



---

# ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DEMENCIA

---





---

**ESCUELA DE  
NUTRICIÓN Y DEMENCIA**

---

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

iLUNE Diseño

Se autoriza la reproducción parcial o total y la difusión del documento sin fines de lucro y sujeto a que se cite la fuente

© CEAFA 2025 - [www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)

# ÍNDICE

<b>1. Introducción General</b>	<b>4</b>
1.1. Objetivos del programa	4
1.2. ¿Qué es la demencia? Tipos y características	4
1.3. Factores de riesgo modificables y no modificables	6
1.4. El papel de la nutrición en la salud cerebral	11
<b>2. Guía nutricional para la prevención de la demencia</b>	<b>13</b>
2.1. Recomendaciones dietéticas prácticas	13
2.2. Alimentos que favorecen la salud cerebral	15
2.3. Alimentos a evitar o reducir	16
2.4. Cómo leer etiquetas y elegir alimentos adecuados	17
2.5. Hidratación y demencia	18
<b>3. Educación alimentaria para pacientes y cuidadores</b>	<b>20</b>
3.1. Estrategias para mantener una alimentación saludable en personas con deterioro cognitivo	20
3.2. Adaptaciones de texturas y sabores en fases avanzadas	23
3.3. Dificultades comunes y cómo abordarlas	24
3.4. Anexo I	26
<b>4. Referencias</b>	<b>29</b>



# 1. Introducción general

---

## 1.1. Objetivos del programa

- Aportar conocimientos sobre el concepto de demencia y los diferentes tipos de demencia existentes.
- Dar a conocer los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la demencia, centrandó la información en aquellos que pueden ser modificados.
- Aportar recomendaciones de utilidad para la prevención del desarrollo de demencia o para retrasar su avance.
- Dar a conocer estrategias para el mantenimiento de una alimentación saludable en pacientes con demencia, teniendo en cuenta las barreras que tanto pacientes como cuidadores se puedan encontrar a la hora de llevar a cabo el proceso de alimentación.

## 1.2. ¿Qué es la demencia? Tipos y Características

La capacidad o función cognitiva es el conjunto de procesos mentales que se producen para procesar la información e incluye distintos aspectos como: la memoria, la orientación, el lenguaje, el razonamiento, la motivación o la función ejecutiva. Cuando se altera uno o más de estos componentes, podemos hablar de deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo tiene muchos niveles, que pueden llegar desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia. A continuación, vamos a ver cada uno de ellos:

### Deterioro cognitivo leve

Alteración de uno o más componentes de la función cognitiva que no se justifican como cambios que se producen naturalmente por la edad y que da lugar a síntomas como pérdida de comprensión, memoria, concentración o de recordar y solucionar problemas, sin que afecte de forma significativa a la función y actividades de la vida diaria.

El deterioro cognitivo leve puede ser de dos tipos:

- **Amnésico:** afecta principalmente a la memoria (ej. la persona comienza a olvidar citas médicas o eventos recientes, que no olvidaba habitualmente).
- **No amnésico:** afecta a componentes de la función cognitiva distintos a la memoria (ej. tardar más de lo habitual en resolver problemas o llevar a cabo tareas complejas).

### Demencia

Cuando el deterioro cognitivo se agrava y comienza a interferir con las actividades de la vida diaria, hablamos de demencia. Existen distintos tipos de demencia, cuyos síntomas pueden variar, según el tipo y la fase en la que se encuentre la misma. Las más comunes son:

- **Enfermedad de Alzheimer:** es el tipo de demencia más común. Se caracteriza principalmente por la pérdida de memoria (especialmente de los hechos recientes o las cosas recién aprendidas), aunque también aparecen otras dificultades relacionadas con la función cognitiva como dificultades en el lenguaje, dificultades para realizar tareas de la vida cotidiana (como manejar dinero o realizar tareas del hogar), llegando en etapas más avanzadas a producir cambios en la personalidad y el comportamiento, así como afectar al movimiento, generando una situación de dependencia.
- **Demencia vascular:** es el segundo tipo de demencia más común y se produce por afección de los vasos sanguíneos del cerebro o interrupción del flujo de oxígeno al cerebro. Algunos de los síntomas más característicos son: dificultad para realizar tareas que antes eran sencillas, problemas para aprender información o rutinas nuevas y seguir instrucciones, olvidar eventos actuales o pasados, dificultades del lenguaje, la lectura o la escritura, o cambios en el sueño y el estado de ánimo, entre otros.
- **Demencia con cuerpos de Lewy:** se debe a la acumulación anormal de una proteína en el cerebro (a lo que se denomina cuerpos de Lewy).

Además de dificultades relacionadas con el deterioro cognitivo (como pérdida de la capacidad de concentración o de organización de las ideas), las alteraciones del sueño o alucinaciones; también acaban apareciendo síntomas motores (como rigidez muscular, temblores o pérdida de coordinación).

