

Proyecto comunitario de abordaje nutricional para el deterioro cognitivo y estilo de vida

Community project for nutritional approach to cognitive decline and lifestyle

Sara Comas Gómez, Luisa Fernanda Velásquez Jaramillo, Jana Ferrer Tura

Estudiantes Nutrición Humana y Dietética en Universidad Rovira i Virgili, Reus, España

Fecha: 27 de mayo de 2025



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat de Medicina
i Ciències de la Salut

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos Neurocognitivos (TNC) representan un deterioro adquirido de las funciones cognitivas, afectando la memoria, el razonamiento y la atención. La enfermedad de Alzheimer (EA) es una forma específica de deterioro cognitivo, con una progresión degenerativa que afecta la autonomía del paciente. La OMS estima que el número de personas con demencia aumentará de 47 millones en 2015 a 132 millones en 2050. A pesar de su alta prevalencia, no existen tratamientos curativos ni estrategias preventivas completamente eficaces por el momento.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es mejorar el estado nutricional de las personas con deterioro cognitivo y demencias y de sus cuidadoras para mejorar la salud.

Metodología: Se espera que participen en el estudio entre 100 y 150 personas del Instituto Lerín Neurocognitive. Se realizaron test y pruebas de funcionalidad cognitiva, se realizaron cuestionarios de frecuencia alimentaria y de estilos de vida. Se les pidió también información clínica relativa a la enfermedad, analíticas sanguíneas y medicación. El programa nutricional y de estilo de vida no tiene una fecha máxima de participación. Se pretende implementar el programa al menos por 5 años, con potencial continuidad si se considera oportuno. En el curso 2024/25 se realizarán 8 sesiones de un máximo de 2 horas para usuarios y cuidadores.

Resultados: Las primeras cuatro actividades, dirigidas a usuarios con deterioro cognitivo, no se evaluaron formalmente, pero mostraron comprensión y participación a través de observaciones cualitativas. Los usuarios expresaron experiencias personales, exploraron sabores y, con apoyo, lograron aplicar el método del plato saludable. Las actividades 5 a 8, dirigidas a cuidadores, incluyeron cuestionarios de satisfacción con resultados muy positivos. La mayoría valoró altamente los contenidos, la metodología y la utilidad práctica de los talleres. Solo una sesión presentó baja asistencia, sin afectar la valoración favorable del programa.

Conclusiones: Este trabajo demuestra que la intervención comunitaria en educación nutricional es eficaz para mejorar hábitos alimentarios en personas con deterioro cognitivo leve y sus cuidadores. Las actividades promovieron la memoria emocional, el disfrute y la participación de los usuarios. Los cuidadores mostraron mejoras en conocimientos y valoraron positivamente el programa. Aunque hubo limitaciones en la evaluación y asistencia, el impacto general fue favorable. Se destaca el rol del dietista-nutricionista como facilitador del bienestar y la autonomía desde un enfoque integral.

Palabras clave (5): Trastornos neurocognitivos; Enfermedad de Alzheimer; Demencia; Riesgo de desnutrición; Dieta mediterránea.

RESUM

Introducció: Els Trastorns Neurocognitius (TNC) representen un deteriorament adquirit de les funcions cognitives, afectant la memòria, el raonament i l'atenció. La malaltia d'Alzheimer (EA) és una forma específica de deteriorament cognitiu, amb una progressió degenerativa que afecta l'autonomia del pacient. L'OMS estima que el nombre de persones amb demència augmentarà de 47 milions el 2015 a 132 milions el 2050. A pesar de la seva alta prevalença, no hi ha tractaments curatius ni estratègies preventives completament eficaces de moment.

Objectiu: L'objectiu principal de l'estudi és millorar l'estat nutricional de les persones amb deteriorament cognitiu i demències i de les seves cuidadores per millorar la salut.

Metodologia: S'espera que participin en l'estudi entre 100 i 150 persones de l'Institut Lerín Neurocognitive. Es van realitzar tests i proves de funcionalitat cognitiva, així com qüestionaris de freqüència alimentària i d'estils de vida. També se'ls va demanar informació clínica relativa a la malaltia, anàlisis de sang i medicació. El programa nutricional i d'estil de vida no té una data màxima de participació. Es pretén implementar el programa durant almenys 5 anys, amb una possible continuïtat si es considera oportuna. Al llarg del curs 2024/25 es realitzaran 8 sessions d'un màxim de 2 hores per a usuaris i cuidadors.

Resultats: Les quatre primeres activitats, dirigides a usuaris amb deteriorament cognitiu, no es van avaluar formalment, però van mostrar comprensió i una participació activa a través d'observacions qualitatives. Els usuaris van expressar vivències personals, van explorar sabors i, amb suport, van aconseguir aplicar el mètode del plat saludable. Les activitats 5 a 8, dirigides a cuidadors, van incloure qüestionaris de satisfacció amb resultats molt positius. La majoria va valorar molt favorablement els continguts, la metodologia i la utilitat pràctica dels tallers. Només una sessió va tenir poca assistència, però això no va afectar la valoració global positiva del programa.

Conclusions: Aquest treball demostra que la intervenció comunitària en educació nutricional és eficaç per millorar els hàbits alimentaris en persones amb deteriorament cognitiu lleu i els seus cuidadors. Les activitats van promoure la memòria emocional, el gaudi i la participació dels usuaris. Els cuidadors van mostrar millores en els seus coneixements i van valorar positivament el programa. Tot i que hi va haver algunes limitacions en l'avaluació i l'assistència, l'impacte general va ser favorable. Es destaca el paper del dietista-nutricionista com a facilitador del benestar i l'autonomia des d'un enfocament integral.

Paraules clau (5): Trastorns neurocognitius; Malaltia d'Alzheimer; Demència; Risc de desnutrició; Dieta mediterrània.

ABSTRACT

Introduction: Neurocognitive Disorders (NCDs) represent an acquired deterioration of cognitive functions, affecting memory, reasoning, and attention. Alzheimer's disease (AD) is a specific form of cognitive impairment, with a degenerative progression that affects the patient's autonomy. The WHO estimates that the number of people with dementia will increase from 47 million in 2015 to 132 million in 2050. Despite its high prevalence, there are no curative treatments or completely effective preventive strategies at the moment.

Objectives: The main goal of the study is to improve the nutritional status of people with cognitive impairment and dementia and their caregivers to improve health.

Methodology: Between 100 and 150 individuals from the Lerín Neurocognitive Institute are expected to participate in the study. Cognitive function tests and assessments were conducted, along with food frequency and lifestyle questionnaires. Participants were also asked to provide clinical information related to the disease, blood test results, and details about their medication. The nutritional and lifestyle program has no fixed end date for participation. The program is intended to run for at least 5 years, with the possibility of continuation if deemed appropriate. During the 2024/25 academic year, 8 sessions of up to 2 hours each will be held for users and caregivers.

Results: The first four activities, aimed at users with cognitive impairment, were not formally evaluated, but showed understanding and active participation through qualitative observations.

Users shared personal experiences, explored flavors, and, with support, managed to apply the healthy plate method. Activities 5 to 8, aimed at caregivers, included satisfaction questionnaires with very positive results. Most participants highly valued the content, methodology, and practical usefulness of the workshops. Only one session had low attendance, but this did not affect the overall favorable assessment of the program.

Conclusions: This work demonstrates that community-based nutritional education is effective in improving dietary habits in people with mild cognitive impairment and their caregivers. The activities encouraged emotional memory, enjoyment, and user participation. Caregivers showed improved knowledge and rated the program positively. Although there were some limitations in evaluation and attendance, the overall impact was favorable. The role of the dietitian-nutritionist is highlighted as a facilitator of well-being and autonomy through a comprehensive approach.

Keywords (5): Neurocognitive disorders; Alzheimer's disease; Dementia; Malnutrition risk; Mediterranean diet.

INTRODUCCIÓN

1.1- Definición (1)

Los trastornos neurocognitivos (TNC) son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente.

Según el DSM-IV se refiere como delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.

En la actualización del DSM-IV al DSM-V, se realizó un cambio en la terminología utilizada para referirse a los trastornos cognitivos. Anteriormente, se utilizaban los términos “demencia”, “trastornos amnésicos” y “otros trastornos cognoscitivos”; sin embargo, en esta nueva clasificación, estas denominaciones han sido reemplazadas por el término “Trastorno Neurocognitivo (TNC)”, el cual se divide en TNC Mayor y TNC Leve, según la magnitud del deterioro y el impacto en la vida diaria del paciente.

Para el diagnóstico de un TNC, es necesario evaluar:

- 1) Los dominios neurocognitivos afectados, que incluyen: la atención compleja, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje, las habilidades perceptuales-motoras y la cognición social. (Anexo 1)
- 2) La presencia de biomarcadores, como pruebas de neuroimagen, estudios genéticos o análisis de laboratorio, que contribuyen a la identificación del tipo específico de TNC.
- 3) El grado de afectación en la autonomía del paciente, determinando si el deterioro cognitivo interfiere en su independencia funcional o si solo requiere estrategias compensatorias.

Tabla 1
Clasificación subtipos de TNC según etiológica (DSM-V)

Nombre	Prevalencia en España	Etiología
Enfermedad de Alzheimer	1.600 casos/100.000 habitantes (2)	Pérdida de memoria
Degeneración del lóbulo frontotemporal	15-22 casos/100.00 habitantes (3)	Alteración del lenguaje y comportamiento
Enfermedad por cuerpos de Lewy	208 casos/100.000 habitantes (4)	Disfunción motora y autonómica
Enfermedad vascular	48 casos/100.000 habitantes (5)	Déficits físicos que producen discapacidad adicional (infartos)
Traumatismo cerebral	30 casos/100.000 habitantes (6)	Menor eficiencia cognitiva, dificultad para realizar actividades habituales debido a hemorragias y pérdida del control emocional
Consumo de sustancia o medicamento	*no hay estudios	Efectos depresores sobre el sistema nervioso central

Infección por VIH	25-144 casos/100.000 habitantes (7)	Afectación de las habilidades ejecutivas y lentificación del procesamiento de la información
Enfermedad por priones	0,1-0,2 casos/100.000 habitantes (8)	Se distinguen por su rápida progresión: descoordinación y alteraciones de la visión
Enfermedad de Parkinson	105-221 casos/100.000 habitantes (9)	Afectación motora y declive cognitivo
Enfermedad de Huntington	1,5-5 casos/100.000 habitantes (10)	Pérdida habilidad para realizar trabajo habitual
Otra afección médica	53-147 casos/ 100.000 habitantes (11)	Lesiones estructurales, afecciones endocrinológicas, afecciones nutricionales, trastornos inmunitarios, fallo hepático o renal...
Etiologías múltiples	232-324 casos/100.000 habitantes (12)	Desarrollado por varias afecciones médicas
No especificado	*no hay estudios	No cumplen criterios de ninguno de los anteriores

Las demencias (TNC) suponen el 8% del total de defunciones que se producen cada año en España.

Es importante diferenciar el deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo es un término amplio que abarca cualquier disminución en las funciones mentales, como la memoria, el razonamiento o la atención. Este deterioro puede deberse a múltiples causas, como el envejecimiento normal, el estrés o enfermedades como la depresión. Por otro lado, la EA es una forma específica de deterioro cognitivo, caracterizada por una progresión gradual y degenerativa que afecta principalmente la memoria y otras funciones cognitivas, y que avanza con el tiempo hasta impedir la autonomía del paciente.

Desde el punto de vista fisiopatológico, para estudiar la enfermedad de Alzheimer (EA) se utiliza la clasificación ATN.

Tabla 2

Clasificación de los biomarcadores según modelo ATN

A (Amiloide)	T (Tau)	N (Neurodegeneración)
Depósito de beta-amiloide (A β) en el cerebro	Presencia de proteína tau fosforilada (p-Tau), relacionada con neurodegeneración.	Atrofia cerebral y disfunción neuronal

Tabla 3
Clasificación de los pacientes según ATN

A-T-N-	A-T+N+	A+T-N-	A+T+N+
Sin biomarcadores patológicos, es decir, cognitivamente sano.	Enfermedades neurodegenerativas distintas al Alzheimer (como demencia frontotemporal).	Depósito amiloide sin evidencia de daño neuronal o taupatía.	Enfermedad de Alzheimer con todos los biomarcadores alterados

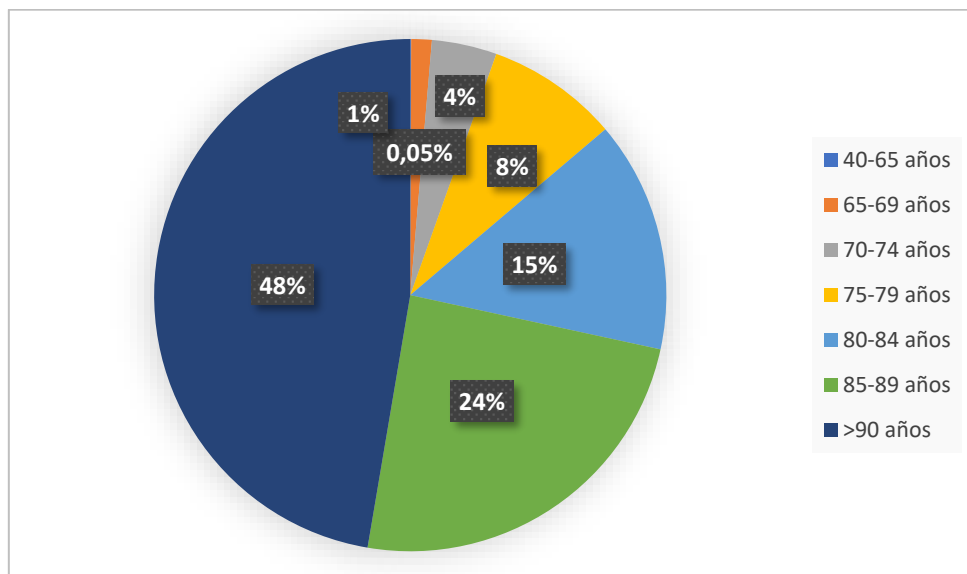
1.2- Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 había aproximadamente 47 millones de personas en el mundo afectadas por EA y otras demencias, lo que representaba alrededor del 5% de la población mayor. Se estima que esta cifra aumentará a 75 millones en 2030 y alcanzará los 132 millones en 2050, duplicándose cada 20 años. Anualmente, se registran cerca de 9,9 millones de nuevos casos, lo que equivale a un nuevo diagnóstico cada tres segundos.

El impacto de la EA será mayor en los países de ingresos bajos y medios, donde en 2015 residía el 58% de los afectados, proporción que se espera aumente al 63% en 2030 y al 68% en 2050. Este incremento está relacionado con el envejecimiento poblacional y el aumento en la esperanza de vida. Sin embargo, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, ya que aproximadamente el 9% de los casos corresponden a formas de aparición temprana, con síntomas previos a los 65 años.

En España, la prevalencia de la EA según la edad (13):

Figura 1
Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer según la edad en España



Aplicando estos datos a la población española, se estima que más de 700.000 personas mayores de 40 años padecen la enfermedad. Para 2050, esta cifra podría duplicarse y superar los dos millones de casos. A pesar de la existencia de múltiples estudios sobre la prevalencia e incidencia

del Alzheimer, no se dispone de cifras exactas sobre el número real de personas diagnosticadas en España.

Actualmente, no existen tratamientos curativos ni estrategias preventivas completamente eficaces. (13,14)

1.3- Diagnóstico (15,16)

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en psicología implica un proceso multidimensional que incluye una evaluación clínica detallada, pruebas neuropsicológicas y pruebas complementarias para descartar otras posibles causas de deterioro cognitivo.

1. **Evaluación clínica:** El primer paso en el diagnóstico es la entrevista clínica, que incluye la recopilación de información sobre los síntomas actuales del paciente, sus antecedentes médicos y los cambios observados en la memoria y el comportamiento. Además, se obtienen datos de los familiares, lo que ayuda a identificar el inicio de los síntomas. Se aplican los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y del NIA-AA (National Institute on Aging and Alzheimer's Association) para asegurar que los síntomas se ajusten a las definiciones específicas de Alzheimer.

Tabla 4
Diagnóstico enfermedad de Alzheimer (Pág. 662)

	Criterios diagnósticos	Biomarcadores
TNC mayor o leve por enfermedad de Alzheimer	<p>A) Cumplimiento de los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B) Inicio insidioso y progresión gradual de los síntomas cognitivos y comportamentales (trastorno en uno o más dominios cognitivos, en el TNC mayor deben estar afectados por lo menos dos dominios)</p> <p>C) Cumplimiento de los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible. TNC Mayor: Se considera “probable” si hay una mutación genética confirmada o un patrón clínico típico sin otra etiología. Si no se cumplen estos criterios, se clasifica como “posible”. TNC Leve: Se considera “probable” solo si hay una mutación genética confirmada. Si no, se clasifica como “posible” basándose en la progresión de los síntomas.</p> <p>D) Descarte de otras etiologías que puedan explicar el deterioro cognitivo, como enfermedades cerebrovasculares, trastornos psiquiátricos u otros procesos neurológicos.</p>	<p>1. Marcadores histopatológicos (post mortem)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atrofia cortical - Placas neuríticas amiloides - Ovillos neurofibrilares de proteína tau <p>2. Marcadores genéticos (mutaciones causantes en casos de inicio temprano autosómico dominante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proteína precursora del amiloide (PPA) - Presenilina 1 (PSEN1) - Presenilina 2 (PSEN2) - Apolipoproteína E4 (ApoE4) (factor de riesgo, pero no diagnóstico) <p>3. Biomarcadores en estudios de neuroimagen y líquido cefalorraquídeo (LCR):</p> <ul style="list-style-type: none"> - PET scan con visualización de amiloide - Reducción de beta-amiloide 42 en LCR - Atrofia del hipocampo y corteza temporoparietal en RM - Hipometabolismo temporoparietal en PET-FDG - Aumento de proteína tau total y fosfo-tau en LCR

2. **Pruebas neuropsicológicas:** Se realizan pruebas estandarizadas para evaluar las funciones cognitivas.

- El Mini-Mental State Examination (MMSE)
- El Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Escala de Deterioro Global (GDS-7)

La escala consta de siete etapas que van desde el envejecimiento normal hasta la demencia severa, lo que ayuda a los profesionales de la salud a evaluar el progreso de la enfermedad y adaptar el tratamiento en consecuencia.

Tabla 5
Escala de Deterioro Global (GDS-7)

Sin deterioro cognitivo (GDS 1)	Función normal, sin quejas de memoria ni déficits observables.
Deterioro cognitivo muy leve (GDS 2)	Olvidos leves, como olvidar nombres o dónde se dejó un objeto.
Deterioro cognitivo leve (GDS 3)	Problemas evidentes de memoria, dificultad para recordar nombres y menor rendimiento en el trabajo.
Deterioro cognitivo moderado (GDS 4)	Dificultad para manejar dinero, olvidar eventos recientes y problemas con tareas complejas.
Deterioro cognitivo moderadamente severo (GDS 5)	Necesidad de ayuda para actividades diarias como la higiene personal o el vestir, confusión con fechas.
Deterioro cognitivo severo (GDS 6)	Olvido de los nombres de familiares cercanos, cambios en el comportamiento, necesita ayuda constante.
Deterioro cognitivo muy severo (GDS 7)	Pérdida total del lenguaje, movilidad limitada, dependencia completa.

Son comunes también para evaluar la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas. En casos más complejos, cuando los síntomas son menos claros o los déficits son más sutiles, se utilizan pruebas más detalladas como:

- La WAIS-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos)
- La Batería Neuropsicológica de Luria.

