



cuadernos gerontológicos

Nº16. AÑO 2013

Originales

Estimulación multisensorial en una sala Snoezelen

Angelita Alfaro, la cocinera de la eterna sonrisa

La alimentación en la vejez

'Green care'- Cuidado Verde

Interacción fármaco-nutriente (f-n)

Experiencias culinarias en la Residencia La Luz de Estella

Premio Tomás Belzunegui

Bases del concurso

Reseñas Históricas

Residencia San Miguel

Gerontología y cine

Las relaciones con los hijos

Agenda



Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Directora

Lourdes Gorricho

Comité de redacción

Javier de Prada
Santiago Garde
Juan Jerez
María Marsá
Nicolás Martínez
Rafael Sánchez-Ostiz
José Ramón Varo
Tomás Yerro

Depósito legal

NA 1839 - 1994

Diseño y maquetación

iLUNE

EDITORIAL

5

ORIGINALES

6

Estimulación multisensorial en una sala Snoezelen

Eva Coll Cuquerella y Mercè Gómez Fontanillas

Angelita Alfaro, la cocinera de la eterna sonrisa

Tomás Yerro

La alimentación en la vejez

Juan Luis Guijarro García

'Green care'- Cuidado Verde

Irene Yerro Vela

Interacción fármaco-nutriente (f-n)

Dr. Eugenio Oria

Experiencias culinarias en la Residencia Santa Luz de Estella

María Marsá

PREMIO "TOMÁS BELZUNEGUI"

66

Bases del concurso

RESEÑAS HISTÓRICAS

68

Residencia San Miguel

GERONTOLOGÍA Y CINE

70

Las relaciones con los hijos

Javier De Prada Pérez

AGENDA

72

Agenda de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología

SECCIÓN DE AVISOS

PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI 2013

-El día 15 de noviembre de 2013, finaliza el plazo para la presentación de trabajos literarios o periodísticos en el Premio Tomás Belzunegui 2013, en sus modalidades: periodismo escrito; modalidad abierta de relatos cortos; modalidad senior de relatos cortos, para personas mayores de 60 años, residentes en Navarra y modalidad audiovisual. La finalidad de este Premio es promover la imagen positiva de las personas mayores en una sociedad intergeneracional. Para más información consultar las bases del premio en www.sngg.es.

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA Y RENOVACIÓN PARCIAL DE LA JUNTA DE LA SNGG

El próximo mes de noviembre, en fecha que se hará pública a los socios de la SNGG, tendrá lugar la Asamblea General Ordinaria de la SNGG y en ella se tendrá la sesión de elección/renovación de los cargos de Vicepresidencia, Tesorería y una Vocalía. Las candidaturas deberán presentarse por escrito dirigido a la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología: ELECCIONES RENOVACIÓN DE LA JUNTA, antes del día 30 de septiembre de 2013 a las 15 horas.



Editorial

Las personas cuando vamos cumpliendo años nos enfrentamos inevitablemente a problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de los cambios biológicos propios de la edad. Eso nos condiciona, incluso en actos tan naturales como, por ejemplo, comer. La alimentación, también la de las personas mayores, debe ser fuente de salud y por tanto estar equilibrada; además, ha de estar diseñada para los requerimientos específicos del anciano, incluyendo las posibles interacciones con su medicación.

Hay, todos lo sabemos ya, una relación directísima entre la dieta que llevamos y la presencia-ausencia de enfermedades, tanto por exceso como por defecto; en ese sentido “Cuadernos Gerontológicos” suscribe el aforismo “somos lo que comemos”. En los últimos 70 años mucho ha cambiado el concepto de dieta sana; del deseo de comidas con exceso de proteínas, grasas y azúcares se ha vuelto la mirada a dietas tradicionales, como aquellas que incluían soja, kéfir o la muy valorada dieta mediterránea. En ese sentido los mayores tienen mucho que aportar a las generaciones que les siguen y un importante papel cuando atienden la alimentación de los nietos a su cargo.

Pero, además, comer no es solo una fuente de la nutrición –por importante que sea esta función-. Alimentarse es también una experiencia social adquirida en un contexto a lo largo de décadas, que queda inevitablemente ligada a recuerdos concretos. Actuar sobre las comidas, como nos cuenta la experiencia de la Residencia La Luz de Estella, puede suponer actuar directamente sobre el ánimo de los ancianos: bien para ayudarles a recordar, bien para brindarles la oportunidad de mostrar su curiosidad hacia sensaciones nuevas.

Hoy la Sociedad del Bienestar debería garantizar la alimentación sana, equilibrada y variada a todas las personas mayores, tanto a las internadas en residencias como a aquellas que subsisten autónomamente, gracias a su pensión. La alimentación es, como recuerda el Doctor Guijarro en su artículo, un elemento primordial en el envejecimiento saludable y activo.

Estimulación multisensorial en una sala Snoezelen

Por Eva Coll Cuquerella y Mercè Gómez Fontanillas

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación del proyecto

En el Hospital Sociosanitario de Lloret de Mar tenemos perfiles de pacientes ingresados muy diferentes, aunque muchos de ellos tienen como característica común la alta dependencia y/o la edad avanzada.

Disponemos de 63 camas sociosanitarias, dentro de las cuales contamos con una unidad cerrada de psicogeriatría; también disponemos de un Hospital de Día y compartimos servicios con el edificio adyacente de la residencia Asilo Nicolás Font, de 24 plazas.

La mayor parte de nuestros pacientes participan en diferentes terapias, como son la fisioterapia, la terapia ocupacional, la estimulación cognitiva y/o las actividades de estimulación y ocio, que conjuntamente con la atención médica, de enfermería y atención social, forman el tratamiento integral que ofrecemos a nuestros pacientes.

Ciertamente, podríamos decir que hay un grupo de pacientes que no participa de esas terapias debido a sus características y necesidades: las personas con dependencia total, con trastornos de conducta, en curas paliativas o las que tienen un deterioro cognitivo muy grave.

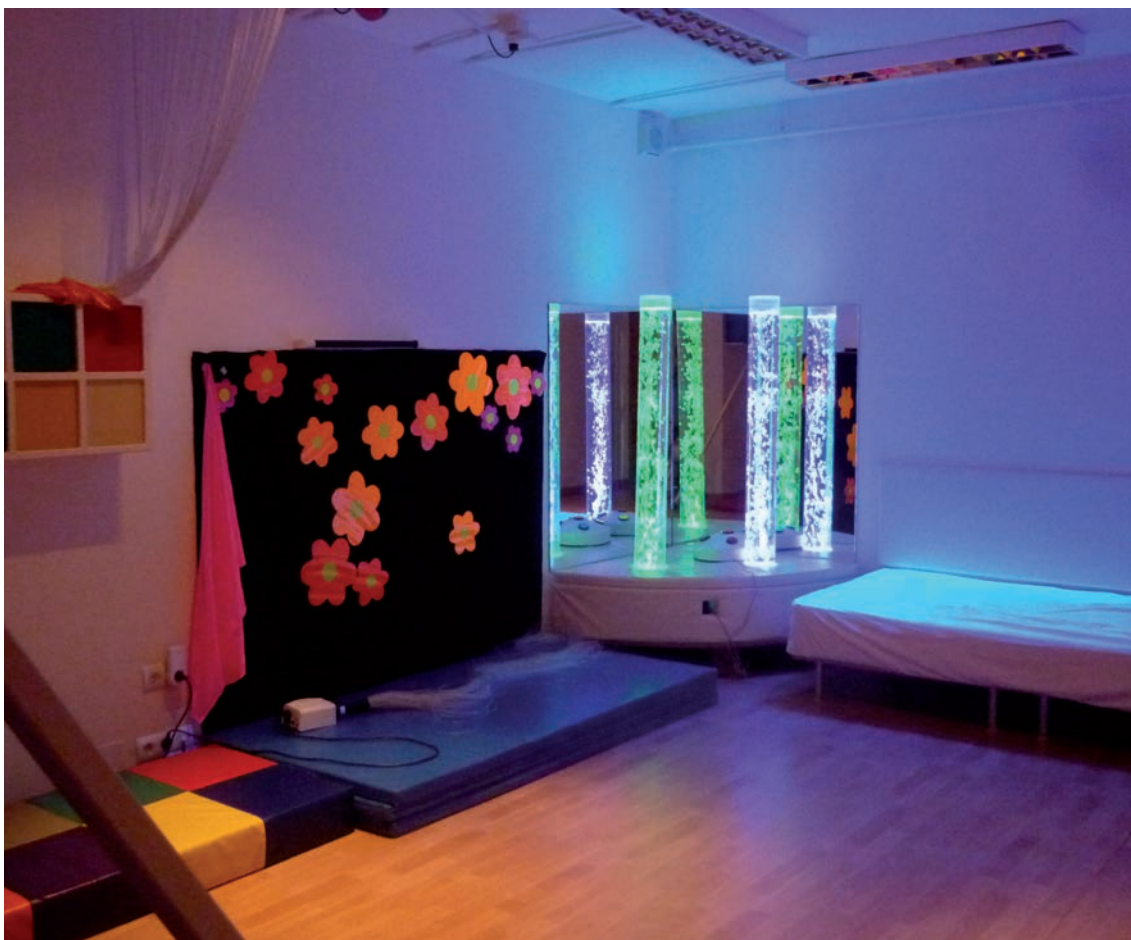
También conocemos la gran dificultad que tienen las familias de los pacientes afectados para hallar una actividad para realizar con el paciente que les aporte cierto grado de satisfacción.

Como profesionales, también nos es difícil dejar a un lado la estimulación de este tipo de pacientes, a los que vemos con impotencia cómo se van deteriorando sin poder intervenir para favorecer su bienestar aunque sea sólo brevemente.

Es por eso por lo que buscábamos alguna actividad para favorecer su bienestar y procurarles una estimulación adaptada a sus necesidades.

Nuestra intención es introducir en nuestro centro la estimulación multisensorial, creando una sala Snoezelen.

Estas salas utilizan la luz, el sonido, los olores, las texturas y muchos otros recursos con la finalidad de crear un ambiente que es utilizado para calmar y relajar a los pacientes, con el propósito de darles libertad de experiencia sensorial, de buscar satisfacción, placer, descanso, respetar la motivación y el ritmo de la persona.



Es una experiencia global, ya que los enriquece a partir de experiencias agradables. El sonido, el olor, la iluminación, la vibración y el tacto se combinan para satisfacer a la persona que utiliza el espacio Snoezelen, lejos de la presión ejercida por las terapias dirigidas.

Es cierto que no hay muchos estudios científicos, sobre todo dirigidos a adultos, que demuestren su eficacia, aunque todos están a su favor y tienen una idea positiva de esta terapia. Por esta razón, también nos proponemos, no sólo iniciar esta actividad, sino también valorarla de forma sistemática para poder ver la incidencia y/o beneficios que tiene sobre nuestros pacientes, contribuyendo así al “saber científico”.

1.2 Historia de la estimulación multisensorial

En los años 60, se desarrollaron los estudios y terapias de integración sensorial en Norte América, en niños discapacitados (J. Ayres). En el año 1967 aparecen las primeras informaciones sobre la importancia del trabajo con los sentidos. En los años 70/80, surge la necesidad de buscar un nuevo enfoque a la atención de personas con discapacidad. Consideraron que era necesario ir más lejos de las atenciones sanitarias básicas, ofreciendo al paciente otras terapias y actividades que no intervenían en la atención médica, pero que lo ayudaban a tener un mejor estado de ánimo alejándose de la apatía.

También durante los años 70, se empieza a desarrollar lo que sería la estimulación basal en niños discapacitados (A.Frölich, 1998) y aparecen las primeras experiencias que llevan

el concepto del juego hacia una actividad multisensorial.

A finales de los años 70, principios de los 80, aparece el concepto Snoezelen.

Hoy en día, se hace evidente la necesidad de integrar la actividad multisensorial en el modelo actual de los criterios de calidad, como factor primordial en la calidad de vida en personas con cualquier tipo de discapacidad. También, realizar estudios científicos que demuestren la efectividad de este tipo de terapias

En España, en las residencias y centros de día, ya hace algunos años que se ha empezado a introducir las salas multisensoriales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios con deterioramiento cognitivo. En estos centros hay falta de estímulos sensoriales o bien este tipo de pacientes no puede acceder a ellos debido a las barreras arquitectónicas o por problemas de integración, etc.

En Cataluña, sólo se ha empezado a introducir las salas Snoezelen en niños con discapacidad o con problemas de aprendizaje.

1.3 ¿Qué queremos hacer?

Nuestra intención es crear una sala Snoezelen en nuestro centro, para poder aplicar estimulación multisensorial a nuestros pacientes.

Las salas Snoezelen permiten experimentar con los sentidos, crean situaciones agradables y de fácil comprensión que no requieren un procesamiento intelectual y que favorecen respuestas emocionales controladas por el sistema límbico, que es uno de los últimos en ser afectado por la demencia. Así como mejoras en la comunicación (habla espontánea) y una disminución en los problemas de comportamiento.

La sala Snoezelen puede llegar a ser uno de los mejores instrumentos para la ocupación estructurada del tiempo libre de una persona. Este tipo de sala tiene una doble posibilidad: Se puede hacer de ellas un instrumento activo o pasivo. Gracias a esta particularidad, la sala permite su uso a todo tipo de usuarios sin ningún tipo de exclusión, sin importar el grado de afectación, discapacidad, problemas conductuales y/o circunstanciales, que en la mayor parte de los casos condicionarían y excluirían a este tipo de pacientes de cualquier tipo de actividad.

Por ello, pensamos que la terapia con estimulación multisensorial puede ser una herramienta útil para todos los pacientes, aunque nuestra intención es que se beneficien de ella sobre todo los que tienen deterioro cognitivo grave, trastornos de comportamiento, pacientes paliativos y con dependencia total.

El objetivo primordial que nos planteamos con la incorporación de una sala multisensorial a nuestro centro es proporcionarles un tiempo y un espacio para disfrutar libremente, sin que las expectativas de nadie influyan en su comportamiento, que se interrelacionen con los diferentes aromas, músicas, luces, texturas,... estimulando todos los sentidos posibles, con tal de proporcionarles calma y seguridad.

Aun así, no debemos olvidar que el estímulo más importante que les podemos ofrecer a estas personas es el trato humano.

En un futuro, nuestra intención es disponer también de un carro multisensorial móvil para ofrecer esta estimulación a aquellos que, por sus características, no pueden salir de su habitación (por ejemplo, pacientes paliativos en fase terminal) o de su planta (por ejemplo, algunos pacientes de la unidad de demencias).

Hoy en día, se hace evidente la necesidad de integrar la actividad multisensorial en el modelo actual de los criterios de calidad, como factor primordial en la calidad de vida en personas con cualquier tipo de discapacidad

2. MARCO CONCEPTUAL SNOEZELLEN.

2.1 Definición de términos y fundamentos teóricos

La estimulación multisensorial consiste en un amplio abanico de técnicas dirigidas a proporcionar todo un conjunto de sensaciones y estímulos a personas con discapacidad intelectual y necesidades de apoyo generalizado. De esta manera les ofrecemos estímulos (visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos) a los cuales no tendrían acceso por sus limitaciones y que les permiten mejorar su calidad de vida. La estimulación multisensorial se puede hacer a través de muchas actividades y en cualquier sitio, no es necesaria una sala. Es ésta una de las grandes diferencias con el concepto Snoezelen.

El concepto Snoezelen surgió en los años 70 en Holanda como la contracción de dos palabras que significan “impregnarse” y “soñar”.

Lo utilizamos para hablar de un entorno interactivo diseñado para estimular los sentidos (vista, oído, olfato, tacto y gusto). Se aplica para aumentar o disminuir el nivel de alerta, para favorecer la relajación y el bienestar, estimular la comunicación verbal o no verbal, mejorar el diálogo con el entorno y el aprendizaje, propiciar la maduración del SNC, ejercitar patrones de movimiento normales... En definitiva, podríamos decir que es un estímulo

primario dentro de un espacio que proporciona calma y seguridad, pero que estimula los sentidos.

A diferencia de la estimulación basal, no considera siempre capital los estímulos vestibulares, propioceptivos y táctiles aunque siempre les da preferencia. Difiere de la teoría de la integración sensorial en que no parte invariablemente de las premisas de usar los estímulos siempre dentro de un concepto significativo y persiguiendo la obtención de respuestas adaptativas.

Se pueden trabajar dos tipos de relación: la relación terapeuta-usuario (comunicación multisensorial) y la relación usuario-ambiente Snoezelen (estimulación multisensorial).

El ambiente de la sala Snoezelen está lleno de estímulos pero se percibe como seguro, posibilita la estimulación de todos los sentidos a toda persona sin ninguna excepción a causa de su nivel cognitivo.

La filosofía de la “no directividad” es fundamental en el enfoque Snoezelen, un enfoque abierto, sin objetivos preestablecidos. Así los usuarios, liberados de las expectativas de los especialistas y lejos de la presión directa, planificada y estructurada, pueden relajarse y recuperarse.

También mejora su comunicación a través de la experiencia sensorial. Además, el hecho de propiciar un ambiente en el cual es el usuario el que escoge y decide la actividad que se va a realizar, fomenta la autoestima y reduce tensiones.

El tipo de trabajo que podemos hacer en esta sala es:

- **Carácter lúdico:** Permite a cualquier persona canalizar sus inquietudes o pretensiones sin otro objetivo que el de divertirse.
- **Carácter sensorial:** Se trata de que el paciente disfrute de los estímulos a los que habitualmente no tiene acceso. No todas las personas son idóneas o responden adecuadamente.
- **Carácter motor:** Puede servir para estimular la movilidad del paciente o para relajarlo. Es un reforzador o apoyo a la actividad u ocupación asistencial, no un factor o instrumento de rehabilitación.

El tipo de intervención puede ser activa o pasiva, de manera que la actividad puede desarrollarse completamente libre o estructurada y dirigida.

Se trata de valorar la sala como un apoyo más, útil y de libre disposición, como cualquier otro recurso.

2.2 Estudios y experiencias

Existen diferentes estudios que prueban la eficacia de las salas Snoezelen. Podemos destacar el realizado en el año 1984 por BOWER, BURRSIDE, PAIRE Y KARNEY, que identificaron los beneficios que aportan estas salas de estimulación multisensorial a las personas que participaban en las actividades que en ellas se realizaban:

- Mejora de las habilidades sociales y de comunicación.
- Mejor motivación.
- Cambios de conducta positiva.
- Relajación.
- Mejora en las funciones intelectuales: contacto visual, atención, seguimiento de instrucciones...

En cuanto a la aplicación de la estimulación multisensorial (Snoezelen), en algunas experiencias, como la de AFA de Alicante, llevada a cabo con diferentes colectivos, han valorado los resultados obtenidos como positivos. Los beneficios más destacados son:

- Disminución del estrés en pacientes ansiosos o agitados.
- Creación de un ambiente de seguridad para los pacientes, donde pueden expresarse sin limitaciones.
- Mejora de las vías de comunicación con los pacientes.

El concepto Snoezelen surgió en los años 70 en Holanda como la contracción de dos palabras que significan “impregnarse” y “soñar”.



- Mejora de la relación entre la familia y el paciente.

Otras experiencias, como la del Complejo Asistencial Benito Menni en Ciempozuelos (Madrid), han detectado que las salas Snoezelen constituyen un medio a través del cual el paciente puede recuperar sensaciones primarias como son: la satisfacción y el placer. Este centro presenta como objetivo primordial ofrecer el tipo de estímulos necesarios para permitir mejorar las capacidades de los pacientes y conseguir a través de ellos respuestas diferentes de las que se obtienen en la vida cotidiana. También señalan como uno de sus principales objetivos conseguir que el paciente asocie el estado de relajación, bienestar, calma y reposo de la sala Snoezelen y sea capaz de exteriorizarlo en otro contexto.

De los beneficios que ellos han observado, destacan:

- Nuevas maneras de comunicarse y relacionarse.
- Menor ansiedad e impulsividad.
- Mejor atención delante de estímulos y grados de concentración más elevados.

Según el artículo “Estimulación multisensorial en gente mayor con demencia: estudio piloto simple ciego controlado aleatorizado de 24 semanas”, publicado en mayo del 2008 en la revista *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, la estimulación multisensorial puede ser una aportación útil en el cuidado de pacientes mayores con demencia, pero se requiere hacer un estudio controlado a doble ciego aleatorizado.

En el artículo de marzo del 2009 aparecido en la revista *The Canadian Journal Of Neurological Sciences*, “Efectos de la estimulación sensorial en los niveles del estado cognitivo, depresión y ansiedad en pacientes con afectación media de Alzheimer”, se llega a la conclusión de que la estimulación multisensorial aplicada a estos pacientes tiene un efecto positivo en su estado cognitivo, depresión y ansiedad, y que este efecto se mantuvo durante las tres semanas siguientes a la finalización del estudio con una tendencia a disminuir progresivamente.

Para finalizar, el artículo de octubre del 2009 de la revista *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, “Los efectos de la estimulación multisensorial en personas residentes en centros de larga estancia”, concluye que el uso de la estimulación multisensorial, como una intervención no farmacológica, demuestra la capacidad de disminuir el número de casos de conductas disruptivas o problemáticas.

3. OBJETIVOS

4. 3.1 Objetivo General

Favorecer el bienestar de los pacientes más frágiles, que por sus características o patologías no pueden acceder a las actividades que el centro realiza, proporcionándoles un tiempo y un espacio para disfrutar libremente, sin que las expectativas de nadie influyan en su comportamiento, que se interrelacionen con los diferentes aromas, músicas, luces, texturas,... estimulando todos los sentidos posibles, para proporcionarles calma y seguridad.

3.2 Objetivos específicos

- Favorecer la estimulación de los sentidos de nuestros pacientes, por ejemplo:
 - Favorecer la discriminación de estímulos sensoriales
 - Posibilitar el redescubrimiento de objetos, olores, sonidos,...mediante el contacto directo con ellos.