Otros tipos de demencia son la Demencia Frontotemporal, que suele darse desde edades más tempranas; Demencia Mixta, que combina características de diferentes tipos de demencia anteriormente mencionados; o demencia derivada de otras enfermedades, como la demencia por Enfermedad de Parkinson o la Enfermedad de Huntington.

### **1.3. Factores de riesgo modificables y no modificables**

Existen diversos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de demencia. Algunos de ellos, no se pueden modificar. Por ejemplo:

- La genética
- El sexo: la demencia tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres, lo que parece acentuarse tras la menopausia.
- El estrés oxidativo y el envejecimiento.

No obstante, existen varios factores que sí dependen del estilo de vida de la persona y, por tanto, pueden modificarse (factores modificables). Tener en cuenta estos factores puede ayudar a prevenir o retrasar el deterioro cognitivo.

#### **Factores modificables**

##### **Actividad física**

La práctica de actividad física a cualquier intensidad mejora la función cognitiva, siendo mayores los efectos cuando se practica actividad física moderada-vigorosa (como correr, bailar, levantar peso, nadar o practicar algún otro deporte). Además, ya que las enfermedades cardiovasculares

también se asocian con un mayor riesgo de demencia, todas aquellas actividades físicas destinadas a la mejora de la capacidad cardiovascular, también se asocian con un menor riesgo de demencia. Por lo tanto, para aprovechar al máximo los beneficios de la actividad física sobre la función cognitiva, es recomendable que se realicen **distintos tipos de ejercicio físico** (flexibilidad, fuerza, resistencia, equilibrio), incluyendo siempre ejercicios enfocados a la mejora de la resistencia cardiovascular, a una **intensidad moderada-vigorosa**, al menos 3 veces por semana, hasta alcanzar **150 minutos semanales**.

### Comportamiento sedentario

Aunque todavía es necesario conocer más la relación entre comportamiento sedentario y el riesgo de demencia, sí se ha observado una relación entre el uso de pantallas (como la televisión) durante varias horas a lo largo del día y una peor función cognitiva. Además, el pasar muchas horas sentada o sentado, dificulta el cumplir las recomendaciones de actividad física, que sí que mantiene una alta relación con la función cognitiva. Por lo tanto, se recomienda **romper lo máximo posible los largos períodos sentado o sentada** con actividades ligeras como pequeños paseos o estar unos minutos de pie deambulando por la casa, así como dedicar un **máximo de 3 horas al uso recreacional de pantallas** (como ver la televisión, estar con el ordenador, etc.) y un **máximo de 8 horas en total a lo largo del día a estar sentada o sentado** (entrando en estas 8 horas actividades como trabajar frente al ordenador o comer).

### Sueño

La duración total del sueño, el tiempo discurrido entre el acostarse y el dormirse, el número de despertares tras el inicio del sueño y el tiempo transcurrido en las diferentes etapas del sueño también se ha visto asociado tanto a la función cognitiva global como a determinados componentes de la misma, como la memoria. En este sentido, es tan importante que el sueño no sea insuficiente como el que no sea excesivo, ya que ambas situaciones han demostrado ser un factor de riesgo de deterioro cognitivo. **Se recomienda una duración del sueño de entre 7-8 horas seguidas por noche**. Además, la inestabilidad en los patrones de sueño,

independientemente de la duración de éste, también se han asociado con un incremento del riesgo de deterioro cognitivo. Por lo que es importante mantener horarios y rutinas estables de sueño, lo que también ayuda a que su calidad sea mejor. Otras acciones que pueden facilitar un sueño de buena calidad son evitar las pantallas 1-2 h antes de acostarse, realizar tareas relajantes antes de dormir (como la lectura), evitar cenas copiosas o muy tardías y mantener la habitación fresca, entre otras.

## Dieta

Algunos patrones dietéticos saludables se han visto asociados a un buen mantenimiento de la función cognitiva. En general, estos patrones dietéticos tienen en común elementos como el predominio de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales), el uso de variedades integrales, un mayor consumo de pescado que de carne, así como una restricción de los alimentos ultra-procesados. Entre estos patrones dietéticos se encuentran:

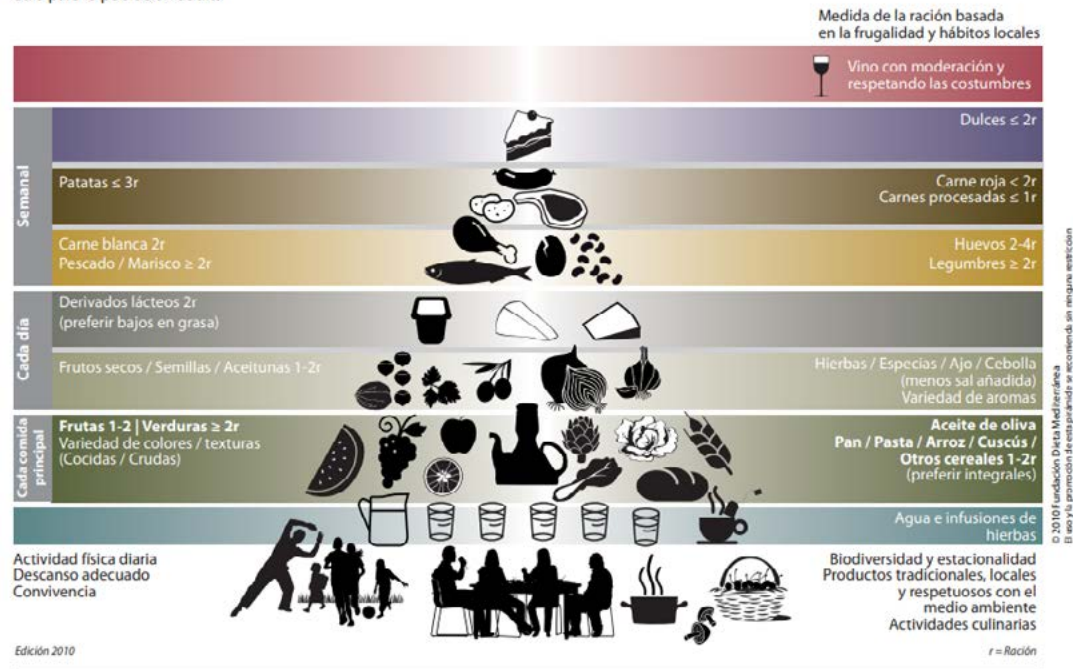
### La Dieta Mediterránea

La Dieta Mediterránea es un patrón dietético caracterizado por utilizar cereales integrales y vegetales como base de sus platos y guarnición, un consumo habitual de pescado, lácteos y frutos secos, consumo habitual de fruta fresca (como postre de las comidas), el uso de aceite de oliva como principal grasa para el cocinado y aderezo de platos, así como el uso de técnicas de cocinado como el sofrito (incorporando aceite de oliva, verduras de temporada y especias). Este patrón también limita el consumo de carnes rojas, alimentos procesados y dulces y recomienda un consumo moderado de vino.



## Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



Fuente: Fundación Dieta Mediterránea, 2010

### La Dieta DASH

Aunque este patrón dietético fue inicialmente diseñado para el control de la hipertensión arterial, también se han observado asociaciones entre una alta adherencia a este patrón y un mejor rendimiento cognitivo en adultos mayores. Las principales características de esta dieta son el consumo frecuente de cereales y derivados integrales (6-8 raciones al día), frutas (4-5 raciones al día) y verduras (4-5 raciones al día), lácteos bajos en grasa (2-3 raciones al día), frutos secos, semillas y legumbres (4-5 raciones a la semana), carnes magras, pescado y aves (menos de 6

raciones al día). Además, se aconseja una moderación de dulces, grasas y aceites, así como del consumo de sal y alimentos ultra-procesados.

### La Dieta MIND

La dieta MIND es un patrón dietético diseñado específicamente para la prevención del deterioro cognitivo, mezclando características de la Dieta Mediterránea y la Dieta DASH. Este patrón se caracteriza por indicar una serie de alimentos o grupos de alimentos a incluir en la dieta y otros a limitar:

Los **alimentos a incluir** según este patrón dietético serían: vegetales de hoja verde (entre media y una taza al día), otros vegetales (media taza al día), frutos secos (el equivalente a un puñado al día), bayas (media taza, 5 veces a la semana), legumbres (media taza, 3 veces a la semana), cereales y derivados integrales (3 raciones al día), pescado y pollo en preparaciones que no sean fritura y sin piel (85-140 gramos, dos veces a la semana) y aceite de oliva virgen extra (2 cucharadas al día).

Los **alimentos a limitar** según este patrón dietético serían: las carnes rojas y procesadas (que no deben superar las 3 raciones a la semana), mantequilla y margarina (que no debe superar una cucharadita al día), queso (sin desgrasar, menos de 30 g por semana), pastelería y dulces (menos de 3 raciones a la semana) y alimentos fritos o comida rápida (que no debe superar una comida por semana).

### Otros factores modificables

El tabaquismo es uno de los factores modificables que han mostrado mayor asociación con el riesgo de desarrollo de demencia, especialmente Enfermedad de Alzheimer. Esto se debe a que parece actuar sobre los genes, aumentando el riesgo de aparición de esta enfermedad. De hecho, personas exfumadoras también presentan más riesgo que aquellas que no han fumado nunca.