3. **Descartar otras causas:** A fin de confirmar que el deterioro cognitivo observado no sea causado por otras condiciones tratables, se realizan exámenes médicos. También es fundamental realizar neuroimagen, como resonancia magnética nuclear (RMN) o tomografía axial computarizada (TAC), para identificar cambios estructurales en el cerebro, tales como la atrofia cortical, que es característica de la EA.

1.4- Factores de riesgo

En la enfermedad de Alzheimer, el principal factor de riesgo es la edad, especialmente por encima de los 65 años. El sexo femenino tiene más riesgo de desarrollar la enfermedad, debido a la disminución de estrógenos durante la menopausia (17). Como factores genéticos, los antecedentes familiares aumentan el riesgo de padecer la enfermedad y la presencia del alelo $\epsilon 4$ del gen APOE también aumenta el riesgo respecto a las personas que no lo tienen, aunque no determina la aparición de la enfermedad (18,19).

Artículos recientes muestran la asociación del traumatismo a un incremento de 1.81 del riesgo a desarrollar la EA. Aunque el mecanismo todavía no está claro, estudios sugieren la posibilidad de que el traumatismo cerebral haya roto la barrera hematoencefálica con la consecuente infiltración de leucocitos y la activación de las células microgliales (20).

Un factor importante para estimar la progresión de la EA es el nivel educativo. Se ha asociado una progresión más rápida a aquellas personas con un nivel educativo bajo en comparación a aquellas que tienen un nivel más alto (21).

Como factores de riesgo modificables existe una relación inversa entre la salud cardiovascular y la aparición de la enfermedad, es decir, una mala salud cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, tabaquismo y sedentarismo) aumenta el riesgo de sufrir EA (22).

La obesidad se caracteriza por ser una enfermedad que causa una inflamación crónica en el tejido adiposo. Este proceso causa la desregulación de distintos sistemas, uno de ellos es la neurodegeneración. La disminución de las adipocinas, que regulan el gasto energético, y la resistencia a la leptina, que protege de la degeneración neuronal, aumentan el riesgo de la enfermedad (23,24).

La adherencia a la dieta mediterránea está asociada a un menor riesgo a la aparición de determinadas enfermedades y, además, estudios muestran la relación de ésta con la mejora de la función cognitiva. Metaanálisis recientes concluyen que una mayor adherencia a la dieta mediterránea reduce el riesgo de sufrir todo tipo de demencia (25).

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen más riesgo a desarrollar la enfermedad debido a que presentan similitudes en los procesos bioquímicos de ambas enfermedades, como el estrés oxidativo, la disfunción de las mitocondrias e inflamación, entre otras (26). Otros estudios concluyen en el papel de la resistencia a la insulina en la patogénesis de EA, por lo que consideran que ésta podría ser una enfermedad metabólica (27).

Estudios sugieren una asociación entre las concentraciones altas de homocisteína y niveles bajos de ácido fólico en el desarrollo de la EA. Un aumento de 5µmol/L en los niveles de homocisteína conllevan un aumento del 12% del riesgo a padecer la enfermedad, por lo tanto, hay una relación dosis-dependiente entre la homocisteína y la aparición de la patología. Sin embargo, aún faltan más estudios para terminar de estudiar esta relación (28).

El estilo de vida sedentario ha demostrado ser un factor de riesgo para la EA y muchas otras. La actividad física se ha relacionado con una mejora cognitiva y disminuye la formación de amiloide, el causante de la patología (29,30).

Por lo tanto, como factores protectores tenemos la adherencia a la dieta mediterránea y la realización de actividad física de forma regular.

Como todavía no hay tratamiento para la patología, se está estudiando cómo disminuir los factores de riesgo modificables mencionados anteriormente. La Fundación Pasqual Maragall, por ejemplo, da consejos para reducirlos: cambiar los hábitos del estilo de vida, no fumar, no consumir alcohol en exceso, garantizar una buena calidad del sueño, adoptar una dieta mediterránea, realizar actividad física de forma regular y mantener la actividad cognitiva y social (19).

1.5- Alimentación y estado nutricional

La alimentación y el estado nutricional juega un papel clave en la salud cerebral y en la prevención del deterioro cognitivo, incluyendo la EA. La desnutrición y las deficiencias de ciertos nutrientes pueden acelerar el daño neuronal, mientras que una dieta equilibrada puede contribuir a la neuroprotección. Encontramos evidencia sólida al respecto en los siguientes puntos:

Dieta mediterránea y riesgo reducido de Alzheimer:

Estudios longitudinales han confirmado que la adherencia a la dieta mediterránea se asocia con un menor riesgo de deterioro cognitivo leve y progresión hacia demencia, así como con una mejor preservación del volumen cerebral en áreas vulnerables al Alzheimer (31). Además, esta dieta parece modular favorablemente biomarcadores inflamatorios y metabólicos relacionados con el envejecimiento cerebral (32).

Restricción calórica y metabolismo cerebral:

La restricción calórica moderada se ha vinculado con beneficios neurobiológicos, incluyendo una mayor plasticidad sináptica, mejora en la eficiencia mitocondrial y reducción del estrés oxidativo. En modelos animales, dicha restricción ha mostrado disminuir la acumulación de beta-amiloide y tau fosforilada (33). Por otro lado, estrategias como el ayuno intermitente podrían estimular mecanismos de autofagia neuronal, favoreciendo la eliminación de proteínas mal plegadas y protegiendo así contra el daño neurodegenerativo (34).

Deficiencias nutricionales y riesgo de Alzheimer:

- Deficiencias en vitaminas B6, B12 y ácido fólico pueden aumentar los niveles de homocisteína, un factor de riesgo asociado con neurodegeneración y EA (35).
- Bajos niveles de vitamina D han sido vinculados con un mayor riesgo de deterioro cognitivo (36,37).

Inflamación y estrés oxidativo:

- Dietas ricas en azúcares refinados y grasas saturadas promueven la inflamación crónica y el estrés oxidativo, mecanismos involucrados en la patogénesis del Alzheimer.
- Antioxidantes como los presentes en la dieta mediterránea (frutas, verduras, aceite de oliva, pescado) pueden contrarrestar estos efectos (38).

Papel de los ácidos grasos omega-3:

- El DHA, un ácido graso omega-3 presente en pescados grasos, ha mostrado efectos neuroprotectores, reduciendo la acumulación de beta-amiloide, una proteína clave en el Alzheimer.

1.6- Importancia del nutricionista en este ámbito

El nutricionista desempeña un rol esencial en la prevención y el manejo del deterioro cognitivo y la EA a través de:

Evaluación del estado nutricional:

- Identificación de déficits nutricionales tempranos en pacientes en riesgo.
- Evaluación de la ingesta de nutrientes clave para la salud cerebral.

Diseño de planes nutricionales personalizados:

- Adaptación de la dieta según la etapa de la enfermedad.
- Incorporación de alimentos ricos en antioxidantes, ácidos grasos esenciales y vitaminas neuroprotectoras.

Control de factores de riesgo metabólicos:

- Manejo del peso, la glucosa y los lípidos para prevenir enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo, como la diabetes tipo 2.

Educación y apoyo a pacientes y cuidadores:

- Enseñanza sobre estrategias de alimentación adaptadas a la progresión de la EA, considerando dificultades en la deglución y cambios en el apetito para los cuidadores

Por otro lado, la dieta MIND, diseñada por investigadores de la Universidad Rush, mostró una reducción del 53% en el riesgo de Alzheimer en personas que la siguieron rigurosamente (39).

Por lo tanto, observamos que el estado nutricional influye directamente en el desarrollo y progresión del deterioro cognitivo y la EA, y el rol del nutricionista es clave en la prevención y manejo de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Este documento es una submuestra que formó parte de un estudio cuasi experimental no controlado en desarrollo.

Criterios de inclusión:

- Usuarios del Instituto Lerín Neurocognitive
- Familiares y cuidadores de los usuarios

Criterios de exclusión:

- Usuarios con GDS-6 y GDS-7

Al ser un estudio a largo plazo, se esperó que participaran en el estudio entre 100 y 150 personas del Instituto Lerín Neurocognitive.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con medicamentos de Universitat Rovira i Virgili (IISPV).

El objetivo principal del estudio es mejorar el estado nutricional de las personas con deterioro cognitivo y demencias y de sus cuidadoras para mejorar la salud a través de sesiones educativas en nutrición y salud para pacientes y cuidadores que más adelante detallaremos.

Al inicio del estudio se realizaron test y pruebas de funcionalidad cognitiva, cuestionarios de frecuencia alimentaria y de estilos de vida. Se les pedirá también información clínica relativa a la enfermedad y medicación.

El programa nutricional y de estilo de vida no tiene una fecha máxima de participación, las diferentes sesiones son siempre abiertas a quien quiera participar en ellas. De todos modos, se pretende implementar el programa al menos por 5 años, con potencial continuidad si se considera oportuno.

Inicialmente, cada participante tuvo una visita para recogida de datos al inicio. A los 6 meses se programó otra visita, y otra al año. Posteriormente se visitan con una periodicidad anual.

Los datos que se extrajeron de la historia clínica durante el estudio eran los siguientes (Anexo II):

- Datos demográficos y clínicos.
- Datos de hábitos y estilo de vida.
- Test específicos de función cognitiva.
- Nivel de actividad física y composición corporal

El personal del estudio solo recopila información codificada personal sobre el usuario durante su participación en el estudio. El personal del estudio sustituye la información que le identifique directamente (como su nombre e información de contacto) por un código. Este código se utiliza para identificar al participante y a sus informes de la investigación durante el estudio. La lista que vincula el código con su nombre se guarda en un lugar seguro en el centro del estudio.

El beneficio del estudio es el seguimiento de un estilo de vida más saludable, el empoderamiento de los participantes para ser motor de cambio de su propia enfermedad, la mejora del equilibrio emocional y del aislamiento social que con frecuencia sufren las personas cuidadoras, y además el avance del conocimiento en los factores de riesgo del deterioro cognitivo y la demencia y las posibles estrategias comunitarias para un mejor acompañamiento de quien las padece. La participación del estudio no supone riesgos específicos para los participantes.

Instituto Lerín Neurocognitive

El Instituto Lerín Neurocognitive es el centro donde realizamos las sesiones grupales a usuarios y cuidadores. Es una Asociación de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos de Reus y Baix Camp, una entidad sin ánimo de lucro con más de veinte años de experiencia. Presta servicios de detección y atención terapéutica directa. También colabora en la investigación y desarrolla proyectos para informar, sensibilizar, orientar y asesorar a la sociedad. (40)

Los objetivos de la asociación son:

- Desarrollar actividades dirigidas a los efectos y consecuencias de la EA y otros trastornos neurocognitivos
- Informar y sensibilizar la ciudadanía
- Apoyar moral y legalmente a los familiares
- Dar apoyo psicológico a los familiares
- Realizar actividades enfocadas a la atención integral del usuario y del cuidador familiar

El objetivo global del Instituto Lerín Neurocognitive es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por un trastorno neurocognitivo y la de sus familiares cuidadores. Quieren conseguir el acceso universal a las terapias no farmacológicas y que la persona afectada viva en su entorno domiciliario, garantizando el apoyo al familiar cuidador.

“El Instituto Lerín Neurocognitive es un conjunto de servicios especializados en brindar una atención integral a personas con trastorno neurocognitivo para responder a los problemas cognitivos, físico-funcionales, emocionales y conductuales que les afectan.” (alzheimer-reus.org)

El Instituto Lerín se integra por un centro terapéutico y la unidad de memoria. El centro terapéutico está especializado en trastornos neurocognitivos y es un centro de atención integral para personas en todas las fases del proceso neurodegenerativo. Además de la intervención terapéutica incluye un programa de atención de enfermería, asistencial, social y familiar.

La unidad de memoria es una unidad de atención integral y especializada para personas con deterioro cognitivo leve o moderado, proceso neurodegenerativo en fases iniciales o daño cerebral adquirido. También se realizan talleres de entreno cognitivo para personas sin alteraciones cognitivas. Los programas que configuran la unidad de memoria contemplan la prevención y la intervención específica en trastornos neurocognitivos.

También ofrecen un servicio de ayuda a domicilio y un grupo psicoeducativo junto a talleres formativos para los familiares cuidadores.

Calendario de actividades en el Instituto Lerín Neurocognitive

Figura 2. Cronograma del proyecto curso 2024-25

OCTUBRE				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	1	2	3	4
		1ª reunión Instituto Lerín Neurocognitive		
7	8	9	10	11
Preparación actividades				
14	15	16	17	18
Preparación actividades				
21	22	23	24	25
Preparación actividades				
28	29	30	31	
Preparación actividades				

NOVIEMBRE				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				1
4	5	6	7	8
Reunión: explicación recogida de datos				
11	12	13	14	15
Agendar usuarios para la recogida de datos				
18	19	20	21	22
	2ª reunión Instituto Lerín Neurocognitive			
25	26	27	28	29
Agendar usuarios para la recogida de datos				

DICIEMBRE				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
2	3	4	5	6
	1ª actividad: Mesa redonda sobre hábitos alimentarios en Navidad	2ª actividad: Sabores y recuerdos: taller de nutrición emocional	3ª actividad: Cata de frutas y frutos secos navideños	
9	10	11	12	13
4ª actividad: Juego de selección de alimentos para formar un plato saludable	Recogida de datos			
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31			

ENERO				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
Preparación actividades				
27	28	29	30	31
Preparación actividades				

FEBRERO				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3	4	5	6	7
	Recogida de datos			
10	11	12	13	14
Agendar usuarios para la recogida de datos				
17	18	19	20	21
3ª reunión Instituto Lerín Neurocognitive	Recogida de datos			
24	25	26	27	28
Preparación actividades				

MARZO				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
	Reunión: nuevas sesiones psicoeducativas			
17	18	19	20	21
Recogida de datos		Recogida de datos		
24	25	26	27	28
Recogida de datos	Recogida de datos			
31				

ABRIL				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	1	2	3	4
Preparación actividades				
7	8	9	10	11
Recogida de datos	5ª actividad: Cuidarte para cuidar	Recogida de datos	6ª actividad: El plato saludable: cuidando a través de la alimentación	
			Recogida de datos	
14	15	16	17	18
Preparación actividades				
21	22	23	24	25
	7ª actividad: Alimentación en personas con Alzheimer - problemas y soluciones	Recogida de datos	8ª actividad: Taller de desayunos nutritivos	
			Recogida de datos	
28	29	30		

Sesiones y talleres grupales

Se han realizado ocho actividades en grupo de entre 5 y 15 personas, cuatro de ellas dirigidas a usuarios con un estadio de deterioro cognitivo leve y las otras cuatro para los cuidadores familiares, diseñadas por dietistas-nutricionistas. Seguidamente se explicarán los objetivos, en qué consisten y en qué evidencia nos basamos para desarrollar cada actividad y taller. Cada tabla que mostramos por actividad representa la evidencia sólida que respalda el diseño de cada sesión llevada a cabo en el Instituto Lerín.

Actividad 1: “Sabores i Recuerdos: Taller de nutrición emocional para personas con Alzheimer” (Anexo III)

Tabla 6: Efectos de la estimulación olfativa y la terapia de reminiscencia en la memoria autobiográfica y el bienestar de personas con demencia.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Smell your memories: Positive effect of odor exposure on recent and remote autobiographical memories in Alzheimer's disease	26 pacientes con alzheimer leve y 28 controles	Se investigó el impacto de la exposición a olores en la recuperación de recuerdos autobiográficos recientes y remotos en personas con Alzheimer leve. Los pacientes con Alzheimer mostraron una mejora en la cantidad y especificidad de sus recuerdos, tanto de la infancia como de la adultez y recientes, al ser expuestos a olores.	Estudio experimental controlado	2019	Alzheimer's disease; autobiographical memory; odor; olfactory stimulation; retrograde amnesia.	Glachet O, El Haj M. Olfactory memory in Alzheimer's disease: Is odor recognition spared in mild cognitive impairment? <i>Physiol Behav.</i> 2019;210:112615.
The Role of Odor-Evoked Memory in Psychological and Physiological Health	-	Sugieren que olores asociados a recuerdos positivos pueden mejorar el estado de ánimo, reducir el estrés y disminuir la inflamación.	Revisión	2016	aromatherapy; autobiographical memory; emotion; gender; immune-response; odor; personality; psychology; stress physiology.	Herz RS. Odor-evoked memory and emotion: Theoretical considerations and clinical applications. <i>Curr Neurol Neurosci Rep.</i> 2016;16(8):61.
Effects of reminiscence therapy in people with dementia: A systematic review and meta-analysis	Más de 3000 participantes en 29 estudios	Investiga los efectos de la terapia de reminiscencia en personas con demencia. Esta mejora la función cognitiva y la calidad de vida, a la vez que reduce los síntomas depresivos y neuropsiquiátricos en los individuos.	Meta-análisis	2022	meta-analysis; non-pharmacological therapy; people with dementia; reminiscence therapy.	Okumura Y, Taki Y, Yamamoto S, Ikeda M. Effects of food-related reminiscence therapy on cognitive function and emotional well-being in older adults with dementia. <i>Geriatr Gerontol Int.</i> 2019;19(5):424–8.

Este taller es una oportunidad para favorecer el bienestar emocional, ya que los sabores y olores de algunos alimentos pueden estar vinculados en momentos significativos de la vida de los

usuarios. A través de la experiencia de degustar y manipular alimentos se puede estimular la memoria emocional, aunque sea de forma sutil.

El objetivo general de esta actividad es promover una experiencia sensorial y emocional mediante la degustación de diferentes alimentos saludables buscando estimular los sentidos. Como vemos en los estudios más arriba, la exposición a olores promueve la recuperación de los recuerdos en estos pacientes.

La actividad consiste en la preparación de 2 purés (uno de verduras y el otro de frutas), la degustación de éstos y de una gelatina preparada el día anterior por las Dietistas-Nutricionistas.

Para el puré de verduras utilizaremos zanahoria y calabacín previamente hervidos para que los usuarios puedan aplastarlo con un tenedor. Elegimos la zanahoria por su riqueza en vitamina A y el calabacín por su gran contenido de agua para favorecer la hidratación. En la mesa compartida dejaremos distintas especies (orégano, perejil, pimienta negra y romero) y aceite de oliva virgen para que se lo añadan al puré.

El puré de frutas utilizaremos plátano y fresa debido a su contenido en potasio y antioxidantes, respectivamente. El mecanismo será el mismo: los usuarios deberán aplastar las frutas previamente peladas y cortadas, con un tenedor.

La gelatina es suave, fresca e hidratante y nos sirve de ejemplo para explicar alternativas de postres que no sean los convencionales.