- Encontrar de dónde proviene el estímulo (buscar, localizar, seguir).
- Fomentar el contacto con objetos de diferentes texturas que normalmente no tiene a su alcance.
- Acercar diferentes olores (si es posible olores familiares).
- Favorecer el aumento de sentimientos de confort, tranquilidad, calma, por ejemplo:
 - Creando un ambiente visualmente agradable.
 - Escuchando música adecuada.
 - Iluminando la sala de manera idónea.
- Favorecer la disminución de comportamientos disruptivos en pacientes con trastornos de comportamiento, por ejemplo:
 - Dejando que el paciente explore libremente la sala.
 - Dándole la opción para que escoja lo que más le guste-
 - Favoreciendo un ambiente tranquilo.
- Favorecer el acercamiento de las familias/cuidadores al paciente, haciéndolos partícipes de las actividades multisensoriales (comunicación multisensorial).
- Aumentar la autoestima y el bienestar de las familias que participan hacia el paciente, dándoles la posibilidad de participar en una actividad que les es gratificante.
- Favorecer la interacción de los pacientes con el medio, facilitándoles estímulos que normalmente no tienen a su alcance.
- Compartir experiencias sensoriales con otras personas, por ejemplo en sesiones grupales de Snoezelen con pacientes con un perfil similar o con la familia.

En España, en las residencias y centros de día, ya hace algunos años que se ha empezado a introducir las salas multisensoriales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios con deterioramiento cognitivo

4. USUARIOS

4.1 Tipología de pacientes

En pacientes con demencia, la nueva información no es asimilada, conduciendo a una pérdida de adaptabilidad delante de situaciones nuevas y a una imposibilidad de aprendizaje; los sentimientos de humor por la pérdida de habilidades cognitivas puede conducir a cambios de humor y sentimientos de pérdida de control. Así pues, el deterioro cognitivo que sufren algunos de nuestros pacientes, junto con alteraciones motrices y comportamientos disruptivos, hace que la estimulación sensorial sea una herramienta válida y eficaz para mejorar su cualidad de vida.

En pacientes en cura paliativa, la sala Snoezelen nos puede servir para proporcionar un espacio donde desconectar y unos estímulos agradables que les hagan más soportable el dolor y/o el malestar que sufren.

En pacientes con dependencia total, esta sala será un buen recurso para facilitarles unos estímulos sensoriales que, por sus problemas motrices y de desplazamiento, normalmente no tienen a su alcance.

En pacientes con trastornos de conducta, la sala Snoezelen también será un recurso adecuado para trabajar cuando presenten problemas de ansiedad, agitación e incluso de agresividad, ya que les aporta un espacio/un

tiempo de relajación, bienestar y confort. Nos servirá también para establecer una relación con él, ya sea verbal o no.

4.2 Familia

Intentaremos que el papel de la familia tenga un peso más importante y trataremos, mediante el Snoezelen, de favorecer la mejora de vínculos y de las vías de comunicación entre familia-paciente.

Además, también ayudará a la familia a sentirse más útil en relación al paciente, ya que no participará sólo en las tareas como cuidador (vestir, dar de comer, hacer compañía sin esperar respuesta,...), sino que participará en una actividad que le produce beneficios positivos al paciente y, consecuentemente, favorecerá el aumento de la autoestima de la familia.

En primer lugar, el familiar implicado participará como observador en algunas sesiones para ver cómo funciona, cuál es la respuesta del paciente a diferentes estímulos... Es en este momento cuando se valorará si el familiar es realmente adecuado o no para llevar a cabo estimulación multisensorial.

A continuación introduciremos el papel del familiar paulatinamente, para no interrumpir la dinámica de la actividad: el paciente la asocia a tareas de cuidador. A medida que el paciente

se de cuenta de que su familiar también puede formar parte de esta actividad que le proporciona relajación y bienestar, el papel de éste irá cobrando más importancia.

Será importante dar unas pautas a las familias para su participación en este tipo de actividad, esto nos permitirá una buena coordinación y trabajo en común.

No podemos olvidarnos del papel fundamental que juega la familia en relación al paciente. Juntamente con las actividades, las terapias, la atención médica, la atención de enfermería y social que éste realiza, formarán en conjunto el tratamiento integral que queremos ofrecer a nuestros pacientes.

5. METODOLOGIA

5.1 Descripción de la sala

Para llevar a cabo una buena estimulación multisensorial, tendremos que disponer de una sala que cumpla los siguientes requisitos:

Deberá ser una sala insonorizada y bien climatizada. Un espacio sin divisiones, pero que a la vez se diferencien varias zonas según la actividad que se llevará a cabo.

Es importante que la sala, a simple vista, sea un espacio visualmente agradable.

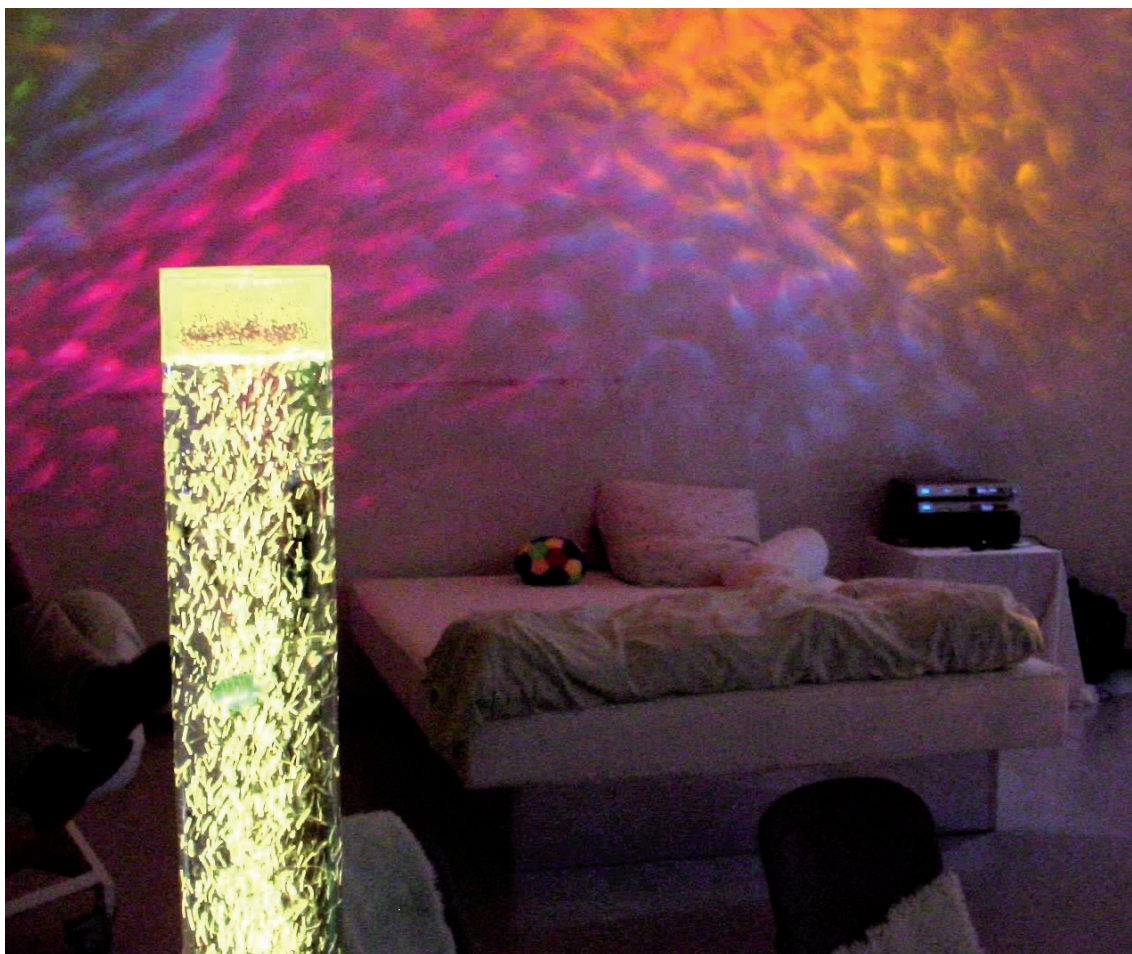
En el espacio dedicado a la entrada, los elementos estimuladores estarán distribuidos de manera que dejen libre las zonas de acceso, porque nos permitirá una visión global del espacio, creará una sensación de amplitud y facilitará el desplazamiento de todo tipo de usuarios.

Para obtener un espacio simultáneo de relajación y de estimulación, proponemos colocar una butaca tipo relax (debido a que, por dificultades de movilidad, no aconsejamos camas o colchonetas) que, sumada a la música o a la voz pausada del tutor, producen, al mismo tiempo que la relajación, un estímulo vibratorio; además, colocaremos en el techo paneles de fibra óptica para ayudar a la relajación favoreciendo un estímulo visual.

También nos aporta un espacio ideal de relax la tarima con dos columnas de burbujas interactivas, la fibra óptica y dos espejos, que además dan una sensación de amplitud y acentúan el ambiente cálido de la sala.

Otros elementos que también influyen en la atmósfera creada son el proyector de efectos, la bola de espejos e incluso el difusor de aromas.

Objetivo: Favorecer el bienestar de los pacientes más frágiles, que por sus características o patologías no pueden acceder a las actividades que el centro realiza, proporcionándoles un tiempo y un espacio para disfrutar libremente, sin que las expectativas de nadie influyan en su comportamiento, que se interrelacionen con los diferentes aromas, músicas, luces, texturas,...estimulando todos los sentidos posibles, para proporcionarlos calma y seguridad.



En la zona destinada a trabajar la parte interactiva, encontraremos elementos con los que nos proponemos trabajar primordialmente los estímulos causa-efecto. Queremos colocar un panel de color interactivo en el que la participación del paciente es más directa, ya que convierte todos los sonidos que emite y hace el paciente en un espectro luminoso. Así mismo, las columnas de burbujas también nos permiten una participación directa del paciente: pulsando uno de los cuatro interruptores que tiene, la hará cambiar de color; también nos posibilita la mezcla de colores cuando presionan dos o más pulsadores.

La parte táctil de la sala también constará de un panel con gran variedad de texturas, que ofrecen a la vez un estímulo visual. No hemos de olvidar la capacidad táctil de las columnas

de burbujas, la fibra óptica y otros elementos ya presentes en la sala.

No nos podemos olvidar de uno de los elementos imprescindibles para crear un buen ambiente auditivo, la música, que nos permite una comunicación corporal, transmitir una emoción o simplemente el placer de escucharla. Si a todo esto le añadimos un potenciador de bajos, nos aportará un efecto de vibración de toda la sala, que transmite la sensación de que la música los envuelve.

Básicamente, éstos podrían ser los efectos que formen nuestra sala multisensorial, pero hemos de tener en cuenta que ésta puede ir evolucionando e incorporando elementos nuevos, según el resultado de las evaluaciones que iremos haciendo de la terapia Snoezelen.

5.2 Descripción de las sesiones

El proyecto de Snoezelen contempla aplicar unas 15 sesiones por paciente: en sesiones de 30 minutos y un par de días a la semana. Estos ítems podrán variar según las características y necesidades de cada uno.

Después de estas 15 sesiones se hará un periodo de descanso (2 o 3 semanas) para que el paciente pueda asimilar las sesiones que ha realizado, también aprovecharemos este periodo para evaluar al paciente sin la terapia Snoezelen, qué cambios se han producido...

Una vez haya pasado el periodo de descanso, el paciente volverá a hacer terapia Snoezelen. Previamente se habrán hecho los cambios oportunos valorados en la evaluación.

Cada paciente, según sus características y necesidades, llevará a cabo unas actividades u otras, intentando poner el énfasis en aquellos déficit/limitaciones que sufre, con la finalidad de favorecer un aprovechamiento máximo de la estimulación. Por ejemplo, aquellos pacientes con comportamientos disruptivos llevarán a cabo básicamente actividades de relajación que les supongan un estado de calma y armonía, para después aplicar este estado de tranquilidad a otros contextos.

Cabe destacar la importancia de seguir siempre la misma rutina tanto al entrar como al salir de la sala, para que el paciente relacione esta rutina con la actividad que está a punto de iniciar.

5.3 Descripción de las actividades

Las actividades de estimulación multisensorial que se llevarán a cabo en nuestro hospital estarán divididas en cuatro grandes grupos, según el área que queremos trabajar. Esto no quiere decir que algunas de éstas tengan objetivos comunes con otra área estimulativa.

- estimulación visual
- estimulación táctil
- estimulación auditiva

- estimulación olfativa
- estimulación gustativa

A continuación pasamos a detallar los cuatro grupos de actividades según el área que trabajan:

- Estimulación visual:

Las actividades destinadas a trabajar esta área tendrán que tener como objetivo primordial que el paciente tome consciencia y busque la fuente de luz. Habrá pacientes en los que lo que buscamos sea crear un espacio de colores y luz que favorezca un estado de relajación, bienestar y confort. Para llevar a cabo estas actividades podemos utilizar material muy diverso como la fibra óptica, la tormenta de colores, la escalera de color que se activa con la voz, los tubos de burbujas, proyectores...

Tendremos que tener en cuenta si el paciente sufre alguna patología visual, ya que, por ejemplo, en los casos en que exista una menor visión en uno de los ojos, presentaremos el estímulo por el campo visual preferente. En pacientes con muy poca visión, utilizaremos una luz intensa y calidades cromáticas contrastadas (blanco/rojo) para potenciar al máximo su capacidad visual.

También tendremos que respetar la distancia óptima con la que nuestro paciente percibe los objetos.

- Estimulación táctil:

Las actividades destinadas a esta área estimulativa tendrán que tener como objetivo primordial el fomentar el contacto y reconocimiento táctil a través del propio cuerpo.

Para llevar a cabo estas actividades podemos utilizar material muy diverso, como por ejemplo: tejidos, papeles, esponjas, tapices, cremas, panel de texturas, murales táctiles,

El proyecto de Snoezelen contempla aplicar unas 15 sesiones por paciente: en sesiones de 30 minutos y un par de días a la semana. Estos ítems podrán variar según las características y necesidades de cada uno.

camino táctil, materiales vibratorios, sensaciones frío/calor...

Sería conveniente que este material dispusiera de características táctiles bien diferenciadas. Procuraremos que las primeras experiencias táctiles sean agradables para evitar posibles rechazos.

Además, los pacientes deberán estar estratégicamente colocados para que sean accesibles a nivel manipulativo para facilitar el acceso a todos los pacientes.

En pacientes que no puedan manipular, será el cuidador quien favorecerá el contacto táctil del objeto con el usuario, de manera que pueda disfrutar de sensaciones nuevas y/o agradables.

• Estimulación auditiva:

Las actividades destinadas a esta área de estimulación tienen como objetivo el tomar conciencia de la fuente sonora y localizarla o, simplemente, disfrutar de ella.

Para llevar a cabo estas actividades podemos utilizar materiales muy diversos como: cascabeles, música, tubos sonoros de burbujas, pelotas con cascabeles, trompetas de presión, cajas de música,...

Utilizaremos la voz como elemento comunicativo vocalizando y entonando de manera más destacada. También les servirá para situarse, orientarse y como punto de referencia.

Es importante tener en cuenta la tolerancia auditiva del paciente, así como la intensidad sonora, el tipo de sonidos que acepta y, si lo creemos conveniente, ampliar paulatinamente este abanico de sonidos.

También podemos hacer actividades donde simplemente se ponga música de fondo con el objetivo de conseguir un estado de relajación, bienestar y confort, utilizando las preferencias musicales del paciente, una música que les aporte buenos recuerdos...

• Estimulación olfativa:

Las actividades destinadas a esta área de estimulación tienen como objetivo tomar conciencia del olor o sencillamente disfrutar de ella.

Para llevar a cabo estas actividades utilizaremos materiales como: plantas aromáticas, colonias, difusor de olores, difusores de olores musicales, flores, jabones... Procuraremos utilizar olores fuertes y bien diferenciados.

Podemos utilizar esta estimulación para que el paciente llegue a asociar/identificar un olor

con una persona u objeto concreto; si es familiar, mucho mejor.

- Estimulación gustativa:

Las actividades destinadas a esta área tienen como objetivo tomar consciencia de los gustos y disfrutarlos. En nuestro caso, habitualmente no podemos desarrollar este tipo de estimulación, debido a las patologías que presenten nuestros pacientes, como pueden ser problemas de deglución, ataques de tos, hipersalivación...

5.4 Tutor

Para dar una estabilidad, una rutina y un referente al paciente que recibe terapia de estimulación multisensorial, le será asignado un tutor, que será en todo momento quien le proporcione las herramientas y los recursos necesarios para llevar a cabo las actividades planificadas en la sala multisensorial.

También será el responsable de diseñar las sesiones que trabajará con el paciente, de fijar los objetivos por conseguir, de hacer las evaluaciones, tanto la inicial, de seguimiento, como la final. Para llevar a cabo esta tarea, recibirá el soporte del resto del equipo.

En el caso de que la familia se implique en las actividades de Snoezelen, será el encargado de guiarlos y de darles las pautas a seguir.

La asignación de los tutores se llevará a cabo durante las reuniones de equipo e irá en función de la complicitad que el paciente tenga con los profesionales, también tendrán preferencia aquellos tutores que ya conozcan al paciente.

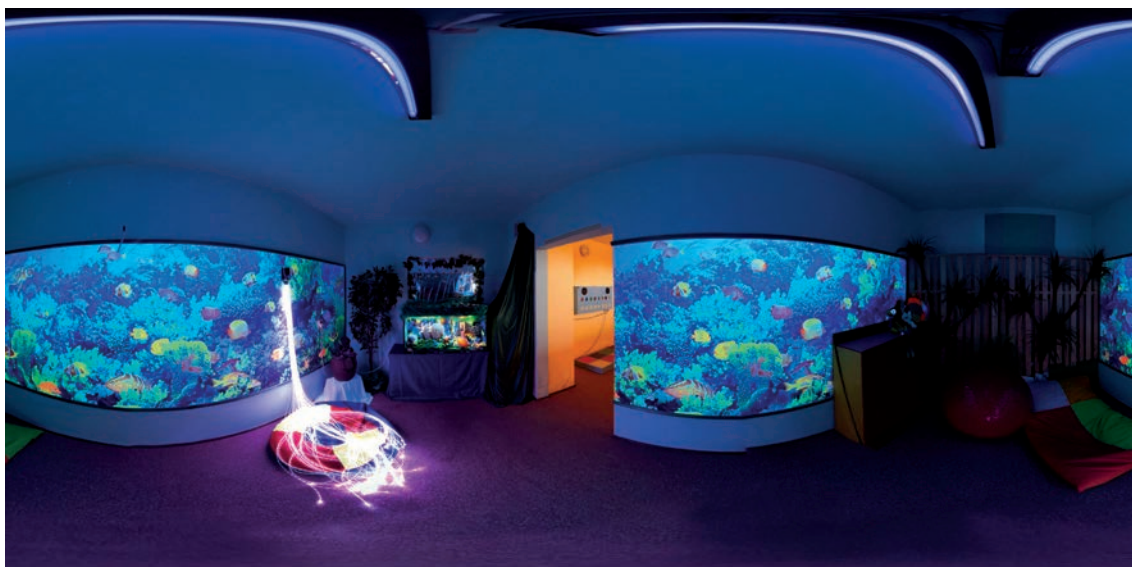
Será imprescindible que el tutor haya hecho formación Snoezelen y que muestre ilusión por hacerlo, que tenga un buen trato con los pacientes, que genere tranquilidad y sosiego.

El tutor marcará horario y días de sesión, de acuerdo con sus posibilidades y con las necesidades de cada paciente.

Algunas pautas para tener en cuenta por parte del tutor:

- Dejar fuera de la sala no sólo los zapatos, sino también el mal humor y las actitudes negativas, buscamos que aflore lo mejor que hay en nosotros para dárselo a nuestros pacientes.
- Seguir siempre los mismos rituales de entrada y salida de la sala para poder anticipar

Para llevar a cabo una buena estimulación multisensorial, tendremos que disponer de una sala que cumpla varios requisitos



- a los usuarios dónde están, con quién se encuentran y cuáles serán las actividades.
- Respirar siendo consciente y así estaremos más relajados y en predisposición de relajar a nuestro paciente.
 - Afecto, respeto e interés.
 - No hablar nunca de patologías dentro de la sala.
 - Emitir siempre mensajes positivos.
 - Cuidar las condiciones del entorno, luminosidad adecuada, música relajante si procede, materiales motivadores y accesibles...
 - Cuidar siempre la postura del usuario, que se sienta cómodo y relajado.

5.5 Selección de los candidatos

En reunión de equipo se valorará qué pacientes pueden disfrutar de la terapia Snoezelen: primordialmente, y como ya hemos comentado, los pacientes que por sus características

no pueden recibir otro tipo de terapias. Principalmente, los pacientes serán de cuatro tipos:

- paliativos
- alta dependencia
- trastorno de conducta
- deterioramiento cognitivo grave

Hemos de tener en cuenta que habrá pacientes que, a pesar de cumplir los requisitos anteriores, pueden quedar excluidos de algunas actividades en concreto por la repercusión negativa que pueda tener. Por ejemplo, aquellos pacientes a los que los cambios de niveles de luminosidad, el movimiento de las luces, algunos sonidos... pongan nerviosos, presenten comportamientos agitados...

7. EVALUACIÓN

Con la finalidad de dar un buen servicio, tendremos que valorar previamente a los pacientes de manera individual para proporcionarles el estímulo sensorial adecuado a sus características y necesidades. Realizaremos una evolución del paciente antes, durante y después de las sesiones multisensoriales.

