajar el vínculo para que la información que da sea valorada como confiable, es decir, tener en cuenta los aspectos emocionales presentes en cualquier relación humana. La dimensión emocional es indispensable trabajarla si se persigue un cambio de conducta.
- b)** Tener un buen conocimiento de las costumbres sociales de la persona ayudará a planificar unas prácticas alimentarias personalizadas y realistas. Datos importantes que se deberían recolectar son los hábitos culinarios (por ejemplo, no cocinar por la noche), comensalidad (con quién se come y para quién se cocina), alimentos disponibles cotidianamente (siempre hay dulces en casa por si vienen los nietos o hay visitas), ritmo de vida (tiempo disponible para cocinar o para hacer recetas laboriosas) o si se practica ejercicio físico.

c) Atención a los mitos y creencias erróneas sobre propiedades curativas de alimentos, formas de cocción o alimentos que pueden contrarrestar el consumo de otros, por poner algunos ejemplos.



d) La edad de la persona puede ser una variable importante, en el sentido que, en general, cuanta más edad tiene la persona, menos ganas tiene de cocinar y/o manejo de lo que supone (por ejemplo, mantenimiento de la cocina o limpieza de utensilios).

e) Hay que buscar momentos específicos para dar la información. De manera apresurada, al final de una visita que se ha convocado por otro tema no es la manera óptima.

Por todo ello, personas mayores, técnicos y profesionales reivindican que el asesoramiento requiere de un abordaje integral de la persona que tenga en cuenta trayectoria vital, hábitos y costumbres, creencias y aspectos emocionales, además de variables sociodemográficas.

Recomendaciones para las administraciones públicas

Los expertos y las personas mayores tienen muy claras algunas recomendaciones que deberían tener en cuenta las administraciones en el momento de poner en marcha política pública relacionada con la alimentación de los mayores en un sentido amplio (la alimentación entendida desde el momento del abastecimiento hasta el momento del consumo).



Para conseguir disminuir las desigualdades alimentarias entre el grupo de mayores se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Las cantidades de alimentos deberían venderse al servicio de quien compra, no de quien vende. Factores como dificultades en la carga de los alimentos y su almacenaje hacen que las personas mayores que viven solas en un núcleo doméstico pequeño compren en pequeñas cantidades y los supermercados no suelen tener esta opción y si la tienen los precios son más elevados. Además, si bien es cierto que en los supermercados pueden llevarte la compra a casa, ello se hace sin coste precisamente cuando las cantidades son elevadas. Los mayores suelen frecuentar los mercados municipales (mercado o plaza de abastos) donde sí se pueden obtener alimentos al por menor pero este tipo de oferta está disminuyendo. La legislación debería protegerlos para evitar que desaparezcan.

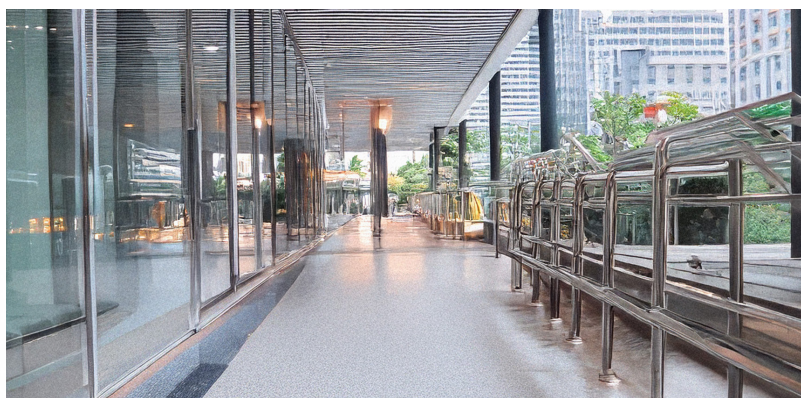
2. Relacionado con el punto anterior se debería garantizar que, en los pueblos y barrios, sigan existiendo comercios de proximidad con productos que las personas mayores consideran de calidad y confianza. Poco a poco, esta tipología de comercio va desapareciendo y siendo substituido por establecimientos regentados que no suelen tener productos frescos. Se deben tener en cuenta los conceptos “desierto alimentario” y “pantano alimentario”.