Actividad 2: “Juego de selección de alimentos para formar un plato saludable” (Anexo IV)

Tabla 7: Importancia del rol de la dieta mediterránea en la prevención y manejo del deterioro cognitivo.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Effect of nutrition on neurodegenerative diseases. A systematic review(41)	1.233.938 humanos (79 estudios)	Evaluar el efecto de la dieta mediterránea, el soporte nutricional, la suplementación con EPA y DHA y con vitaminas en personas con deterioro cognitivo La dieta mediterránea disminuye la progresión de la EA.	Revisión sistemática	2021	Nutrition; diet; Alzheimer’ disease; Parkinson’ disease;Huntington disease; multiplesclerosis; amyotrophic lateralsclerosis; cognitiveimpairment	Bianchi VE, Herrera PF, Laura R. Effect of nutrition on neurodegenerative diseases. A systematic review. Nutr Neurosci [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2025];24(10):810-34. Disponible en: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=yyns20
Meta-analysis and moderator analysis of the prevalence of malnutrition	6513 humanos (16 estudios)	Estimación de la prevalencia global de malnutrición y riesgo de malnutrición en	Meta-análisis	2024	Malnutrition; Malnutrition risk; Dementia;	Arifin H, Chen R, Banda KJ, Kustanti CY, Chang CY, Lin HC, et al. Meta-

and malnutrition risk among older adults with dementia (42)		adultos mayores con demencia. El 32,52% presentan malnutrición y el 46,80% tiene riesgo de malnutrición.			Older adult; Meta-analysis	analysis and moderator analysis of the prevalence of malnutrition and malnutrition risk among older adults with dementia. Int J Nurs Stud. 1 de febrero de 2024;150:104648.
Mediterranean Diet, Ketogenic Diet or MIND Diet for Aging Populations with Cognitive Decline: A Systematic Review (43)	2959 humanos (19 estudios)	Resumen de tres patrones dietéticos (dieta mediterránea, dieta cetogénica y dieta MIND) y su efecto en la prevención de la demencia.	Revisión sistemática	2023	Mediterranean diet; ketogenic diet; MIND diet; mild cognitive impairment; Alzheimer's disease; dementia; aging; systematic review	Devranis P, Vassilopoulou E, Tsironis V, Sotiriadis PM, Chourdakis M, Aivaliotis M, et al. Mediterranean Diet, Ketogenic Diet or MIND Diet for Aging Populations with Cognitive Decline: A Systematic Review. Life [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 13 de abril de 2025];13(1):173. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9866105/
Association between Mediterranean diet and dementia and Alzheimer disease: a systematic review with meta-analysis (44)	65955 humanos (21 estudios)	Estudia la asociación entre la adherencia de la dieta mediterránea y el riesgo de demencia en personas mayores de 60 años. Una mayor adherencia de la dieta mediterránea disminuye el riesgo a padecer demencia	Revisión sistemática	2024	Mediterranean diet; Elderly; Dementia; Alzheimer disease	Nucci D, Sommariva A, Degoni LM, Gallo G, Mancarella M, Ntarelli F, et al. Association between Mediterranean diet and dementia and Alzheimer disease: a systematic review with meta-analysis. Aging Clin Exp Res [Internet]. 1 de diciembre de 2024 [citado 13 de abril de 2025];36(1):77. Disponible en:

Hay una gran prevalencia a la malnutrición y la disminución de la adherencia a la dieta mediterránea. Es por eso por lo que la actividad siguiente tratará de aplicar las pautas de la dieta mediterránea en la alimentación de cada usuario.

El objetivo del taller es promover la alimentación saludable mediante un juego. Repartiremos unas tarjetas de alimentos entre los usuarios y éstos deberán formar su plato favorito. Las tarjetas son las mismas para cada uno y cada una representa un grupo de alimentos. Para facilitararlo, las tarjetas de los cereales se han dividido en pasta, arroz y pan. El aceite de oliva y los frutos secos también están por separado.

Una vez hayan formado su plato, se explicará el plato saludable y las recomendaciones para una alimentación saludable. Posteriormente cada usuario explicará su plato, cómo lo cocina y qué alimentos utiliza. Las Dietistas- Nutricionistas preguntaran si consideran que su plato sigue las recomendaciones explicadas y si no es el caso, cómo lo cambiarían para que sea más saludable.

Al finalizar la actividad se adjuntarán las recomendaciones con el plato saludable en papel.

Actividad 3: “Mesa redonda sobre hábitos saludables en Navidad” (Anexo V)

Tabla 8: Consumo de alimentos ricos en grasas saludables y moderar consumo de sal en fechas señaladas para el buen manejo de hábitos saludables.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
PREDIMED: Prevención con Dieta Mediterránea	7.447 adultos (55-80 años)	Demuestra como seguir un patrón dietético mediterráneo suplementado con AOVE o frutos secos reduce un 30% el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en comparación con una dieta baja en grasas.	Ensayo clínico aleatorizado	2013	Dieta mediterránea, prevención cardiovascular, ensayo clínico	Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med [Internet]. 2013;368(14):1279–90. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303
Hábitos alimentarios y actividad física en relación con el sobrepeso y la obesidad en España	Muestra representativa nacional de la encuesta Nacional de Salud 2012. (18-90 años)	Análisis descriptivo de los hábitos alimentarios y actividad física en la población general y por sexos. Valora el riesgo de presentar sobrepeso y	Estudio observacional (Estudio transversal de la Encuesta Nacional de Salud de España del año 2012)	2016	Obesidad, Sobrepeso, Hábitos Alimentarios, Ejercicio Físico, Encuestas Nacionales de Salud, Encuestas y Cuestionarios	Marqueta de Salas M, Martín-Ramiro JJ, Rodríguez Gómez L, Enjuto Martínez D, Juárez Soto JJ. Hábitos alimentarios y actividad física en relación con

		obesidad según la adherencia a las recomendaciones nutricionales dadas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), el consumo o no de alcohol y la realización de actividad física regular.				el sobrepeso y la obesidad en España. Rev Esp Nutr Humana Diet [Internet]. 2016;20(3):224-35. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.3.237
Navidad: cómo disfrutar sin poner en riesgo tu salud	No aplica	El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social recomienda incluir frutas y verduras, moderar el consumo de sal y evitar fritos durante la navidad para prevenir enfermedades relacionadas con los excesos.	Artículo informativo	2023	Navidad, alimentación saludable, prevención.	Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. Disponible en: https://institutoeuropeo.es/articulos/guia-hacia-el-conocimiento/navidad-como-disfrutar-sin-poner-en-riesgo-tu-salud/
Guías alimentarias basadas en alimentos (GABA)	No aplica	Página web que proporciona acceso a las guías alimentarias oficiales desarrolladas por diversos países, ofreciendo recomendaciones prácticas para una alimentación saludable.	Recurso oficial de la FAO: Guías alimentarias	2023	Guías alimentarias, FAO, alimentación saludable	FAO. Guías alimentarias basadas en alimentos. Disponible en: https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/es/

Esta actividad tiene como objetivo promover la educación nutricional entre los usuarios y familiares, enfatizando la importancia de mantener una dieta equilibrada durante las fiestas navideñas disfrutando de las celebraciones.

Las nutricionistas llevaran a cabo una charla para explicar los puntos clave sobre la nutrición durante las fiestas navideñas. El objetivo es que la charla sea una conversación entre todos los usuarios para que compartan recuerdos y sugerencias sobre platos tradicionales. También se le proporcionará información breve y clara sobre cómo disfrutar la Navidad sin descuidar la alimentación y proporcionar estrategias para moderar el consumo de dulces y alimentos ricos en calorías.

Actividad 4: “Alimentando tu cerebro: La conexión entre la nutrición y el bienestar mental” (Anexo VI)

Tabla 9: Importancia de incluir frutos secos típicos de la navidad presentes en la dieta mediterránea en la alimentación para la mejora de la cognición y percepción en personas con demencia.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Neuroinflammation in Alzheimer's disease: insights from peripheral immune cells	-	La neuroinflamación crónica en el cerebro como la inflamación sistémica periférica, compromete la barrera hematoencefálica y recluta diversas células inmunes que, a través de la liberación de mediadores proinflamatorios, contribuyen significativamente al daño neuronal, el deterioro cognitivo y la progresión de la EA.	Revisión	2024	Alzheimer's disease, Neuroinflammation, Neutrophils, T lymphocytes, B lymphocytes, NK cells	Zhang Q, Yang G, Luo Y, et al. Neuroinflammation in Alzheimer's disease: insights from peripheral immune cells. Immun Ageing. 2024;21:38. doi:10.1186/s12979-024-00445-0.
Longer-term mixed nut consumption improves brain vascular function and memory: A randomized, controlled crossover trial in older adults	28 adultos sanos	El estudio indica que la ingesta diaria de frutos secos mixtos, como parte de una dieta saludable, se asoció con un aumento en el flujo sanguíneo cerebral en regiones específicas del cerebro, incluidas las áreas frontal y parietal. Además, el estudio observó mejoras en el rendimiento de la memoria visuoespacial y verbal entre los participantes, aunque no se detectaron cambios significativos en la velocidad psicomotora o la función ejecutiva.	Randomized control trial	2023	Nut consumption; Brain;Vascular function;Cognition;Cardiometabolic risk;Older adults	Nijssen KMR, et al. Longer-term mixed nut consumption improves brain vascular function and memory: A randomized, controlled crossover trial in older adults. Clin Nutr. 2023;42(7):1067–75.
Walnut Supplementation in the Diet Reduces Oxidative Damage and Improves Antioxidant Status in Transgenic Mouse Model of Alzheimer's Disease	Ratones con modelo de EA.	La investigación encontró que incorporar nueces en la dieta redujo significativamente el estrés oxidativo y mejoró el estado antioxidante en ratones, lo que sugiere un posible rol protector de las nueces contra la progresión de la	Experiment al	2018	Alzheimer's disease; antioxidants; catalase; glutathione; lipid peroxidation; liver; oxidative stress; protein oxidation; reactive oxygen	Pandareesh MD, Chauhan V, Chauhan A. Walnut supplementation in the diet reduces oxidative damage and improves antioxidant status in transgenic mouse model of Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis.

		enfermedad de Alzheimer.				species; superoxide dismutase; walnuts.	2018;64(4):1295–305. doi:10.3233/JAD-180361. PMID: 30040727; PMCID: PMC6087457.
Higher versus lower nut consumption and changes in cognitive performance over two years in a population at risk of cognitive decline	6.630 participantes entre 55 y 75 años	Se investigó la conexión entre el consumo de frutos secos y los cambios en la función cognitiva general durante un período de dos años en adultos mayores que ya tenían riesgo de deterioro cognitivo. Los hallazgos sugieren una asociación positiva, indicando que un consumo más frecuente de frutos secos se relacionó con una disminución menos pronunciada en el rendimiento cognitivo general.	Cohort study	2023		aging; cognition; cognitive decline; nuts; older people; unsaturated fatty acids.	Ni J, Nishi SK, Babio N, Ros E, Basterra-Gortari FJ, Corella D, O C, Martínez JA, Alonso-Gómez AM, Wärnberg J, et al. Higher versus lower nut consumption and changes in cognitive performance over two years in a population at risk of cognitive decline: a cohort study. <i>Am J Clin Nutr.</i> 2023;118(2):360–8. doi:10.1016/j.ajcnut.2023.05.032. PMID: 37269908; PMCID: PMC10447472.

El objetivo de la cata es ofrecer una experiencia sensorial y nutricional navideña mediante una cata de frutas y frutos secos típicos de la temporada, adaptada a personas con deterioro cognitivo y teniendo en cuenta las necesidades específicas de los usuarios con problemas de masticación o falta de piezas dentarias.

La cata será compuesta por diferentes frutas y frutos secos típicos navideños: higos, dátiles, almendras, nueces... Se presentarán en distintas formas y texturas para que las prueben y vean que no siempre tienen que comer un alimento de la misma forma.

Se realizará una pequeña explicación sobre la importancia de los frutos secos y la fruta donde se detallarán los nutrientes que nos aportan cada uno y cómo ayudan al cerebro.

Actividad 5: “Cuidarte para cuidar” (Anexo VII)

Tabla 10: Establecer rutinas saludables es fundamental para los cuidadores poder brindar un cuidado efectivo y sostenible a sus seres queridos.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Network Analysis of Comorbid Depressive and Anxious Symptoms in Family Caregivers of	317 cuidadores familiares principales	Este estudio destaca la relación entre el estrés subjetivo de los cuidadores familiares y la aparición de síntomas ansiosos	Transversal study	2023	Behavioral symptoms; comorbidity; dementia; family caregivers; network analysis	García-Batalloso, I., Cabrera, I., Losada-Baltar, A., Mérida-Herrera, L., Olazarán, J., Márquez-González, M. (2023). Network Analysis of

People with Dementia		y depresivos, subrayando la necesidad de intervenciones adaptativas para mejorar su bienestar. Sugiere que el estrés subjetivo desempeña un papel crucial en la comorbilidad ansioso-depresiva.				comorbid depressive and anxiety symptoms in family caregivers of people with dementia. Clinical Gerontologist. doi: 10.1080/07317115.2023.2217162
Caregiver Burden, Work-Family Conflict, Family-Work Conflict, and Mental Health of Caregivers.	-	Identifican el síndrome del cuidador quemado como un riesgo y analizan cómo la carga del cuidador y el conflicto de roles impactan la salud mental (ansiedad y depresión) a través de la tensión. Sugieren el apoyo organizacional y los recursos como formas de aliviar la tensión y gestionar la carga.	Longitudinal Study	2022	Caregiver burden, Work-family conflict, Family-work conflict, Depression, Anxiety, Conservation of Resources Theory	Kayaalp A, Page KJ, Rospenda KM. Caregiver burden, work-family conflict, family-work conflict, and mental health of caregivers: a mediational longitudinal study. Work Stress. 2021;35(3):217-40. doi:10.1080/02678373.2020.1832609. PMID: 34483432; PMCID: PMC8412180.
Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia	-	Discuten el cuidado de relevo como una estrategia de apoyo para los cuidadores de personas con demencia y evalúan su impacto en la carga del cuidador. Se señala la necesidad de más estudios sobre el impacto del cuidado de relevo, especialmente los programas de cuidado en el hogar, en el cuidador, la persona atendida y la utilización de recursos de atención médica	Systematic review	2016	Alzheimer; caregiver support; dementia; effectiveness; respite care.	Vandepitte S, van den Noortgate N, Putman K, Verhaeghe S, Verdonck C, Annemans L. Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2016; 31 (12): 1277-88.
Caregiver burnout síndrome	Female, 61 years	Se mencionan factores de riesgo y una variedad de	Clinical case	2020	Cuidadores Informales; Síndrome del	Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador

<p>síntomas físicos y emocionales asociados al síndrome del cuidador. Se discute el tratamiento multifactorial, que incluye la enseñanza de técnicas, el apoyo social y el fomento del autocuidado, señalando la necesidad de mayores recursos sociales y sanitarios para abordarlo eficazmente.</p>	<p>Cuidador Quemado; Insomnio</p>	<p>quemado. Rev Clin Med Fam. 2020;13(1):97–100.</p>
--	-----------------------------------	--

La actividad se realizó para los cuidadores con el objetivo de mejorar su bienestar. Los estudios afirman que los cuidadores y/o familiares cuidadores de personas con deterioro cognitivo y otras demencias se olvidan de cuidarse a sí mismos por estar cuidando del usuario.

Los dietistas-nutricionistas realizaron una exposición oral con soporte de PowerPoint en una sala con los cuidadores y familiares-cuidadores. Al finalizar los participantes expusieron sus dudas y se resolvieron con asertividad y empatía.

Actividad 6: “El plato saludable: cuidando a través de la alimentación” (Anexo VIII)

Tabla 11: Diseño del plato saludable y patrón dietético alimentario para la correcta nutrición en personas con demencia.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
PREDIMED: Prevención con Dieta Mediterránea	7,447 adultos	Estudio multicéntrico que demostró que una dieta mediterránea rica en AOVE o frutos secos reduce significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular.	Ensayo clínico aleatorizado	2013	Mediterranean diet, cognitive decline, RCT, Spain	Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013;368(14):1279–90. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1200303
Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con	No aplica	Guía oficial española que incluye recomendaciones nutricionales para personas con	Guía de práctica clínica	2010	Alzheimer, guía clínica, nutrición, España	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica

Enfermedad de Alzheimer			Alzheimer en distintas fases de la enfermedad.				Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer. 2010. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf
ESPEN Guidelines on nutrition in dementia	Revisión de estudios internacionales	Proporciona recomendaciones europeas sobre soporte nutricional en demencia, incluyendo texturas modificadas, suplementos y adaptaciones.	Guía clínica europea / Revisión	2015	ESPEN, nutrition, dementia, elderly	Volkert D, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015;34(6):1052–1073. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004	
Dysphagia: current reality and scope of the problem	Revisión narrativa de estudios clínicos	Revisión que describe la prevalencia y manejo clínico de la disfagia, especialmente relevante en Alzheimer avanzado.	Revisión narrativa	2015	Dysphagia, Alzheimer, nutrition, swallowing	Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;12(5):259–70. Disponible en: https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49	
Guía de alimentación saludable SENC	No aplica	Proporciona recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos y estructura del plato saludable para la población española.	Guía alimentaria oficial	2019	alimentación saludable, SENC, plato saludable	Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guía de alimentación saludable. 2019. Disponible en: https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap	
The Healthy Eating Plate – Harvard School of Public Health	No aplica	Herramienta visual internacional para estructurar platos equilibrados. Base del modelo usado en la actividad educativa.	Guía visual / recurso educativo	2011	healthy plate, Harvard, healthy eating, education	Harvard T.H. Chan School of Public Health. Healthy Eating Plate. 2011. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/	

							nutritionsource/ healthy-eating- plate/
Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia	43 personas mayores con demencia (Taiwán)	Estudio que demostró técnicas Montessori mejoran la habilidad de alimentación en personas con demencia.	que que	Ensayo clínico	2010	Montessori, dementia, eating ability, intervention	Lin LC, et al. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(10):953–9. Disponible en: https://doi.org/10.1002/gps.2433
Nutrición y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica	Revisión de literatura científica	Explora el papel de una dieta equilibrada en la prevención y el tratamiento del Alzheimer, incluyendo micronutrientes y patrones dietéticos.		Revisión bibliográfica / universitaria	2021	Alzheimer, nutrición, prevención, revisión	Universidad de Valladolid. Nutrición y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. 2021. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54380

Esta actividad educativa tuvo como objetivo enseñar a cuidadores y familiares cómo adaptar el modelo del plato saludable a las necesidades nutricionales de personas con EA. Se desarrolló en formato grupal con apoyo visual (presentación) y participación activa.

Durante la sesión, se explicó la estructura del plato saludable (basado en la SENC y Harvard), enfatizando la importancia de una alimentación equilibrada, rica en vegetales, proteínas de calidad, cereales integrales, grasas saludables y buena hidratación. A continuación, se abordaron las adaptaciones necesarias en personas con deterioro cognitivo, como la modificación de texturas por disfagia, la estimulación del apetito, y el uso de alimentos con beneficios cognitivos como omega-3 y antioxidantes.

La actividad finalizó con un espacio de intercambio de experiencias y resolución de dudas, reforzando los conocimientos adquiridos y facilitando su aplicación práctica en el entorno familiar.

Actividad 7: “Alimentación en personas con Alzheimer – problemas y soluciones”

Tabla 12: Estrategias para mejorar las dificultades que se presentan en las personas con deterioro cognitivo en relación a las ingestas.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Effectiveness of interventions on feeding	331 humanos >60 años	Evalúan las mejores estrategias para	las para	Revisión sistemática	2023	Dementia; Eating; Education; Chang HC, Spencer JC, Ho MH, Kasa AS,

difficulties among people with dementia: A systematic review and meta-analysis	que viven en una residencia (7 estudios)	disminuir las dificultades para comer.			Feeding behavior; Professional	Ataiza C, Lambert K, et al. Effectiveness of interventions on feeding difficulties among people with dementia: A systematic review and meta-analysis. <i>Australas J Ageing</i> [Internet]. 1 de junio de 2023 [citado 15 de abril de 2025];42(2):280-92. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.13192
Optimizing mealtime care and outcomes for people with dementia and their caregivers: A systematic review and meta-analysis of intervention studies	1813 humanos (33 estudios)	Evalúan intervenciones no farmacológicas realizadas a la hora de la comida para mejorar las dificultades que sufren cuando comen y para que disfruten comiendo. Proporcionar un ambiente calmado puede reducir los problemas de conducta y otros síntomas.	Revisión sistemática y meta-análisis	2025	Dementia; Level of evidence; Mealtime care; Older adults; Study quality; Systematic review	Liu W, Lee K, Suh H, Li J. Optimizing mealtime care and outcomes for people with dementia and their caregivers: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. <i>Alzheimer's & Dementia</i> [Internet]. 1 de marzo de 2025 [citado 15 de abril de 2025];21(3):e14522. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11922811/
Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: Systematic review and meta-analysis	2610 humanos (43 estudios)	Evalúan la efectividad de las intervenciones para mejorar o facilitar la ingesta oral de alimentos o líquidos en personas con deterioro cognitivo y demencia.	Revisión sistemática y meta-análisis	2016	Dementia; Aged; Eating; Drinking; Meta-analysis; Diet; Malnutrition; Dehydration	Abdelhamid A, Bunn D, Copley M, Cowap V, Dickinson A, Gray L, et al. Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: Systematic review and

		Adaptar la alimentación en caso de disfagia mejora los marcadores nutricionales				meta-analysis. BMC Geriatr. 22 de enero de 2016;16(1).
Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care	878 humanos (20 estudios)	Evalúan las estrategias para promover y mejorar la capacidad funcional a la hora de comer. La ingesta oral puede mejorar con la implementación de cursos de formación de habilidades o con la adaptación del comedor.	Revisión sistemática	2019	Dementia; Meals; Activities of daily living; Systematic review	Fetherstonhaugh D, Haesler E, Bauer M. Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care. Int J Nurs Stud. 1 de agosto de 2019;96:99-118.