Para llevar a cabo un buen seguimiento de cada paciente, crearemos una carpeta individualizada para cada uno, que constará de:

- Hoja identificativa: donde constarán los datos personales de cada paciente, los datos clínicos y otros aspectos para tener en cuenta.
- Hoja de trabajo: donde constarán los objetivos que se van a trabajar con el paciente, las actividades que llevará a cabo, las áreas que se trabajarán, la duración de las sesiones, el tutor asignado...
- Hoja de valoraciones: en la carpeta iremos incluyendo todas las valoraciones que se hagan del paciente.

Una vez acabada la primera tanda de sesiones y mediante estas hojas, se valorará en equipo: la evolución, los cambios, las mejoras y las desventajas de la terapia Snoezelen en el paciente.

Estas valoraciones serán de carácter cualitativo y cuantitativo, matizando algunos aspectos. Aspectos para observar:

- VARIABLES PSICOFISIOLÓGICAS:
 - Ritmo respiratorio
 - La frecuencia cardíaca
 - La tensión arterial

Las variables psicofisiológicas las tomaremos al inicio de la sesión, al final y 30 minutos después.

- RESPUESTAS CONDUCTUALES:
 - Si gira la cabeza

- Si realiza movimientos de manos y brazos
- Si busca
- Si intenta tocar
- Si cierra los ojos y parpadea
- Si coge alguna cosa, la aguanta, la mueve
- Si está alerta
- Si sonríe
- Si llora
- Si se asusta
- Si realiza emisiones verbales
- Qué canal comunicativo utiliza
- Motivación y tolerancia al estímulo

Nuestra intención es realizar tres tipos de evaluación de la actividad:

La evaluación inicial la realizaremos para tener conocimiento de la situación, a nivel sensorial, en que se encuentra nuestro paciente. Realizaremos una evaluación individualizada para cada área sensorial.

La evaluación de seguimiento la realizaremos con el objetivo de ver los cambios que produzcan las actividades de estimulación multisensorial en nuestro paciente.

Finalmente, realizaremos una evaluación final (siempre el mismo cuestionario) para poder comparar y cuantificarlo, en qué estado comenzó nuestro paciente las actividades y cómo las ha finalizado. También podemos valorar si le producen algún tipo de beneficio.

Así mismo, efectuaremos una encuesta de satisfacción a las familias que han colaborado en las actividades y a aquellos pacientes con los que sea viable, para saber si les ha resultado fácil, si les ha gustado, si creen que es beneficioso para su familiar... La información recogida nos ayudará a mejorar las actividades de estimulación sensorial.

En la misma línea, haremos una autoevaluación a los tutores que hemos participado, indicando las dificultades que hemos tenido, los aspectos positivos...

BIBLIOGRAFÍA

- Proyecto curricular: Modelo de Estimulación Basal y Sensorial del Centro Obregón de ASPRONA (Valladolid)
- Proyecto de innovación educativa. Nuevo modelo de intervención para alumnos con necesidades educativas graves y permanentes. Centro Obregón. ASPRONA
- Congreso Internacional de Estimulación Multisensorial de Valladolid 2006
- Reportaje nº 3817 (314) de la Revista Escuela (26 de Febrero de 2009): "Vista, oído y tacto al servicio de los alumnos discapacitados".
- Artículo sobre el taller de las Jornadas de Tecnología en Albacete: "Cómo hacer una sala multisensorial de bajo coste" (Lucía Díaz Carcelén y Águeda Brotons Puche)
- M^a José Cid i Rodríguez: "Estimulación Multisensorial en un espacio Snoezelen en personas adultas con grave discapacidad intelectual" (Tesis Doctoral), Tarragona, Universidad Rovira i Virgili, 2009.
- Artículo on-line de El Mundo: "Las salas multisensoriales, una vía de comunicación para los discapacitados" (17/8/2008)
- Artículo on-line de Espacio Logopédico: "Nuevos Horizontes en Estimulación Sensorial"
- Artículo on-line de International Snoezelen Association: "Snoezelen para la demencia" Chung JJCC; Lai Biblioteca Cochrane Plus.
- Artículo "Estimulación multisensorial en gente mayor con demencia: estudio piloto simple ciego controlado aleatorizado de 24 semanas", aparecidos en mayo del 2008 en la revista American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.
- Artículo de marzo del 2009 aparecido en la revista The Canadian Journal Of Neurological Sciences: "Efectos de la estimulación sensorial en los niveles del estado cognitivo, depresión y ansiedad en pacientes con afectación media de Alzheimer".
- Artículo de octubre del 2009 de la revista American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias: "Los efectos de la estimulación multisensorial en personas residentes en centros de larga estancia".

Enlaces Web:

www.apasa.org
www.rompa.com
www.adaptat.com
www.espaciologopedico.com
www.asprona-valladolid.es
www.elmundo.es
www.terapia-ocupacional.com
www.handicat.com
www.oillusions.com
www.flaghouse.com
www.isna.de

Encuentro con Angelita Alfaro, la cocinera de la eterna sonrisa

Por Tomás Yerro

“Soy artesana alpargatera por devoción
y cocinera por vocación”

Angelita Alfaro Vidorreta, nacida en Cervera del Río Alhama (La Rioja) el 1 de marzo de 1941 y afincada en Pamplona desde los diecisiete años, es sinónimo de cocinera de prestigio y de mujer cordial, simpatía inigualable y eterna sonrisa. Confecciona y regala alpargatas y coquetea con la poesía. Detrás de sus 20 libros y de sus numerosos premios, entre ellos el muy reputado Gourmand World Cookbook Awards, el Navarra de Gastronomía y Riojana Ilustre del siglo XX, se esconde una biografía abnegada, desconocida para el gran público.

Angelita me ha citado a las diez de la mañana en su casa del barrio pamplonés de la Chantrea, situada en un tercer piso de la calle la Magdalena. Sólo había tenido oportunidad de saludarla en una ocasión, el 26 de julio de 2012, al compartir con ella la tertulia del programa “Me importas tú”, de Navarra TV, para hablar de los abuelos. Debido, sin embargo, a su carácter campechano y acogedor, nada más abrirme la puerta tengo la impresión de conocerla desde siempre. Me inspira confianza. Son casi tres horas de encuentro con la propina del cocinado de una menestra. En la conversación no hay preguntas ni respuestas, tan sólo un vivísimo soliloquio modulado por mí con algunas acotaciones y con la brújula verbal orientada hacia las cuestiones nucleares: la familia, la trayectoria profesional, las personas mayores y el futuro.

Antes de entrar en materia, manifiesta: *Hace tiempo que no compro el periódico, siempre*

lleno de malas noticias. ¿Qué están haciendo con la gente? ¿Qué nos están haciendo los políticos? ¿Cómo están dejando la sanidad...? ¡Qué desastre, qué barbaridad!

“Onassis 2” en un pueblo riojano

Reconoce que a su madre, cocinera de comedores escolares y artesana alpargatera, le debe su vocación por la cocina y mucho más: *Era una madre maravillosa. Cocinaba como los ángeles. Con poco hacía mucho. Era capaz de estirar la ración o el chichi. Y eso que los alimentos no abundaban: como se decía entonces, unos días había alubias con tocino y otros, tocino con alubias. Cocer una langosta y un bogavante, eso lo hace todo el mundo. Cuando íbamos a coger agua al río los domingos por la tarde -no era como ahora, que abres el grifo y sale toda el agua que quieres-, ponía el puchero rojo de porcelana en el fogón y rodeado de carbón vegetal alrededor de los troncos; cuando regresábamos, la co-*



mida estaba cocida y aún quedaban algunos rescoldos. Era un gesto digno de plasmarse en una película de Montxo Armendáriz. Eso era ser cocinera y alquimista.

Y añade con mirada sombría: *Mi madre, modelo para mí, muy recatada y vergonzosa, muy digna, no aceptaba ayuda ni limosnas de nadie a pesar de vivir en una pobreza extrema. Mi padre, que era pastor, nos abandonó a mi madre y a los hijos cuando éramos todavía muy pequeños. Por ser la primogénita de cuatro hermanos, las tres primeras niñas, le tocó asumir prematuramente una responsabilidad excepcional: Mi madre me implicaba mucho y me hacía tomar decisiones que ella no podía. Mujer de hierro, nos sacó a flote a*

toda la familia. Con motivo de su muerte, ocurrida el 6 de diciembre de 1991, le dedicó un poema al que pertenecen los siguientes versos: 'Huérfana muy jovencica, / cuatro hermanas más pequeñas / quedaron a su cuidado / sin tener ni pan ni leña. / No fue ni niña ni moza, / su vida un largo calvario, / pero tenía una fe / sólida como un sagrario.'

Soñaba con la Primera Comunión, que en su pueblo se celebraba en marzo. *A los seis años ya me sabía toda la misa en latín de memoria, porque tenía un memorióon increíble. A los siete años comulgó con el vestido, precioso, que le confeccionaron las señoritas a las que servían sus tías, atuendo que su madre completó con cachos de cable de la luz para ha-*



cerme unos tirabuzones y unos bigudís, esa fue mi peluquería. El mismo vestido lo aprovecharon después mis hermanicas.

Entre las enfermedades padecidas recuerda una pulmonía contraída en Tudela (Navarra), que pudo superar gracias a la penicilina proporcionada por José Pascual, a la sazón alcalde de Cervera del Río Alhama, en cuya casa sirvió algún tiempo. Su madre, empleada del Ayuntamiento por las mañanas y por las tardes trabajadora en una empresa de calzado, no tenía Seguridad Social, que en aquella época no existía para nadie.

Con sólo once años ya desplegaba una actividad extraordinaria: “Era tejedora de telas en los telares y de telas de alpargatas. Cuando venían los Delegados de Logroño, me escondía en la perrera del señorito porque sólo se podía trabajar legalmente a partir de los catorce años. También me encargaba a veces de cuidar a sus ocho críos en una finca y de prepararles la comida. Los sábados y domin-

gos repartía el pescado de la pescadería ‘La Primi’. Con dos amigas, me gustaba mucho acompañar a los enfermos que estaban en la cama, a los que entretenía cantándoles coplas de Sarita Montiel. Porque yo tenía una voz muy bonita, heredada de mi padre, al que llamaban ‘El Ruiseñor de La Rioja’. Pascualín, que era un joven tetrapléjico, soñaba, según su padre, con mi visita de los domingos. Me decía que, cuando muriera, en agradecimiento me iba a dejar en herencia dos cabras. Josemari ‘el Chepa’ venía casi a diario a casa a pedir un mendruguico de pan; mi madre le limpió la camisa llena de piojos, que nos pasaron a todos los hermanos, y después trataba de quitárnolos con vinagre, no con los ungüentos de ahora. Como me gustaba escribir más que a un notario, yo era la ‘cartera’ de todas las viejicas del barrio, que no sabían leer ni escribir, como mis padres. Qué cosas me pedían las madres que les escribiera a sus hijos. Aún recuerdo la que le redacté a una madre que se dirigía a su hijo, residente en Suiza, al que le pedía que se casara con su novia, a la que

había dejado embarazada. Al cabo de los años me enteré de que aquella pareja se casó y fueron los más felices del mundo. Una pobre madre soltera me invitaba a sacar a pasear a sus dos chiquillos y me daba una sardina vieja para merendar y dos reales, que mi madre me pedía que no los cogiera. Con siete años hice mis primeras alpargatas. Cuando una vez leí lo de [Aristóteles] Onassis, que había sido tantas cosas, pensé que allí estaba yo: "Onassis 2". Aventuras como yo, no habrá mucha gente que las haya pasado. He sido una mujerica sin tiempo.

De niña nunca tuve zapatos, sólo alpargatas, y eso que en mi pueblo, cercano a Soria, llovía poco pero nevaba bastante. A mi manera, procuraba echar una mano en casa. Le regalaba a mi madre caramelos de menta de 50 céntimos para que respirara bien y una vez compré la tela y le hice una bata después de haber ido varios días al costurero parroquial. Los vestidos de novia de mis hermanas también se los hice yo. En los mercadillos compraba cacharros: platos, vasos..., lo que veía que se necesitaba. Por eso, me gustaría darle un poco de aliento a la gente que se queja de todo. La crisis que yo he pasado ¿quién la tendrá? Los que nacimos en la posguerra hemos pasado un montón de privaciones y escasez, no hambre.

Con sus ahorrillos infantiles, en Tudela compró un muñeco de China, *un bellezón*, por seis pesetas. La emoción de sus hermanas hizo que la porcelana cayera al suelo y se rompiera. Una frase lapidaria -*lloré lo que más he llorado en mi vida*- cierra el relato del efímero regalo. Parece que fue ayer, a juzgar por la minuciosidad del relato, cuando le ocurrió el episodio que denomina fiesta del duro. Con ocasión del lunes de Pascua de Resurrección, su madre, agradecida, le dio un billete de duro (5 pesetas) *para que te lo gastes con tus amigas, que nunca te gastas nada en ti, que eres muy mirada*. Fiel a sus hábitos ultraausteros, no compró, como hicieron sus amigas, caca-

huetes, ni refresco de Kas, ni fotografía (*como no había pagado, no salí en la foto, la gente era entonces muy cruel*). Se conformó con tomar su merienda, compuesta por un trozo de pan untado en tomate y una sardina vieja. Se acercó al río, que venía crecido con riada, para echar un trago de agua. *Al sacar el pañuelico para limpiarme el morro, no me di cuenta de que en él llevaba guardado el billete, que voló al río. Las lágrimas que me cayeron en aquel momento todavía me queman en la cara*. Después de contar entre sollozos lo ocurrido, su madre le vaticinó: *Has de ser una desgraciada toda tu vida*.

Yo, de escuela poco. En el recuerdo aparece nítida la figura de la burgalesa doña Julia, *más recta que los alemanes, un armario de mujer, imponía*. Esta maestra quiso pagarme la carrera de Magisterio, porque le decía a mi madre que yo bebía los vientos. Cuando venían las inspectoras de la Sección Femenina, con un gesto me invitaba a responder las preguntas difíciles para ella quedar bien. A la salida de clase, recibí unos tortazos, unos hostiones como dicen aquí, de una compañera que no había sabido contestar y que me pusieron la cara como un pan. Jamás reñí ni repliqué a nadie. A mi hermanico lo llevaba a la escuela en volandas. Con lo poco que he ido a la escuela y, qué casualidad, no tengo faltas de ortografía. Hay palabras con faltas que, al verlas, me repugnan.

Pamplona: nueva lucha por la vida

A los 17 años recién cumplidos, cuando le vino la regla (*yo tenía mal color y mala alimentación, pero soy durita*), se trasladó a Pamplona para servir en una casa de la Plaza de Conde Rodezno. Venirme de mi pueblo fue como si me arrancaran el corazón. Los primeros días tenía mucho dolor acordándome de mi familia y después de cenar me ponía a llorar. Me cogieron de doncella, no de cocinera, porque yo era muy mona. La cocinera de la casa no me dejaba entrar en sus dominios; para hacerlo alguna vez, me exigía que le cantara y yo le

cantaba todo lo que sabía, entre otras las canciones de Sarita Montiel. Los domingos solía acudir, con otras chicas, al Servicio Doméstico [colegio de María Inmaculada, situado en el número 1 de la Avenida de Roncesvalles, junto a la Plaza de Toros], donde nos ponían películas de camioneros y cosas así. La señora de la casa me pedía que volviera, a más tardar, a las diez de la noche, pero yo solía regresar un poco antes en prueba de confianza y formalidad.

Los preparativos de la boda, con 21 años, fueron especiales. El vestido de novia, de tela de lana adquirida en las rebajas de Almacenes Ferraz, se lo confeccionó ella misma desoyendo las recomendaciones de su suegro: *Tú no te cases de blanco, que eres pobre y no vas a poder aprovechar el traje.* Redondeó el conjunto comprándose un ramo de tres flores de crisantemo atadas con papel de celofán. *Además, con un tul y un lazo de terciopelo, como las artistas, me hice un casquete.* La ceremonia y la comida se celebraron en lunes, no en sábado, por ser el día de la semana en que las cosas eran más baratas; *pero no de madrugada, la hora en que se casaban las novias que estaban embarazadas.* Durante los tres días de luna de miel en Bilbao, la pareja se alojó en una casa con derecho a cocina (*yo, de hoteles, jamás en mi vida*). El viaje de bodas le ofreció, entre otros alicientes, poder subir al funicular de Artxanda, comer medio pollo y visitar a la Virgen de Be-goña.

Al poco de casarse, acogió en su domicilio a los tres *hermanicos* y, más tarde, el matrimonio hospedó en régimen de patrona a varias personas. *También cosía para fuera, sin apenas tener nociones de modistería. Jamás dejé a nadie en mi puerta, sin contestación. Doy mi vida por la gente. Siempre me preocupan mucho los demás.* Con gran viveza verbal expone la ayuda prestada, con la colaboración de Patxi Zabaleta -entonces seminarista y hoy conocido abogado, político y escritor-, a un

grupo de gitanos necesitados de la debida documentación para 'vendemar' en Francia. Cuando todo estuvo arreglado, los beneficiarios le dijeron: *'Usted es nuestra madre. Cien años que viva usted, cuando se le rompa el culo de una silla, no se preocupe, nosotros se lo arreglaremos gratis'*. Por su parte, Zabaleta sólo *me pidió un plato de arroz con bichos, es decir, con marisco.*

Los herederos: hijos y nietos

¿Y los hijos? Siempre me gustó tener una hija y tuve dos hijos. Quería tener una nieta y tengo tres nietos. Y estoy contentísima con todos ellos. El mayor, economista, tiene dos hijos de 12 y 7 años; el segundo, ingeniero informático, es padre de un niño que aún no ha cumplido los 2 años. Al hablar de su familia, los ojos de Angelita irradian una luz serena: *Mis hijos, que me adoran, son dos eminencias de talento, de formalidad, trabajadores, dos joyas, sin un solo vicio. Puedo muy bien sacar la cara por ellos.*

El trato con sus nietos: *Adoro a mis nietos, que me colman de felicidad. No creía que se podía amar tanto a unos chiquillos. Mi nieto Álvaro [el de 7 años] y yo queremos que mi próximo libro, que publicará Anaya en Navidades, se llame **El puchero y el mandil**, que son las dos primeras cosas que hacen falta para ponerse a cocinar. Mi nieto, que me ha dado la vida, se preocupa mucho de lo que hago, de lo que escribo... 'Yaya, eres la mejor yaya del mundo, que me gusta mucho ese título'. Claro, luego la editorial lo apaña como puede y, por razones comerciales, pone el título que quiere.*

Mi hijo el mayor, cuando mi madre estaba ya muy enferma, por las noches solía leerle capítulos de un libro sobre la Guerra Civil -que en mi pueblo hubo muchas muertes, monstruosidades, como en otros sitios- que había comprado mi madre, que era muy política. Ella pasaba un rato muy agradable. Y su hermano pequeño le daba a su abuela la medicación, a veces con una sonda nasogástrica. Qué para-

dojas tiene a veces la vida: mi madre, una cocinera de postín, acabó teniendo que ser alimentada por sonda.

Entre pucheros y con mandil

Mi afición a la cocina viene sobre todo de mi madre y de mis tías. Ya de casada, con mi madre en casa, solíamos planificar de víspera la comida de los niños. Ahí empezó mi dedicación seria a la cocina. Como al tratar de su familia, la expresividad facial de Angelita se acrecienta: Amo la cocina con pasión y todo

lo que ello conlleva. No hay cocina sin amor, tampoco amor sin cocina.

La idea de escribir su primera obra de gastronomía se la sugirió su tía Martina: 'Con lo bien que redactas y cocinas, ¿por qué no escribes un libro?' Antes de ponerse manos a la obra, a los 47 años se apuntó, en el colegio de las Madres Canosianas, a un curso de Inglés, lengua de la que sólo aprendió unas nociones muy rudimentarias. *En San Juan de Dios, donde estuve hospitalizada un mes, me*





A.A.V.
NAVARRA

Me Rizeca Zubillaga
"Cofrade de Honor" de la
del Esparrago de Navarra,
a defender con digna horticultura y a distinguir
sus virtudes y cualidades gastronómicas
12 de Mayo de 2013

*vaciaron como mujer. Pocos años fui mujer, como dicen ahora. Al salir, sufrí una agorafobia. Para animarme, alguien me sugirió apuntarme en unos cursos de Secretaria y Mecanografía que impartía el PPO [Programa de Promoción Ocupacional, antecedente del INEM] , muy cerca de Burlada, adonde me trasladaba a pie a pesar de encontrarme muy débil y con muy mal aspecto. Tras la sorpresa inicial de sus jóvenes discípulos, la veterana alumna se convirtió en la madre y madrina de la promoción. Una chica hundida por la hospitalización de su madre manifestó su pasmo e incredulidad al comprobar que le había cocinado sólo para ella caracoles y una tortilla de patatas: ‘¿Es verdad que lo has hecho por mí?’, me dijo. La pobre -añade Angelita con los ojos húmedos- lo que necesitaba era comer. Acabado el período lectivo de dos meses, logró 166 pulsaciones mecanográficas por minuto, el título académico y 64.000 pesetas que me pagaron por asistir a clase. La monitora fue quien le animó a redactar su *opera prima*, **La cocina de Angelita** (1991), que pronto se convirtió en un verdadero *best-seller* y, después de muchas ediciones, se ha publicado en edición de bolsillo. La sencillez y accesibilidad de sus recetas, nota característica de todos sus platos, explican el éxito editorial entre sectores sociales muy diferenciados: cocineros profesionales, médicos, amas de casa, estudiantes, solteros, separados, divorciados, etc.*

Todos los libros publicados hasta la fecha, 20, han sido fruto de encargos o casi: *A los de San Sebastián [los responsables de editorial Ttartalo] les interesa todo lo que escribo. Tengo asegurada la publicación de todo lo que hago. **La dieta de la vida** (1996) surgió a instancias del Dr. Enrique Los Arcos: ‘Angelita, tienes que escribir un libro sencillo, para enseñarle a comer a la gente’. Como me gusta hacer las cosas bien, pedí la asesoría de una doctora nutricionista de la Universidad de Navarra. Y si se me entiende bien, puedo decir que no tengo otro amor que los libros de co-*

cina. Mis libros son mi vida y mis recetas, mis amantes. Que cómo los escribo. Pues sencillo. Todos aprendemos de todos, pero a mí me gusta escribir verdad y las recetas son fruto de mi creatividad, de mi cerebro. Primero se me ocurre una idea, luego la pulo y la cribo. Antes de darlas por buenas y publicarlas, las recetas las experimento en casa y los platos los doy a probar a mucha gente, sobre todo vecinos.