## 1.4. El papel de la nutrición en la salud cerebral

Los patrones dietéticos anteriormente mencionados, tiene una serie de características comunes, que pueden estar relacionadas con el aporte de determinados nutrientes que se han asociado con mejoras en la función cognitiva. Entre estos nutrientes nos encontramos:

- **Omega-3 (concretamente ácidos grasos EPA y DHA):** mantener una ingesta adecuada de estos ácidos grasos está relacionado con efectos beneficiosos sobre la función cognitiva e incluso con un menor avance de la Enfermedad de Alzheimer en etapas tempranas. Se encuentran principalmente en pescados grasos (como salmón, sardinas, atún, trucha), mariscos y en algunos frutos secos y semillas, como las nueces o las semillas de lino.
- **Vitaminas del grupo B:** una ingesta adecuada de este grupo vitamínico ha se asocia con efectos beneficiosos sobre la función cognitiva global y sobre la memoria. De este grupo, cabe destacar el **ácido fólico** ya que el uso de complementos alimentarios que incluyen esta vitamina en población adulta con deterioro cognitivo leve y Enfermedad de Alzheimer se ha relacionado con mejoras en la función cognitiva. Además de en complementos alimenticios, encontramos folatos u otras vitaminas del grupo B en alimentos como vegetales (en especial aquellos de hoja verde o en crucíferas como el brócoli o las coles), frutos secos, legumbres y, en el caso de algunas vitaminas como la B12, en alimentos de origen animal como huevo, pescados, lácteos o carnes.
- **Antioxidantes (vitaminas A, C, D y E, zinc, selenio, carotenoides):** una ingesta adecuada de antioxidantes protege frente al estrés oxidativo, por lo que protegen frente al deterioro cognitivo asociado a la edad, pero también tienen otras funciones de gran importancia para el cerebro, por lo que tienen un papel de especial importancia en la mejora de la función cognitiva y la prevención de demencia. Las principales fuentes alimentarias de antioxidantes son frutas y verduras (en especial aquellas que muestran colores amarillentos, rojizos y anaranjados), yema de huevo, aceite de oliva virgen extra, frutos secos, aguacate, pescado azul y lácteos enteros.

- **Colina:** es una vitamina con un papel de gran importancia ya que sirve para formar un neurotransmisor (la acetilcolina) que participa en la regulación memoria, el aprendizaje, el sueño y el estado de ánimo. Ingestas inadecuadas de colina, que se encuentra principalmente en el huevo, se han asociado con un mayor riesgo de Enfermedad de Alzheimer.
- **Fibra y probióticos:** diferentes estudios han mostrado alteraciones en la microbiota intestinal (microorganismos que se encuentran en el intestino) de personas con deterioro cognitivo. Por lo tanto, el consumo de alimentos que contienen probióticos (como el yogur), así como el consumo de alimentos ricos en fibra (como cereales y derivados integrales o legumbres), se han asociado con un papel preventivo frente al deterioro de la función cognitiva.

Por el contrario, **ingestas elevadas de sal y azúcar y grasas saturadas se han visto relacionadas con un mayor deterioro cognitivo**, por lo que se recomienda reducir el azúcar y la sal añadida a las comidas y el consumo de carnes rojas, así como el consumo de alimentos ultra-procesados, que suelen contener altas cantidades de estos nutrientes.



## 2. Guía nutricional para la prevención de la demencia.

---

### 2.1. Recomendaciones dietéticas prácticas

La evidencia acumulada apoya patrones dietéticos de base vegetal (Mediterránea, DASH y MIND) por su asociación con menor deterioro cognitivo y menor riesgo de demencia a lo largo del curso vital. Estos patrones comparten una elevada densidad vegetal (verduras, frutas, legumbres), uso de cereales integrales, aceite de oliva virgen extra (AOVE) como grasa culinaria principal, frutos secos diarios, prioridad del pescado frente a la carne, y limitación de carnes procesadas, azúcares libres, grasas trans y productos ultraprocesados.

Las guías españolas de alimentación enfatizan la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, la preferencia por técnicas culinarias sencillas (plancha, guiso, horno) y la reducción de sal y azúcares añadidos, además de educación práctica para leer etiquetas y planificar menús familiares.

En población mayor y en deterioro cognitivo (DCL, demencia en diferentes estadios), fraccionar 4–5 ingestas/día, asegurar proteína distribuida ( $\approx 1.0\text{--}1.2$  g/kg/día; 25–30 g/ingesta) y fibra  $\geq 25$  g/d, ajustando a comorbilidad y fármacos.

Este enfoque se acompaña de hábitos de estilo de vida:

- Actividad física multicomponente (resistencia, fuerza, equilibrio y flexibilidad), con objetivo acumulado de  $\geq 150$  min/semana a intensidad moderada, distribuidos en  $\geq 3$  días.
- Sedentarismo: interrumpir periodos prolongados sentados con pausas activas frecuentes (cada 30–60 min) y moderar el uso recreativo de pantallas.
- Sueño: rutina estable de 7–8 h/noche, higiene del sueño (evitar pantallas 1–2 h antes de acostarse, cenas ligeras y tempranas, ambiente fresco y oscuro).

## Planificación práctica

- Menú semanal y lista de la compra con criterios de estacionalidad, presupuesto y preferencias culturales; comida casera sencilla; priorizar platos de cuchara vegetales y guisos con legumbre; evitar dobles texturas en caso de disfagia (p. ej., sopas con tropezones, fideos).
- Entorno de la comida: lugar familiar y constante, ambiente tranquilo, sin prisa; ofrecer tiempo suficiente y asistencia individualizada, preservando la dignidad y evitando la vía oral si la persona está somnolienta o agitada.
- Estrategias conductuales ante baja ingesta: porciones pequeñas y frecuentes; alimentos preferidos; utensilios sencillos; retirar distractores; reforzar hábitos con rutinas predecibles.