3. Se reivindican alternativas al plástico, como bolsas reciclables, hechas con material vegetal, bolsas reutilizables de tela... Existe una gran preocupación, especialmente entre las personas mayores consultadas, por el medio ambiente. Por una parte, está el tema de la generación de residuos por los envoltorios de plástico y, por otra, el tema económico puesto que los envoltorios también gravan el precio final del producto.



4. Se reclama mayor formación e información, en definitiva, una mayor educación dirigida a las personas mayores para tener una alimentación saludable. Algunas opciones son desarrollar cursos específicos que se podrían impartir, por ejemplo, en centros cívicos o consultas de atención primaria, o formando parte de los programas universitarios seniors.



5. Diseño urbanístico adecuado, ciudades amables con las personas mayores, especialmente las que tienen problemas de movilidad, pero en general para todas ellas. Barrios o pueblos accesibles con servicios y recursos cercanos.

6. Creación de una guía de alimentación y de hábitos alimentarios dirigida específicamente a las personas mayores que hiciera énfasis en las siguientes ideas clave:

- Identificación/Recomendación de alimentos saludables para las personas mayores.
- Importancia de la variedad de la dieta (es importante comer variado; no comer siempre espinacas, por ejemplo, por más sanas y saludables que sean).

- Validación de la alimentación tradicional, pero desmitificando algunos alimentos que quizá no sean tan saludables.
- Amplia difusión de esta guía entre la población diana: en centros de salud, centros cívicos, clubes deportivos, farmacias, universidades...
- Esta guía debería ir acompañada de una campaña de sensibilización y de concienciación a la población y de un acompañamiento no solo desde los profesionales de la salud sino también desde los servicios sociales u otros recursos dependientes de la administración pública.

7. Inversión económica en el tema de la alimentación de las personas mayores para fomentar ahorro de recursos (gastos farmacéuticos, ingresos hospitalarios, horas de atención en los centros de salud...) derivados de la falta o deficiente información.



8. Establecer algún tipo de obligación social o beneficio en los impuestos a las grandes empresas de alimentación a prestar servicios que beneficiarían a toda la ciudadanía y especialmente a las personas mayores (por ejemplo, aunque un municipio sea pequeño, ubicar en él un supermercado, aunque el beneficio sea más pequeño, para recuperar la vida en los pueblos de menor tamaño).



9. Fomentar la creación de huertos, tanto en zonas rurales como urbanas, gestionados por las personas mayores. La obtención de productos propios tiene una incidencia en una alimentación saludable pero también en la salud mental (propicia la socialización y, por tanto, mejora la soledad, beneficios en la autoestima simplemente por el hecho de crear algo propio que sirve para uno mismo y las personas allegadas).



10. Necesidad de abordar el tema del etiquetaje de los productos alimentarios. La información necesaria para saber si los productos que se adquieren son o no saludables suele ser ilegible. Debería crearse algún tipo de código muy simple (tipo semáforo o bien un dibujo o figura) que ilustrara sobre la calidad del producto.