Casi todos sus libros están prologados e ilustrados por personajes de mucho peso profesional y social: Juan Mari Arzak y su hija Elena, Martín Berasategi, Olga Viza, Javier Capitán, Rafael Escalada, Ricardo Lizarraga (*q. e. p. d.*), Alfredo Landa, Montxo Armendáriz, Ricardo Pita, ‘Forges’, Mikel Urmeneta, Xabier Landa y otros. Todavía le sigue extrañando que las personas a las que les ha pedido colaborar en sus libros y en diversas actividades gastronómicas hayan aceptado sin rechistar su solicitud. Como caso reciente cita a Mariló Montero, periodista estellesa y conocida presentadora de TVE, que a petición suya asistió al XXIII capítulo de la Cofradía del Espárrago de Navarra, celebrado el pasado 12 de mayo en Mendavia (Navarra). Tiene palabras muy encendidas de elogio para Joxe Mari Aizeaga, director del Basque Culinary Center, la universidad vasca de cocina, *una eminencia, una autoridad, que siempre me ha respetado y tratado muy bien* [Angelita ha impartido varios cursos de cocina en dicho centro]. Algunas de sus obras se han presentado en escenarios tan selectos como el Museo Thyssen-Bornemisza de Madrid, el Kursal y el citado Basque Culinary Center, ambos ubicados en San Sebastián.

Sobre los cocineros vascos (Juan Mari y Elena Arzak, Martín Berasategi, Pedro Subijana, Andoni Luis Adúriz, Josemari Gorrotxategi, Asier Abal, Alex Múgica...), con los que guarda una relación muy estrecha, precisa: *Todos tienen su encanto, sus cosas. A mí me han pasado cosillas con algunos de ellos. Pero considero el más cercano a Luis Irizar,*

verdadero fundador de la cocina vasca, el maestro de todos los maestros, un ángel del cielo, el amigo del alma. Angelita participó en el homenaje tributado al ‘master chef’ Irizar por las autoridades del País Vasco y 200 cocineros el pasado 4 de julio en el Basque Culinary Center. Su palabra poética resulta muy elocuente: *‘De sus manos han salido / los más granados fogones, / que nos deleitan, animan / y alegran los corazones. / Para ti ya no hay secretos / ni en la trufa ni el caviar, / ni en combinar condimentos / para el nuevo cocinar, / ni en impartir la docencia / que al alumno formará. / De tu escuela han salido / nuevos talentos insignes, / que han añadido su sello / al que tú les transmitiste. / Para mí has hecho de padre, / profesor, amigo y guía, / enseñándome recetas / y cuanto yo te pedía.’*

En cuanto a criterios gastronómicos, las cosas claras: *Odio la espumas y los aires, que ahora están de moda. Yo, en cambio, quiero la cocina limpia, equilibrada. La cocina es una mezcla de ciencia y arte, una emoción constante que no quiere prisas. Estamos en el edén de las verduras. Navarra es el reino de la gastronomía en España. Sus verduras -borrajas, acelgas, judías verdes, alcachofas, espárragos, pimientos, puerros...- son la pera, algo grande, verdaderos tesoros. En Navarra no se conocían mucho los bisaltos o tirabeques, por eso compré muchas semillas y se las di a los hortelanos de la Magdalena, entre ellos a Zabalza.*

Su experiencia en los medios de comunicación social es positiva, sobre todo en un programa radiofónico de la Cadena SER con Iñaki Gabilondo y en los televisivos “De cucharas” y “Dulces navideños”, incluidos en “Canal Cocina” de Canal Plus: *Los medios de comunicación te encumbran o te hunden. Para mí es una cosa bonita. Todo el mundo te conoce. Es una maravilla. Me encanta que me vean cocinar. Ver el “Canal Cocina” es como tener a un profesor en casa.*

Escribe recetas de cocina, sí, pero también poesías, que *desde chiquitina me salían por las orejas. Una de las primeras que recuerdo se la dediqué, con 8 años, a mi madre el día de la Inmaculada*, texto de buena factura que recita de memoria, como otros que sólo guarda en su mente y nunca han pasado al papel o el ordenador.

Ha compuesto poemas sobre los productos entronizados por todas las Cofradías de las que es socia de honor. Destacan los himnos al espárrago de Navarra (*‘Naces puro anacorado / mientras el sol amanece, / pero, si no se te mimas, / tu color se reverdece’*) y la alcachofa de Tudela (*‘En menestra eres “divina”; / albardada, “deliciosa”; / con jamón, “mil veces buena”, / y rellenita, “gloriosa”*). Singular valor lírico encierran la elegía dedicada a su madre, ya citada, y *“Debajo de un guindo”*, que recrea, en compañía de una de sus hermanas, la figura de la madre. *El escribir es mi vida. Yo no puedo dejar de escribir nunca*, sentencia.

Una pared de su amplio salón está ocupada, casi en su totalidad, por los numerosos diplomas, títulos y reconocimientos obtenidos a lo largo de su vida. Sobresalen los prestigiosos Gourmand World Cookbook Awards (1999, 2001, 2004, 2005), el Premio Navarra de Gastronomía (2009), el Riojana Ilustre del siglo XX (2000) y los nombramientos de cofrade de honor de numerosas Cofradías: Espárrago de Navarra, Alcachofa de Tudela, Pimiento del piquillo de Lodosa, Aceite de oliva de Navarra, Relleno de Villava, Cuto Divino de Tafalla, Salmón del Bidasoa, Alubia de Tolosa, Fecoga (Federación de Cofradías Gastronómicas), etc. *Para una mujer de pueblo como yo, es una cosa muy grande que te den un premio en París, Versailles o Périgord.*

Alpargatera de altos vuelos

Sigue fabricando alpargatas no venales de manera artesanal. Las distribuye, como signo de reconocimiento y gratitud, entre amigos, gentes sencillas y hasta personalidades nacionales y

extranjeras de renombre. *Sí, han dado la vuelta al mundo. Cuando nació la princesita Aiko de Japón yo le hice unas alpargatas y los japoneses me contestaron dándome las gracias. La que no me ha contestado es Eileen Collins porque mi bordadora, en lugar de bordarle “Eileen Collins, comandante del Discovery”, le puso “San Fermín, comandante del Discovery”, y yo siempre digo: mira, le habrán llamado a San Fermín de todo menos comandante.*

Encima de un sofá, tiene montada una miniexposición de sus alpargatas dedicadas a los dos últimos papas con el bordado de sus escudos, a San Fermín, a Pamplona, etc. En los cajones de un aparador guarda una copiosa correspondencia procedente de diversas latitudes e instancias, que -pienso para mis adentros- valdría la pena clasificar y publicar en parte. Me llaman la atención las cartas con membrete de la Secretaría de Estado del Vaticano (Primera Sección–Asuntos Generales), en las que dos asesores del sumo pontífice, los monseñores Pedro López Quintana y Peter B. Wells, le agradecen a Angelita Alfaro, en nombre de Juan Pablo II (2 de junio de 2001), Benedicto XVI (27 de febrero de 2013) y Francisco I (marzo de 2013), “*el obsequio*”, “*el significativo, el noble gesto*” y “*el atento mensaje de felicitación*” remitidos por la coqueta alpargatera.

Al recibir estos mensajes pontificios tal vez se haya acordado de alguna estrofa de su poema “*Canto de una alpargatera a su pueblo que es Cervera*”: *‘Alpargatera que sabes / de madrugadas sombrías, / de trasnochadas cansadas. / Tantos años, tantos días / para entregar el trabajo / que siempre prisa corría / y cobrando una miseria / que ni para pan cundía (...) Con una aguja muy chica / y con una zapatilla, / calzarás a un pordiosero / y hasta la soberanía.*

“Me preocupa mucho el sufrir de los mayores”

Al hablar de los ancianos, Angelita se pone seria. *Me gustan las personas mayores que*

*son un pozo de sabiduría: los mayores sacamos partido de todo, hasta del pan seco. Pero el panorama de las personas mayores en muchos aspectos está muy mal. Hay mucho abandono. Eso de atenderlos los hijos pasándoselos de los unos a los otros no me gusta. Y luego están las peleas por los herencios. Antes había mucha pobreza, cierto, pero era impensable que un anciano, de no ser en casos muy extremos, muriera fuera de su casa, pero eso ya no está de moda. Esto me hace sufrir, porque cuando las barbas del vecino veas pelar... Mientras me funcione bien la chirula, me quedo en mi casa y, si no me funciona, que hagan conmigo lo que quieran. A este propósito evoca el caso de su madre -“la analfabea más sabia que jamás he conocido”, según alguien que la conoció muy bien-, que vivió con ella en la Chantrea 24 años (“*Viviste pobre y humilde, / tu vida fue muy serena, / pero tuviste un adiós / más grande que el de una reina*”) y, por expreso deseo suyo, está enterrada junto a su esposo en Cervera del Río Alhama.*

Me preocupa mucho el sufrir de los demás, sobre todo el de las personas mayores. Me parece cruel cómo están algunos abuelos, a los que los hijos tienen a su disposición para todo. No hay derecho. Lo que ocurre es que esos abuelos, con tal de ayudarles, son capaces de todo, se implican demasiado y no saben retirarse ni apartarse a tiempo. Aunque también es cierto que algunos de esos abuelos, sin los nietos, no se hallarían, se han acostumbrado a ellos de tal manera...

Para sorpresa de todos nosotros, las personas mayores suelen comer bien. Las materias primas con las que contamos son de primera calidad: verduras, carnes, ternera de Navarra, el pescado bien cerca... Normalmente, en Navarra se come bien. Otro cantar es el de las personas que viven solas, bien solas, que a veces se descuidan: ‘total, guisar para mí sola’. Algunos se quejan de los asilos, no sé.

Gracias en el ocaso de la vida

Cuando me levanto, doy gracias a Dios por la luz del sol y por dejarme vivir ya 72 años. Estoy contenta y me gusta verme envejecer con dignidad.

La religión para mí lo es todo. Si no fuera por la fe... Tenemos que tenerla aunque sólo sea algoístamente. Cuando nos pasa algo malo, todos o la mayoría decimos: '¡Ay, Dios mío!' Tengo mucha fe, no demasiada en los hombres, pero en Dios toda.

Quiero a todo el mundo y trato de ser agradecida, de manera especial -con mis libros, mis platos de comida, mis alpargatas, mis cerezas, turrón...- con aquellas personas que me han ayudado, que me han apoyado y echado una mano. Lo que más me importa es la bondad de la gente.

A estas alturas de la vida, ya no le pido a Dios lo que le pedía cuando era joven: tener una vajilla con mi nombre, como todos los grandes cocineros; gastar todo el hilo que tenía para hacer alpargatas; y ver la segunda edición de mi libro, deseos que de un modo u otro ya he cumplido con creces. Ahora lo que quiero es seguir envejeciendo con dignidad, con ilusión y ganas de trabajar. No me gustan esas personas que están todo el día quejándose y de una cosa pequeña hacen un infierno. Cuando voy a salir de casa, me arreglo y las penas -que las tengo- las dejo en el felpudo y, en todo caso, las recojo a la vuelta, no antes,

*¿Y sus memorias? Alguna vez he pensado en escribir mi vida, pero ya ves que tiene muchas cosas tristes y eso que no te he contado todas. No vale la pena. Si lo hiciera, se titularían **El día que nací yo.***

La muerte es inevitable: igual se muere la oveja que el tendero. A los hijos les digo: 'No me querráis tanto para que no sufráis como sufrí yo con la muerte de mi madre'.

Y cuando se muera, ¿qué? Pienso que alguien sí se acordará de mí.

Antes de despedirme de esta jovial y vitalista anfitriona, Angelita me regala una caja de pastas y merengues elaborados por ella y una pastilla de jabón de aloe vera y grasa de ternera de Navarra, también de fabricación propia. Muchas gracias, doña Angelita.

LECCIÓN PRÁCTICA DE COCINA

En el encuentro con Angelita, tengo el privilegio de poder asistir a la preparación de una menesta, para consumo propio y de sus hijos, en el laboratorio gastronómico de su cocina de 8,5 m2. Ya verás con qué poco se puede hacer un menestrón.

La cocinera insiste en la sencillez de la receta: aceite de arbequina, cebolla picada (que llora y suda), alubia verde maravillosa, guisantes (a mis hijos les encanta), habicas peladas y repeladas por mí, que le van a dar lujo, un sabor especial, jamón y, como remate, huevo duro. Siete minutos en la olla son suficientes.

Sus manos actúan con agilidad y delicadeza supremas al cortar la cebolla e incluso con elegancia al abrir las bolsas de plástico con la verdura congelada. Madrugando, procuro comprar las mejores verduras frescas en los dos mercados de Pamplona, el de Santo Domingo y el Nuevo, para que nadie se moleste. Otras veces, como en esta ocasión, utiliza una muy buena y barata verdura congelada de la marca blanca de una conocida cadena de alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

La cocina de Angelita, Donostia, Ttarttalo, 1991.

Cocina navarra, Madrid, Everest, 1993.

La dieta de la vida, Pamplona, Caja Rural de Navarra, 1996.

La dieta de la vida: una alimentación sana para el cuidado de su salud, Donostia, Ttarttalo, 1998.

La nueva cocina de Angelita, Donostia, Ttarttalo, 2000.

Golmajías: repostería sencilla, Donostia, Ttarttalo, 2003.

Postres, Madrid, El País Aguilar, 2004.

Cocina para estudiantes, solteros, separados, divorciados, viudos y vagos, Madrid, El País Aguilar, 2005.

Entre fogones, Donostia, Ttarttalo, 2007.

Este compró un huevito: recetas para niños, Madrid, El País Aguilar, 2007.

De cuchara y tenedor: sabores de Navarra, Donostia, Txertoa, 2009.

Nueva cocina tradicional, León, Everest, 2009.

Sabores & emociones: verduras de Navarra, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2010.

Cocina para torpes, Madrid, Anaya, 2010.

Las mejores recetas de siempre para torpes, Madrid, Anaya, 2011.

Cocina para fiestas y ocasiones especiales, Madrid, Anaya, 2012.

Angelita Alfaroren sukaldea, Donostia, Ttarttalo, 2012.

Cocina con solera, Donostia, Ttarttalo, 2012.

[El puchero y el mandil. Título provisional. Anaya. En prensa]

*** Sólo se anota la primera edición de cada obra, no las numerosas reediciones y reimpressiones.**

La alimentación en la vejez

Por Juan Luís Guijarro García
Geriatra

PREÁMBULO

El envejecimiento lleva consigo unos cambios en la fisiología que repercuten de modo inevitable en la alimentación y en el hecho nutricional de las personas de edad.

Conviene recordar que la Alimentación es el conjunto de actividades y normas que conducen a la correcta provisión de nutrientes. Mientras la Nutrición es la ciencia que recoge todos los conocimientos sobre el adecuado aprovechamiento de los alimentos en los organismos vivos para el sostenimiento y fomento de la salud.

El acto central de la alimentación es el Comer. Tres son las funciones que lo conforman: nutrir, satisfacer y socializarse. Para nutrirse hay que introducir en el aparato digestivo los alimentos para que, después, los mecanismos fisiológicos conduzcan a la reposición de la energía necesaria para vivir. El segundo consiste en el disfrute de los alimentos, los cuales han de ser sometidos a la aplicación de las técnicas culinarias, el cocinar. Y un tercero, el hecho social, el agrupamiento de las personas para disfrutar de esos alimentos y de la compañía. En los mayores, el elemento básico, alimentarse, permanece. No así el disfrutar de los mismos, con la edad cada vez es menor esta posibilidad de placer. Lo mismo sucede al comer con acompañamiento: se reduce el número de comensales y dicha práctica queda vedada en los incapacitados.

Y para comer con satisfacción y provecho biológico, el apetito es la clave. Este hecho, válido para cualquier edad, en la vejez es indispensable. Y lo es principalmente en los mayores sin salud. De tal modo que, en no pocas ocasiones, si se pudiera influir eficazmente sobre el apetito, la correcta nutrición estaría asegurada en las enfermedades. Y podría decirse que, salvo en los casos de enfermedades irreversibles, no existiría la malnutrición.

Tampoco se debe olvidar que la vejez no es una etapa uniforme en los que han cumplido 65 y más años. Las capas etarias permiten reconocer que por encima de los 80 años la fisiología experimenta profundos cambios que influyen en la alimentación. Unos son mayores sanos, con o sin factores de riesgo, y otros son enfermos. Pero la situación más dramática que sucede en la vejez, la incapacidad, obliga a modificar de modo sustancial la alimentación.

Otro factor que ha de tenerse en cuenta es la cultura alimentaria dominante en la región donde vive la persona mayor. La disponibilidad de los alimentos, el modo de cocinarlos y la elección de los mismos, este último factor de carácter personal, son de gran importancia.



LAS NECESIDADES NUTRICIONALES

Los principios inmediatos son los constituyentes nutricionales que aportan al organismo la energía necesaria para la vida. Pero hay que añadir los otros componentes presentes en los alimentos que no producen calorías y que son indispensables para una correcta nutrición. Son las vitaminas, los minerales y el agua. Y también otras sustancias de gran valor biológico, los llamados alimentos funcionales o nutrécicos, que en los últimos años han cobrado notable relevancia.

A pesar de los cambios fisiológicos que acontecen en el fenómeno del envejecimiento, pocas son las variaciones de estas necesidades respecto a la edad adulta y, como es lógico, dependerán de la edad, del estado de salud y de la capacidad funcional de la persona.

Las proteínas constituyen el elemento plástico más importante de los nutrientes. Convendría recordar como exponente del valor de este principio nutricional que las proteínas son el soporte del origen de la vida, y que la reproducción, tanto la celular como la de la especie, está conformada por el prodigioso conjunto de aminoácidos que son las cadenas del DNA. La necesidad diaria de proteínas se cifra en 1 g por kilo de peso y día, la misma que en los adultos. Sin embargo, en la situación de inmovilidad, en la que el catabolismo proteínico aumenta, esta necesidad es de 1.5 g por kilo de peso y día. Este incremento es uno de los factores que contribuye a que ciertas enfermedades que se acompañan de reducida movilidad favorezcan un estado de malnutrición. De estas proteínas, el 40% pueden ser de naturaleza vegetal, y las legumbres son la principal fuente. En la distribución diaria de los

principios inmediatos, las proteínas deben constituir, en cualquier circunstancia, al menos un 15% del aporte energético diario.

A los hidratos de carbono se debe la principal contribución a las necesidades calóricas de los mayores. Éstos han de alcanzar el 55% de la ingesta energética diaria.

Los hidratos de carbono de absorción indirecta o lenta son los más recomendados; se deben reducir los directos o de absorción rápida por representar un compromiso funcional importante a la regulación metabólica de los mismos, dada la menor capacidad de respuesta del páncreas ante el aluvión de glúcidos que llegan a la sangre. Éstos últimos, los azúcares, no deberían sobrepasar el 10% de la ingesta energética, una quinta parte de la ingesta total de este principio inmediato.

Las Grasas, los más temidos de estos componentes nutricionales, no deberían superar el 30% de la oferta calórica del día. Los ácidos grasos potencialmente perjudiciales son los saturados, y éstos deben permanecer por debajo del 10%. Los poliinsaturados deben constituir el 10%, y los más recomendados, los insaturados, algo por encima del 10%. Como bien se sabe, la mirada recelosa sobre las grasas está ocasionada porque pueden originar incremento en el peso, dado su mayor poder calórico, pero principalmente por las elevaciones de colesterol con el riesgo de favorecer la arteriosclerosis y las enfermedades vasculares. Conviene señalar que, en las personas de alta edad, esta reserva frente a las grasas ha de relativizarse ya que, por selección natural, los afectados por riesgo vascular no alcanzar dicha edad, y en los supervivientes, los mecanismos del metabolismo de las grasas han variado y el riesgo vascular ha descendido. Tampoco debe desdeñarse el hecho de que hay ácidos grasos esenciales, de naturaleza plástica, entre otros aspectos, base de la síntesis de componentes de las membranas celulares.

El Calcio y el Hierro son los principales minerales en la alimentación de las personas mayores. El Calcio, cuyas necesidades se cifran en 1.200 mg al día, tiene como preferente fuente alimentaría la leche y sus derivados. La recomendación diaria de Hierro tiene una recomendación diaria de 8 mg, y aunque la provisión principal procede de las carnes rojas, una alimentación variada consigue alcanzar la necesidad señalada. Otros minerales, como el cinc, el magnesio y el selenio, suelen mantener un correcto nivel cuando la alimentación es suficiente en cantidad y distribución de nutrientes.

De las vitaminas, hay que destacar que la ingesta de Vitamina D frecuentemente se encuentra por debajo de los niveles recomendados. Este hecho se comprobó en el Estudio Séneca de Nutrición en Ancianos Europeos: siendo España, y en concreto la población de Betanzos (La Coruña) la que mostraba los mejores parámetros de alimentación, sin embargo era deficitaria en calciferol. La causa principal residía en la escasa mantequilla que se ingería, ya que ésta no es producto alimenticio que se consuma habitualmente en dicha localidad de Betanzos ni, en general, en el país. El resto de las vitaminas suele encontrarse en niveles satisfactorios y mantiene una alimentación suficiente, pero eso no es válido en los estados de desnutrición, en los que hay que sumar al defecto en la ingesta de alimentos calóricos, la reducción de minerales, elementos traza y vitaminas.