Tabla 1. Frecuencias orientativas semanales (raciones)

Grupo	Objetivo	Ejemplos
Verduras/hortalizas	≥14	½ plato en comida y cena
Fruta entera	14	2/día (pieza, no zumo)
Legumbres	3-4	Guisos, purés, hummus
Cereales 100% integrales	≈21 (≈3/día)	Pan integral real, avena, arroz integral
Pescado total / azul	≥3 / ≥2	Sardina, caballa, salmón
Frutos secos/semillas	7 (≈30 g/d)	Nuez, almendra, lino, chía
Lácteos naturales/fermentados	7-14	Leche o yogur sin azúcar
AOVE	Diario (≈2 c/s)	Aliño y cocción

## Lista de compra y preparación (batch cooking sencillo orientativo)

- Verduras: combinación de hojas verdes (espinaca/acetlga), crucíferas (brócoli/coliflor), tomate/zanahoria/pimiento.
- Fruta: piezas de temporada (cítricos, uva/arándanos cuando sea posible).

- Proteínas: legumbres secas/cocidas, huevo, pescado azul (latas en AOVE y fresco), aves.
- Granos: pan 100% integral, arroz integral, avena.
- Lácteos: leche y yogur natural/fermentado sin azúcar añadido.

### 2.2. Alimentos que favorecen la salud cerebral

Se priorizan aquellos grupos de alimentos con alta densidad nutricional y con compuestos bioactivos potencialmente beneficiosos para la neuroprotección.

- Verduras de hoja verde y crucíferas: aportan folatos, vitamina K, carotenoides y polifenoles asociados a mejor desempeño cognitivo.
- Bayas, cítricos, uvas, cacao: ricos en flavonoides (antocianinas, flavanonas) con acciones neurovasculares y antiinflamatorias; la evidencia preclínica y parte de la clínica apoya su papel modulador de memoria y atención.
- Pescado azul y marisco: fuente de DHA y yodo; su consumo regular se asocia a menor deterioro cognitivo.
- Aceite de oliva virgen extra y frutos secos: grasas monoinsaturadas, polifenoles y tocoferoles que favorecen integridad sináptica y control cardiometabólico.
- Pescado azul (EPA/DHA).
- Lácteos naturales/fermentados

Por otra parte, existen nutrientes y compuestos relevantes dentro de una pauta dietética, no como prescripción aislada, que se aconsejan:

- Omega-3 (EPA/DHA): pescados azules; plausibles beneficios en función cognitiva y progresión temprana.
- Vitaminas del grupo B (folato, B6, B12): soporte de vías neurocognitivas; priorizar alimentos fuente y suplementar solo ante déficit confirmado.

- Antioxidantes (A, C, D, E, zinc, selenio, carotenoides): protección frente a estrés oxidativo dentro de un patrón de alta calidad.
- Colina: esencial para acetilcolina; huevo como principal fuente alimentaria.
- Fibra y probióticos: modulación de microbiota y eje intestino-cerebro (yogur y fermentados; legumbres y cereales integrales).

*Tabla 2. Alimentos-clave (frecuencia y porción)*

Alimento	Frecuencia	Porción orientativa
Verdura de hoja	Diario	1 taza
Brócoli/coliflor	3-4/sem	½-1 taza
Bayas	3-5/sem	½ taza
Cítricos	4-7/sem	1 pieza
Legumbres	3-4/sem	½-1 taza cocida
Pan integral/avena	Diario	1 rebanada/½ taza
Pescado azul	2-3/sem	1 palma
Frutos secos	Diario	30 g
AOVE	Diario	1-2 c/s
Yogur natural	5-7/sem	1 unidad

### 2.3. Alimentos para evitar o reducir

Conviene minimizar: ultraprocesados (bollería, snacks, cárnicos reconstituidos, salsas industriales), azúcares libres, sal añadida, grasas trans y carnes procesadas. El alcohol no se recomienda con fines preventivos; si existe, que sea de bajo riesgo y nunca por indicación sanitaria.

Tabla 3. Sustituciones inteligentes (“si no... entonces”)

“Si no...”	“Entonces”
Bollería de desayuno	Pan integral con AOVE y tomate / yogur natural con fruta y nueces
Refrescos/Zumos	Agua, agua con rodajas de fruta, infusiones
Embutidos	Hummus, tortilla, atún/bonito, pollo cocido
Salsas industriales	Sofrito casero con AOVE y verduras
Harinas refinadas	Pan 100% integral, pasta/arroz integral

## 2.4. Cómo leer etiquetas y elegir alimentos adecuados

Los criterios han de ser prácticos para poder realizar la compra de la mejor forma posible:

1. Lista corta de ingredientes y reconocibles.
2. Sin azúcares añadidos entre los primeros ingredientes.
3. Grasas: priorizar mono/poliinsaturadas y evitar «aceites parcialmente hidrogenados».
4. Sal: preferir  $\leq 0,3$  g/100 g en sólidos y  $\leq 0,12$  g/100 ml en líquidos.
5. Raciones alineadas con las guías alimentarias.