A medida que avanza la enfermedad, las personas con EA y otras demencias pierden autonomía en las actividades diarias y, por lo tanto, tienen dificultades para realizarlas. Una de éstas es alimentarse. La prevalencia de tener dificultades para comer es del 41 al 61%. Las dificultades por comer disminuyen la ingesta de alimentos y líquidos, por lo que pueden perder peso y estar en un estado de malnutrición.

Es por esto por lo que realizaremos una actividad para los cuidadores que tratará sobre las dificultades en la alimentación que pueden encontrarse con los usuarios (dificultad para comer, riesgo de malnutrición o sobrealimentación, dificultad motora para comer y rechazo a ciertos alimentos) y qué estrategias hay para disminuir estos problemas:

- Crear un ambiente tranquilo y sin distracciones (hay personas que pueden sentirse nerviosas para comer, ya que al comer menos o más que antes se pueden sentir presionados por terceras personas y agobiarse)
- Ofrecer alimentos de fácil masticación y de textura adecuada (las personas con EA pueden desarrollar disfagia u otros problemas de deglución y masticación)
- Usar utensilios adaptados (platos de color, cucharas ergonómicas)
- Establecer una rutina o horarios regulares de alimentación
- Favorecer la autonomía adaptando la comida

Actividad 8: “Taller: desayunos nutritivos” (Anexo IX)

Tabla 13: Importancia del desayuno en la alimentación de personas con Alzheimer.

ESTUDIO	MUESTRA (Nº)	RESUMEN	TIPO ARTICULO	AÑO PUBLICACIÓN	KEYWORDS	REFERENCIA
Breakfast energy intake and dietary quality and trajectories of cardiometabolic	1,360 adultos mayores	Estudio que analiza cómo la ingesta energética y la calidad del desayuno afectan los factores de riesgo de salud en	Estudio observacion al	2024	Desayuno, adultos mayores, salud cardiometabólica	Pérez-Vega K-A, Lassale C, Zomeño M-D, Castañer O, Salas-Salvadó J, Basterra-Gortari FJ, et al. Breakfast energy intake and

risk factors in older adults		adultos mayores. Promover hábitos de desayuno saludables puede contribuir a un envejecimiento saludable al reducir el riesgo de síndrome metabólico y enfermedades crónicas asociadas, mejorando así la calidad de vida				dietary quality and trajectories of cardiometabolic risk factors in older adults. J Nutr Health Aging [Internet]. 2024;28(12):1004-06. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100406
ESPEN Guidelines on Nutrition in Dementia	Revisión de múltiples estudios clínicos	Directrices europeas sobre el manejo nutricional en pacientes con demencia, incluyendo fases avanzadas y recomendaciones para cuidadores.	Guía de 2015 práctica clínica (revisión sistemática)		Nutrición, demencia, guías clínicas	Volkert D, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015;34(6):1052-73. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004
Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles (AESAN)	Población española general	Documento oficial que establece pautas de alimentación y actividad física saludables, útiles para adaptar menús en el hogar de personas con Alzheimer.	Informe científico y guía práctica	2022	Recomendaciones dietéticas, sostenibilidad, hábitos saludables	Comité Científico de AESAN. Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles. Madrid: AESAN; 2022. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/â€¦/INFORME_RECOMENDACIONES_DIETETICAS.pdf
Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability	40 residentes con demencia en una residencia	Se muestra que actividades Montessori y técnicas de recuperación espaciada mejoran la autonomía en la alimentación de personas con demencia.	Ensayo clínico	2010	Demencia, alimentación, Montessori, recuperación espaciada.	Lin LC, et al. Using spaced retrieval and Montessori-based activities. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25(10):953-9. https://doi.org/10.1002/gps.2433

Este taller, dirigido a cuidadores y usuarios con enfermedad de Alzheimer, tuvo como objetivo proporcionar herramientas prácticas para preparar desayunos y meriendas equilibradas, seguros y adaptados a las distintas fases de la enfermedad. Se ofrecieron recomendaciones para mejorar el estado nutricional del paciente y facilitar el manejo del momento de la comida, especialmente en fases con dificultades de deglución, rechazo o pérdida de apetito. La sesión incluyó ejemplos prácticos y consejos orientados al bienestar tanto del paciente como del cuidador.

RESULTADOS

De las primeras cuatro actividades hicimos preguntas al final de la realización de cada sesión para observar si habían entendido lo explicado y si les había gustado. Las cuatro actividades restantes que se hicieron para los cuidadores, realizamos un cuestionario de satisfacción para evaluar las diferentes sesiones.

Resultado actividad 1: los usuarios disfrutaban haciendo los purés mientras explicaban sus experiencias vividas en la infancia. Exploran los sabores añadiendo hierbas y especias (dulces y saladas) al plato. Expresan y preguntan dudas sobre la nutrición y alimentación y se responden con éxito.

Resultado actividad 2: los participantes encuentran difícil formar un plato. La mayoría no sabe cuál es su plato favorito o no se acuerdan de qué lleva el plato. Muchos hombres no saben cocinar. Una vez realizada la explicación del método del plato se les pide que mejoren su plato para hacerlo más saludable y a la mayoría les cuesta, pero con nuestra ayuda y repitiendo varias veces las tres partes que forman el plato saludable lo consiguen hacer.

Resultado actividad 3: Se realiza un turno de preguntas y los usuarios contestan correctamente. El concepto de la alimentación equilibrada durante las fiestas queda claro.

Resultado actividad 4: Los usuarios preguntan dudas durante la actividad y explican sus experiencias previas. Se entienden los conceptos explicados y demuestran que pueden aplicarlos a la vida diaria.

Resultado actividad 5: Tras la realización del taller, se administró un cuestionario a todos los asistentes con el objetivo de evaluar su grado de satisfacción. En él se valoraban aspectos como el interés generado por los contenidos, la probabilidad de recomendar la asistencia al taller y la satisfacción general. Para ello, se utilizó una escala de respuesta con las opciones: “nada, poco, suficiente, bien, bastante, mucho y muchísimo”. Los resultados obtenidos fueron ampliamente favorables, situándose la media de las respuestas entre las opciones “bien” y “mucho”. (Anexo X)

Resultado actividad 6: Tras la realización del taller, se administró un cuestionario a todos los asistentes con el objetivo de evaluar su grado de satisfacción. En él se valoraban aspectos como el interés generado por los contenidos, la probabilidad de recomendar la asistencia al taller y la satisfacción general. Para ello, se utilizó una escala de respuesta con las opciones: “nada, poco, suficiente, bien, bastante, mucho y muchísimo”. Los resultados obtenidos fueron ampliamente favorables, situándose la media de las respuestas entre las opciones más altas “mucho” y “muchísimo”. Además de que la interacción con los usuarios durante el taller fue proactiva. (Anexo XI)

Resultado actividad 7: Lamentablemente la asistencia a este taller fue muy baja, debido a la fecha en la que se realizó solo asistió una persona. Tras la realización del taller, se administró un cuestionario a todos los asistentes con el objetivo de evaluar su grado de satisfacción. En él se valoraban aspectos como el interés generado por los contenidos, la probabilidad de recomendar la asistencia al taller y la satisfacción general. Para ello, se utilizó una escala de respuesta con las opciones: “nada, poco, suficiente, bien, bastante, mucho y muchísimo”. El resultado obtenido fue ampliamente favorable, entre las opciones “bien” y “mucho”. (Anexo XII)

Resultado actividad 8: Tras la realización del taller, se administró un cuestionario a todos los asistentes con el objetivo de evaluar su grado de satisfacción. En él se valoraban aspectos como el interés generado por los contenidos, la probabilidad de recomendar la asistencia al taller y la

satisfacción general. Para ello, se utilizó una escala de respuesta con las opciones: “nada, poco, suficiente, bien, bastante, mucho y muchísimo”. Los resultados obtenidos fueron ampliamente favorables, situándose la media de las respuestas entre “mucho” y “muchísimo” y con tal solo un cuestionario con un “bien” en el área de satisfacción de contenidos. Además de que la interacción con los usuarios durante el taller fue proactiva. (Anexo XII)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a través de la implementación del proyecto comunitario en el Instituto Lerín Neurocognitive nos permiten reflexionar de manera crítica sobre el impacto de la intervención en el ámbito de la educación alimentaria en personas con deterioro cognitivo y sus cuidadores. El análisis de las distintas actividades desarrolladas evidencia tanto logros significativos como áreas susceptibles de mejora, en un contexto complejo donde los factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales interactúan de forma estrecha.

En primer lugar, se observaron limitaciones en los conocimientos previos sobre alimentación saludable por parte de los participantes, especialmente en la actividad 2, donde resultó evidente el poco conocimiento nutricional. Muchos usuarios manifestaron no saber cocinar o no recordar con claridad los ingredientes de sus platos habituales, lo que dificultó inicialmente la dinámica de composición de un plato equilibrado. Este hallazgo es coherente con la persistente brecha de conocimiento en población adulta mayor, particularmente entre hombres, debido a factores socioculturales asociados a la distribución tradicional de roles en el hogar. No obstante, el refuerzo visual, la repetición didáctica y el acompañamiento personalizado favorecieron una mejora progresiva en la comprensión y aplicación del método del plato, lo que demuestra la eficacia del enfoque participativo y adaptado para este grupo.

La actividad 3, centrada en la alimentación durante celebraciones navideñas, permitió evaluar la capacidad de los usuarios para aplicar conocimientos a contextos reales y culturalmente relevantes. La correcta resolución de preguntas y la participación reflejan no solo la asimilación del contenido, sino también la utilidad práctica del mismo. Esta actividad refuerza la necesidad de contextualizar las intervenciones educativas para incrementar su impacto y aplicabilidad.

Durante la actividad 4 se generó un espacio de diálogo e intercambio de experiencias, donde los participantes no solo plantearon dudas, sino que compartieron vivencias que enriquecieron la sesión. Esta dinámica refleja la importancia de promover el aprendizaje colaborativo, una estrategia educativa especialmente eficaz en entornos comunitarios donde los saberes individuales y colectivos se potencian mutuamente. La capacidad de los asistentes para aplicar los conceptos a su vida cotidiana sugiere un proceso de interiorización activa del conocimiento.

En cuanto a las actividades dirigidas a cuidadores (5 a 8), los resultados de los cuestionarios de satisfacción evidencian una valoración positiva sostenida en términos de interés, utilidad y aplicabilidad de los contenidos. Las puntuaciones obtenidas, situadas en su mayoría entre “mucho” y “muchísimo”, reflejan no solo una alta aceptación del programa, sino también una percepción favorable del formato y de la metodología empleada. Cabe destacar la participación proactiva durante las sesiones, lo que refuerza la idea de que el cuidador, cuando es capacitado y empoderado, puede convertirse en un agente clave en la promoción de la salud del paciente y en su propio autocuidado.

A pesar de estos resultados positivos, se identificaron limitaciones importantes que deben ser tenidas en cuenta en futuras implementaciones. Una de ellas fue la escasa asistencia en la actividad 7, atribuida a la fecha de realización. Este hecho señala la necesidad de planificar las

sesiones considerando variables contextuales como calendarios escolares, laborales o festivos. Asimismo, la falta de evaluación formal en las primeras cuatro actividades, debido a las dificultades cognitivas de los usuarios, limitó la posibilidad de obtener datos cuantitativos sobre su aprendizaje. No obstante, las observaciones cualitativas recogidas durante las dinámicas proporcionan información valiosa sobre la receptividad emocional, sensorial y participativa de este colectivo.

En resumen, los hallazgos de este proyecto validan la hipótesis inicial de que una intervención nutricional comunitaria, estructurada y adaptada, puede tener un impacto significativo en la mejora del conocimiento, las prácticas y la percepción sobre la alimentación en personas con deterioro cognitivo y sus cuidadores. Asimismo, subraya el papel central del dietista-nutricionista no solo como educador, sino como facilitador de procesos de cambio y promotor de la calidad de vida desde una perspectiva biopsicosocial.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo ha evidenciado que la intervención comunitaria centrada en la educación nutricional puede ser una herramienta eficaz para mejorar la comprensión de hábitos saludables tanto en personas con deterioro cognitivo leve como en sus cuidadores. A través de la implementación de ocho actividades adaptadas se logró promover el aprendizaje significativo, fomentar la participación y generar cambios en la percepción y el manejo de la alimentación en el contexto del deterioro neurocognitivo.

Las actividades dirigidas a usuarios con EA en fases iniciales se centraron en estimular la memoria emocional, promover la sensorialidad alimentaria y reforzar el valor cultural y afectivo de la comida. Aunque no se aplicaron herramientas de evaluación estructurada en estos talleres debido a las limitaciones cognitivas del grupo, las observaciones cualitativas permitieron identificar una participación y un ambiente de disfrute, lo que sugiere que este tipo de intervenciones contribuyen positivamente al bienestar emocional y social de los usuarios.

Por otro lado, las actividades dirigidas a cuidadores evidenciaron una mejora progresiva en el conocimiento sobre alimentación saludable, estrategias de adaptación nutricional y prevención de la malnutrición. La aplicación de evaluaciones de satisfacción mostró resultados mayoritariamente positivos, destacando una alta valoración de los contenidos, la metodología utilizada y la aplicabilidad práctica de los conocimientos adquiridos.

Cabe señalar que algunas limitaciones, como la baja asistencia puntual en una de las actividades y la falta de evaluación cuantitativa en los usuarios, no restan valor al impacto global del proyecto, pero sí señalan áreas de mejora en futuras ediciones. En este sentido, sería recomendable ampliar la muestra, diversificar los métodos de evaluación (incluyendo registros observacionales sistemáticos) y fomentar aún más la implicación familiar.

En definitiva, este proyecto refuerza el papel del dietista-nutricionista como agente clave en el abordaje integral del deterioro cognitivo desde una perspectiva comunitaria, preventiva y humanizada. Asimismo, pone en valor la necesidad de seguir desarrollando estrategias educativas y sensoriales adaptadas que promuevan la autonomía, la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas afectadas y de sus entornos cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). Asociación Americana de Psiquiatría. 2014;591-643.
2. Pérez Menéndez A. 21 de septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer. Sociedad Española de Neurología. 20 de septiembre de 2022;
3. Lillo Z P, Leyton M C. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL, CÓMO HA RESURGIDO SU DIAGNÓSTICO. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de mayo de 2016 [citado 8 de abril de 2025];27(3):309-18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-demencia-frontotemporal-como-ha-resurgido-S0716864016300323>
4. Pérez Menéndez A. 28 de enero de 2025: Día Mundial de la Demencia con Cuerpos de Lewy. Sociedad Española de Neurología. 2025;
5. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis [Internet]. 1 de noviembre de 2013 [citado 8 de abril de 2025];25(5):211-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-espana-S0214916813001162>
6. Yuguero O, Vena A, Bernal M, Martínez-Alonso M, Farre J, Purroy F. Platelet levels and age are determinants of survival after mild–moderate TBI: A prospective study in Spain. Front Public Health. 20 de marzo de 2023;11:1109426.
7. Ballesta-Martínez S, Espinosa-Rueda J, Tarí-Ferrer L, Crusells-Canales M, Lambea-Gil A, Ballesta-Martínez S, et al. Demencia rápidamente progresiva como forma de presentación de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. An Sist Sanit Navar [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 8 de abril de 2025];45(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272022000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Piñar-Morales R, Barrero-Hernández F, Aliaga-Martínez L. Enfermedades por priones humanas. Una revisión general. Med Clin (Barc). 23 de junio de 2023;160(12):554-60.
9. Berenisse Ángeles Abanto N, Escobar Fernández M. Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. Medicina General y de Familia Edición digital [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2025];4:5-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.002>
10. López-Díaz JA, Ruíz-Díaz G, Ortega-Blanco JA. Caso de enfermedad de Huntington en atención primaria: papel del médico. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 8 de abril de 2025];42(8):e157-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-caso-enfermedad-huntington-atencion-primaria-S1138359316000447>
11. Ángeles Abanto NB, Escobar Fernández M. Prevalencia de demencias en una zona básica de salud de León. Medicina General y de Familia (edición digital) [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 8 de abril de 2025];4(1):5-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-prevalencia-demencias-una-zona-basica-S1889543315000031>

12. Custodio N, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, Bardales Y, Valeriano-Lorenzo L. Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 8 de abril de 2025];11(4):364-70. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/dn/a/Ftq5ScXKXHDPMSFzK7jpJtM/?lang=en>
13. González Ingelmo MI, Fillat Delgado Y, Peláez Hernández B, Pérez HM. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). Ministerio de Sanidad, Consumo Y Bienestar Social. octubre de 2019;
14. Zampar S, Wirths O. Immunotherapy Targeting Amyloid- β Peptides in Alzheimer's Disease. Exon Publications [Internet]. 19 de diciembre de 2020 [citado 25 de febrero de 2025];23-49. Disponible en: <https://exonpublications.com/index.php/exon/article/view/257/477>
15. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* [Internet]. 1993 [citado 25 de febrero de 2025];43(11):2412-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8232972/>
16. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1982 [citado 25 de febrero de 2025];139(9):1136-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7114305/>
17. Nerattini M, Jett S, Andy C, Carlton C, Zarate C, Boneu C, et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of menopause hormone therapy on risk of Alzheimer's disease and dementia. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2023 [citado 27 de febrero de 2025];15:1260427. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10625913/>
18. Causes de la malaltia d'Alzheimer | PortalCLÍNIC [Internet]. [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/alzheimer/causes-i-factors-de-risc>
19. Com reduir els factors de risc de patir Alzheimer? [Internet]. [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/ca/com-reduir-els-factors-de-risc-de-patir-alzheimer>
20. Gu D, Ou S, Liu G. Traumatic Brain Injury and Risk of Dementia and Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 27 de febrero de 2025];56(1):4-16. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1159/000520966>
21. Kim KW, Woo SY, Kim S, Jang H, Kim Y, Cho SH, et al. Disease progression modeling of Alzheimer's disease according to education level. *Sci Rep* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 27 de febrero de 2025];10(1):16808. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7544693/>
22. He SY, Su WM, Wen XJ, Lu SJ, Cao B, Yan B, et al. Non-Genetic Risk Factors of Alzheimer's Disease: An Updated Umbrella Review. *J Prev Alzheimers Dis* [Internet]. 1 de agosto de 2024 [citado 5 de febrero de 2025];11(4):917-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39044503/>
23. Flores-Cordero JA, Pérez-Pérez A, Jiménez-Cortegana C, Alba G, Flores-Barragán A, Sánchez-Margalet V. Obesity as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease: The Role of Leptin. *Int J Mol Sci* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 27 de febrero de 2025];23(9):5202. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9099768/>