El agua, como tal, o en otros líquidos alimenticios es un elemento indispensable en el organismo. Las necesidades de agua están en consonancia con el estado de salud, la actividad y la temperatura ambiental. Se calcula que es necesario aportar unos 2.500 cc de agua al día. El agua, en los líquidos, debería ser de unos 1.200 cc día, mientras el agua que procede de los alimentos puede alcanzar unos 1.000 cc diarios. El resto procede del metabolismo orgánico, aunque no superan los 300 cc

A pesar de los cambios fisiológicos que acontecen en el fenómeno del envejecimiento, pocas son las variaciones de estas necesidades respecto a la edad adulta y, como es lógico, dependerán de la edad, del estado de salud y de la capacidad funcional de la persona.

en una alimentación normal. Debe señalarse que las personas de más edad no suelen tener inclinación a los líquidos, principalmente por la ausencia de sed, y que ha de ofrecérseles como líquidos nutritivos, zumos, leche, caldos, o con sabor, ya que el agua incolora e insípida no les suele apetecer.

Por último, debe citarse la fibra alimenticia, cuya presencia en el intestino es básica para la formación del bolo fecal. La fibra alimenticia puede ser soluble, principalmente los mucílagos, e insoluble. Ninguna de las dos es absorbible y su función consiste en el espesamiento del contenido intestinal para favorecer la defecación. Proceden exclusivamente de los alimentos vegetales y existe siempre conflicto con su ingesta en los enfermos con incapacidad. Éstos, a menudo, toman los alimentos triturados, y en su preparación suele descender la incorporación de vegetales de alto contenido en fibra. La necesidad se cifra entre 20 y 30 g día. Hay que recordar que en el estreñimiento del anciano el principal factor causal está en el continente, en la debilidad motora del intestino, en la escasa fuerza de la prensa abdominal y en el mal ajuste en el comportamiento del esfínter anal.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE JUSTIFICAN LA ALIMENTACIÓN EN LOS MAYORES

En el envejecimiento hay un conjunto de modificaciones fisiológicas que justifican que la alimentación sea diferente a la del adulto. Y de modo preferente en el aparato digestivo. Estos cambios son más importantes cuanto mayor es la edad de las personas. En la boca, la ausencia de piezas dentarias, su mal estado o la sustitución por una dentadura protésica dificultan la masticación. Además, hay una pérdida en la fuerza del músculo de la masticación, el poderoso masetero. La sequedad de boca es muy común en ellos y está causada por la reducción en la secreción de las glándulas salivares. A esta situación contribuye la medicación, en la que los psicofármacos, generalmente el grupo farmacológico más empleado, en especial para favorecer el sueño, conllevan un nada desdeñable efecto antocolinérgico. Además, muchos de ellos duermen con la boca abierta. Y como la sensibilidad gustativa y olfativa también disminuye, la ingesta alimentaria se ve dificultada, en no pocos casos, por el menor disfrute al ingerir alimentos. Y antes de que se establezca la disfagia como signo complicativo de un buen número de enfermedades, particularmente neurológicas, a veces puede haber atragantamientos por disineria deglutoria.

Otros sistemas orgánicos mantienen relación con el hecho nutricional, aunque en un nivel operativo algo inferior al aparato digestivo. Este es el caso del sistema neuroendocrino. Debe destacarse el valor que el eje hipotálamo hipofisario posee en la regulación metabólica y en el mantenimiento ponderal. La influencia mutua con la función tiroidea ha de tenerse siempre en cuenta. Pero será la función pancreática, en concreto la producción de insulina, en ritmo y en cantidad, la que tiene mayor importancia en términos de actividad fisiológica. Ya se ha indicado que la respuesta insulínica en la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono está ligeramente disminuida, especialmente en su actuación frente a niveles altos y rápidos de azúcar en la sangre. Por este motivo, es recomendable limitar la ingesta de alimentos dulces.

La actividad física es un elemento primordial en el gasto energético dentro del balance calórico del individuo. Con la edad, y de manera progresiva, disminuye. Como consecuencia de la sarcopenia, la masa muscular se reduce y ofrece un claro debilitamiento de la fuerza de los músculos. Si se añade una mayor rigidez articular, se condiciona así una reducción paulatina del ejercicio con el efecto de un menor consumo calórico. Se debe tener presente que, en la composición corporal de los

mayores, el componente magro disminuye y, en cambio, aumenta el graso. Por otro lado, el agua orgánica desciende, lo mismo que el calcio incorporado al hueso.

También es considerable la influencia que en la alimentación tienen la cognición y el comportamiento. Un actividad cerebral normal facilita un adecuado control de la alimentación al poder mantener la autonomía de la persona. La adquisición de los alimentos, la preparación culinaria y la preferencia alimentaria son factores que garantizan una correcta nutrición. El revés de esta situación es la Demencia con sus severas repercusiones funcionales y también nutricionales. La psicología de los mayores, también con cambios frente a los adultos, ejerce una notable influencia en la alimentación. Según la personalidad y los usos alimentarios, puede haber algunas desviaciones en la función nutricional. La soledad y el aislamiento, por un lado, y los estados depresivos, la ansiedad y las presbifrenias, por otro, pueden afectar de considerable modo a la alimentación de estas personas.

El resto de órganos y sistemas, en condiciones de normalidad fisiológica, aun aceptando los cambios que genera el envejecimiento, tiene mucho menos importancia en la nutrición de los mayores.

En el envejecimiento hay un conjunto de modificaciones fisiológicas que justifican que la alimentación sea diferente a la del adulto.



LAS RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS A LAS PERSONAS MAYORES SANAS

El primero de los consejos alimentarios para la edad mayor es hacer una alimentación variada, de acuerdo con la actividad y con sus gustos. Aconsejaba Grande Covián que debería comerse de todo, pero en platos de postre. Es siempre necesario cumplir con los requerimientos señalados, y no olvidar que los azúcares y las grasas saturadas han de limitarse. Esos principios muestran la prudencia que se ha de tener con la ingesta de dulces, de mantequilla, quesos y nata, y la de carnes de vacuno, cerdo, cordero y pato. Éstas, con o sin grasa visible, la llevan incorporada en su materia proteica. La ingesta de alimentos vegetales cocinados o en fresco, las legumbres, patatas, arroz y pasta con las verduras, constituyen un excelente primer plato. Las ensa-

ladas y las verduras complementan esta alimentación de excelente modo. El postre ha de ser preferentemente de fruta, aunque un poco de dulce no debe desdeñarse, singularmente cuando hay celebraciones familiares. Es buen momento para señalar que el añadir vino o cerveza en las comidas, en pequeñas cantidades, sin superar 2 cervezas de 225 cc al día y dos vasos pequeños de vino, pueden ser un complemento adecuado en las personas que a esto se hallan acostumbradas.

El desayuno es un buen momento para compensar la ausencia de líquidos de la noche. Son muchos los expertos que señalan que es la mejor hora para digerir las grasas, por lo que puede aconsejarse la ingesta de mantequilla en los que no presentan hipercolesterolemia. También es saludable el aceite de oliva con pan, siguiendo los cánones de la alimen-

tación mediterránea. Además, hidratos de carbono, los que tengan costumbre, tostadas, cereales, y en menor medida, alguna bollería. Para muchas personas, a media mañana, un ligero tentempié puede ser necesario, en especial cuando entre el desayuno y la comida median cuatro horas o más. La comida, en esta cultura alimentaria, debe ser la más importante del día. Es aconsejable que siempre se coma a la misma hora. El respeto al horario de los ancianos es una exigencia en la familia y en la residencia. Y no sólo porque mantengan una rigidez con respecto a las horas cuya ruptura origina incomodidad o angustia. Es que su aparato digestivo, acostumbrado a un determinado ritmo, puede alterarse y presentar alguna dispepsia. La merienda debe ser siempre ligera, lo mismo que la cena, compuesta con alimentos fáciles de digerir y en cantidad controlada. Ésta debería hacerse una hora y media como mínimo antes de acostarse. Como muchas personas mayores presentan nicturia, con necesidad de interrumpir el sueño para orinar, se deberá limitar la ingesta de líquidos a partir de las 7 de la tarde. Por la noche, cuando despiertan, si tienen sed deberían tomar algo de líquido. Debe pensarse que los ancianos a los que se les acuesta temprano, los incapacitados, especialmente en las residencias, pasan demasiadas horas sin líquido alguno. Programar la ingesta de algo de líquido a media noche es una medida recomendable, no siempre realizable por otras obligaciones nocturnas de los cuidadores.

LAS ENFERMEDADES Y LA ALIMENTACIÓN

Un buen número de procesos patológicos que padecen las personas de edad se pueden beneficiar de los cambios alimenticios que se deben incluir en las dietas especializadas. Y no sólo las enfermedades, también sus consecuencias funcionales, tal y como sucede en los estados de incapacidad, con o sin demencia, y en la situación de terminalidad.

Sea cual fuere la dieta a la que debe someterse el enfermo, ha de cumplir con las exigencias básicas de la alimentación de su edad. Debe ingerir las calorías adecuadas a su edad y situación funcional. Ha de respetarse la distribución de los principios inmediatos, las necesidades de vitaminas y sales, así como la de fibras y líquidos. Y como la disminución de apetito es en muchas ocasiones un factor primordial, el conocimiento nutricional, la paciencia y la imaginación han de estar presentes en aquellos que los cuidan.

Las enfermedades que van a necesitar una alimentación diferenciada son, lógicamente, las del aparato digestivo y las endocrino metabólicas. Las enfermedades digestivas que requieren dietas especiales son principalmente las biliares, la colecistopatía calculosa, y las del tubo propiamente. Ciertos trastornos esofágicos, alguna patología gástrica, pero, sobre todo, los cuadros diarreicos y el frecuente estreñimiento.

Es la diabetes la enfermedad endocrino metabólica que va a precisar, de modo ineludible, un régimen alimentario como elemento terapéutico. La reducción de los hidratos de carbono de absorción directa va a ser el componente fundamental de esta dieta. Junto a ello, la administración de antidiabéticos orales o insulina, y el ejercicio físico, conducirán a un adecuado control del cuadro patológico.

Dos procesos necesitarán, como elemento terapéutico imprescindible, una dieta adecuada. Son situaciones patológicas nutricionales específicas: la obesidad y la malnutrición. El sobrepeso en los mayores tiene una clara multicausalidad, pero sólo la actividad física, una actitud positiva y disciplinada, y un buen control calórico pueden modificar el exceso ponderal. De mayor importancia, por su frecuencia, por la habitual etiología irreversible y por la difícil aplicación alimentaria, es la malnutrición. La administración de proteínas en un incremento calórico en la alimentación es

El primero de los consejos alimentarios para la edad mayor es hacer una alimentación variada, de acuerdo con la actividad y con sus gustos.

la pauta exigible. Pero las dificultades no sólo vienen determinadas por las causas que han conducido a esta malnutrición, sino que la ingesta de alimentos ricos en calorías y en proteínas halla un claro handicap en el escaso apetito que presentan estos enfermos.

Otras enfermedades como la insuficiencia cardíaca, la hipertensión, la insuficiencia venosa o la insuficiencia renal van a exigir una restricción de iones, especialmente con el sodio o el potasio.

Pero sí hay que señalar que todo proceso que conduzca a la invalidez, con la consiguiente reducción de la movilidad y el gasto que ella conlleva, y en especial, los que afecten a la deglución, condicionarán una actuación especializada. La administración de alimentos triturados, la adicción de espesantes a los líquidos, y aun el uso de sondas o de gastrotomías, serán necesarios en estados avanzados de incapacidad ante el riesgo de aspiraciones y atragantamientos, con la amenazadora perspectiva de la malnutrición. En la situación de terminalidad, la administración de alimentos será escasa y debe realizarse con arreglo a ciertas recomendaciones.

LA DIETA EN LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS

La enfermedad más común en la que la dieta constituye el elemento terapéutico principal es la colecistopatía calculosa. Mientras no se eli-

minan los cálculos o el barro biliar, generalmente por colecistectomía, una correcta alimentación es la base de la terapia del proceso. El fundamento de este régimen alimenticio es la eliminación de las grasas en la dieta. La función biliar ha de presentar la bilis en el intestino para producir la emulsión de las grasas de la alimentación. Se deduce de dicha exigencia que éstas son un estímulo para la vesícula biliar, y que en condiciones patológicas, hay que evitarlas. Sólo pequeñas cantidades de aceite pueden permitirse. Hay que eliminar, por tanto, en esta dieta los alimentos grasos cárnicos. Las únicas carnes permitidas son las de pollo, pavo y conejo. De los huevos es preciso eliminar la yema, poderoso colágeno, y mantener la clara, con composición proteica, pero con menor utilidad culinaria. Y los alimentos que lleven huevo en su composición: rebozados, natillas, flanes, etc. Lo mismo sucede con la leche y sus derivados. Y como es necesaria por su contenido en proteínas, lactosa y calcio, se tomará desnatada, y tanto los yogures como los quesos habrán de confeccionarse con ella. La eliminación de la grasa en la dieta conduce, también, a la evitación de los pescados grasos, los llamados azules. Las legumbres han de utilizarse en puré o sin la envoltura. También han de evitarse los frutos secos. De las verduras, deberán tomarse con prudencia las alcachofas pero no los aguacates. Las frutas maduras podrán consumirse libremente. Los dulces, salvo los que se preparen con leche descremada y

con clara, no son recomendables, por el contenido en grasa que poseen. La alimentación específica en los pacientes con colecistopatías es, sin duda, una prueba penosa, por ser una dieta muy exigente para quien padece la enfermedad y para los que lo cuidan.

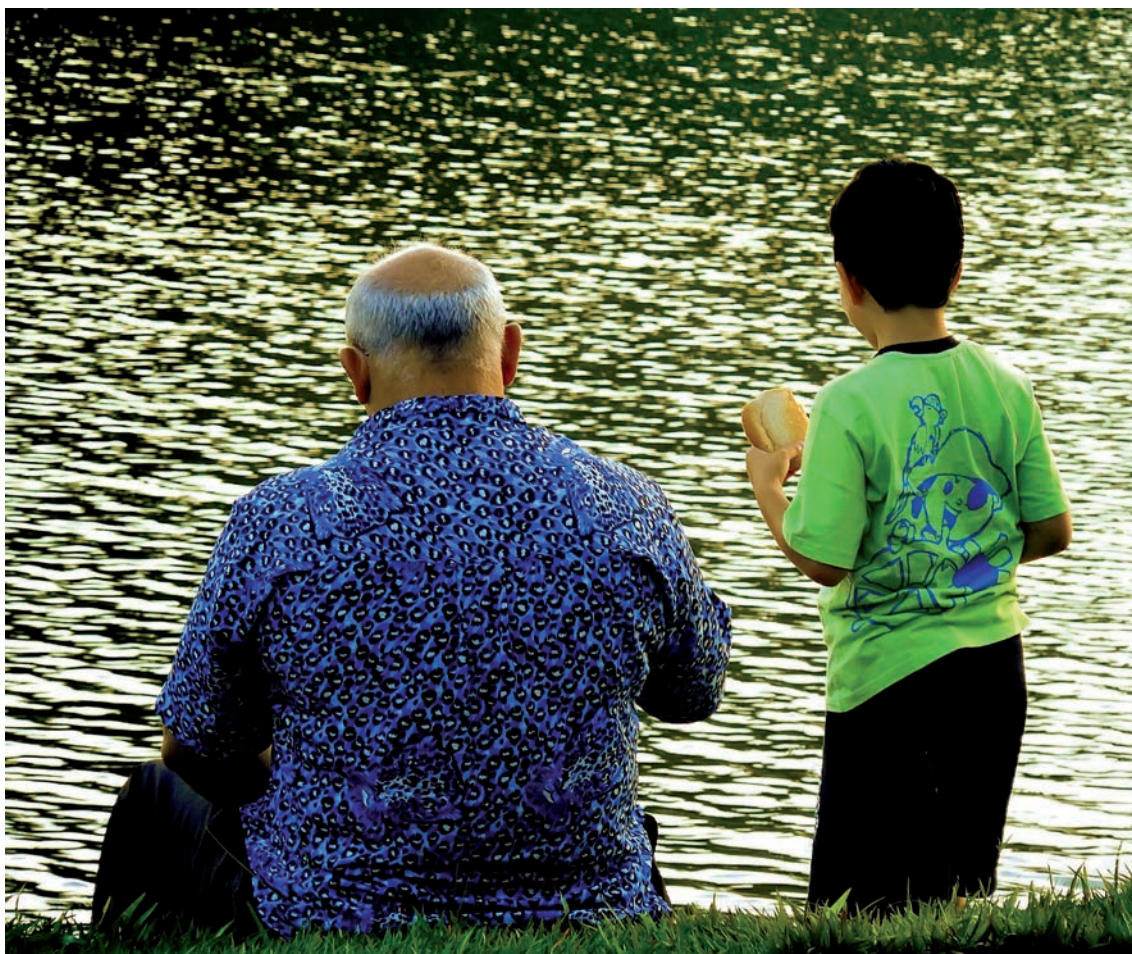
En las enfermedades gástricas, ahora que el espectro de la enfermedad ulcerosa ha prácticamente desaparecido con el uso de los inhibidores de la bomba de protones, sólo los trastornos derivados del reflujo por la patología del esfínter esofágico inferior exige una alimentación con pocas diferencias respecto a la normal. Aparte de evitar las bebidas que llevan gas y alcohólicas, las ingestas no serán abundantes, sin irritantes ni especias, y con escasa grasa en su preparación culinaria. Las cenas en esta situación deberán ser ligeras.

Pero es la patología intestinal la que determina un ajuste alimentario mayor. En el estreñimiento hay que aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibras, los vegetales, legumbres, frutas y verduras. Para muchas personas la ingesta de kiwis, de ciruelas secas, de zumo de naranja es una solución sencilla para su regulación intestinal. Y evitar aquellos alimentos que son astringentes. De ellos debe destacarse el arroz, la patata, los alimentos

grasos, el plátano, el yogurt, y para muchas personas, la leche. La administración de líquidos ha de ser suficiente, aunque en muchas ocasiones la apetencia de los ancianos hacia el agua esté disminuida. Tampoco debe olvidarse que el principal factor del estreñimiento de los mayores es la debilidad en la actividad motora del intestino grueso.

Las diarreas agudas obligan, si no se acompañan de vómitos, a aportar preferentemente líquidos. Aun en la primera fase, además de agua, té, caldos de zanahoria con sémola y zumos diluidos de limón o preparados de farmacia con sales, se deben, lo mismo que en la infancia, administrar alimentos sólidos. Éstos son los astringentes. Arroz y su sémola, puré de patata, zanahorias, jamón dulce, tortilla a la francesa, pescado blanco hervido, manzanas, dulce de membrillo, yogurt, descremado. Después, progresivamente, se debe alcanzar una alimentación normal tras dos días sin diarrea. Como en la actualidad hay leche sin lactosa, puede incorporarse prudentemente casi desde el comienzo. Las diarreas crónicas exigen un diagnóstico etiológico adecuado para determinar qué alimentos son los permitidos, tratando siempre de garantizar el buen estado nutricional del paciente. Aun en esta edad, procesos como la enfermedad ce-

Un buen número de procesos patológicos que padecen las personas de edad se pueden beneficiar de los cambios alimenticios que se deben incluir en las dietas especializadas.



liaca y las alergias alimentarias necesitan, tras su diagnóstico preciso, correcciones dietéticas que favorezcan un estado de salud con un buen bienestar.

ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS

Casi exclusivamente es la Diabetes mellitas la que precisa una dieta permanente. Según la edad en la que este diabético se halle, la actividad física que pueda realizar, el peso y el grado de ajuste medicamentoso a sus cifras de glucosa, la alimentación será más o menos exigente. En cualquier Diabetes, el control sobre los hidratos de carbono es la base dietética. Ha de recordarse que, como en cualquier otra enfermedad en la que deba

aplicarse una dieta, estos pacientes deben ajustarse a una ingesta calórica adecuada y a una buena distribución de principios inmediatos, de vitaminas y de sales. Pero no puede obviarse la importancia del ejercicio físico y el autocontrol sobre las cifras de glucosa en la sangre, método que permite una mayor autonomía del enfermo. Y si éste es disciplinado, el ajuste de la insulina y de la alimentación será mucho más adecuado. Han pasado los tiempos en que la dieta hipoglucídica llevaba un control exagerado con métodos no poco laberínticos. Ahora, lo principal es eliminar los alimentos dulces, los glúcidos de absorción rápida. Para gran parte de las personas aquejadas con dicha enfermedad, este régimen es suficiente. Si la actividad física es un importante factor para regular la alimentación, también lo será el peso. Los desvíos del IMC

superiores a 28 obligaran a una reducción de la ingesta, de acuerdo con las medidas correctoras que se emplean en el tratamiento dietético de la obesidad.

Como se ha indicado, la práctica ausencia de hidratos de carbono de asimilación rápida es la medida dietética principal. El resto de alimentos glucídicos que son indirectos, de absorción lenta, ha de constituir la mayor parte de la ingesta calórica. Las legumbres, el arroz, las féculas, los cereales y las pastas italianas conformarán la base principal de sus necesidades calóricas. Las verduras y ensaladas van a aportar volumen alimentario para saciar el apetito, además de vitaminas, sales y fibras. Las frutas han de tomarse prudentemente, ya que las dulces contienen también glúcidos directos. Algunas como las tropicales, mango, papaya y plátanos, son de gran contenido en azúcares, y deben evitarse.

Para muchos enfermos de diabetes, con riesgo vascular añadido, las grasas saturadas han de limitarse incluso más que en las personas mayores saludables. De los alimentos con ácidos grasos, será el aceite de oliva, especialmente el virgen, con alto contenido en polifenoles, y los ricos en Omega tres los recomendados. En cuanto a los alimentos proteicos, como ya se ha indicado, deberán reducirse considerablemente aquellos que incorporan grasas saturadas, que abundan en los pescados y en las carnes no grasas como pollo, pavo y conejo.