Leer los ingredientes y la tabla por 100 g/100 ml evita confusiones.

Tabla 5. Semáforo práctico (por 100 g / 100 ml)

Nutriente	Verde (mejor)	Ámbar	Rojo (evitar)
Azúcares totales	$\leq 5$ g ( $\leq 2,5$ g/100 ml)	5-10 g	>10 g
Sal (NaCl)	$\leq 0,3$ g ( $\leq 0,12$ g/100 ml)	0,3-1 g	>1 g
Grasas saturadas	$\leq 1,5$ g	1,5-5 g	>5 g

Trucos útiles:

- Reclamos como “light”, “fitness”, “sin azúcar añadido” no sustituyen la lectura completa del listado de ingredientes y la tabla nutricional por 100 g/ml.
- Revisar edulcorantes y grasas añadidas en productos “sin azúcar”.
- En panes y cereales: buscar “harina integral 100%/ grano entero” en ingredientes.

## 2.5. Hidratación y demencia

La deshidratación en personas mayores se asocia con peor rendimiento cognitivo y mayor vulnerabilidad clínica; planificar ofertas programadas con agua como bebida principal, infusiones y caldos bajos en sal, y lácteos naturales. El objetivo volumétrico se adaptará a clínica, clima y comorbilidad; como aproximación, 1,4–1,6 L/días repartidos en 6–7 tomas pequeñas es seguro para la mayoría, salvo restricción hídrica pautada.

La deshidratación empeora atención, ánimo y curso clínico. Funciona mejor programar ofertas cada 2–3 horas con agua como bebida principal; complementar con infusiones, caldos bajos en sal y lácteos naturales.

*Tabla 6. Plan diario orientativo de hidratación*

Momento	Volumen
Desayuno	250 ml
Media mañana	200 ml
Comida	300 ml
Merienda	200 ml
Cena	300 ml
Antes de acostarse	150 ml

Es recomendable no esperar a tener sed; ofrecer líquidos con la medicación ( $\geq 180$  ml por toma); variar bebidas sin azúcar (agua, infusiones, caldos bajos en sal). El objetivo orientativo es  $\geq 1,5$  L/día.

Si aparece tos con líquidos, voz húmeda, atragantamientos o pérdida de peso, es imprescindible consultar para adaptar texturas (sólidos) y viscosidades (líquidos) según indicación profesional; no improvisar espesados.

Señales de alarma para tener en cuenta: sequedad de boca, orina escasa/oscura, mareo, somnolencia, confusión.



## 3. Educación alimentaria para personas con demencia y personas cuidadoras.

---

### 3.1. Estrategias para mantener una alimentación saludable

La alimentación en personas con deterioro cognitivo debe maximizar la densidad nutricional con un entorno facilitador (rutinas predecibles, menú visible con pictogramas, vajilla contrastada, sin pantallas) y apoyo a la autonomía (finger foods; postura 90-90-90: caderas/rodillas/tobillos a 90°, tronco erguido, pies apoyados). Se recomienda patrón Mediterráneo/MIND, fraccionar 4-5 tomas/día, y asegurar proteína distribuida ( $\geq 25-30$  g por comida principal), fibra  $\geq 25-30$  g/día y AOVE como grasa culinaria.

#### Objetivos cuantificados (diarios/semanales)

- Energía (orientativo): 25-30 kcal/kg/d (individualizar).
- Proteína: 1,0-1,2 g/kg/d (1,2-1,5 si fragilidad), en  $\geq 3$  ingestas (25-30 g/ingesta).
- Fibra:  $\geq 25-30$  g/d; agua:  $\geq 6$  ofertas/día (ajustar clínica/clima).
- Patrón: verduras/hortalizas en  $\frac{1}{2}$  plato, cereal 100% integral ( $\frac{1}{4}$  plato) y proteína saludable ( $\frac{1}{4}$  plato).
- UPF (ultraprocesados): minimizar.



## Raciones orientativas y tamaños de ración

Tabla 1. Frecuencia y tamaños (adulto mayor)

Grupo	Frecuencia	Tamaño de ración (aprox.)	Ejemplos prácticos
Verduras/hortalizas	≥14/sem (comida+cena)	150-200 g	Ensalada, verdura al vapor, sofrito
Frutas	14/sem (2/d)	120-150 g	Manzana, pera, cítricos, frutos rojos
Legumbres	3-4/sem	60-80 g crudo (150-200 g cocido)	Lenteja, garbanzo, alubia
Cereales integrales	≈3 r/d	60-80 g pan; 50-60 g pasta/arroz seco	Pan 100% integral, avena
Pescado total	≥3/sem (≥2 azul)	120-150 g	Sardina, caballa, salmón, trucha
Ave/huevo	3-5/sem	100-125 g ave; 2 Uds. huevo	Pollo/pavo; tortilla
Lácteos naturales	2-3 r/d	200 ml leche; 125 g yogur	Sin azúcares añadidos
Frutos secos/semillas	7/sem (a diario)	25-30 g	Nuez, almendra, lino/chía
AOVE	Diario	2 c/s (20-25 ml)	Aliño y cocción

Siempre hay que ajustar raciones a apetito, comorbilidad y textura (IDD-SI, Anexo I).