24. Tasnim N, Khan N, Gupta A, Neupane P, Mehta A, Shah SA, et al. Exploring the effects of adiponectin and leptin in correlating obesity with cognitive decline: a systematic review. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. junio de 2023 [citado 27 de febrero de 2025];85(6):2906. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10289712/>
25. Nucci D, Sommariva A, Degoni LM, Gallo G, Mancarella M, Natarelli F, et al. Association between Mediterranean diet and dementia and Alzheimer disease: a systematic review with meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2024 [citado 5 de febrero de 2025];36(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38519775/>
26. Diniz Pereira J, Gomes Fraga V, Morais Santos AL, Carvalho M das G, Caramelli P, Braga Gomes K. Alzheimer's disease and type 2 diabetes mellitus: A systematic review of proteomic studies. *J Neurochem* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 27 de febrero de 2025];156(6):753-76. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnc.15166>
27. De La Monte SM, Tong M. Brain metabolic dysfunction at the core of Alzheimer's disease. *Biochem Pharmacol* [Internet]. 15 de abril de 2013 [citado 27 de febrero de 2025];88(4):548. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4550323/>
28. Wang Q, Zhao J, Chang H, Liu X, Zhu R. Homocysteine and Folic Acid: Risk Factors for Alzheimer's Disease-An Updated Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 26 de mayo de 2021 [citado 5 de febrero de 2025];13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34122042/>
29. Iso-Markku P, Kujala UM, Knittle K, Polet J, Vuoksima E, Waller K. Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease: systematic review, meta-analysis and quality assessment of cohort and case-control studies. *Br J Sports Med* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 5 de febrero de 2025];56(12):701-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35301183/>
30. Zhang X, Li Q, Cong W, Mu S, Zhan R, Zhong S, et al. Effect of physical activity on risk of Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis of twenty-nine prospective cohort studies. *Ageing Res Rev* [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 5 de febrero de 2025];92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37979700/>
31. Berti V, Walters M, Sterling J, Quinn CG, Logue M, Andrews R, et al. Mediterranean diet and 3-year Alzheimer brain biomarker changes in middle-aged adults. *Neurology* [Internet]. 15 de mayo de 2018 [citado 6 de mayo de 2025];90(20):e1789. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5957301/>
32. Martínez-Lapiscina EH, Clavero P, Toledo E, Estruch R, Salas-Salvadó J, San Julián B, et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 6 de mayo de 2025];84(12):1318-25. Disponible en: <https://jnnp.bmj.com/content/84/12/1318>
33. Halagappa VKM, Guo Z, Pearson M, Matsuoka Y, Cutler RG, LaFerla FM, et al. Intermittent fasting and caloric restriction ameliorate age-related behavioral deficits in the triple-transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *Neurobiol Dis* [Internet]. abril de 2007 [citado 6 de mayo de 2025];26(1):212-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17306982/>

34. Mattson MP, Arumugam T V. Hallmarks of Brain Aging: Adaptive and Pathological Modification by Metabolic States. *Cell Metab* [Internet]. 5 de junio de 2018 [citado 6 de mayo de 2025];27(6):1176-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29874566/>
35. Smith AD, Smith SM, de Jager CA, Whitbread P, Johnston C, Agacinski G, et al. Homocysteine-lowering by b vitamins slows the rate of accelerated brain atrophy in mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2010 [citado 6 de mayo de 2025];5(9):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20838622/>
36. Feart C, Helmer C, Merle B, Herrmann FR, Annweiler C, Dartigues JF, et al. Associations of lower vitamin D concentrations with cognitive decline and long-term risk of dementia and Alzheimer's disease in older adults. *Alzheimers Dement* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 25 de febrero de 2025];13(11):1207-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28522216/>
37. Annweiler C, Montero-Odasso M, Llewellyn DJ, Richard-Devantoy S, Duque G, Beauchet O. Meta-analysis of memory and executive dysfunctions in relation to vitamin D. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2013 [citado 25 de febrero de 2025];37(1):147-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23948884/>
38. Scarmeas N, Stern Y, Tang MX, Mayeux R, Luchsinger JA. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol* [Internet]. junio de 2006 [citado 25 de febrero de 2025];59(6):912-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16622828/>
39. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Bennett DA, Aggarwal NT. MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 25 de febrero de 2025];11(9):1007-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25681666/>
40. Institut Lerín Neurocognitive | Associació Alzheimer [Internet]. [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://alzheimer-reus.org/institut-lerin/>
41. Bianchi VE, Herrera PF, Laura R. Effect of nutrition on neurodegenerative diseases. A systematic review. *Nutr Neurosci* [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2025];24(10):810-34. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=yyns20>
42. Arifin H, Chen R, Banda KJ, Kustanti CY, Chang CY, Lin HC, et al. Meta-analysis and moderator analysis of the prevalence of malnutrition and malnutrition risk among older adults with dementia. *Int J Nurs Stud*. 1 de febrero de 2024;150:104648.
43. Devranis P, Vassilopoulou E, Tsironis V, Sotiriadis PM, Chourdakis M, Aivaliotis M, et al. Mediterranean Diet, Ketogenic Diet or MIND Diet for Aging Populations with Cognitive Decline: A Systematic Review. *Life* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 13 de abril de 2025];13(1):173. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9866105/>
44. Nucci D, Sommariva A, Degoni LM, Gallo G, Mancarella M, Natarelli F, et al. Association between Mediterranean diet and dementia and Alzheimer disease: a systematic review with meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2024 [citado 13 de abril de 2025];36(1):77. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10959819/>

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a nuestra tutora de trabajo de fin de grado Mònica Bulló por su guía, apoyo y compromiso durante todo el desarrollo del proyecto. El trabajo de investigación que está llevando a cabo ha sido fundamental para nuestro aprendizaje y crecimiento profesional. También agradecemos al Instituto Lerín Neurocognitive por brindarnos el espacio y la oportunidad de llevar a cabo las sesiones y los talleres, así como por la confianza depositada en nuestro trabajo. Ha sido muy enriquecedor y significativo participar en este proyecto ya que nos ha regalado poder vivir una experiencia formativa y humana de gran valor.

Valoramos especialmente esta experiencia en equipo, haber trabajado entre las tres nos ha permitido crecer profesional aprendiendo juntas y fortaleciendo nuestro compromiso con el cuidado y la salud. Personalmente hemos sabido resolver conflictos, apoyarnos entre nosotras y colaborar con una comunicación amable y asertiva.

Por último, agradecer a la universidad permitirnos realizar el trabajo relacionado con este proyecto y por hacerlo posible.

ANEXOS

Anexo I – American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 593–595.

TABLA 1 Dominios cognitivos

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Atención compleja (atención continua, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesamiento)	<p>Mayor: Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos (TV, radio, conversaciones); cualquier cosa que suceda en su entorno le distrae fácilmente. Incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. Tiene dificultades para retener la información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones que le acaban de dar, o explicar lo que se acaba de decir. Incapaz de hacer cálculos mentales. Invierte más tiempo del habitual en pensar, se le han de simplificar los componentes por procesar a uno o pocos.</p> <p>Leve: Tarda más que antes en hacer las tareas normales. Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes. Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas (radio, TV, otras conversaciones, teléfono móvil, conducir).</p>	<p>Atención continua: Mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo (p. ej., pulsando un botón cada vez que oye una señal acústica o durante un período de tiempo).</p> <p>Atención selectiva: Mantiene la atención a pesar de los estímulos externos y los factores de distracción; debe escuchar cifras y letras que se leen, pero se le pide que cuente sólo las letras.</p> <p>Atención dividida: Realizar dos tareas al mismo tiempo: dar golpecitos rápidos a la vez que se aprende una narración que se lee. La velocidad de procesamiento de cualquier tarea se puede cuantificar cronometrándola (p. ej., tiempo para agrupar bloques de un tipo determinado, tiempo para asociar símbolos con números, velocidad de respuesta, como la velocidad con que se cuenta o en series de tres velocidades).</p>
Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a la retroinformación o corrección de errores, inhibición/hábitos predominantes, flexibilidad mental)	<p>Mayor: Abandona proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea cada vez. Tiene que fiarse de otros para planificar las actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones.</p> <p>Leve: Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. Tiene grandes dificultades con la multitarea o dificultades para retomar una tarea interrumpida por una visita o una llamada telefónica. Se queja de una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificarse y tomar decisiones. A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o las disfruta poco a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones.</p>	<p>Planificación: Puede encontrar la salida de un laberinto, interpretar una secuencia de imágenes o una disposición de objetos.</p> <p>Toma de decisiones: Realización de tareas que valoran el proceso de decisión ante alternativas diversas (p. ej., apuestas simuladas).</p> <p>Memoria de trabajo: Capacidad para retener la información durante un período de tiempo breve y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o de palabras hacia atrás).</p> <p>Retroalimentación/utilización de los errores: Capacidad de aprovechar la retroalimentación para deducir las reglas para resolver un problema.</p> <p>Inhibición o hábitos predominantes: Capacidad para escoger una solución más compleja y que requiere más esfuerzo para ser correcta (p. ej., mirar en la dirección contraria a la que indica una flecha, decir el color de las letras de una palabra en lugar de la propia palabra).</p> <p>Flexibilidad mental o cognitiva: Capacidad para alternar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de números a letras, de respuesta verbal a pulsar una tecla, de sumar números a ordenarlos, de ordenar objetos por tamaño a ordenarlos por color).</p>

TABLA 1 Dominios cognitivos (Cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluidos el recuerdo libre, el recuerdo evocado y la memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica, autobiográfica], aprendizaje implícito)	<p>Mayor: Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo.</p> <p>Leve: Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de las listas o el calendario. Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer los personajes de la película o una novela. Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de qué facturas están ya pagadas.</p> <p>Nota: Excepto en las formas graves de trastorno neurocognitivo marcado, las memorias semántica, autobiográfica e implícita se conservan relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.</p>	<p>Memoria inmediata: Capacidad para repetir una lista de palabras o de números. Nota: A veces la memoria inmediata se incluye en la Memoria de trabajo (véase Función ejecutiva).</p> <p>Memoria reciente: Valora el proceso de codificar información nueva (p. ej., listas de palabras, una narración breve o un diagrama). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden comprobar son: 1) el recuerdo libre (se pide a la persona que recuerde el máximo número posible de palabras, diagramas o elementos de una narración), 2) el recuerdo evocado (el examinador ayuda a recordar ofreciendo pistas como "Señala los productos alimenticios de la lista" o "Nombra a todos los niños de la narración"), y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta cosas concretas, p. ej., "¿Estaba la palabra 'manzana' en la lista?" o "¿Has visto este diagrama o este dibujo?". Otros aspectos de la memoria que pueden evaluarse son la memoria semántica (recuerdos de hechos), la memoria autobiográfica (recuerdos de episodios personales o de personas) y el aprendizaje implícito (de procedimientos, aprendizaje inconsciente de habilidades).</p>
Lenguaje (lenguaje expresivo [incluye nombrar cosas, encontrar palabras, fluidez, gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo)	<p>Mayor: Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos generales como "eso" o "ya sabes a lo que me refiero" y prefiere los pronombres personales a los nombres. Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. Puede mostrar tanto un uso idiosincrásico de las palabras, como errores gramaticales, lenguaje espontáneo o economía del habla. Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática, que acostumbra a preceder al mutismo.</p> <p>Leve: Tiene claras dificultades para encontrar las palabras. A veces sustituye los términos generales por otros específicos. A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas. Los errores gramaticales consisten en omisiones sutiles o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.</p>	<p>Lenguaje expresivo: Nombres confrontados (identificación de objetos o imágenes), fluidez (p. ej., citar el máximo número posible de elementos de una categoría semántica [p. ej., animales] o fonémica [p. ej., palabras que empiecen por F] en 1 minuto).</p> <p>Gramática y sintaxis (omisiones o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.): los errores observados durante las pruebas de nombres y de fluidez se comparan con los valores normales para valorar la frecuencia de los errores y compararla con los lapsus linguae.</p> <p>Lenguaje receptivo: Comprensión (definición de palabras y señalar objetos con estímulos animados e inanimados); realizar acciones o actividades según órdenes verbales.</p>

TABLA 1 Dominios cognitivos (Cont.)

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Habilidades perceptuales motoras (incluye las habilidades denominadas con los términos <i>percepción visual, habilidades visoconstructivas, perceptuales motoras, praxis y gnosis</i>)	<p><i>Mayor:</i> Tiene dificultades significativas con actividades que antes le eran familiares (utilizar herramientas, conducir), desenvolverse en entornos familiares, a menudo más confuso en la penumbra, cuando las sombras y la luz escasa alteran la percepción.</p> <p><i>Leve:</i> Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. Es menos preciso al aparcar. Tiene que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales, como carpintería, montar cosas, coser o hacer punto.</p>	<p><i>Percepción visual:</i> Se puede recurrir a tareas de bisección con líneas para detectar defectos visuales básicos o falta de atención. Tareas de percepción sin movilidad (como el reconocimiento facial) que requieran la identificación o la coincidencia de imágenes; mejor si no pueden expresarse verbalmente (p. ej., las imágenes no son objetos); algunas requieren la decisión de si una figura puede ser "real" o no en función de sus dimensiones.</p> <p><i>Habilidad visoconstructiva:</i> Construcción de elementos que requieren una coordinación entre las manos y la vista, como dibujar, copiar o hacer construcciones de bloques.</p> <p><i>Habilidades perceptuales motoras:</i> Integrar la percepción con un movimiento que tenga una finalidad (p. ej., insertar bloques en un tablero de formas sin ayudas visuales, insertar rápidamente unos palitos en un tablero perforado).</p> <p><i>Praxis:</i> Integridad de movimientos aprendidos, como la capacidad de imitar gestos (decir :diós) o el uso de objetos a demanda ("Muéstrame cómo usarías un martillo").</p> <p><i>Gnosis:</i> Integridad perceptual de la conciencia y el reconocimiento, como reconocimiento de caras y colores.</p>
Reconocimiento social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	<p><i>Mayor:</i> Comportamientos claramente alejados de lo socialmente aceptable, muestra insensibilidad ante las normas sociales de corrección en el vestir o en los temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o aunque se lo digan directamente. Intenciones y comportamientos sin tener en cuenta a la familia ni a los amigos. Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (p. ej., vestimenta inadecuada para el tiempo o la situación social). Habitualmente presta poca atención a estos cambios.</p> <p><i>Leve:</i> Presenta cambios sutiles de comportamiento o de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversión o introversión, menor inhibición, o apatía o nerviosismo sutiles o episódicos.</p>	<p><i>Reconocimiento de emociones:</i> Identificación de la emoción en imágenes de caras que representan diversas emociones tanto positivas como negativas.</p> <p><i>Teoría de la mente:</i> Capacidad para considerar el estado mental de otra persona (pensamientos, deseos, intenciones) o su experiencia; fichas con preguntas para obtener información sobre el estado mental del individuo retratado, como por ejemplo, "¿Dónde buscará la niña el bolso perdido?" o "¿Por qué está triste el niño?"</p>

Anexo II – Cuestionarios para la recogida de datos

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

VISITA _____ ID Participante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

- Tipo de voluntario Usuario Cuidador de un usuario

- Vínculo con el usuario Familia, Trabajador Otro, especificar:

(SOLO PARA CUIDADORES) especificar:

Datos demográficos

Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		
Edad: _____ años		
Localidad donde vive: _____		
Procedencia:		
<input type="checkbox"/> Europa (País: _____)	<input type="checkbox"/> América (País: _____)	<input type="checkbox"/> Oceanía (País: _____)
<input type="checkbox"/> África (País: _____)	<input type="checkbox"/> Asia (País: _____)	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		
Nº de personas con las que comparte el hogar (excluyéndose a usted mismo): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥3		
Nº de hijos: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> >5		
Nivel de estudios		
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios secundarios	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios
<input type="checkbox"/> Estudios primarios	<input type="checkbox"/> Formación profesional (1er o 2º ciclo)	<input type="checkbox"/> Otros _____
Situación laboral actual		
<input type="checkbox"/> Trabajador	<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente	
<input type="checkbox"/> Jubilado/a	<input type="checkbox"/> Labores del hogar, cuidados	
<input type="checkbox"/> Paro con subsidio	<input type="checkbox"/> Otros	
Ingresos unidad familiar (por año) <input type="checkbox"/> <20.000 € <input type="checkbox"/> 20.000-40.000 € <input type="checkbox"/> 40.000-80.000 € <input type="checkbox"/> >80.000 € <input type="checkbox"/> no contesta		
Hábito tabáquico: <input type="checkbox"/> Fumador (nº cigarros/día _____) <input type="checkbox"/> Ex fumador (nº cigarros/día _____) <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado		

Exploración física

Peso (kg):	Talla (cm):	IMC (kg/m ²):
Cintura 1 (cm):	Cintura 2 (cm):	Cintura media (cm):
Presión arterial 1 (mmHg):	Sistólica:	Diastólica:
Presión arterial 2 (mmHg):	Sistólica:	Diastólica:
Presión arterial media (mmHg):	Sistólica:	Diastólica:
Masa grasa (%):	Masa libre de grasa (%):	Masa muscular (kg):
Dinamometría (kg), derecha:	Dinamometría (kg), izquierda:	Mano dominante:

MEDICACIÓN: Nombre comercial

Nombre genérico

Dosis/día

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes personales

Epilepsia: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No	Cáncer: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No
Obesidad: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No	Enfermedad cardiovascular: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No
Diabetes tipo 2: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No	Accidente vascular cerebral: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No
Dislipemias: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No	Otros (especificar): _____
HTA: <input type="checkbox"/> Sí (años _____) <input type="checkbox"/> No	
Valoración del apetito: <input type="checkbox"/> Muy pobre <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy bueno	
¿Tiene problemas de masticación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene sequedad de boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se fatiga al comer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Presenta náuseas o vómitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene estreñimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene diarrea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene disfagia a sólidos/liquidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Observaciones:

1. Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)

Cribaje	
A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2. NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.	
F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP<31 3 = CP≥31	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (max. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
8-11 puntos: <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
0-7 puntos: <input type="checkbox"/>	malnutrición
	<input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Reset"/>

TOTAL: ____ puntos

2. Malnutrition screening tool (MST). Preguntas:

2.1 ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?

- No (0 puntos)
- No estoy seguro (2 puntos)
- Si ha perdido peso, ¿cuántos kilogramos?
 - 1-5 kg (1 punto)
 - 6-10 kg (2 puntos)
 - 11-15 kg (3 puntos)
 - >15kg (4 puntos)
 - No sé cuánto, no estoy seguro (0 puntos)

2.2 ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?

- No (0 puntos)
- Sí (1 punto)

TOTAL: ____ puntos (MST= 0 o 1 sin riesgo. MST ≥ 2 en riesgo de desnutrición)

3. SARC-F

Item	Preguntas	Puntuación
Fuerza	¿Qué grado de dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Asistencia para caminar	¿Qué grado de dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares, o incapaz = 2
Levantarse de una silla	¿Qué grado de dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz sin ayuda = 2
Subir escaleras	¿Qué grado de dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

TOTAL: ____ puntos (≥4 puntos se define como alto riesgo de sarcopenia)

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus **sentimientos y pensamientos** durante el **último mes**. En cada caso, por favor **indique con una "X"** cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación. La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA. Versión de 15 ítem

(Yesavage JA. J. Psychiatry Res. 1983; 173: 37-49)

Instrucciones para el entrevistador:

A)- Debe darse una explicación al paciente antes de aplicar el cuestionario.