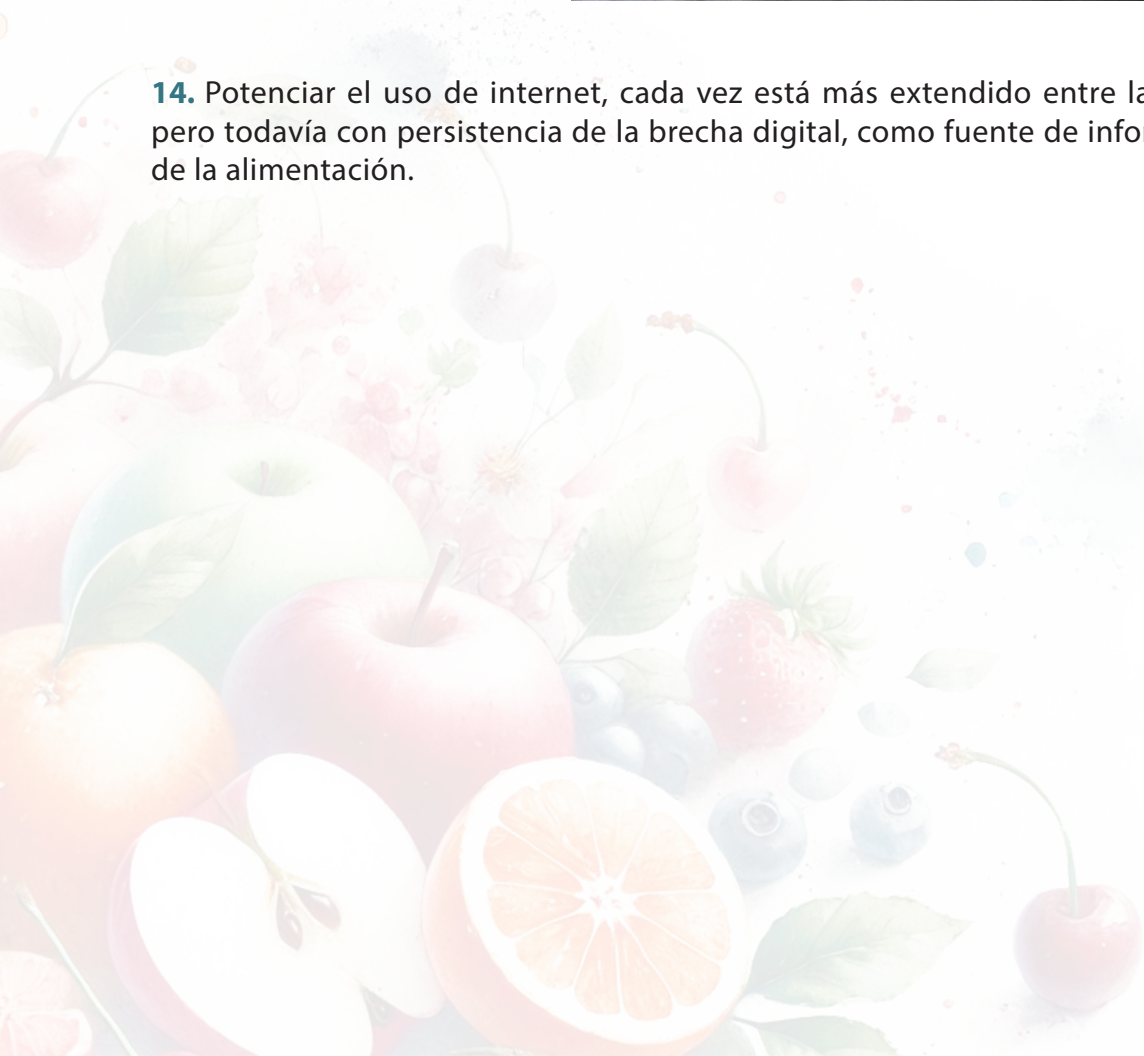
11. Aplicar la perspectiva de género en el estudio y en las actuaciones en relación con la alimentación. La incorporación de la mujer al mercado laboral está imponiendo cambios en la alimentación. Aun así, persiste la percepción que la provisión de alimentación es responsabilidad de la mujer.

12. Regular el aumento de la carestía de vida y su incidencia en la cesta de la compra (energía, precio de los alimentos, almacenaje, etc.).

13. Establecer indicadores que permitan detectar todas las necesidades en relación con la inseguridad alimentaria, tanto de tipo sanitario como social con especial atención a las personas que viven solas. A partir de ellos, se deberían poder establecer perfiles de riesgo.



14. Potenciar el uso de internet, cada vez está más extendido entre las personas mayores, pero todavía con persistencia de la brecha digital, como fuente de información y de gestión de la alimentación.



D. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunill, N. (1991). *Participación ciudadana, dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos*. Caracas, CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
- Donnarumma, A. (1996). *Paradigmas y niveles de participación*. In Congreso FEETLC.
- Goerres, A. & Rabuza, F. (2016). *Just another Norm in the Wall Perceptions of the Social Norm of Voting in a Diverse Universe of Social Norms about Public Actions*. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2786964>
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2786964>
- Help Age España (2021). *Justicia y participación social y política de las personas mayores*.
https://research.yahoo.com/_ylt=AwrkPDNMbU9nEgIA.4BU04IQ;_ylu=Y29sbwNpcjIEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1734468173/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.helpage.es%2fwp-content%2fuploads%2f2022%2f02%2fHelpAge_Cuaderno-5_Justicia-y-participacion-social-y-politica-de-las-personas-mayores.pdf/RK=2/RS=bxbjBZ9GHwrKxvS9DJzosE7.lg8-
- Norris, P. (2002). *Democratic Phoenix. Reinventing political activism*. Harvard University.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511610073>
- Rubio, M. J. y Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social*. CCS.