## Equivalencias proteicas (para llegar a 25-30 g/ingesta)

Tabla 2. Combinaciones

Opción	Porciones	Proteína aprox.
Pescado azul al horno	140-160 g	28-32 g
Lenteja guisada + pan integral	200 g + 40 g	17-20 g + 4 g = 21-24 g (añadir 1 yogur natural = +5-6 g → 26-30 g)
Garbanzo con espinaca + huevo duro	180 g + 1 ud	15-18 g + 6-7 g = 21-25 g (+30 g queso fresco = +6 g → 27-31 g)
Pechuga de pollo	120-130 g	25-30 g
2 huevos + requesón	2 Uds. + 100 g	12-13 g + 9-12 g = 21-25 g (+1 vaso leche = +6-7 g → 27-32 g)
Yogur natural + avena + nuez	1×125 g + 40 g + 25 g	5-6 g + 5-6 g + 4-5 g = 14-17 g (añadir 1 huevo revuelto = +6-7 g → 20-24 g; +30 g queso = 26-30 g)

## Ejemplo de una estructura diaria de 4 o 5 tomas

Tabla 3. Plantilla diaria

Momento	Opción base (textura normal)	Variante finger / fácil
Desayuno	Yogur natural + avena + frutos rojos + nuez	Pan 100% integral en bastones + AOVE y tomate; tortilla francesa
Media mañana	Fruta entera	Queso fresco en daditos + fruta en gajos
Comida	Lenteja estofada + ensalada · Pan integral	Mini-tortitas de garbanzo y espinaca; albóndigas de pavo
Merienda	Leche o yogur + frutos secos	Bizcochito casero de avena (sin azúcar) + yogur
Cena	Pescado azul al horno + verdura · Pan integral	Albóndigas de merluza/avena; bastones de calabacín asado

Evitar dobles texturas si hay sospecha de disfagia (p. ej., caldos con tropezones).

Si no se llegase a los objetivos nutricionales se podrán utilizar ONS (suplementos nutricionales orales) de la siguiente manera: 1–2 tomas/día entre comidas, fórmulas hiperproteicas ( $\geq 18$ –20 g/toma). Adaptar a IDDSI (crema/pudding o espesado) y revisar a 4–8 semanas (peso, MNA-SF/MUST, tolerancia, adherencia). No sustituyen comidas ni agua.

#### **Apoyos de autonomía y seguridad**

Se recomienda la postura 90-90-90 en cada ingesta, la utilización de Finger foods saludables (bastones de verdura asada, mini-tortillas de legumbre, albóndigas de pescado/ave). Utensilios ergonómicos y vajilla antideslizante. Menú visible con fotos y pasos simples (una instrucción cada vez).

#### **3.2. Adaptaciones de texturas y sabores en fases avanzadas**

En fases moderadas–avanzadas el objetivo es comer de forma segura, suficiente y agradable. Ante tos, carraspeo, voz “húmeda”, pérdida de peso o infecciones respiratorias recurrentes, debe sospecharse disfagia y derivar para evaluación. El ajuste de texturas (sólidos) y viscosidades (líquidos) seguirá el estándar IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), buscando platos húmedos, homogéneos y de alta densidad proteico-energética, evitando dobles texturas (p. ej., caldos con tropezones). La presentación sensorial (color, aroma, temperatura) y los sabores familiares incrementan la aceptación. Durante todas las ingestas, garantizar postura 90-90-90: caderas, rodillas y tobillos a 90°, tronco erguido, pies apoyados, cabeza neutra o ligero chin-tuck; mesa a la altura de codos.

Tabla 4. Señales de alerta de disfagia y acción doméstica

Señal	Qué observar	Acción inmediata
Tos/ahogo al beber/ comer	Con líquidos finos o migas	Pausar, pequeños sorbos, postural 90-90-90, ofrecer viscosidad mayor; avisar al equipo
Voz "húmeda"	Sonido burbujeante tras trago	Esperar, indicar tragos vacíos; revisar textura
Tiempo de comida prolongado	Fatiga, rechazo	Platos húmedos y densos; volúmenes pequeños; descansos
Pérdida de peso no intencionada	Ropa holgada, menos fuerza	Fortificar; dividir tomas; consultar para valoración formal