B)- Las respuestas que indican sintomatología potencialmente depresiva están indicadas a continuación con mayúsculas y negrita. CADA RESPUESTA DE ESTAS PUNTUAN 1 PUNTO.

C)- Esta guía de puntuación no debe de ser vista por el paciente.

D)- La puntuación total > 5 indica probablemente depresión.

1.- ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	Si	NO
2.- ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?	SI	No
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	No
4.- ¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	No
5.- ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	NO
6.-¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	No
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	NO
8.- ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	No
9.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	No
10.- ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SI	No
11.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	Si	NO
12.- ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	No
13.- ¿Se siente usted lleno de energía?	Si	NO
14.- ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?	SI	No
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	No
TOTAL		

Actividad física en el tiempo libre

A continuación, le preguntaremos sobre actividades físicas realizadas en un mes convencional.

En un mes normal:

- | | |
|--|------------------|
| 1.a. ¿Cuántos días pasea o camina tranquilamente? † | _ _ días |
| 1.b. De promedio, ¿cuántos minutos al día? | _ _ minutos/día |
| 2.a. ¿Cuántos días camina deprisa? | _ _ días |
| 2.b. De promedio, ¿cuántos minutos al día? | _ _ minutos/día |
| 3.a. ¿Cuántos días camina campo a través, va de excursión? | _ _ días |
| 3.b. De promedio, ¿cuántos minutos al día? | _ _ minutos/día |
| 4.a. ¿Cuántos días sube escaleras? | _ _ días |
| 4.b. De promedio, ¿cuántos pisos al día? | _ _ pisos/día |
| 5.a. ¿Cuántos días trabaja en el huerto o en el jardín? | _ _ días |
| 5.b. De promedio, ¿cuántos minutos al día? | _ _ minutos/día |
| 6.a. ¿Cuántos días hace ejercicios, deportes al aire libre o en casa o en el gimnasio? | _ _ días |
| 6.b. De promedio, ¿cuántos minutos al día? | _ _ minutos/día |

† *NOTA: Incluye caminar al trabajo. También se puede incluir ir en bicicleta al trabajo o pasear en bicicleta.*

Comportamiento sedentario

De promedio, durante un día laborable y fuera del trabajo ¿cuántas horas al día está viendo la televisión/ordenador/videojuegos? |_|_| horas/día

De promedio, durante un día no laborable ¿cuántas horas al día está viendo la televisión/ordenador/videojuegos? |_|_| horas/día

¿Cuántos días trabaja a la semana? |_| días

Actividad física laboral

¿Qué tipo de actividad física realiza en su lugar de trabajo (o en su vida cotidiana) ?

- a.-básicamente estoy sentado/a y camino poco (funcionario, administrativo...)
- b.-estoy sentado/a pero hago esfuerzos moderados continuos (cajero...)
- c.-básicamente estoy de pie sin moverme
- d.-camino bastante pero no hago ningún esfuerzo vigoroso (vendedor, comercial...)
- e.-camino bastante y hago esfuerzos vigorosos (cartero, transportista...)
- f.-básicamente hago esfuerzos vigorosos y de mucha actividad (construcción, cargadores...)

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Spanish version

ID:

Las siguientes preguntas se refieren a la forma en que normalmente ha dormido únicamente durante el último mes. Sus respuestas intentarán **ajustarse** de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

Por favor, conteste a TODAS las preguntas:

1. Durante el último mes: ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? _____
2. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, normalmente, las noches, del último mes? _____
3. ¿A qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana durante el último mes? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama). _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

5a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5b. Despertarse durante la noche o de madrugada

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5c. Tener que levantarse para ir al servicio

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5d. No poder respirar bien

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5e. Toser o roncar ruidosamente

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5f. Sentir frío

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5g. Sentir demasiado calor

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5h. Tener pesadillas o malos sueños

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5i. Sufrir dolores

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

5j. Otras razones. (por favor, describalas a continuación): _____

6. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

- _0. Ninguna vez en el último mes
- _1. Menos de una vez a la semana
- _2. Una o dos veces a la semana
- _3. Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- _0. Ningún problema
- _1. Sólo un leve problema
- _2. Un problema
- _3. Un grave problema

9. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- _0. Bastante Buena
- _1. Buena
- _2. Mala
- _3. Bastante mala

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Estudio: **Identificador del paciente:** **Visita:** **Fecha:**

Para cada alimento, **marque con una "X" en cada fila** el recuadro que indica la frecuencia de **consumo por término medio durante el año pasado**. Se trata de tener en cuenta también la variación verano/invierno. Por ejemplo, si toma helados 4 veces/semana sólo durante los 3 meses de verano, el promedio al año es 1/semana.

LÁCTEOS

	Nunca o casi nunca	Al mes 1-3	A la semana			Al día			
			1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
1. Leche entera (1 taza, 200cc)									
2. Leche semidesnatada (1 taza, 200cc)									
3. Leche descremada (1 taza, 200cc)									
4. Leche condensada (1 cucharada)									
5. Nata o crema de leche (1/2 taza)									
6. Batidos de leche (1 vaso, 200 cc)									
7. Yogurt entero (1, 125g)									
8. Yogurt descremado (1, 125g)									
9. Petit suisse (1, 55g)									
10. Requesón o cuajada (1/2 taza)									
11. Queso en porciones o cremoso (porción 25g)									
12. Otros quesos: curados, semicurado (Manchego, Bola, Emmental...) (50g)									
13. Queso blanco o fresco (Burgos, cabra...) (50g)									
14. Natillas, flan, puding (1, 130cc)									
15. Helados (1 cucurucho)									

LEGUMBRES Y CEREALES

	Nunca o casi nunca	Al mes 1-3	A la semana			Al día			
			1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
16. Lentejas (1 plato, 150g)									
17. Alubias (pintas, blancas o negras) (1 plato, 150g)									
18. Garbanzos (1 plato, 150g)									
19. Guisantes, habas (1 plato, 150g)									
20. Pan blanco, pan de molde (3 rodajas, 75g)									
21. Pan integral (3 rodajas, 75g)									
22. Cereales desayuno (30g)									
23. Cereales integrales: muesli, copos avena, all-bran (30g)									
24. Arroz blanco (60g en crudo)									
25. Pasta: fideos, macarrones, espaguetis... (60g en crudo)									
26. Pizza (1 ración, 200g)									

ACEITES Y GRASAS

Una cucharada o porción individual incluyendo para freír, untar, aliñar, en ensaladas...	Nunca o casi nunca	Al mes 1-3	A la semana			Al día			
			1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
28. Aceite de oliva (una cucharada sopera)									
29. Aceite de oliva virgen extra (una cucharada sopera)									
30. Aceite de orujo de oliva (una cucharada sopera)									
31. Aceite de maíz (una cucharada sopera)									
32. Aceite de girasol (una cucharada sopera)									
33. Aceite de soja (una cucharada sopera)									
34. Mezcla de los anteriores (una cucharada sopera)									
35. Margarina (porción individual, 12g)									
36. Mantequilla (porción individual, 12g)									
37. Mantequilla de cerdo (10g)									
38. Marca de aceite que utiliza normalmente:									

VERDURAS Y HORTALIZAS

Un plato o ración de 200g, excepto cuando se indique otra cosa	Nunca o casi nunca	Ai mes	A la semana			Al día			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
39. Acelgas, espinacas									
40. Col, coliflor, brócoles									
41. Lechuga, endivia, escarola (100g)									
42. Tomate crudo (1, 150g)									
43. Zanahoria, calabaza (100g)									
44. Judías verdes									
45. Berenjenas, calabacines, pepinos									
46. Pimientos (150g)									
47. Espárragos									
48. Gazpacho andaluz (1 vaso, 200g)									
49. Otras verduras (alcachofa, puerro, cardo, apio)									
50. Cebolla (media unidad, 50g)									
51. Ajo (1 diente)									
52. Perejil, tomillo, laurel, orégano, etc. (una pizca)									
53. Patatas fritas comerciales (1 bolsa, 50g)									
54. Patatas fritas caseras (1 ración, 150g)									
55. Patatas asadas o cocidas									
56. Setas. Niscalos, champiñones									

FRUTAS

Una pieza o ración	Nunca o casi nunca	Ai mes	A la semana			Al día			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
57. Naranja (una), pomelo (uno) o mandarinas (dos)									
58. Plátano (uno)									
59. Manzana o pera (una)									
60. Fresas/fresones (6 unidades)									
61. Cerezas, picotas, ciruelas (1 plato postre)									
62. Melocotón, albaricoque, nectarina (una)									
63. Sandía (1 tajada, 200-250g)									
64. Melón (1 tajada, 200-250g)									
65. Kiwi (1 unidad, 100g)									
66. Uvas (1 racimo, 1 plato postre)									
67. Aceitunas (10 unidades)									
68. Frutas en almibar o en su jugo (2 unidades)									
69. Dátiles, higos secos, uvas-pasas (150g)									
70. Almendras, cacahuetes, avellanas, pistachos, piñones (30g)									
71. Nueces (30g)									

HUEVOS, CARNES Y PESCADO

Un plato o ración de 100-150g, excepto cuando se indique otra cosa	Nunca o casi nunca	Al mes	A la semana			Al día			
			1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6
72. Huevos de gallina (uno)									
73. Pollo o pavo CON piel (1 ración o pieza)									
74. Pollo o pavo SIN piel (1 ración o pieza)									
75. Carne de ternera o vaca (1 ración)									
76. Carne de cerdo (1 ración)									
77. Carne de cordero (1 ración)									
78. Conejo o liebre (1 ración)									
79. Hígado (ternera, cerdo) (1 ración)									
80. Otras vísceras (secos, corazón) (1 ración)									
81. Jamón serrano o paletilla (1 loncha, 30g)									
82. Jamón York, jamón cocido (1 loncha, 30g)									
83. Carnes procesadas (salchicón, chorizo, morcilla, salchichas, sobrasada, 50g)									
84. Patés, foie-gras (25g)									
85. Hamburguesa (50 gr), albóndigas (3 unidades)									
86. Tocino, bacon, panceta (50 g)									
87. Pescado blanco: mero, lenguado, merluza, pescadilla (1 plato o ración)									
88. Pescado azul: sardinas, atún, caballa, salmón (1 plato, pieza o ración 130g)									
89. Pescados salados: bacalao, salazones (1 ración, 60g en seco)									
90. Ostras, almejas, mejillones y similares (6 u)									
91. Calamares, pulpo, chipirones, sepia. (1 ración, 200g)									
92. Crustáceos: gambas, langostinos, cigalas (4-5 piezas, 200g)									
93. Pescados y mariscos enlatados al natural: sardinas, anchoas, bonito, atún (1 lata pequeña o media lata normal, 50g)									
94. Pescados y mariscos en aceite: sardinas, anchoas, bonito, atún (1 lata pequeña o media lata normal, 50g)									

BOLLERÍA Y PASTELERÍA

	Nunca o casi nunca	Al mes	A la semana			Al día			
			1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6
95. Galletas tipo María (4-6 unidades, 50g)									
96. Galletas integrales o de fibra (4-6 unidades, 50g)									
97. Galletas con chocolate (4 unidades, 50g)									
98. Repostería y bizcochos hechos en casa (50g)									
99. Croissant, ensaimada, pastas de té u otra bollería industrial (50g)									
100. Donuts (uno)									
101. Magdalenas (1-2 unidades)									
102. Pasteles (uno, 50g)									
103. Churros, porras y similares (1 ración, 100g)									
104. Chocolates y bombones (30g)									
105. Cacao en polvo-cacaos solubles (1 cucharada postre)									
106. Turrón (1/8 de barra, 40g)									
107. Mantecados, mazapán (90g)									

MISCELÁNEA

	Nunca o casi nunca	Al mes	A la semana			Al día			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
108. Croquetas, buñuelos, empanadillas, precocinados (una)									
109. Sopas y cremas de sobre (1 plato)									
110. Mostaza (1 cucharada de postre)									
111. Mayonesa comercial (1 cucharada sopera, 20g)									
112. Salsa de tomate frito, ketchup (1 cucharadita)									
113. Picante: tabasco, pimienta, pimentón (una pizca)									
114. Sal (una pizca)									
115. Mermelada (1 cucharadita)									
116. Azúcar (1 cucharadita)									
117. Miel (1 cucharadita)									
118. Snacks distintos de patatas fritas: gusanitos, palomita, maíz, etc. (1 bolsa, 50g)									
119. Otros alimentos de consumo frecuente:									

BEBIDAS

	Nunca o casi nunca	Al mes	A la semana			Al día			
		1-3	1	2-4	5-6	1	2-3	4-6	6+
120. Bebidas carbonatadas con azúcar: bebidas con cola, limonadas, tónicas, etc. (1 botellín, 200cc)									
121. Bebidas carbonatadas bajas en calorías, bebidas light (1 botellín, 200cc)									
122. Zumo de naranja natural (1 vaso, 200cc)									
123. Zumos naturales de otras frutas (1 vaso, 200cc)									
124. Zumos de frutas en botella o enlatados (200cc)									
125. Café descafeinado (1 taza, 50cc)									
126. Café (1 taza, 50cc)									
127. Té (1 taza, 50cc)									
128. Mosto (100cc)									
129. Vaso de vino rosado (100cc)									
130. Vaso de vino moscatel (50cc)									
131. Vaso de vino tinto joven (100cc)									
132. Vaso de vino tinto añejo (100cc)									
133. Vaso de vino blanco (100cc)									
134. Vaso de cava (100cc)									
135. Cerveza (1 jarra, 330cc)									
136. Licores, anís o anisetes (1 copa, 50cc)									
137. Destilados: whisky, vodka, ginebra, coñac (1 copa, 50cc)									

138. ¿A qué edad empezó a beber alcohol?, incluyendo el que toma con las comidas con regularidad (más de siete "bebidas" a la semana):	
139. ¿Cuántos años ha bebido alcohol con regularidad (más de siete "bebidas" a la semana)?	

Si durante el año pasado tomó **vitaminas o minerales** (incluyendo calcio) o **productos dietéticos especiales** (leche con omega-3, flavonoides, probióticos, etc.) por favor indique a continuación la **marca y frecuencia con la que los tomó:**

140.	
140.1	
140.2	

Anexo III – Actividad 1: “Sabores i Recuerdos: Taller de nutrición emocional para personas con Alzheimer”



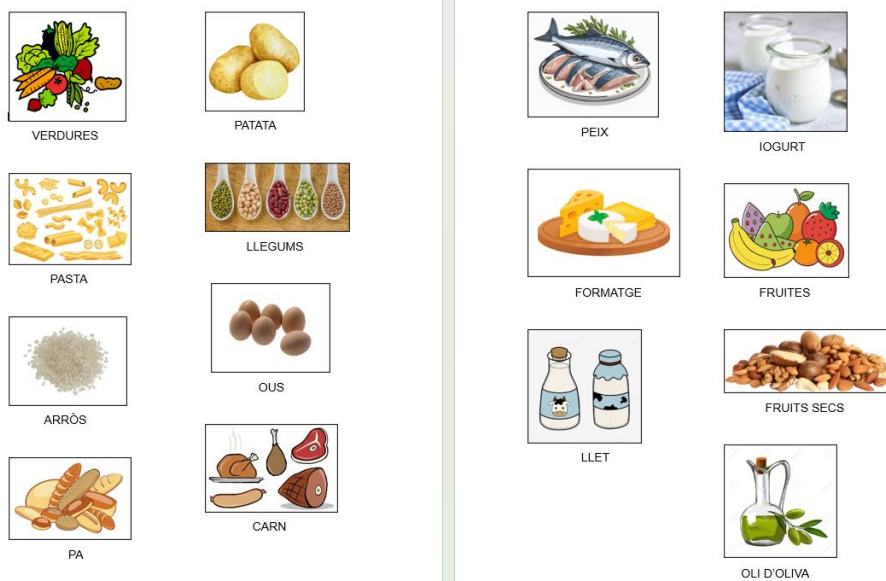
Anexo IV – Actividad 2: “Juego de selección de alimentos para formar un plato saludable”

RECOMANACIONS PER UNA ALIMENTACIÓ SALUDABLE

- Cada àpat ha de tenir: Hidrats de Carboni (cereals, pasta, arròs, patata...), Proteïna (carn, peix, ous, llegums) i Verdura.



- La Grassa principal de l'alimentació ha de ser l'oli d'oliva verge.
- Incloure els fruits secs en l'alimentació. En cas que siguin difícils d'empassar sencers, triturar-los i afegir-los al iogurt o a les preparacions culinàries.
- Si els costa empassar la carn, afegir salses perquè sigui més tova o triturar-la.
- Recalcar la importància de consumir fruites i si els costa, referir que poden menjar-la en forma de compota o coure-la.
- Remarcar la importància de la proteïna en l'alimentació. Es poden afegir ous durs a les cremes de verdures, formatge ratllat als plats, fruits secs triturats als iogurts, afegir salses a la carn perquè sigui més tova, etc.



Anexo V – PPT: Actividad 3: “Mesa redonda sobre hábitos saludables en Navidad”

La siguiente actividad fue realizada con usuarios y familiares del Instituto Lerín Neurocognitive como parte del proyecto de intervención educativa del proyecto abordado en nuestro Trabajo de Fin de Grado. Se diseñó con un enfoque participativo para fomentar la reflexión y la educación nutricional adaptada al contexto navideño, período en el que es frecuente el abandono de

hábitos saludables. El objetivo general de esta actividad fue promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables durante las fiestas navideñas a través de una intervención educativa participativa.

1. **Introducción:** Presentación del equipo y objetivos de la sesión, centrados en el autocuidado durante las fiestas.
2. **Estimulación de recuerdos:** Dinámica participativa con preguntas abiertas para evocar comidas típicas de la infancia y tradiciones familiares.
3. **Educación nutricional:** Revisión de los beneficios de una alimentación equilibrada y variada, incluyendo su impacto en la salud física y cognitiva.
4. **Propuestas prácticas:** Sugerencias de platos navideños saludables, estrategias para moderar el consumo de dulces y consejos culinarios para adaptar recetas tradicionales.
5. **Cierre y reflexión:** Elaboración conjunta de una lista de platos saludables navideños y recordatorio de la posibilidad de disfrutar cuidando la salud.



HÁBITOS SALUDABLES EN NAVIDAD

¡Bienvenidos a esta mesa redonda sobre hábitos saludables en Navidad! Durante esta época del año, es crucial cuidar de nuestra salud mientras disfrutamos de las celebraciones.

JENNIFER TRASTOY BORGES
HÉCTOR VIÑES CEREZO



INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN

Comenzaremos con una breve presentación de los participantes, y luego abordaremos la importancia de una alimentación equilibrada en Navidad.

Objetivos	Participantes
Promover la educación nutricional durante las fiestas navideñas.	Usuarios y familiares del Instituto Lerín Neurocognitivo

Formato: 50-60min
Mesa redonda con participación activa.

ESTIMULACIÓN DE RECUERDOS:

Para comenzar, haremos algunas preguntas abiertas para estimular tus recuerdos.

Comida de la infancia	Platos típicos
¿Qué comidas recuerdas de las Navidades de tu infancia o juventud?	¿Qué platos típicos solían cocinar en sus casas durante las fiestas?
Plato estrella	Comida típica
¿Qué plato estrella haces en Navidad?	¿Qué comidas no faltan en vuestras mesas?



EJEMPLOS DE PLATOS ESTRELLA:

Cada familia tiene su propio plato estrella de Navidad.

- 1 **El pavo navideño**
Un clásico de las fiestas, relleno con ingredientes tradicionales.
- 2 **La pierna de cordero**
Un plato asado, perfecto para compartir en familia.
- 3 **El bacalao**
Un pescado tradicional, preparado de diferentes maneras.