Para una correcta regulación de las cifras de glucosa durante el día, es necesario distribuir la ingesta de modo racional. Siempre es recomendable tomar algún alimento entre horas, y evitar que la comida sea abundante, repartiendo con merienda y cena la ingesta oportuna. Así como también es aconsejable llevar consigo, durante los paseos, algún nutriente de absorción rápida para contrarrestar los efectos de las hipoglucemias que pudieran aparecer.

ENFERMEDADES METABÓLICAS

Dos son las que hay que destacar: la hipercolesteronemia y las hiperuricemias. De las dislipemias, la más frecuente es el incremento de las cifras de colesterol en la sangre, las hipercolesteronemias. Este trastorno de la homeostasis orgánica es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La coexistencia de otros factores hará crecer las recomendaciones de los recursos terapéuticos, tanto dietéticos como farmacológicos. Siempre hay que determinar cómo es la distribución del colesterol en sus fracciones. El descenso del HDL colesterol y el ascenso del LDL son clara indicación de un tratamiento dietético y farmacológico. Son los ácidos grasos saturados los que hay que reducir de modo drástico. Si la recomendación para una vejez saludable los hacía descender del 10%, en esta situación metabólica debe encontrarse entre el 5 y el 7%. La ingesta de grasas se hará preferentemente sobre los monosaturados, en especial los de cadena corta, bien representados en los pescados azules y en los frutos secos. Los alimentos cárnicos tienen un alto contenido en grasa, visible o infiltrada. La presencia en el mercado de pollo, pato y conejo y de leche y derivados sin grasa, los desgrasados o descremados, garantiza una alimentación algo monótona, pero de alto valor nutricional. La discusión se centra en los huevos, cuya yema es rica en colesterol. Salvo en situaciones de alto riesgo, unos tres huevos a la semana pueden consumirse. Casi todos los dulces y la bollería son poco recomendables por las grasas saturadas con los que los confeccionan. Otro ejemplo más de discusión en este apartado se centra en la elevación de las cifras de colesterol en los ancianos de más de 85 años. Muchos investigadores mantienen que debe sostenerse cierta liberalidad con respecto a los huevos, ya que el colesterol a esa edad es un factor de riesgo menor. La selección natural ha dejado fuera de la prevención de enfermedades cardiovasculares, y se trata de productos alimentarios de reconocido valor, de buena

En el estreñimiento hay que aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibras, los vegetales, legumbres, frutas y verduras.

aceptación y bajo coste. Sin duda, los fármacos hipocolesterimiantes han disminuido la exigencia de la alimentación en un buen número de casos, pero un correcto planteamiento terapéutico no puede obviar el régimen estricto en los casos graves.

La hiperuricemia ha sido un proceso metabólico con serias complicaciones titulares, tanto por su depósito en las articulaciones como en otros órganos, especialmente en riñón y piel. En la actualidad se ha reducido su expresión clínica gracias, principalmente, a los uricosúricos. Las proteínas alimenticias formadoras de ácido urico en el itinerario metabólico de desintegración proteica son las bases púricas y pirimidínicas. Los alimentos que la poseen son principalmente proteínas animales. En los casos en los que el depósito de uratos en las articulaciones o en otros tejidos haya dado lugar a la enfermedad gotosa, deben limitarse todas las carnes rojas, las vísceras de animales (hígado, riñones, mollejas, etc), los pescados azules, los embutidos y las conservas de carnes y pescados. También ha de usarse prudencia en la ingesta de algunos alimentos vegetales como los espárragos. Los fármacos uricosúricos son mucho más eficaces que la dieta, y salvo en los casos graves, la dieta para este trastorno metabólico ha perdido buena parte de su vigencia.

PATOLOGÍA NUTRICIONAL

Dos son los cuadros clínicos que componen esta patología. La obesidad y la malnutrición. La primera es un proceso al que se llega por varias vías etiológicas, a menudo coincidentes. El sobrepeso, uno de los problemas de salud más importantes en nuestra sociedad, sigue teniendo una buena prevalencia en la edad mayor, aunque, lógicamente, disminuye conforme ésta aumenta. No alcanza los niveles que en edades anteriores, y en ella inciden menos los factores psicológicos que en anteriores edades. La influencia genética, los usos alimentarios, la austeridad en la actividad física y ciertos factores neuroendocrinos son el principal complejo causal de la misma. Es un hecho fundamental considerar que la obesidad es un importante factor de riesgo a cualquier edad, y que la consideración terapéutica de la misma depende, en gran medida, de la existencia de otros factores como la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia.

Salvo la medicación de naturaleza etiológica sobre los procesos que la originan, sólo una correcta alimentación, una adecuada actividad física y un buen apoyo psicológico son elementos terapéuticos que pueden actuar con alguna garantía. Es conveniente recordar que la eficacia de estas medidas es escasa. De algún modo, la desviación ponderal tiende a fijarse y la colaboración del paciente en estas medidas, teniendo en cuenta su rigidez en

usos y costumbres, y la debilidad motivacional, va a ser pobre. Y, lamentablemente, efímera.

Como hay que mantener las exigencias nutricionales básicas y de distribución de nutrientes, la actuación ha de llevarse a cabo sobre la reducción de la ingesta calórica. La disminución entre el 15 y el 30% de la ingesta recomendada, según el grado de sobrepeso, si bien es la recomendable, pocas veces es seguida y requiere un apoyo psicológico prácticamente continuo. La compensación con micronutrientes es la regla cuando se consigue una reducción ponderal. Ésta, por disminución de la ingesta, lleva asociada la reducción en las vitaminas y en las sales. La dificultad en esta bajada del peso es una experiencia muy común en la actividad profesional de geriatras y nutricionistas.

La deficiencia nutricional es una entidad patológica que amenaza a muchos ancianos, en especial cuando éstos presentan enfermedades que comprometen su estado nutricional. El pronóstico es siempre oscuro, y depende en gran medida de los procesos que subyacen. La terapia de la desnutrición energético proteínica es la causal, no pocas veces irreversible, y de la administración alimenticia con

componentes calóricos adecuados con un refuerzo en las proteínas. Porque el principal hecho metabólico de esta entidad es la caída de las proteínas en sus depósitos orgánicos. Es sin duda la malnutrición el factor de riesgo de mortalidad más importante de los que se hallan en la patología geriátrica, en especial entre los de más edad y los inválidos.

La falta de apetito que acompaña a buen número de enfermedades de la alta edad es un factor primordial. A la postre, es un desequilibrio entre las necesidades nutricionales y la ingesta, y ésta se halla regulada por el apetito. Las enfermedades consuntivas como el cáncer, las insuficiencias crónicas cardiorrespiratorias y la inmovilidad son el principal tejido causal que conducen a la desnutrición. La anorexia que suelen causar es, en la mayoría de las ocasiones, invencible. Es una realidad circular. Los procesos causales producen anorexia y la falta de apetito es el primer obstáculo para lograr una ingesta adecuada. A veces, para hacer más penosa la situación, son personas con trastornos deglutorios. Ello conduce a tratar de conseguir una correcta alimentación en aquellas situaciones de malnutrición que tienen una causa reversible, dejan para las otras medidas nutricionales de naturaleza casi terminal.

Para muchos enfermos de diabetes, con riesgo vascular añadido, las grasas saturadas han de limitarse incluso más que en las personas mayores saludables.



Ofrecer a los ancianos con poco apetito alimentos y conseguir que los ingieran es una práctica que conlleva mucha paciencia, imaginación y técnica culinaria. Los alimentos proteicos son los más indicados, ya que la deficiencia proteica es el hecho primario. Tanto porque la ingesta precedente ha podido ser para este principio deficitaria como porque las necesidades en los enfermos con reducida o ausente movilidad, se incrementan en un 50%. Al contrario que en la obesidad, la ingesta diaria debería superar siempre sus recomendaciones calóricas. Pero, con anorexia, este desideratum es utópico. Aquí las preferencias alimentarias del paciente han de apoyar una correcta ingesta. Que se inclinen más por los alimentos dulces o los salados, su interés por las frutas y verduras o por alimentos de mayor valor energético, por el pescado o por la carne o la leche o los huevos, definirán

la estrategia que ha de emplearse. Y como las proteínas son el elemento principal de esta estrategia, ha de aprovecharse cualquier ocasión para enriquecer los alimentos. Así, añadir yema de huevo cocida a los purés, queso a las ensaladas, yogurt a los batidos, son unos sencillos recursos culinarios de los varios que se pueden emplear cuando hay una suficiente disponibilidad de tiempo y experiencia en la cocina. Lo que viene a corroborar que en esta situación nutricional la actitud del enfermo ha de aunarse a una correcta acción de quienes lo cuidan. En muchas ocasiones, y como no se suministran las proteínas necesarias al ser las ingestas limitadas por la anorexia del paciente, se recurre a alimentos farmacéuticos que complementen la alimentación doméstica. Hay una notable variedad en presentación, tanto líquida o en polvo, como semisólida o compacta. Pero hay que recordar de nuevo

que ningún alimento artificial puede garantizar el valor digestivo y biológico de los nutrientes naturales. Como la desnutrición es una situación de alto compromiso para la salud, hay que arbitrar todos los procedimientos que puedan aportar calorías y proteínas.

Las deficiencias en micronutrientes suelen ser consecuencia lógica de la desnutrición. El descenso en los niveles de hierro, calcio, magnesio, yodo, silicio, etc son la regla. Como la disminución de las vitaminas, tanto las hidrosolubles como las liposolubles, que contribuye al cuadro global deficitario. En la actualidad es raro encontrar cuadro de avitaminosis C o Beri Beri o Collar de Casal. Pero sí, y más frecuentes, la deficiencia de Calciferol y las anemias megalobásticas por defecto en la Vitamina B12.

OTRAS ENFERMEDADES

Los procesos cardiovasculares tienen una exigencia dietética común, como sucede también en los cuadros que cursan con edemas. Es la reducción de la sal. En la hipertensión, la disminución o ausencia de la sal en los alimentos es una medida que tiene una repercusión clara sobre la regulación de las cifras tensionales. Debe añadirse una reducción en alimentos que puedan ser excitantes o de difícil digestión. Las bebidas alcohólicas, el café y aun el té deberán ser ingeridas con mucha prudencia. Este consejo es aplicable a la insuficiencia cardíaca. Lo mismo se recomienda en todos los procesos que cursen con edemas. Entre éstos, por su mayor prevalencia, destaca la insuficiencia venosa. Todo cuadro que evolucione con retención hidrosalina debe llevar aparejada la reducción del sodio. Debe señalarse también la precaución que ha de tomarse con el tratamiento diurético, tan empleado en la edad mayor. Y no sólo por la necesidad de controlar el potasio, sino también por la facilidad en crear situaciones de deshidratación por vómitos, diarrea, fiebre o reducción de la alimentación.

La insuficiencia renal determina que la reducción del potasio alimenticio sea permanente. Y como la mayor riqueza de este ión se halla en los alimentos vegetales, la toma de los mismos ha de controlarse, así como su cocinado con el desaprovechamiento del caldo de cociones repetidas.

LA ALIMENTACIÓN EN LAS ENFERMEDADES INVALIDANTES

Estas enfermedades causan una deficiencia funcional progresiva, de variado grado, que afecta al acto del comer y, en otras ocasiones, a la función deglutoria. De éstas, la más importante, tanto en número de casos como en afectación funcional, es la Demencia Senil. Otras enfermedades neurológicas como los infartos cerebrales y sus secuelas, la enfermedad de parkinson y con menor prevalencia los cuadros progresivos de degeneración cerebral o medular, conducen a una situación funcional deplorable. Otros procesos como son los articulares avanzados, las insuficiencias cardíacas y pulmonares muy evolucionadas, las enfermedades arteriales periféricas con amputaciones y otras de baja presencia epidemiológica conducen a una invalidez principalmente de la marcha, pero que afecta menos a la alimentación.

Para comer se precisa adquirir la comida, prepararla y servirla. Éstos son, sin duda, intervenciones previas al comer que requieren una buena autonomía. Ya en la mesa, hay que introducir la comida en la boca y deglutirla. Posteriormente se continúa con la intervención doméstica recogiendo la mesa, limpiando y guardando platos y cubiertos para la próxima comida. Cualquier invalidez grave impide las actividades previas y las posteriores al momento del comer. Si está afectada la movilidad de las manos o se ha perdido la praxis del uso de los cubiertos, el acto del comer es imposible, y salvo facilitaciones en muy pocos casos, hay que darles de comer. La última

La deficiencia nutricional es una entidad patológica que amenaza a muchos ancianos, en especial cuando éstos presentan enfermedades que comprometen su estado nutricional.

complicación es que tengan dificultades para deglutir y hayan aparecido complicaciones por atragantamiento o aspiración.

La ayuda de los cuidadores es siempre indispensable en esta situación de dependencia. Primero para vigilarles, luego para ayudarles con el cuchillo, después hay que darles la comida. Mientras la deglución se conserva, la alimentación depende de los procesos que puedan acompañar al paciente, entre ellos los defectos nutricionales, y de sus preferencias alimentarias. Como en tantas ocasiones, para satisfacer las necesidades nutricionales ha de salvarse la gran dificultad de la anorexia. No debe olvidarse que en cualquier situación de inmovilidad las proteínas deben ser de 1.5 g por kilo de peso y día y que la tendencia al estreñimiento necesita una ingesta suficiente en alimentos donadores de fibra.

Cuando la deglución se afecta, sea cualquiera la circunstancia, siempre y cuando mantenga la conciencia indemne, es necesario dar los alimentos triturados y los líquidos con espesante. Esta preparación ha de ajustarse a las recomendaciones nutricionales y a las necesidades que el estado de invalidez y los procesos acompañantes exijan. La base de los triturados ha de ser siempre la patata. Se pueden añadir legumbres y ha de llevar también verduras. La carne o el pescado será la otra parte indispensable del triturado. En el desayuno, sobre la leche, pueden ir las galletas o alguna bollería

o el pan y un poco de mantequilla, que forman una masa espesa. Los batidos de frutas se espesan con yogurt y con galletas. Las tortillas a la francesa pueden administrarse directamente. Los líquidos, agua, leche, zumos, se hacen semisólidos con gelatinas.

Es una práctica alimentaria común el administrarles, con carácter complementario, en ocasiones sustitutivo, alimentos preparados en laboratorios especializados en nutrición. Ordinariamente son preparados enriquecidos en proteínas que dos o tres veces al día se les añade a la alimentación triturada. Otras, son la casi totalidad de la alimentación oral. Un paso más, en situaciones de alto compromiso nutricional y afectación neurológica o digestiva severa, y se emplea la alimentación enteral mediante la sonda nasogástrica. La selección de las personas a las que se les ha de aplicar la sonda es ahora más restrictiva que hace años. Ha de tener una indicación clínica clara y debe fundamentarse en requisitos éticos acordados entre la familia y los agentes sanitarios. Una buena praxis exige el empleo de sondas de escaso diámetro y el control radiológico cada vez que se la coloca. El alimento que se le administra es ahora siempre preparado, bien por laboratorios especializados o por las Unidades de Farmacia de los Hospitales. No faltan ocasiones, en pacientes ingresados en Áreas hospitalarias, en las que esta clase de nutrición es regulada por bombas de administración de alimentación enteral.

Hay algunos casos en los que la alimentación se ofrece directamente en el estómago por un tubo de gastrostomía. Esta singular medida se aplica en enfermos con estenosis esofágica, y prácticamente es de carácter paliativo. En estos pacientes se puede emplear alimentación doméstica triturada, siguiendo las pautas que se señalan para este tipo de nutrición. Algunas otras indicaciones que se emplearon hace años en ancianos con demencia y mal estado nutricional se desecharon pronto ante las censuras generalizadas de orden ético. La alimentación parenteral queda circunscrita en su indicación a pacientes con cuadros de desnutrición que precisan de una administración de nutrientes con carácter temporal para superar una fase comprometida que es reversible. Ésta se aplica sólo en el ámbito hospitalario.

LA ALIMENTACIÓN EN ESTADOS TERMINALES

Estas normas alimentarias se dirigen hacia aquellas personas con enfermedades irreversibles que pueden alimentarse y tiene un buen nivel de conciencia. Cuando no es así, y la duración del proceso es algo mayor de la prevista, se le aplicarán algunas de las variantes

instrumentales descritas anteriormente. Buen número de ellas se hallarán ingresadas en unidades especializadas de los Hospitales, otras podrán mantenerse en sus domicilios. Tres son las exigencias que esta alimentación debe cumplir. Ha de ser un alimento bien presentado a la hora de las comidas, hay que ofrecerlo en cantidades pequeñas, prácticamente en tazas o en platillos de café, y siempre deben estar a estas horas acompañados por familia o personal cuidador. Los líquidos y semisólidos son siempre mejor aceptados. La situación orgánica y psíquica en que se encuentran estos pacientes tiene como consecuencia natural una ausencia casi completa de apetito o una aversión a la alimentación. Cesar en la oferta del alimento viene a significar para ellos un abandono en la atención y lucha de las personas que les cuidan. Por eso, se debe continuar en el ofrecimiento de los alimentos, aunque sin insistencia, con paciencia, comprensión y afecto. En la última fase, será la aplicación de sueros la que vendrá a dar conclusión a una alimentación ya rechazada o prácticamente imposible.

Ofrecer a los ancianos con poco apetito alimentos y conseguir que los ingieran es una práctica que conlleva mucha paciencia, imaginación y técnica culinaria.

EPÍLOGO

Alimentarse es una de las actividades necesarias de los seres vivos. Mientras hay vida, hay que comer. En la historia de la Humanidad, y en la de cada hombre en particular, alimentarse ha sido un trabajo indispensable. La supervivencia depende de ello. Todavía en el mundo actual, una tercera parte de los hombres padece hambre, que es la primera causa de muerte en las naciones pobres. En el primer mundo, a pesar de las dificultades por efecto de la crisis monetaria, mejor que peor, se puede comer y no hay desnutrición. A los mayores de nuestro país, la Sociedad les asegura la alimentación, como les asegura la Pensión de Jubilación. No así la salud. Cuando ésta se quiebra y aparecen las enfermedades crónicas o se pierde la autonomía, el hecho nutricional se afecta. Un buen conocimiento nutricional es necesario para que personas mayores, sanas o enfermas, familias, cuidadores y sociedad en general aseguren una correcta alimentación. Y no sólo con finalidades terapéuticas. También, y esto es un elemento primordial, como favorecedoras de un envejecimiento saludable y activo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Berstein, M.: Nutrition for the older adult, New York, Jones and Bartlett E, 2009.

Gómez, C, Reuss, J. M. (Coordinadores): Manual de recomendaciones Nutricionales en pacientes geriátricos, Madrid, Editores Médicos SA, 2004.

González, M. Manual de Alimentación Geriátrica, Madrid, Alcalá Grupo Editorial, 2007.

Guijarro, J. L., y Pérez, Ana: Nutrición Geriátrica, Pamplona, Facultad de Ciencias, Universidad de Navarra, 2005.

Morley, J. E. y Thomas, D. R.: Geriatric nutrition, New Cork, CRL Press, 2007.

Muñoz, M, Aranceta, J. y Guijarro, J. L.: El libro blanco de la alimentación de los mayores, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2005.

Rubio, M. Á: Manual de Alimentación y Nutrición en el anciano, Madrid, SCM, 2002.

SENPE. SEGG. : Valoración nutricional en el anciano. Madrid, 2007.

Serrano, M. y col.: Guía de alimentación para personas mayores, Madrid, Ergón, 2010.

'Green care'-Cuidado verde: La experiencia de una granja de cuidado holandesa

Por Irene Yerro Vela

Las granjas de cuidado, muy extendidas y arraigadas en Holanda, son explotaciones agropecuarias en las que también se desarrollan actividades de carácter médico-social. En el presente artículo se expone un panorama general de dicho fenómeno, que se concreta con el ejemplo de la granja 'El Paraíso'.

Agricultura multifuncional y granjas de cuidado

La agricultura multifuncional es aquella que al cultivo de productos agrícolas añade actividades docentes, turísticas y médico-sociales. En esta última categoría se inscriben las granjas de cuidados, que, entre otros objetivos, persiguen promover la salud física y mental de determinados sectores de población. Enmarcadas, por tanto, en las áreas de salud y bienestar social, pueden suponer, paulatinamente, un complemento y hasta una alternativa a los clásicos tratamientos médicos, terapéuticos y de rehabilitación.¹

Esta clase de granjas contribuye al aumento de la calidad de vida de sus pacientes/visitantes, porque les proporciona una rutina-estructura en su quehacer diario, contacto social, disfrute de una actividad normalmente al aire libre, en contacto con la naturaleza, o, simplemente, una ocupación motivadora.

Green care (el cuidado verde) incluye diferentes y variadas prácticas como las granjas, jardines terapéuticos, ecoterapia, ejercicios verdes, etc. Las labores preferentes que suelen desarrollarse consisten en alimentar a los animales, trabajos de jardinería, cultivo de frutas y verduras en la huerta, etc.

A este tipo de granjas acuden personas con los siguientes perfiles: discapacitados, pacientes psiquiátricos, adictos de variada tipología, desempleados, afectados por el síndrome *burnout* (desgaste profesional, ocupacional, etc), niños autistas y pacientes con demencia senil y alzheimer.

Las prácticas en las citadas granjas comprenden áreas científicas tan heterogéneas como la psicología, la psiquiatría, la enfermería, la ergoterapia (tratamientos mediante el trabajo), la ecología, la agricultura, la animalogía, la economía, la ecología del paisaje, la forestación, etc.

La trayectoria del *green care* es amplia y se extiende en diferentes países de Europa occidental como Gran Bretaña, Finlandia, Noruega, Alemania y Austria. Holanda es territorio pionero y exitoso en la materia.



El caso holandés

En Holanda existen en la actualidad más de 1.000 granjas de atención, de las cuales unas 160 atienden a pacientes con demencia senil. El crecimiento de dichas granjas ha sido explosivo, ya que en 1998 la cifra era de sólo 75. Todas ellas, sin excepción, proporcionan una ocupación activa en un ambiente rural agradable al aire libre.