Importancia de una alimentación equilibrada

Mantener una dieta equilibrada durante las fiestas navideñas es fundamental para prevenir el aumento de peso y problemas de salud.

- 1 **Controlar las calorías**
- 2 **Hidratación adecuada**
- 3 **Porciones adecuadas**
- 4 **Prevención de enfermedades**
- 5 **Aumentar la Esperanza de vida**



Beneficios de comer variado

- 1 **Nutrientes esenciales**
Cada alimento aporta nutrientes diferentes que nuestro cuerpo necesita para funcionar correctamente.
- 2 **Energía y vitalidad**
Una dieta variada proporciona la energía necesaria para disfrutar de las actividades navideñas.
- 3 **Sistema Inmune fortalecido**
Los nutrientes de los alimentos nos ayudan a mantener un sistema inmune fuerte para prevenir enfermedades.
- 4 **Desarrollo cognitivo**
Una dieta equilibrada proporciona una mejora cognitiva además de ayudar al mantenimiento óseo.



SUGERENCIAS de platos navideños saludables

Es posible disfrutar de las celebraciones navideñas sin descuidar la salud. Se pueden elaborar platos deliciosos y nutritivos.

PLATOS PRINCIPALES	OPCIONES SALUDABLES
Pavo o pollo asado	Horneado con hierbas aromáticas y especias, sin piel.
Pescado al horno	Con verduras al vapor o ensalada.
Acompañamientos	Verduras asadas, puré de patatas sin mantequilla, ensalada de quinoa.



MODERACIÓN DE LOS DULCES:

- Exceso de azúcar**
El consumo excesivo de azúcar puede provocar un riesgo cardiovascular, como el aumento de peso.
- Alternativas saludables**
Existen opciones más saludables como: postres con menos azúcar, frutas, frutos secos, frutas deshidratadas.
- Disfrutar con moderación**
Degustar los dulces navideños con moderación, sin sentirnos culpables.



CONSEJOS PARA UNA ALIMENTACIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

- Planificar el menú**
Incluir opciones saludables en el menú, como ensaladas, carnes magras y frutas.
- Comer despacio y masticar bien**
Tomar tiempo para comer y disfrutar de cada bocado, lo que ayuda a sentir saciedad con menos cantidad.
- Hidratarse correctamente**
Beber suficiente agua entre comidas para ayudar a la digestión y mantener el cuerpo hidratado.
- Un estilo culinario saludable**
Reducir las técnicas culinarias como los fritos, rebocados, las salsas y optar por técnicas al vapor, horno, plancha.
- Un postre diferente**
Moderar el consumo de bombones, turrónes, chocolate.



ADAPTACIONES PARA SER MAS SALUDABLES

- Reducir Grasas**
Utilizar menos aceite, mantequilla en la preparación de platos.
- Aumentar Verduras**
Incorporar más verduras frescas y de temporada en los platos principales y guarniciones.
- Frutas en Postres**
Reemplazar postres azucarados por opciones basadas en frutas.
- Cereales Integrales**
Utilizar cereales integrales en lugar de versiones refinadas para obtener mayor fibra.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es posible disfrutar de la Navidad cuidando de nuestra salud. ¡Mantener una dieta equilibrada, practicar actividad física y disfrutar con moderación!

- Dieta equilibrada**
Consumir alimentos ricos en nutrientes y evitar el exceso de azúcar y grasas.
- Actividad física**
Incorporar ejercicio regular para mejorar la salud y el bienestar.
- Consumo moderado**
Controlar las porciones y priorizar las opciones saludables.



Concluir con resumen de los platos saludables sugeridos

Lista de Platos Prepare una lista con los platos saludables sugeridos por los residentes.	Beneficios Resalte los beneficios de las opciones saludables para el bienestar físico y mental.
Compartir Comparta la lista con los residentes y sus familias para que la utilicen como referencia.	



Anexo VI – PPT: Actividad 4: “Alimentando tu cerebro: la conexión entre la nutrición y el bienestar mental”

El objetivo de la actividad es explicar detalladamente cuáles son los nutrientes que más influyen en nuestro cerebro de forma positiva. Se explicó la relación entre un buen estado nutricional y el bienestar emocional. Además de los nutrientes más importantes, se explicó y remarcó el componente del alimento que causan estos beneficios.

Se destacaron los frutos secos por la evidencia reciente de su importante papel que juega en el cerebro y por la localidad, fomentando así el producto local y de proximidad.

Se realizó la exposición con soporte PowerPoint. Al terminar se resolvieron las dudas de los usuarios y explicaron con qué comían los frutos secos. Se explicaron recetas y formas de introducirlos a la alimentación diaria.



Alimentando tu Cerebro: La Conexión entre la Nutrición y el Bienestar Mental

Bienvenidos a esta presentación sobre cómo la alimentación juega un papel fundamental en la salud de nuestro cerebro. Exploraremos los alimentos que nutren el cerebro y potencian su funcionamiento.

HÉCTOR VIÑES CEREZO / JENNIFER TRASTOY BORGES

El Cerebro Necesita Nutrientes

Frutas

Las frutas proporcionan antioxidantes que protegen las células del cerebro del daño.

Frutos Secos

Los frutos secos ofrecen grasas saludables que favorecen la memoria y el aprendizaje.

Antioxidantes: Protectores del Cerebro

Vitaminas

Las vitaminas C, E y A, presentes en frutas como las fresas, las arándanos y la naranja, son antioxidantes que combaten el estrés oxidativo en el cerebro.

Beneficios

Los antioxidantes ayudan a prevenir el deterioro cognitivo y protegen el cerebro contra enfermedades neurodegenerativas.



Grasas Saludables para la Memoria

Mejora la Memoria

Las grasas saludables, como las que se encuentran en las nueces, almendras y semillas de chia, apoyan la formación de mielina, que es crucial para la transmisión de información en el cerebro.

Previene el Deterioro Cognitivo

Un consumo adecuado de grasas saludables puede contribuir a prevenir el deterioro cognitivo y el Alzheimer.



Beneficios de estas delicias

<p>Energía natural</p> <p>Frutas y frutos secos aportan glucosa, fibra y vitaminas que nos dan energía de forma natural.</p>	<p>Fortaleza para el cuerpo</p> <p>Vitamina C, potasio y magnesio fortalecen huesos, músculos y sistema inmune.</p>
<p>Control del peso</p> <p>Su alto contenido en fibra y su bajo índice glucémico ayudan a mantener el peso bajo control.</p>	<p>Bienestar general</p> <p>Antioxidantes protegen nuestras células y ayudan a prevenir enfermedades.</p>



Omega 3: Clave para el Bienestar Cerebral

- ¿Qué es Omega 3?**

El omega-3 es un tipo de ácido graso esencial beneficioso para la salud del corazón, el cerebro y la inflamación, que se encuentra en pescados, semillas y frutos secos.
- Beneficios**

Mejoran la memoria, la concentración y protegen el cerebro de la inflamación.
- Fuentes**

Pescados grasos como el salmón y el atún y los frutos secos, son excelentes fuentes de omega 3.



¿Cómo Encuentras Frutos Secos?



1 Naturales
Mejor opción para consumir a diario manteniendo una dieta saludable

2 Tostados
Una opción más saludable de frutos secos fritos con sal o salsas aliadas.

3 Fritos
Opción menos recomendable por su exceso de aceites refinados y sal.

¿Incorporas Frutos Secos en tu Dieta?

Frecuentemente

Incluir frutos secos en mi dieta diaria. Son una fuente de energía y sabor.

Ocasionalmente

Disfrutar de vez en cuando de un snack saludable a base de frutos secos en vez de azúcares.

Rara vez

No suelo consumir frutos secos, pero estoy interesado en aprender más sobre sus beneficios. Y es por eso que hoy voy a probar frutos secos o deshidratados.



¿Cómo suelen incluir los frutos secos en sus comidas?

Los frutos secos son versátiles y pueden incorporarse a muchas comidas. ¿Cómo los gusta incluirlos en sus platos? ¿Los utilizan en ensaladas, postres, desayunos o como snacks? ¿Cuántos cómo los integran en su alimentación diaria?



Ideas con Frutos Secos

Mezcla de frutos

Combina almendras, nueces, arándanos deshidratados, cranberries, y un toque de canela. Perfecto para introducir en un yogurt.

Ensalada de frutas

Combina frutas frescas de temporada como fresas, naranjas, manzanas y uvas con nueces, pistachos y dátiles deshidratados.

Bizcochos crocantes

Utiliza almendras molidas en la masa y decora con nueces, dátiles deshidratados y arándanos frescos.





Recetas con frutas de temporada

Ensalada con frutos rojos y naranja

Combina la dulzura de la naranja con la acidez de los frutos rojos para un toque refrescante. Agrega nueces glicadas para textura y un toque de miel para acentuar el sabor.

Galletas con nueces

Crea galletas deliciosas con una base crujiente y un toque dulce y ácido. Agrega frambuesas y nueces para un sabor navideño irresistible.

Salsa de pera y moras para el pollo

Combina la dulzura de la pera con la acidez de las moras para un acompañamiento perfecto para el pollo. Agrega un toque de especias como canela y jengibre para un sabor navideño.





Receta: Barras de cereales con frutos secos

- Paso 1**

Mezcla copos de avena, frutos secos glicados, semillas y especias en un tazón.
- Paso 2**

Agrega miel, y esencia de vainilla. Remueve hasta obtener una masa.
- Paso 3**

Presiona la masa en una bandeja para hornear y hornéala hasta que esté dorado.
- Paso 4**

Corta las barras en porciones y disfruta de un snack saludable y delicioso.





Frutos secos y el cerebro

Los frutos secos son aliados poderosos para la memoria. Una dieta rica en frutos secos, junto con una alimentación saludable y equilibrada, es fundamental para el bienestar mental y la función cognitiva. Incorpora estos alimentos ricos en nutrientes a tu dieta diaria para fortalecer tu cerebro y mejorar tu calidad de vida.

Anexo VII – PPT: Actividad 5: “Cuidarte para cuidar”

Con esta actividad queríamos exponer el impacto físico y emocional que tiene el ser cuidador. Asimismo, hicimos hincapié en lo importante que es cuidarse a uno mismo, ya que si no cuidamos nuestro bienestar mental y físico no podremos cuidar a la otra persona. Primero nosotros para cuidar a los demás.

Explicamos una serie de puntos sobre la alimentación como forma de cuidarse, ya que la evidencia nos muestra que hay una conexión entre el estado nutricional y el bienestar y cómo una mala alimentación afecta el estado de ánimo. También se explicaron hábitos que pueden realizar los cuidadores para cuidarse a ellos mismos.



CUIDARTE PARA CUIDAR

“Cuidarte también es una forma de amar. Porque tú también mereces estar bien”

HÉCTOR VINES CEREZO & JENNIFER TRASTOY BORGES
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRILI

El Impacto del Cuidado: Agotamiento Físico y Estrés Emocional

- Desgaste emocional**
Las emociones fluctúan constantemente entre la satisfacción y la frustración.
- Fatiga física**
El cuerpo sufre las consecuencias de levantar, mover y asistir constantemente.
- Sobrecarga mental**
La mente debe permanecer alerta, recordando medicaciones, citas y necesidades.
- Tiempo limitado**
Las horas para el autocuidado desaparecen entre las responsabilidades diarias.



Alimentarse es Cuidarse: La Conexión entre Comida, Energía y Bienestar



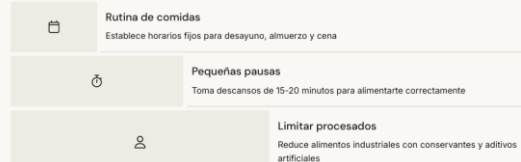
Nutrición y Salud Mental: Cómo una Mala Alimentación Afecta el Ánimo y el Estrés

- | | |
|--|---|
| Alimentación deficiente <ul style="list-style-type: none"> • Azúcares refinados causan picos de energía seguidos de caídas bruscas • Alimentos ultraprocesados aumentan la inflamación cerebral • Grasas saturadas reducen la función cognitiva | Consecuencias mentales <ul style="list-style-type: none"> • Mayor irritabilidad y cambios de humor • Dificultad para concentrarse • Aumento del estrés y ansiedad • Alteraciones del sueño |
|--|---|

Hábitos Clave para el Cuidador:



Hábitos Clave para el Cuidador:





Hábitos Clave para el Cuidador:

- Atención plena**
 Concéntrate en los sabores, texturas y aromas de cada bocado que consumes.
- Sin distracciones**
 Evita teléfonos, televisión y otras distracciones durante las comidas.
- Tiempo suficiente**
 Dedica al menos 20 minutos a cada comida principal.
- Respiración consciente**
 Haz pausas entre bocados para respirar y reconectar con tu cuerpo.

Tips Prácticos para el Cuidador: Comidas Simples, Planificadas y Nutritivas



- Preparación semanal**
 Dedica 2 horas cada domingo a preparar comidas para toda la semana.
- Recetas rápidas**
 Mantén opciones simples como wraps, ensaladas y batidos nutritivos.
- Organización del refrigerador**
 Coloca los alimentos saludables a la vista y guarda los tentempiés en lugares menos accesibles.

Comer con Consciencia: Un Acto de Respeto Hacia Uno Mismo

- Autocuidado prioritario**
 Alimentarte bien no es egoísmo, es necesario para poder cuidar de otros. Tu bienestar afecta directamente a la calidad del cuidado que ofreces.
- Modelo a seguir**
 Al cuidarte, enseñas a la persona que atiendes la importancia del autocuidado. Los buenos hábitos se transmiten a través del ejemplo diario.
- Sostenibilidad del cuidado**
 Una buena nutrición te permite mantener tu rol de cuidador a largo plazo. Evita el agotamiento y las complicaciones de salud futuras.



- Pequeños Cambios, Grandes Resultados:
- **Actividad: Mis 5 Hábitos de Alimentación**

Hábito actual	Pequeño cambio	Beneficio esperado
Saltarse el desayuno	Preparar avena la noche anterior	Mayor energía matutina
Café como única bebida	Añadir 2 vasos de agua	Mejor hidratación y concentración
Comer rápido	Sentarse 15 minutos mínimo	Mejor digestión y disfrute

Toma un momento para escribir tus 5 hábitos de alimentación que deseas implementar esta semana.



Anexo VIII – PPT: Actividad 6: “Plato saludable”

Dentro del conjunto de intervenciones realizadas en el Instituto Lerín Neurocognitive, se llevó a cabo esta actividad centrada en la educación alimentaria dirigida a cuidadores y familiares de personas con Alzheimer, con el objetivo de fomentar una alimentación equilibrada, segura y adaptada a las necesidades de esta población.

El objetivo principal de la actividad fue mostrar cómo aplicar el modelo del plato saludable propuesto por instituciones como la Harvard School of Public Health y adaptado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)— a personas con deterioro cognitivo, teniendo en cuenta sus características clínicas y funcionales. Entre los objetivos específicos destacaron: promover hábitos alimentarios protectores frente al deterioro cognitivo, prevenir la malnutrición y ofrecer recomendaciones prácticas sobre cómo adaptar las comidas tanto en textura como en composición.

La actividad se desarrolló de forma grupal y participativa durante una sesión educativa, utilizando apoyo visual (presentación con diapositivas) y ejemplos prácticos. Durante la exposición, se explicó de forma clara y accesible la estructura del plato saludable, detallando la proporción y tipos de alimentos recomendados: una base vegetal abundante, proteínas de calidad, cereales integrales, frutas, grasas saludables y una adecuada hidratación. A continuación, se abordaron las principales adaptaciones necesarias en personas con enfermedad de Alzheimer, como la modificación de texturas en caso de disfagia, la importancia de mantener horarios estables, el uso de alimentos con alto valor nutricional y bajo riesgo de atragantamiento, y la relevancia del entorno alimentario (luz, utensilios, estímulos visuales) para estimular el apetito.

Se hizo hincapié en la selección de alimentos con evidencia de beneficio sobre la función cognitiva, como los ricos en omega-3, antioxidantes y polifenoles, y se ofrecieron ideas para platos sencillos, visualmente atractivos y fáciles de masticar o tragar. Además, se propuso el uso de técnicas de estimulación como la presentación colorida del plato o la incorporación de alimentos conocidos por el paciente.

La actividad finalizó con un espacio de resolución de dudas y debate, donde los participantes compartieron experiencias y dificultades en el ámbito de la alimentación de sus familiares. Esta dinámica permitió reforzar conocimientos prácticos, resolver temores frecuentes y favorecer la adherencia a recomendaciones nutricionales adaptadas a las necesidades reales de quienes cuidan y acompañan a personas con Alzheimer.



EL PLATO SALUDABLE

Cuidando a través de la alimentación

Por: Luisa Fernanda Velázquez Jaramillo






¿QUÉ IMAGEN REPRESENTA UN PLATO DE PASTA?









El Plato Saludable (o Plato Harvard)

es una herramienta visual creada por la Escuela de Salud Pública de Harvard para ayudar a las personas a formar comidas equilibradas de manera sencilla. La idea es que, en lugar de contar calorías o gramos, imagines tu plato dividido en porciones que aseguren una buena variedad de nutrientes.



Universidad de Harvard. (2011). El Plato para Comer Saludable. Escuela de Salud Pública de Harvard. <https://health.harvard.edu/healthy-eating/healthy-diet/healthy-diet-plate/>






¿QUÉ COMPONENTES FORMAN EL PLATO SALUDABLE?

MACRO NUTRIENTES >>>








¿CÓMO SE VE EL PLATO SALUDABLE?



Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Saint Juan de Dios y Health. (7 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un adulto. Hospital Saint Juan de Dios y Health. Ed. 1. Health España, S.A. <https://www.milplatosaludable.es>






¿QUÉ IMAGEN REPRESENTA UN PLATO DE PASTA?









¿QUÉ IMAGEN REPRESENTA UN PLATO DE PASTA?



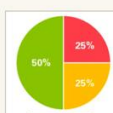
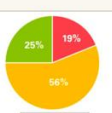















ANALICEMOS LAS PROPORCIONES

- Verduras y hortalizas
- Cereales integrales y tubérculos
- Carnes, pescados y huevos

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Saint Juan de Dios y Health. (7 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un adulto. Hospital Saint Juan de Dios y Health. Ed. 1. Health España, S.A. <https://www.milplatosaludable.es>

¡VEAMOS MÁS EJEMPLOS DE PLATOS ÚNICOS!

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

¡VEAMOS MÁS EJEMPLOS DE PLATOS ÚNICOS!

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

DISTRIBUCIÓN SI HACEMOS 2 PLATOS

a) b)

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

DISTRIBUCIÓN SI HACEMOS 2 PLATOS

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

DISTRIBUCIÓN SI HACEMOS 2 PLATOS

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

DISTRIBUCIÓN SI HACEMOS 2 PLATOS

Equipo multidisciplinario de expertos en nutrición y dietética del Hospital Sant Joan de Déu y Neodé. (27 de marzo de 2017). Guía nutricional para la alimentación equilibrada de un niño (Hospital Sant Joan de Déu y Neodé, Ed.). Neodé España, S.A. <https://www.hospitaldeju.deu.es>

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

FRECUENCIA DE CONSUMO ALIMENTOS		FRECUENCIA DE CONSUMO SEMANAL PROTEÍNAS	
Verduras y hortalizas 4-6 veces por día		PEIX 3-4 veces	
Fruita 3 o más piezas al día		LEGUMES 2-3 veces	
Molinos de cereales "Por favor en cada bocado"		OVIS 3-4 veces	
Lácteos 2-3 veces al día		CARN 4-6 veces (incluye 1 vez con variedad)	
Gr de aceite vegetal extra "No faltar en cada bocado"			
Fruita seca 2 piezas			

Asociación Española de Nutrición Comunitaria (AENCO) (2019). Guía de la alimentación saludable para Atención Primaria y secundaria (edición febrero 2019). Ediciones AENCO. <https://www.nutricioncomunitaria.org/web/guest/almacenamiento-comunitario>

MÉTODO DE LA MANO PARA ESTIMAR RACIONES

¿Cómo calcular el tamaño de la porción comiendo con las manos? (2019, septiembre 2). Instituto Nutricional. https://www.institutonutricional.com/web/guest/tema-comunicacion-al-comensar?utm_source=twitter

GRUPOS DE ALIMENTOS ALIADOS DEL CEREBRO

Vegetales
Verduras de hoja verde y frutas de colores intensos, son ricas en antioxidantes, vitaminas, minerales y fibra.