Las estadísticas nos informan de que en 2012 hay 250.000 personas con demencia senil en los Países Bajos. El pronóstico para 2050 - quizá extrapolable a otras geografías del mundo occidental- augura que 565.000 personas (en el sector etario de mayores de 65 años) estarán afectadas por diversas clases de demencia senil. En consecuencia, las perspectivas indican el aumento considerable de necesidades médicas para este grupo social y un cambio profundo en el sector.

Las actividades que se llevan a cabo en la granja están adaptadas a los rasgos del paciente que va a trabajar y, para su adecuado desarrollo, deben contar con la infraestructura y el personal necesarios para dichas funciones. Las modalidades de trabajo también son diferentes: actividades diarias, varios días a la semana, el fin de semana e incluso el trabajo y el alojamiento durante una temporada más o menos prolongada.

Según las investigaciones holandesas más rigurosas, las granjas de cuidado aportan notables ventajas a la hora de tratar a los pacientes de demencia senil, sobre todo si esta práctica se combina con otros tratamientos. Sin embargo, se trata de una cuestión muy compleja en la que todavía queda mucho por investigar. Existen ya estudios científicos que prueban los beneficios de dichas prácticas, por ejemplo la influencia de la naturaleza

en el bienestar de las personas², pero no se cuenta con bibliografía suficiente para evaluar las eventuales ventajas del contacto de los pacientes con los animales.

La Universidad y Centro de Investigación de Wageningen, considerada líder mundial en el área de la agronomía, ha elaborado diversos estudios buscando evidencia científica que avale y justifique los beneficios médicos de las granjas de cuidado. Un reciente estudio desarrollado en dicha universidad³ y liderado por la investigadora Dra. de Bruin concluye que las *Green Care Farms* ofrecen más posibilidades para los pacientes con demencia senil que los centros de día a la hora de organizar

actividades variadas, normalmente al aire libre, y de permanecer físicamente activo. Además, las *Green Care Farms* reportan otros beneficio muy específico: las dietas -a menudo preparadas con los productos obtenidos en la propia granja- son más variadas y saludables.

Pese a lo dicho, el mencionado estudio no observó cambios sustanciales en los pacientes en las áreas de funciones cognitivas, bienestar emocional, estatus funcionales y síntomas de comportamiento, sino que dichos parámetros permanecían estables y semejantes tanto en los centros de día convencionales como en las granjas de cuidado.



Este sistema de cuidado no está exento de dificultades, ni mucho menos. Recientemente, debido a la coyuntura de crisis económica general, el Gobierno holandés ha introducido cambios en la política de gestión y financiación de dichas granjas de cuidados. Hasta la fecha la estancia terapéutica en la granja de niños autistas, ancianos con demencia senil y otro tipo de pacientes estaba cubierta, en términos económicos, por la Seguridad Social nacional mediante ayuda directa a los beneficiarios, no a los responsables de la granja. Según los casos, la aportación económica cubre el coste de estancias de día completo o sólo de medio día. A partir de 2015, las autoridades municipales y regionales serán las responsables de organizar y financiar dichas prácticas. El cómo esta aún por ver.

Visita a una granja de cuidado: Zorgboerderij

Durante un viaje de trabajo en la primavera de 2012, tuve la oportunidad de visitar la granja de cuidado Zorgboerderij 't Paradijs' (Finca El Paraíso), situada en la provincia holandesa de Geerderland, en el centro del país. Aunque su historia como granja tradicional es muy antigua, en 2006 empezó a funcionar como granja de cuidado contando con la experiencia adquirida en los años precedentes cuando algunas personas mayores se acercaban a ella para ayudar como voluntarios en determinadas labores.

La superficie total de la granja es de 1,5 hectáreas, destinadas a huerto, invernaderos y varios edificios. Entre sus principales instalaciones figuran un gallinero para 6.000 aves, el establo con 30 vacas, la cochiquera para 25 cerdos, una cuadra con 5 caballos, además de otros locales para cabras y conejos. Cuenta con unas instalaciones específicas: un edificio dedicado a los ancianos, una cantina (frecuentada sobre todo por los voluntarios), un dormitorio con 10 camas para niños autistas y una tienda.

Esta granja de atención destaca por su versatilidad y diversificación relativas al tipo de pacientes atendidos, las modalidades de cuidado, la producción animal y vegetal y la tipología de trabajo en régimen remunerado, de prácticas y voluntariado. Cuenta con 20 trabajadores contratados y entre 60 y 80 voluntarios, además del personal sanitario: una enfermera, un cuidador social entre semana y un trabajador social para los fines de semana, encargado de la atención y supervisión de 8 niños autistas. El número diario de pacientes visitantes oscila entre 25 y 30, la mayoría ancianos aquejados de demencia senil en distinto grado.

La diversificación es la clave para el éxito de este 'pequeño paraíso', ubicado en un enclave natural ideal, rodeado de prados, bosques, riachuelos, con gran variedad de flora y fauna. Mr. Usbrand Snoeij, corresponsable de la granja junto con su esposa, Caroline Snoeij, nos explicaba cómo el secreto de que la granja pueda ser rentable en términos económicos y pueda ofrecer su variante más social y de cuidados reside en dicha diversificación. Si un año la venta de carne de vacuno no va especialmente bien, cubren gastos con la venta de huevos ecológicos. O si en otra campaña desciende el número de niños autistas que realizan actividades, entonces incrementan las ventas de productos locales en la tienda de la granja. Tanto la carne como los huevos se pueden comprar in situ y muchos clientes se desplazan ex profeso a la granja para comprar productos de calidad, frescos, ecológicos y de producción local (cebollas, patatas, zanahorias, nabos col, repollo, calabaza, etc.).

Las hortalizas, las verduras y las frutas desempeñan también un papel destacado en la granja. En este sentido destacan, por un lado, un vivero y una huerta con más de cuarenta tipos diferentes de hortalizas, hierbas aromáticas y verduras y, por otro, un campo de árboles frutales (manzanas, peras y ciruelas).



En los invernaderos se cultivan el puerro, las espinacas y las ensalada de rúcula y de dientes de león.

Los tipos de visitantes-pacientes que acuden son también muy variados: a) Niños autistas de entre 5 y 12 años; b) personas con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años afectadas por algún tipo de problema psicológico, reintegración o desempleo; c) y ancianos aquejados de demencia senil o alzheimer. Para este último grupo de personas ancianas con algún tipo de demencia, la granja ofrece un programa diario y estructurado de actividades donde las personas disfrutan de un contacto social muy intenso.

La jornada de trabajo empieza a las 10,00 hs, momento en el que los pacientes se reúnen a

tomar un té-café conjuntamente. A continuación se distribuyen las tareas para realizar y cada uno elige el trabajo a desarrollar: regar las hortalizas, transportar carretillas de abono, alimentar a los animales, recogida de huevos, ayuda en la cocina, embalaje de productos artesanales que después serán vendidos en la tienda... A las 12,30 hs se para para hacer una comida y después los pacientes o bien hacen una siesta o descanso o reanudan el trabajo agropecuario. A las 14,30 hs se vuelven a reunir todos juntos para tomar un refrigerio y a las 15,30 hs regresan, según los casos, a sus propias casas o a sus geriátricos.

El granjero Sonoeij mostraba la gran satisfacción que suponía para él tener un medio de vida (la granja era absolutamente rentable debido sobre todo a la producción de huevos y

carne de ternera) con el que mantener a toda su familia. Asimismo, subrayaba la dicha que le producía el poder realizar una actividad social ayudando y favoreciendo la calidad de vida de grupos de personas que en otras circunstancias estarían más desfavorecidas y desatendidas. Nos contó, poniendonos a todos los integrantes del grupo de visitantes la piel de gallina, los resultados positivos obtenidos con niños autistas que se ocupaban, entre otras cosas, de las tareas inherentes al cuidado de los caballos y cómo dichos niños al acabar la jornada se sentían felices, pues habían hecho algo útil, por ejemplo la recogida de huevos ecológicos. En los mismos términos se expresó al referirse a los ancianos, que, en su opinión, tenían la oportunidad de revivir faenas realizadas en sus etapas de jóvenes y adultos y, al mismo tiempo, de establecer relaciones intergeneracionales muy estimulantes con los trabajadores fijos, los voluntarios y hasta los niños.

También nos explicó el reto que su iniciativa representaba no sólo para él y para las personas

que trabajaban en su granja, sino sobre todo para los profesionales sanitarios implicados en las actividades de cuidado. Cuando empezó su experiencia con pacientes de alzheimer, pensaron organizar en taxi su traslado desde los domicilios a la granja. Aquella iniciativa no funcionó, pues los pacientes olvidaban frecuentemente que a una hora exacta el taxi les estaba esperando a la puerta de sus casas. Los taxistas contratados perdieron enseguida la paciencia y el señor Snoeij optó por organizar él mismo el traslado contratando a jóvenes desempleados que estaban en su granja trabajando como voluntarios y que tenían verdadera pasión por conducir una furgoneta de transporte.

La granja de cuidado 'T'Paradis ' es un ejemplo de cómo productividad económica y acción social y terapéutica pueden combinarse en equilibrio. Ojalá esta experiencia, contrastada también en otros lugares de Europa y no exenta de dificultades, sea seguida por otras personas e instituciones y, con las debidas adaptaciones a las peculiaridades locales, implantada de forma sistemática en España.



1 Jan Hasink: Farming for Health: Green-Care Farming Across Europe and the United States of America (2006).

2 Health Council of the Netherlands and Dutch Advisory Council for Research on Spatial Planning, Nature and the Environment. Nature and Health. The influence of nature on social, psychological and physical well-being. The Hague: Health Council of the Netherlands and RMNO (2004).

3 Simone de Bruin: Sowing in the autumn season : exploring benefits of green care farms for dementia patients“ (2009).

Interacción fármaco-nutriente (f-n)

Por el Dr. Eugenio Oria
Nutricionista Complejo Hospitalario de Navarra

La posibilidad de interacción entre un medicamento y alguna de las sustancias que forman parte de los alimentos es, en teoría, muy grande. Puede darse en cualquiera de los momentos del "proceso LADME" (liberación, absorción, distribución, metabolización, excreción) que siguen tanto los fármacos como los alimentos, lo que hace que las referencias bibliográficas sobre el tema sean muy abundantes.

Sin embargo, en la práctica, aunque las interacciones potenciales son muy elevadas, las reacciones F-N con importancia clínica son pocas. En general, se dan en medicamentos con estrecho margen terapéutico (por ejemplo, los anticoagulantes orales) o en fármacos cuya concentración en sangre varía en función de los alimentos que acompañen a su toma.

INTERACCIONES GENERALES

Conviene recordar que, con alguna excepción (alcohol, salicilatos...), el estómago se comporta como una cavidad donde no hay absorción de medicamentos ni alimentos, sino un proceso de dilución, pues llega a contener 1'5 L. de líquido en su interior (en condiciones normales), preparando un jugo que debe tener unas condiciones adecuadas de temperatura (36-37°C), de osmolaridad (300-350 mOsmol/l.) y de tamaño de partículas (2 mm.) para que se abra su esfínter pilórico y puedan iniciarse los procesos de absorción, tanto del medicamento como de los nutrientes.

Si un alimento está muy frío, sus tamaños son grandes, su contenido tiene grasa, el procesamiento gástrico (y, por tanto, la absorción del medicamento que lo acompaña) suele durar hasta 4 horas. Por el contrario, si está templado, tamizado a partículas pequeñas, sin grasa (por ejemplo, puré de patatas), su absorción completa puede darse antes de 30 minutos. Paralelamente, su absorción seguirá unas curvas muy distintas: lentas en un caso, rápidas en otros.

Todo ello se debe a la gran cantidad de receptores (de volumen, de acidez, de osmolaridad, de temperatura, etc.) que hay a la salida del estómago (antro pilórico) y que regulan la evacuación del alimento y del fármaco.

Especial importancia tiene el contenido en grasa ya que el intestino debe estar preparado para su emulsión y absorción con una serie de mecanismos que deben actuar secuencialmente (producción y evacuación de la bilis, secreción pancreática de enzimas para digerirla, movimientos peristálticos para emulsionarla...). Así, cuanto más grasa de lenta digestión tenga un alimento, más costará digerirla (porejemplo, grasas animales como las del cordero).

Si el medicamento es acompañado de algún alimento con estas características, su absorción será muy lenta y si es acompañado sólo de agua, de zumos o de caldos, muy rápida.



En ancianos, la acidez basal y la del periodo digestivo son menores que en el adulto joven, así como el riego intestinal y la superficie de absorción (de medicamentos y de nutrientes). Además, esta superficie (cuantificada en 50-200 m² en un joven) está reducida y disminuye más drásticamente si se somete a unos pocos días de ayuno (o de alimentación venosa), por lo que el nutriente o el fármaco que se administren en periodo de ayuno tendrán una baja absorción.

Algunos medicamentos se absorben mejor si hay grasa en la dieta (por ejemplo, griseofulvina) y otros si hay sal (por ejemplo, litio), pero son excepciones. Las dietas muy carnívoras acidifican la orina y pueden aumentar la eliminación urinaria de algunos fármacos (por ejemplo, amitriptilina) y las muy vegetarianas la alcalinizan.

ALGUNAS INTERACCIONES PARTICULARES DE INTERÉS

- SALES DE CALCIO

Muy usadas par frenar la osteoporosis. Se sabe que, en el ser humano, el calcio es de difícil absorción (no suele pasar el 30-40% del calcio ingerido) y que algunas sustancias contenidas en vegetales la dificultan todavía más. Es el caso de los fitatos de cereales y legumbres o los oxalatos de algunos alimentos (como el cacao).

La acidificación de la orina incrementa también las pérdidas renales de calcio.

Sin embargo, la presencia de algunos azúcares (por ejemplo, lactosa de la leche) puede aumentar algo la absorción digestiva del calcio, y la de Vitamina D, especialmente activa

en nuestro medio entre los meses de marzo y octubre debido a la síntesis dérmica.

- ACENOCUMAROL (Sintrom)

En estos momentos, el anticoagulante oral más usado. Tiene una variabilidad en la absorción y la metabolización, debido en gran parte a la variabilidad en la producción intestinal de Vitamina K, con la que compite.

Muchos fármacos pueden incrementar su efecto anticoagulante (antiinflamatorios, ranitidina, amiodarona, casi todos los antibióticos y antidepresivos, las estatinas, hormonas tiroideas, etc.) y otros, disminuirlo (rifampicina, anti-epilépticos, raloxifeno, azatioprina, etc.), por lo que su manejo en el anciano implica un estricto y periódico control.

Además, algunos alimentos son especialmente ricos en Vitamina K y/o incrementan su producción por parte de la flora intestinal. Es el caso de la remolacha, brócoli, espinaca, lechuga, hígado de ternera o cerdo, etc. Así el efecto anticoagulante del Sintrom puede estar potenciado por la berza, las coles de Bruselas, el regaliz, la papaya; en cambio, puede estar inhibido por el aguacate o el té verde.

- ZUMOS DE FRUTA

Hace relativamente pocos años se publicaron casos de interacciones de varios fármacos (varios medicamentos usados contra el VIH-SIDA) en pacientes que los tomaban con zumo de pomelo. Hoy, estos estudios han dado lugar a la investigación de la metabolización de fármacos a través del sistema enzimático P450, el principal de los cuales es el



En ancianos, la acidez basal y la del periodo digestivo son menores que en el adulto joven, así como el riego intestinal y la superficie de absorción (de medicamentos y de nutrientes).

C4P3A4, abundante en el intestino delgado y que puede ser inhibido intensa y prolongadamente (más de 24 h.) por sustancias existentes en el zumo de varias frutas (naringina, bergamotina, quercetina, etc.), entre las que destaca el pomelo, pero que también abundan en otras frutas (frambuesas, uvas, moras, granada...).

Además, el transporte de muchos medicamentos se hace a través de las “glucoproteínas P”, cuya acción puede inhibirse por zumos de cítricos (limones, naranjas, pomelos...). Otras sustancias transportadoras, como el “péptido OATP”, pueden quedar inhibidas por sustancias contenidas en cítricos, manzanas o mostos.

Muchos trabajos han demostrado las interacciones de los zumos con multitud de medicamentos (betabloqueantes, eritromicina, estatinas, benzodiazepinas, antihistamínicos...).

- DIURÉTICOS Y VIT. B1 (Tiamina)

Los diuréticos, muy utilizados para tratar la HTA o la insuficiencia cardiaca, pueden incrementar la eliminación de B1, especialmente en ancianos.

Es muy frecuente la anorexia inducida por este déficit, de rápida y brusca aparición al iniciar un tratamiento diurético.

- METFORMINA Y VIT. B12 (Cianocobalamina)

Fármaco muy usado en la diabetes 2, tanto en adultos como en ancianos. Hoy se conoce que es capaz de provocar deficiencias en la absorción de B12 en el 5-30% de los ancianos que llevan más de 1 año de tratamiento, sobre todo si se asocia a gastritis atrófica o a fármacos inhibidores de la acidez gástrica.

En la persona mayor, la deficiencia de B12 produce sobre todo alteraciones neuropsiquiátricas (depresión, abatimiento, desorientación, ...) de difícil diagnóstico. Además, la determinación de B12 en el suero con frecuencia se encuentra en valores considerados normales (debiéramos medirla en el interior de las células, pero estas mediciones son lentas y caras).

- OTRAS INTERACCIONES

Descritas multitud de ellas. Como curiosidades, y dado que están de moda, los componentes de la soja pueden alterar los valores de hormonas tiroideas o de haloperidol; los del té; los valores de folatos; la quinina es capaz de inducir hipoglucemias; el regaliz, alterar el efecto de los corticoides; la cafeína, de las tofilinas. Etcétera, etcétera.

Experiencias culinarias en la Residencia La Luz de Estella: despertar la curiosidad o la memoria

Por María Marsá

Que la alimentación es importante, es un axioma, nadie lo discute; pero a veces no nos damos cuenta de la cantidad de cosas para las que es importante. Lo saben bien en la Residencia La Luz de Estella, de Sanitas Residencial. Una comida es, primero, la oportunidad de una buena nutrición, pero también el momento de compartir experiencias con el

resto de residentes y una forma de incidir en el estado de ánimo de los ancianos, tan importante en la salud y bienestar. Y para los que aún pueden manejarse, cocinar es una actividad recomendable para fomentar la movilidad del tronco, mejorar la motricidad fina y la movilidad de articulaciones de los miembros superiores.



Pero la comida en los mayores tiene, además, un componente especial. Les ayuda a periodificar el día y, sobre todo, les sirve de elemento evocador. El sentido del gusto es uno de los más duraderos en la memoria de las personas. Cuando una persona se encuentra en una situación relacionada con la comida, es muy probable que también recuerde otros factores de aquel momento, como quiénes le acompañaban, las costumbres familiares, los platos típicos de su infancia o de su entorno, los sabores que le acompañaron, etc. Todos esos recuerdos se avivan en el momento de las comidas, por eso la dieta diaria puede conllevar multitud de recuerdos y asociaciones para la personas mayores.

La Luz de Estella, como todo el grupo del que forma parte, intenta adaptar la alimentación de cada persona a sus gustos y a su estado de salud. De ahí que cada centro tenga su propia cocina y su equipo de cocineros, que tienen la oportunidad de tratar directamente con el residente. La relación es tan cercana que a cada interno, cuando cumple años, se le diseña una tarta especial y personalizada “a la carta”.

Es habitual, además, que se pongan en marcha talleres terapéuticos de cocina precisamente para estimular los recuerdos y los sentidos en los mayores. Inciden también en la motivación personal y potencian el trabajo en equipo.

Dos son las experiencias que se van a relatar en este artículo: el “Postre del País Amigo” y el proceso que llevó a la confección del libro de recetas “Salud y Sabiduría”.

El Postre del País Amigo



RECETA

Ingredientes: Plátano grande, harina, leche, huevo y azúcar.

Proceso: se lamina el plátano, se prepara una masa de rebozar con harina, leche y huevo. Se pasa por esa masa el plátano y se fríe con abundante aceite muy caliente. Una vez escurrecido se espolvorea con azúcar glass y puede presentarse acompañado de natillas

El último domingo de cada mes (febrero-noviembre 2012), en La Luz de Estella se fomenta la curiosidad que todos los “golosos” llevan dentro para constatar que los mayores suelen serlo y mucho. Una vez al mes se elabora el postre típico de un país diferente, y es que la multiculturalidad de la plantilla de trabajadores permite que la repostería se haga en la propia cocina, bajo la orientación y supervisión de la trabajadora originaria de aquel país que ha facilitado la receta. Como complemento, en la terapia ocupacional los residentes confeccionan banderas del territorio del que se va a elaborar el postre ese mes.

En 2012 los países de los que se probaron recetas fueron Moldavia (febrero), Bangladesh (marzo), Ecuador (abril y octubre), Venezuela (mayo), Costa Rica (junio), Uruguay (julio), Colombia (agosto), Reino Unido (septiembre) y Rumanía (noviembre). La lista de platos es más que sugerente: Curcubeu, Simay, Pastel

de Guineo, Quesadilla, Pura Vida, Panqueque de leche, Melado de Ahuyama, Apple Cumble, Maduro Lampreado y Praefitura cu Bronza.

Sin duda, según la experiencia de la directora de la residencia, Ester Pinillos, la iniciativa ha sido bien acogida, tanto por los internos, como por los empleados y las familias. Por los primeros, por el placer de probar y degustar, y por el resto, porque promueve la participación de residentes, fomenta la integración de las familias en el día a día del centro y refuerza los lazos entre los empleados y los mayores. Esta última unión es, además, imprescindible para conseguir el bienestar del mayor y la satisfacción laboral del equipo humano.