Frutos Secos
Nueces, almendras y semillas de chía.

Pescados
Ricos en omega-3: salmón, sardinas y trucha.

Cereales
Integrales, legumbres y proteínas magras.

Ayudan a proteger el cerebro del envejecimiento, mejorar la memoria y reducir la inflamación.

¡VAMOS MÁS ALLÁ DEL PLATO!

NECESIDADES Y DESAFÍOS EN LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL ALZHEIMER

Cambios en el Apetito

Falta de hambre (o aumento del apetito). Rechazo a ciertos alimentos. Cambios en el sentido del gusto o olfato. El paciente puede olvidar comer o perder interés.

Autonomía Limitada

No saben usar bien las cubiertos, a veces derraman la comida, comen con las manos o no saben cómo esperar. → Mantener la independencia durante las comidas es esencial. Utensilios adaptados pueden ayudar.



Dificultades al Comer

Rechazo por textura. Presencia de problemas para masticar y deglutir —dificultan la masticación o tragar (dificultad). ↑ el riesgo de **atragantamiento**. Adaptación progresiva de texturas.

ADAPTACIONES PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DIARIA

Cambios en el Apetito

- Comidas más frecuentes y en pequeñas cantidades (5-6 veces al día).
- Usar sabores familiares o ligados a recuerdos agradables (sopa casera, flan suave, manzana cocida con canela). Los sabores familiares pueden reactivar el apetito.
- Enriquecer sin aumentar volumen: añadir AOVE, huevo duro rallado, leche en polvo o queso crema a purés o sopas.





ADAPTACIONES PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DIARIA

Dificultades al Comer

- Usar técnicas culinarias especializadas como cocción al vapor, horno, hervido. Adaptando texturas: triturado, puré, gelificado o cremoso.
- Ofrecer alimentos naturales blandos: plátano, aguacate, calabacín, patata cocida, pescado blanco desmenuzado.
- Evitar carnes duras, arroz seco, pan de corteza gruesa, frutos secos enteros.
- Usar salsas suaves o caldos ligeros para facilitar la deglución. (¿dificultad líquidos/sólidos?)
- Introducir gelatinas y postres adaptados (no industriales muy azucarados).



ESTRATEGIAS PARA MANTENER LA INDEPENDENCIA Y DIGNIDAD AL COMER

Autonomía Limitada

- Usar platos hondos, antideslizantes y de colores contrastantes con la comida.
- Ofrecer alimentos en forma de bolitas, bastones blandos o purés espumosos para que puedan comer con las manos si es necesario. Promueven la autonomía. Permiten comer sin cubiertos manteniendo la dignidad.
- Simplificar los platos: no poner muchos alimentos mezclados si eso los confunde.
- Supervisar o acompañar, pero fomentar la independencia con utensilios adaptados.

Utensilios adaptados:

- Cuchara ergonómica con mango grueso (ej. marca Oriflame, Etac).
- Platos con borde alto o reborde (tipo «plato inteligente»).
- Baberos impermeables reutilizables para adultos (cómodos y discretos).
- Vasos con asa o tapa antiderrames (ej. vasos con boquilla Campol, BEA Smacka o marcas ortopédicas).



Baberos impermeables reutilizables



Lin, L.-C., Huang, T.-C., Wu, S.-C., Wilson, R., Tsai, B.-J., & Wu, S.-C. (2015). Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(10), 980-985. <https://doi.org/10.1002/gps.4212>

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA CUIDADORES

Rutinas Estructuradas

- Mantén horarios regulares de comidas
- Ofrece cinco comidas pequeñas al día (haya o no apetito)
- Evita cambios bruscos en la alimentación

Ambiente Tranquilo

- Elimina distracciones y ruidos
- Una vajilla contrastante con la comida
- Iluminación adecuada sin sombras

Comunicación Efectiva

- Instrucciones simples, paso a paso
- Demuestra cómo comer si es necesario
- Cedeles pequeños lagos, evita críticas



RECORDEMOS QUE

Todos somos diferentes. Cada etapa presenta retos alimentarios únicos por lo que la adaptación nutricional debe ser progresiva. Una alimentación adecuada puede ralentizar la progresión de la enfermedad y proteger las células cerebrales.



¡GRACIAS POR TU ATENCIÓN!

¿Alguna pregunta?






Anexo IX – PPT: Actividad 8: “Taller: Desayunos nutritivos”

Esta actividad dirigida a cuidadores/familiares de usuarios con Alzheimer, se centró en la educación alimentaria, con el objetivo de promover la importancia del desayuno y la merienda saludable. Se explicó:

- El papel del desayuno como comida clave para mantener la energía, apoyar la función cognitiva y evitar la desnutrición, especialmente en personas mayores con Alzheimer.
- Se mencionaron efectos como menor apetito en el resto del día, mayor irritabilidad, riesgo de hipoglucemia y deterioro cognitivo acelerado.
- Los componentes de un desayuno nutritivo y adaptado. Incluye alimentos de fácil masticación y digestión, como lácteos suaves, frutas cocidas o blandas, cereales integrales remojados, y fuentes proteicas como huevo o yogur. Se sugiere evitar productos ultraprocesados.

CONSEJOS PARA MEJORAR NUESTROS DESAYUNOS

Evitar hacer la compra con hambre. Dispensa desahogada	Haz la compra tras una comida principal. Haz una lista de la compra con antelación
Sustituye la azúcar o miel	Por canela, vainilla natural, compotas si/azúcar
Sustituye pan blanco y/o de molde	Por pan integral de barra
Sustituye bollería (galletas, magdalenas, croissants, pan de leche...)	Por biscotes
Sustituye la margarina o margarina	Por AOVE
Sustituye los postres lácteos (yogures azucarados o de sabores, natilla, flan...)	Por yogures naturales
Sustituye embutidos como chorizo, fielt, salami...	Por jamón dulce, pavo, huevo, humus, quesos frescos...
Sustituye los zumos, leche con colacao/azúcar	Por leche con café, menta, manzanilla...

CONSEJOS PARA MEJORAR NUESTROS DESAYUNOS

Asegurate de incluir fruta, lácteos, cereales integrales, frutos secos,

Prepara los desayunos o meriendas la noche anterior. Batch cooking
Evita las distracciones mientras desayunas
Intenta mantener horarios estables

CONVIRTAMOS ALIMENTOS NO SALUDABLES A SALUDABLES

¡VAMOS MÁS ALLÁ DE LOS ALIMENTOS!

NECESIDADES Y DESAFÍOS EN LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL ALZHEIMER

Cambios en el Apetito
Falta de hambre o aumento del apetito.
Rechazo a ciertos alimentos.
Cambios en el sentido del gusto o olfato.
La persona puede olvidar comer o perder interés.

Autonomía Limitada
Discrepancia, no usan bien los cubiertos, a veces derraman la comida, comen con las manos o no saben cómo empezar a comer.
Mantener la independencia durante las comidas es esencial para la autonomía de la persona → utensilios adaptados pueden ayudar durante este proceso.

Dificultades al comer
Rechazo por algunas texturas.
Presencia de problemas durante la deglución, masticación... → que dificultan el acto de comer.
La presencia de disfagia → ↑ el riesgo de atragantamiento o asfixia por aspiración de alimentos.
Adaptación progresiva de texturas.

ADAPTACIONES PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DIARIA

Cambios en el Apetito

- Comidas más frecuentes y en pequeñas cantidades (realizar 2 pequeños desayunos).
- Usar sabores familiares o ligeros a recetas agradables (tomate del huerto, pan del horno recién cocido, manzana cocida con canela). Los sabores familiares pueden reactivar el apetito través de los recuerdos.
- Enfocarse sin aumentar volumen: añadir AOVE, huevo duro rallado, leche en polvo, queso crema, cremas de frutas secas...

ADAPTACIONES PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN DIARIA

Dificultades al comer

- Usar técnicas culinarias especializadas como cocción al vapor, horno, hervido... Adaptando textura: triturado, puré, gratinado o cremoso.
- Ofrecer alimentos naturales blandos: plátano, aguacate, atún, pasta de zanahoria (triturada) o calabacín hervido con poco de pimientón de la vera en pan de vena (si hay disfagia a sólidos).
- Evitar embudo duro, pan de corteza gruesa y secos, frutos secos enteros...
- Usar AOVE para facilitar la deglución.

ADAPTACIONES PRÁCTICAS

Batch cooking semana o noche anterior

En disfagia a sólidos es válido usar el pan de molde

ESTRATEGIAS PARA MANTENER LA INDEPENDENCIA Y DIGNIDAD AL COMER

Autonomía Limitada

- Usar platos hondos, antideslizantes y de colores contrastantes con la comida.
- Ofrecer alimentos en forma de bollos, bastones blandos o porciones estables para que puedan comer con las manos si es necesario. Promueven la autonomía. Permiten comer sin cubiertos manteniendo la dignidad.
- Simpleificar la ingesta: no poner muchos alimentos mezclados si eso les confunde.
- Supervisar o acompañar, pero fomentar la independencia con utensilios adaptados.

Utensilios adaptados:

- Cucharas ergonómicas con mango grueso (ej. marca Orliman, Elad)
- Platos con fondo alto o reborde (tipo valdeleñas)
- Baberos impermeables reutilizables para adultos (cómodos y discretos)
- Vasos con asa o tapa antideslizantes (ej. vasos con boquilla Campol, NIDA Simka o marcar ortopédica).

BABEROS IMPERMEABLES REUTILIZABLES

Un, L.-C., Huang, Y.-J., Bai, S.-D., Wang, H., Tai, B.-H., & Ho, S.-C. (2015). Using spread internet and Microdonor-based activities to improve eating habits for residents with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 30(12), 832-839. <https://doi.org/10.1002/gps.3822>

¡RECUERDA!

COMPLEMENTA EL EFECTO SOBRE LA SALUD DE TU DIETA CON ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física es buena para tu corazón, tu cuerpo y tu mente. Realizar actividad física previene o mejora el control de enfermedades y mejora el bienestar general. Tanto física como mental.

RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

ADULTOS DE MENOS DE 65 AÑOS

Cada semana, realizar al menos entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada (caminar a buen ritmo, montar en bicicleta a ritmo moderado, bailar, etc.). Una sesión de 75 a 90 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa (correr a ritmo ligero, bailar de forma vigorosa, etc.).

A PARTIR DE LOS 65

Además de las recomendaciones ya mencionadas para para el sistema digestivo de salud se recomienda practicar actividades para potenciar la fuerza y el equilibrio. Los programas de ejercicio de fuerza deben ser tan activos como se permita su capacidad funcional y estar de nivel de sedentarismo o forma física. Si se ha realizado actividad física con anterioridad, se recomienda empezar por pequeños dosis de actividad física e ir aumentando gradualmente su duración, frecuencia e intensidad. Es importante incorporar actividades físicas que impliquen el equilibrio, la coordinación y el fortalecimiento muscular.

Centro Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recurso educativo distribuido, actualizado y coordinado conjuntamente con recomendaciones de actividad física para la población española. Última actualización y validación por última vez: Marzo 2016. 2022. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AESAN/contenidos/documentos/actividad_fisica/actividad_fisica_segunda_edicion_2022.pdf

¡GRACIAS POR TU ATENCIÓN!

¿Alguna pregunta?

Asociació d'Alzheimer ALZHEIMER ALTRES TACTES RECURSOS CUNY I BALS CAMP

Institut Lerín Neurocognitive

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Generalitat de Catalunya Departament de Drets Socials Inclusió

Amb el suport de: Diputació Tarragona

DATA: 08/04/25

Anexo X – Resultados actividad 5: “Cuidarte para cuidar”

Asociació d'Alzheimer ALZHEIMER ALTRES TACTES RECURSOS CUNY I BALS CAMP

Institut Lerín Neurocognitive

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Amb el suport de: Diputació Tarragona

DATA: 08/04/25

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

[Empty box for suggestions and comments]

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

Asociació d'Alzheimer ALZHEIMER ALTRES TACTES RECURSOS CUNY I BALS CAMP

Institut Lerín Neurocognitive

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Amb el suport de: Diputació Tarragona

DATA: 08/04/25

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

Has Dankas

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar" DATA: 08/04/25

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar" DATA: 08/04/25

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar" DATA: 08/04/25

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar" DATA: 08/04/25

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

SESSIÓ: "Cuidarte para cuidar"

DATA: 08/04/25

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

Aplicaré algunes de les recomanacions.

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

Anexo XI – Resultados actividad 6: “El plato saludable: cuidando a través de la alimentación”

DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA



DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

[Empty box for suggestions and comments]

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-43737323DEA Acreditat per CEAPA "Cuidados en Demencia sin supervisar" 2016 / Entitat d'utilitat pública (LUS02002008) /
Planes: 98582502 / Centre: Centre de Memòria Sense Títol
917 317 603 / 986 219 419 / 946 802 073 www.alzheimer-reus.es / alzheimer.reus@gmail.com



DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

[Empty box for suggestions and comments]

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-43737323DEA Acreditat per CEAPA "Cuidados en Demencia sin supervisar" 2016 / Entitat d'utilitat pública (LUS02002008) /
Planes: 98582502 / Centre: Centre de Memòria Sense Títol
917 317 603 / 986 219 419 / 946 802 073 www.alzheimer-reus.es / alzheimer.reus@gmail.com



DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

[Empty box for suggestions and comments]

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-43737323DEA Acreditat per CEAPA "Cuidados en Demencia sin supervisar" 2016 / Entitat d'utilitat pública (LUS02002008) /
Planes: 98582502 / Centre: Centre de Memòria Sense Títol
917 317 603 / 986 219 419 / 946 802 073 www.alzheimer-reus.es / alzheimer.reus@gmail.com



DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

[Empty box for suggestions and comments]

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-43737323DEA Acreditat per CEAPA "Cuidados en Demencia sin supervisar" 2016 / Entitat d'utilitat pública (LUS02002008) /
Planes: 98582502 / Centre: Centre de Memòria Sense Títol
917 317 603 / 986 219 419 / 946 802 073 www.alzheimer-reus.es / alzheimer.reus@gmail.com

DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Di Ferrer, 33 - 43208 REUS - NIF G-437373202FA. Acreditat per CGAFA. Codi de registre en el registre de l'Entitat d'utilitat pública (AUS/02002009) / Plaça REGID/27, Torreda Cerdà a Menú Social 2008 977 317 603 / 089 219 476 / 049 963 073 www.ajuntament-reus.es / ajuntamentreus@gmail.com

DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Di Ferrer, 33 - 43208 REUS - NIF G-437373202FA. Acreditat per CGAFA. Codi de registre en el registre de l'Entitat d'utilitat pública (AUS/02002009) / Plaça REGID/27, Torreda Cerdà a Menú Social 2008 977 317 603 / 089 219 476 / 049 963 073 www.ajuntament-reus.es / ajuntamentreus@gmail.com

DATA: 10/04/25

CONFERÈNCIA "El plato saludable: comiendo bien para vivir mejor"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

© Di Ferrer, 33 - 43208 REUS - NIF G-437373202FA. Acreditat per CGAFA. Codi de registre en el registre de l'Entitat d'utilitat pública (AUS/02002009) / Plaça REGID/27, Torreda Cerdà a Menú Social 2008 977 317 603 / 089 219 476 / 049 963 073 www.ajuntament-reus.es / ajuntamentreus@gmail.com

Anexo XII – Resultados actividad 7: “Alimentación en personas con Alzheimer – problemas y soluciones”



DATA: 22/04/25

CONFERÈNCIA “Alimentación en personas con alzheimer - problemas y soluciones”

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CD Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-437773302EA. Acreditat per CEAPA. Codi de registre en Democàcia en línia 2016 / Entitat d'utilitat pública LA503200209 /
 Pòrtic: 945202 - Col·legi de Metges de Reus, 2008
 977 317 603 / 986 219 419 / 946 805 073 www.aizhimer-neu.es / aizhimerneu@gmail.com

Anexo XIII – Resultados actividad 8: “Taller desayunos nutritivos”



DATA: 24/04/25

CONFERÈNCIA “Taller desayunos y meriendas nutritivas”

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CD Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-437773302EA. Acreditat per CEAPA. Codi de registre en Democàcia en línia 2016 / Entitat d'utilitat pública LA503200209 /
 Pòrtic: 945202 - Col·legi de Metges de Reus, 2008
 977 317 603 / 986 219 419 / 946 805 073 www.aizhimer-neu.es / aizhimerneu@gmail.com



DATA: 24/04/25

CONFERÈNCIA “Taller desayunos y meriendas nutritivas”

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CD Dr Ferran, 33 - 43206 REUS - NIF G-437773302EA. Acreditat per CEAPA. Codi de registre en Democàcia en línia 2016 / Entitat d'utilitat pública LA503200209 /
 Pòrtic: 945202 - Col·legi de Metges de Reus, 2008
 977 317 603 / 986 219 419 / 946 805 073 www.aizhimer-neu.es / aizhimerneu@gmail.com

DATA: 24/04/25

CONFERÈNCIA "Taller desayunos y meriendas nutritivas"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

Gràcies per recomanar AF.
No tingueu por en recomanar força.
Felicitats !!

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CiD de Ferrol, 31 - 42036 REUS - NIF G-43737323CEA Acreditat per CEAPA. Codi de registre en registre de 2016 / Entitat d'ajuda pública L45652000061 /
Prestació 0652452 - Informació Contacte de l'entitat: 2020 /
977 317 603 / 988 219 419 / 948 802 073 - www.alzheimer-reus.es / alzheimer-reus@gmail.com

DATA: 24/04/25

CONFERÈNCIA "Taller desayunos y meriendas nutritivas"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CiD de Ferrol, 31 - 42036 REUS - NIF G-43737323CEA Acreditat per CEAPA. Codi de registre en registre de 2016 / Entitat d'ajuda pública L45652000061 /
Prestació 0652452 - Informació Contacte de l'entitat: 2020 /
977 317 603 / 988 219 419 / 948 802 073 - www.alzheimer-reus.es / alzheimer-reus@gmail.com

DATA: 24/04/25

CONFERÈNCIA "Taller desayunos y meriendas nutritivas"

Per ajudar-nos a avaluar l'activitat preguem contesteu amb el vostre nivell de satisfacció:

1. M'han agradat els continguts de l'activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

2. Recomanaria l'assistència a aquesta activitat

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

3. Satisfacció general

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

4. Idoneïtat de les instal·lacions

1 -Gens 2 -Poc 3 -Suficient 4 -Bé 5 -Bastant 6 -Molt 7 -Moltíssim

5. Sugeriments i comentaris

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ASSISTÈNCIA

CiD de Ferrol, 31 - 42036 REUS - NIF G-43737323CEA Acreditat per CEAPA. Codi de registre en registre de 2016 / Entitat d'ajuda pública L45652000061 /
Prestació 0652452 - Informació Contacte de l'entitat: 2020 /
977 317 603 / 988 219 419 / 948 802 073 - www.alzheimer-reus.es / alzheimer-reus@gmail.com