Salud y Sabiduría

Pero en 2012 en La Luz se hicieron más experiencias con comida y mayores. La sabiduría de la residente Natividad Erce Arpón, de 87 años, acabó formando parte de un libro de recetas muy especial. Su plato 'Patatas con espinacas, pasas y piñones' fue uno de los 40 que representaron a otros tantos centros de Sanitas Residencial de toda España.

“Sabor y Sabiduría” es un proyecto que surge para impulsar la imagen de los mayores en la sociedad. El objetivo es reforzar su vertiente más positiva y fomentar la imagen de los mayores como personas activas, con ideas y motivaciones. Al libro, que se editó con 200 páginas finalmente, se presentaron un total de 300 platos de 40 residencias diferentes. Con esta obra, la compañía de atención a mayores pretendía realizar un homenaje al saber gastronómico tradicional de los residentes que cocinaron durante mucho tiempo para sus familias y amigos.

El proceso, en Estella, involucró a toda la residencia. En La Luz se presentaron a concurso 10 menús completos (10 primeros, 10 segundos y 10 postres). Los mayores pusieron su memoria gastronómica, las cocineras su pericia en los fogones, y todos anduvieron semana y media trabajando y degustando lo trabajado. La receta de Natividad, cocinada por Ana Isabel Corrés Daguerre, fue la elegida, y la fórmula partió para Barcelona.



Patatas con espinacas, jamón, pasas y piñones

167



Natividad Herce Arpón
Residencial Luz de Estella
87 años

168

Patatas con espinacas, jamón, pasas y piñones

Ingredientes

Para 2 personas:

- 150 gr de patatas
- 50 gr de espinacas
- 2 lonchas de jamón serrano
- 2 huevos
- 2 vasos de leche
- 2 vasos de agua
- 20 gr de mantequilla
- 1 puñado de pasas
- 1 puñado de piñones
- Una pizca de sal

Elaboración

1. Se cuecen las patatas con una pizca de sal.
2. Una vez cocidas, se hace un puré y se le añade la leche y la mantequilla, ni muy espeso ni muy claro.
3. Se rehoga primero el jamón y después las espinacas en aceite. Se le añaden las pasas y los piñones.
4. La mitad del puré se mezcla con las espinacas, jamón, pasas y piñones.
5. La mitad restante se mezcla con los huevos y se le añade un poco de sal.
6. En una bandeja, se coloca el puré mezclado con la espinaca y en la parte de arriba el puré mezclado con los huevos.
7. Se precalienta el horno a 160° y se hornea el plato hasta que se dore (15 minutos aproximadamente).

169

Además de esas 40 recetas que componían el libro, se premiaron tres de ellas por su originalidad, sabor y adecuación de los platos a la dieta de los residentes: la ‘Calde-reta de Cabrito’ de Sanitas Residencial Mevefares, las ‘Kokotxas de Bacalao al pil pil’ de Sanitas Residencial Txindoki, y el ‘Pastel de Lombarda’ de Sanitas Residencial Las Rozas, como primer, segundo y tercer premio, respectivamente. El libro también incluye tres recetas internacionales de mayores que residen en centros situados en los países donde opera Bupa Care Services, empresa matriz de Sanitas Residencial, como son Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda.

Todas las recetas han pasado a formar parte del menú oficial del conjunto de residencias bajo la premisa de que “aprender de las cosas buenas que hacen los mayores no es copiar... es heredar sabiduría” y sin perder de vista que cada una está hondamente ligada a la historia de una familia.

Antes de “Sabor y Sabiduría”, el grupo Sanitas Residencial produjo el libro “Voces de Sabiduría” (2011), con las frases y emociones de los mayores de sus instalaciones. No ha acabado aquí el recorrido de esta idea valorativa. Este año se iniciará otro proyecto en esta misma línea, aunque habrá que esperar para saber más.

Premios Tomás Belzunegui



LA SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

convoca

PREMIO

Tomás Belzunegui 2013

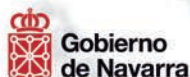
Este premio tiene como objetivo impulsar trabajos periodísticos y literarios (relato corto) que fomenten la imagen positiva de los mayores en una sociedad intergeneracional.

Modalidad “Periodística”
Modalidad Literaria, convocatoria abierta
Modalidad Literaria “Senior”
Modalidad “Audio-Visual”

Lugares de entrega de trabajos, hasta el día 15 de noviembre de 2013

Premio Tomás Belzunegui 2013 (indicar modalidad)
Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología
(Fundación Colegio de Médicos)
Avda. Baja Navarra, 47. 31002 Pamplona/Iruña

colaboran:



Consultar las bases del premio en:
www.sngg.es
snggeriatria@yahoo.es - tel.: 699 45 46 34

El Dr. Tomás Belzunegui Sarasa, fundó con el apoyo y ayuda del Dr. Joaquín Peñalba, el Servicio de Geriatría del Hospital de Navarra en 1980. El carácter innovador y precursor del Dr. Belzunegui y su visión de las características propias de la atención a los ancianos, integral y continua, le sitúan entre los precursores de la Geriatría moderna. Este premio es un reconocimiento a su figura y labor. En él se pretende fomentar la imagen positiva de las personas mayores en una sociedad intergeneracional.

Lugares de entrega de trabajos

Premio Tomás Belzunegui 2013. (indicar modalidad)

- **Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología**
(Fundación Colegio de Médicos)
Avda. Baja Navarra, 47. 31002 Pamplona/Iruña

- Asociación de Periodista de Navarra, C. Pozo Blanco, 15, 1º. 31001 Pamplona.
- Universidad Pública de Navarra. Secretaría Fac. de CC. Humanas y Sociales.
- Universidad de Navarra. Secretaría de la Facultad de Comunicación.
- Residencia Nª Sra. De Gracia (Dirección). Pza. de los Fueros, 5. Tudela (Navarra)

Coordinadores del Concurso

Dolores López. Demógrafa. Universidad de Navarra. Socia de la SNGG.
Begoña Moreno. Dra. de Residencia. Socia de la SNGG.
Tomás Yerro. Catedrático de Literatura. Socio de la SNGG
Juan Jerez. Gerontólogo Social. Socio de la SNGG.

Más información

snggeriatria@yahoo.es; www.sngg.es; Tfno.: 699 45 46 34



2013 año europeo de los ciudadanos



Premio "Tomás Belzunegui" 2013

Modalidad "Periodística"

Modalidad Literaria, convocatoria abierta

Modalidad Literaria "Senior"

Modalidad "Audio-Visual"

COLABORAN



Premio "Tomás Belzunegui" 2013

Bases del Concurso

1. Este premio tiene como objetivo impulsar trabajos que fomenten la imagen positiva de los mayores en una sociedad intergeneracional en el contexto histórico actual.

2. Modalidades literarias

- Los trabajos deben presentarse en formato Word, con una extensión de entre 1.000 y 2.500 palabras.
- Enviar una copia impresa del trabajo, con título y firmada sólo con un pseudónimo; una copia del trabajo en CD y un sobre identificado con el pseudónimo, dentro del cual conste la identificación del autor o autora, mediante fotocopia del DNI, dirección postal, dirección electrónica y teléfono. Introducir todo en un sobre postal y enviar a la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, o a cualquiera de las direcciones que aparecen en este folleto.

a) Modalidad Literaria de relatos cortos, convocatoria ABIERTA. Trabajo inédito.

Premio: 300 € (trescientos euros), certificado y publicación en la revista "Cuadernos Gerontológicos" y en la página web de la SNGG.

b) Modalidad Literaria SENIOR. Trabajo inédito.

Podrán presentarse en esta modalidad las personas mayores de 60 años residentes en Navarra.

Premio: 300 € (trescientos euros), certificado y publicación en la revista "Cuadernos Gerontológicos" y en la página web de la SNGG.

3. Modalidad Periodismo escrito

- Trabajos periodísticos en cualquiera de sus géneros, inéditos o publicados en medios de comunicación navarros, escritos y digitales, durante el último año, hasta la víspera del final del plazo de admisión de originales
- Los Trabajos podrán ser presentados al concurso por los propios autores, por las empresas de los medios en que fueron publicados y, con la autorización de los autores, por la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología. Deberán presentarse bajo un pseudónimo y con la información del autor (nombre, apellido, dirección postal, dirección electrónica y teléfono) en un sobre identificado por el pseudónimo.
- Modo de presentación: Los trabajos publicados en su soporte original, en fotocopia o formato Word. Los trabajos inéditos según las indicaciones recogidas para la modalidad literaria.
- Premio: 300 € (trescientos euros), Certificado y reseña en la revista "Cuadernos Gerontológicos" y en la página web de la SNGG

4. Modalidad Audiovisual (radio, video, tv, fotocomposición)

- Obra inédita o publicada entre años 2011-2013, ambos inclusive, en medios de comunicación de Navarra.
- Los Trabajos podrán ser presentados al concurso por los propios autores, por las empresas de los medios en que fueron publicados y, con la autorización de los autores, por la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología. Presentar en formato CD/DVD, con una duración de entre 15 y 30' una copia completa y otra anonimizada. Deberán presentarse bajo un pseudónimo y con la información del autor (nombre, apellido, dirección postal, dirección electrónica y teléfono) en un sobre identificado por el pseudónimo.
- Premio: 300 € (trescientos euros), certificado y publicación en la página web de la SNGG.

5. Plazos: El plazo de admisión de los trabajos, en todas las modalidades, finaliza el día 15 de noviembre de 2013.

6. Entrega de Premios: En el mes de diciembre de 2013, en fecha que se anunciará oportunamente a todos los interesados premiados. El resto de participantes recibirá, si lo desea, un certificado de participación en el Concurso.

7. Permiso de uso de trabajos e imágenes: Los autores por el mero hecho de concursar aceptan estas bases y permiten libremente, a la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología (SNGG), la publicación y visionado de sus trabajos y la referencia a ellos en todos los foros, sin ánimo de lucro, en los que participe la SNGG. Del mismo modo, las imágenes obtenidas de los concursantes y acompañantes en los Actos de Entrega de Premios, así como las imágenes personales grabadas en los videos a concursar, podrán ser visionadas en público por la SNGG y las entidades colaboradoras del Premio "Tomás Belzunegui". Los autores de los trabajos son los responsables de obtener el permiso de las personas que aparezcan directamente en sus montajes audio-visuales.

8. Durante 2 años, los primeros premios no podrán recaer en los mismos autores; si podrán recibir un accésit. El Jurado hará una mención especial, accésits, a los finalistas segundos de cada modalidad. Sólo se admitirá a concurso un trabajo por autor, dentro de cada convocatoria anual.

Residencia San Miguel

Por Margarita Martínez, Directora

Atravesando el puente sobre el río Arga, al venir por la carretera de Pamplona y cruzando la población por la vía principal, una vez pasado el Ayuntamiento, se encuentra la Residencia de Ancianos de Peralta.

Ya en el año 1391, aparece la primera noticia de la existencia de un Hospital en Peralta, auspiciado por la Cofradía de San Juan, que se dedicaba a acoger a las personas enfermas del pueblo. Es en el año 1920 cuando dicho hospital se clasifica como de Beneficencia Particular, por Real Orden de 10 de julio, y pasa a denominarse Hospital de San Miguel, aun cuando su principal misión era la de amparar a personas desvalidas de la población. En 1964 se dieron los primeros pasos para la

refundición de dos instituciones de la población que se dedicaban al cuidado de ancianos necesitados de la localidad: por una parte estaba el Hospital de San Miguel y, por otra, el Asilo, fundado por don Miguel Revuelta, que se unieron en el año 1965, con la denominación de Hospital de San Miguel y Asilo de Don Miguel Revuelta, según escrito del Ministerio de la Gobernación.

En la actualidad se denomina “Residencia San Miguel – Don Miguel Revuelta”, según figura en los estatutos del centro, y se dedica a acoger a los ancianos de Peralta mayores de sesenta y cinco años. Tienen preferencia las personas más necesitadas, con dificultades económicas o sociales.

Su cabida es de 56 personas, la mayoría provenientes de la población, aunque también acoge a personas de los pueblos limítrofes e incluso de Pamplona.



El Patronato-Fundación está a cargo de una Junta, en la que figura como presidente el Alcalde de la localidad. La residencia está situada en el centro de la población y cuenta con edificios residenciales, jardines e iglesia propiedad del Patronato.

Su cabida es de 56 personas, la mayoría provenientes de la población, aunque también acoge a personas de los pueblos limítrofes e incluso de Pamplona. La gestión es llevada a cabo por una directora, que tiene a su cargo una plantilla de 22 trabajadores, siete religiosas voluntarias, enfermera/o, servicio de fisioterapia, terapia ocupacional, peluquería, servicio de podología y atención religiosa para el que lo desee. Además, tiene cocina y servicio de lavandería propios.

Para una mejor atención, se ha dispuesto de salas comunes y comedores de atención a los dependientes, además de salas de esparcimiento y comedor para los no dependientes.

El colorido y la luminosidad en habitaciones, pasillos, dependencias y salas comunes hacen que la residencia sea más acogedora, rasgo que se completa con amplios jardines para el disfrute de los residentes. Su ubicación en el centro de la localidad contribuye a que los residentes tengan fácil acceso a los paseos de la localidad y a que mantengan una relación directa con los peraltases.

Gerontología y cine:

Las relaciones con los hijos



VACACIONES DE FERRAGOSTO

DIRECCIÓN: Gianni Di Gregorio. Año: 2008.
País: Italia. **INTÉRPRETES:** Gianni Di Gregorio, Valeria De Franciscis, Marina Cacciotti, Maria Cali, Grazia Cesarini Sforza, Alfonso Santagata.
GUIÓN: Gianni Di Gregorio.
FOTOGRAFÍA: Gian Enrico Bianchi.
DURACIÓN: 75 min.
PREMIOS: Premios David di Donatello: Mejor ópera prima.

SINOPSIS: En Italia se conoce como Ferragosto el duro verano alrededor del 15 de agosto. Ese día, los pocos que no están de vacaciones se toman el puente y salen fuera, y es tradicional que los comercios estén cerrados y que la gran ciudad se quede vacía, a excepción de algún que otro turista. Pero Gianni, humilde ciudadano de Roma y de mediana edad, no se puede ir de vacaciones a ningún sitio, porque tiene que atender a su madre.

COMENTARIO: El director construye la cinta desde la falta de pretensiones y el costumbrismo más amable y ligero. La misma circunstancia inicial del enredo y el estafalario aspecto de la madre de Gianni marcan la pauta para una comicidad pausada y nada explosiva, para una historia de diálogos e interpretaciones llenas de naturalidad y normalidad, de situaciones típicas que el espectador reconocerá como auténticas y quizá próximas.

EN EL ESTANQUE DORADO

DIRECCIÓN: Mark Rydell.
TÍTULO ORIGINAL: On Golden Pond.
GUIÓN: Ernest Thompson. **AÑO:** 1981.
DURACIÓN: 109 min. **PAÍS:** EEUU.
MÚSICA: Dave Grusin.
INTÉRPRETES: Henry Fonda, Katharine Hepburn, Jane Fonda, Doug McKeon, Dabney Coleman, William Lanteau
PREMIOS: 3 Oscars: Mejor actor, Mejor actriz y Guión adaptado.

SINOPSIS: Ethel y Norman Thayer son un anciano matrimonio que pasa sus vacaciones en un paradisíaco lugar: "El Estanque Dorado". Norman, un hombre muy activo, soporta muy mal las limitaciones de la vejez y la cercanía de la muerte. Inesperadamente, llega de visita Chelsea, la hija de los Thayer, que siempre ha mantenido unas relaciones muy tensas con su padre.

COMENTARIO: Esta adaptación de una obra teatral de Ernest Thomson (que, por cierto, se podrá ver en Baluarte en diciembre con Lola Herrera y Héctor Alterio) es sin duda una de las obras maestras del cine con Henry Fonda en su último papel protagonista. Todo parece verdad en la cinta, con dos monstruos de la interpretación en un entorno que no hace sino hacer el visionado de la cinta un goce que uno no se puede perder. La Hepburn, magistral a pesar de que los signos del avance del Parkinson eran evidentes. Los Fonda, padre e hija en la realidad y en la ficción, enfrentados en esta deliciosa película.

COMENTARIOS Y SELECCIÓN: Javier De Prada Pérez, Enfermero y Licenciado en CC de la Información



CONVERSACIONES CON MAMÁ

DIRECTOR: Santiago Carlos Oves.

AÑO: 2004.

DURACIÓN: 86 min.

PAÍS: Argentina.

GUIÓN: Santiago Carlos Oves.

MÚSICA: Pablo Sala.

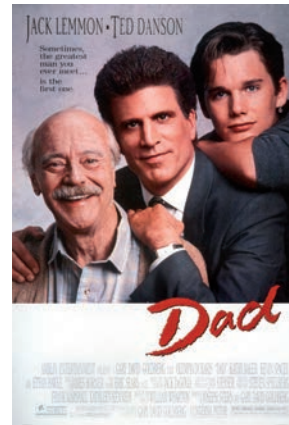
FOTOGRAFÍA: Aníbal Alonso.

INTÉRPRETES: China Zorrilla, Eduardo Blanco, Ulises Dumont, Silvina Bosco, Floria Bloise, Nicolás Condito, Tito Mendoza.

GÉNERO: Drama. Comedia.

SINOPSIS: La madre (China Zorrilla) de Jaime (Eduardo Blanco) tiene ochenta y dos años y él, cincuenta. Ambos viven en mundos muy diferentes. Jaime tiene mujer, dos hijos, una hermosa casa, dos coches y una suegra que atender. Su madre se las arregla sola y sobrelleva su vejez con dignidad. Pero un día ocurre lo inesperado: la empresa para la que trabaja Jaime lo deja en la calle por razones de reajuste de personal. La lamentable situación lo induce a tomar decisiones drásticas porque no puede mantener su tren de vida.

COMENTARIO: Una película de actores y una estimable película de texto. Bella y sencilla pieza cuasi teatral, no en vano la han puesto en escena en el teatro Juan Echanove y María Galiana, y que supone otra muestra de un cine argentino que, con el pretexto de la crisis, hilvana un almibarado pero efectivo relato sobre las relaciones materno-filiales.



MI PADRE

DIRECTOR: Gary David Goldberg.

TÍTULO ORIGINAL: Dad.

AÑO: 1989. **PAÍS:** EEUU.

DURACIÓN: 117 min.

GUIÓN: Gary David Goldberg.

FOTOGRAFÍA: Jan Kiesser.

MÚSICA: James Horner.

INTÉRPRETES: Jack Lemmon, Ethan Hawke, Kathy Baker, Kevin Spacey, Olympia Dukakis, Ted Danson.

GÉNERO: Drama.

SINOPSIS: El matrimonio Tremont, Jake y Betty, son dos ancianos que viven solos hasta que Betty sufre un ataque al corazón y su hijo John, importante ejecutivo, acude para cuidar de su padre. John descubre que Jake es como un niño indefenso ante el mundo, ya que su esposa, una mujer organizada con dotes de mando, ha llegado a anular su personalidad. Entre padre e hijo se establece una fuerte relación de amor, que nunca antes habían experimentado.

COMENTARIO: A pesar de su factura de telefilme, esta cinta, producida por el mismísimo Spielberg, cuenta con el lujo del gran Jack Lemmon, que se basta para elevar el nivel de una película que flojea por momentos, pero que muestra una sencilla historia sobre las relaciones familiares y la responsabilidad en el cuidado. Una cinta olvidada, e incluso difícil de conseguir, pero si lo logran, no se arrepentirán de contemplarla.

Agenda

MARZO

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/48/Anuncio-33/

Convocatoria para la provisión de una plaza de Técnico Tutelar al servicio de Fundación Navarra para la Tutela de Personas Adultas

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/53/Anuncio-9/

ORDEN FORAL 22/2013, de 19 de febrero, de la Consejera de Salud, por la que se crea un Comité de Expertos en Atención a las Demencias.

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/57/Anuncio-3/

RESOLUCIÓN 124/2013, de 12 de marzo, del Director General de Educación, Formación Profesional y Universidades, por la que se amplían plazas para el procedimiento de evaluación y acreditación de competencias profesionales asociadas a los perfiles profesionales de atención a personas en situación de dependencia y emergencias sanitarias, regulado por Resolución 313/2011, de 14 de diciembre, por la que se convoca, en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra, para el año 2011, el procedimiento para la evaluación y acreditación de competencias profesionales asociadas a determinadas cualificaciones definidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

ABRIL

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/62/Anuncio-10/

Aprobación definitiva de la ordenanza municipal reguladora de los apartamentos tutelados dirigidos a las personas mayores (Burlada)

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/66/Anuncio-4/

RESOLUCIÓN 172/2013, de 15 de marzo, del Director General de Agricultura y Ganadería, por la que se establece el procedimiento para la designación de las organizaciones caritativas encargadas de la distribución de alimentos en beneficio de las personas más necesitadas, dentro del Plan 2013 de ayuda alimentaria, en la Comunidad Foral de Navarra.

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/73/Anuncio-5/

ORDEN FORAL 259/2013, de 14 marzo, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se aprueba la convocatoria de ayudas económicas para el acceso de personas mayores a comedores para el año 2013.

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/75/Anuncio-44/

Convocatoria de subvenciones para la utilización de bono-taxi por personas afectadas por graves dificultades en su movilidad (año 2013) Pamplona

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/81/Anuncio-2/

ORDEN FORAL 327/2013, de 10 abril, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se convoca el “VI Premio a la Calidad de los Servicios Sociales de Navarra”

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/113/Anuncio-12/

RESOLUCIÓN 1/2013, de 29 de abril, del Presidente del Consejo de Gobierno de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas, por la que se modifica el Acuerdo de 22 de enero de 2013 de dicho Consejo, por el que se actualizan las tarifas de los servicios gestionados directa o indirectamente por ese Organismo Autónomo, y se corrige un error advertido en el mismo.

MAYO

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/112/Anuncio-0/

DECRETO FORAL 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de Programas y Financiación de los Servicios Sociales de Base.



www.sngg.es

> [sumario](#)