Tabla 5. Matriz práctica de transformación a IDDSI

Plato base	Nivel 6 (blando)	Nivel 5 (picado húmedo)	Nivel 4 (puré homogéneo)	Nota
Merluza al horno + verdura	Filete muy tierno, desmigado + calabacín blando	Merluza y verdura picadas con salsa	Puré de merluza + puré de verdura espeso	Añadir 2 c/s de leche en polvo
Guiso de lentejas	Lenteja muy tierna; zanahoria suave	Lenteja y verduras picadas	Crema espesa de lentejas	AOVE al final
Pollo a la plancha	Tiras tiernas, húmedas	Pollo picado con salsa	Puré de pollo	Evitar fibras secas
Fruta	Compota espesa	Fruta picada húmeda	Puré espeso	Sin tropezones

Tabla 6. Ajuste sensorial seguro para mejorar aceptación

Factor	Recurso	Ejemplos	Precauciones
Aroma	Hierbas/especias	Tomillo, romero, cúrcuma	Evitar salsas muy picantes
Temperatura	Templado-caliente	Purés, cremas	Evitar extremos
Color	"Arcoiris" vegetal	Calabaza, brócoli, remolacha	Nada que "camufle" texturas
Humedad	Salsas caseras	Sofrito suave, caldo espesado	No dobles texturas
Grasa saludable	AOVE al final	1-2 c/s/plato	Mejora energía/sabor

Recordatorio: líquidos siempre al nivel IDDSI pautado (p. ej., 3 “ligera-mente espeso” o 4 “moderadamente espeso”). Servir en vasos medidos, con sorbos pequeños y pausas.

### 3.3. Dificultades comunes y cómo abordarlas

La secuencia recomendada en casa es: Señal → Seguridad (postura 90-90-90) → Ajuste IDDSI → Densificar energía/proteína → Rutina + apoyos visuales → Registro (ingestas, peso, hidratación) → Derivar si alarmas.

#### Pérdida de apetito

Suele coexistir con depresión, estreñimiento, polimedicación o fatiga. Se priorizan platos únicos de alta densidad nutricional; cuando no se alcanza la ingesta, considerar ONS (Suplementos Nutricionales Orales) entre comidas bajo pauta profesional.

Tabla 7. Pérdida de apetito: causas y medidas

Causa probable	Qué mirar	Intervenciones
Fármacos	Inicio/ajustes recientes	Consultar; adaptar horarios de comida
Estreñimiento	<3 depos/sem, heces duras	Fibra soluble, hidratación, actividad
Fatiga	Se cansa en la mesa	Tomás pequeñas; platos húmedos; descansos
Anhedonia	Menos interés en comida	Sabores familiares, mesa tranquila, comer acompañado

#### Disfagia

Siempre con postura 90-90-90 y líquidos espesados al nivel prescrito. Evitar dobles texturas; preferir platos homogéneos, húmedos y templados. Mantener higiene oral antes y después. Si hay tos/atragantamientos o fiebre/bronquitis, consultar.

Tabla 8. Hidratación programada (adaptable a IDDSI)

Momento	Volumen (orientativo)	Observación
Desayuno	250 ml	Espesado si procede
Media mañana	200 ml	Vaso medido
Comida	300 ml	Reposo tras ingesta
Merienda	200 ml	Registrar
Cena	300 ml	Vaso medido
Antes de dormir	150 ml	Evitar grandes volúmenes

Las señales de alarma más comunes de la posible deshidratación son: orina oscura/escasa, somnolencia, mareo, confusión, fiebre, tos con ingesta → derivar al médico.

### Confusión y problemas conductuales durante las comidas

La confusión interfiere en la secuencia de comer. Ayudan los apoyos visuales (menú con pictogramas, tarjetas “preparar-comer-recoger”), una instrucción cada vez y el refuerzo positivo. La regularidad del sueño y paseos cortos mejoran apetito y conducta.

Tabla 9. Guía de apoyos para la ejecución de la comida

Dificultad	Apoyo	Ejemplo
Inicia pero se detiene	Señal visual	Tarjeta “próximo paso”
Usa mal utensilios	Ergonomía	Cubiertos gruesos, platos con borde
Ritmo irregular	Marcapasos verbal	“Muerde-traga-pausa”
Distracciones	Higiene ambiental	Sin TV, móvil, ruidos intensos

## 3.4. Anexo I

IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) es un estándar internacional que clasifica texturas de alimentos (sólidos) y viscosidades de bebidas (líquidos) en 8 niveles (0–7) para alimentación segura

en personas con disfagia. Los líquidos se miden con la Prueba de Flujo IDDSI usando una jeringa de 10 mL: tras 10 segundos de flujo por gravedad, la cantidad que queda en la jeringa determina el nivel; los alimentos se verifican con pruebas sencillas (cuchara/tenedor).

Niveles IDDSI (0-7)

Nivel	Bebidas (nombre y prueba de flujo IDDSI*)	Alimentos (descriptor)	Ejemplos caseros
0	Fina: <1 mL queda en la jeringa a los 10 s (fluye casi totalmente).	–	Agua, caldos claros, café/infusión.
1	Ligeramente espesa: 1-4 mL quedan tras 10 s.	–	Leche ligeramente espesada; zumo claro algo espesado.
2	Poco espesa (suave): 4-8 mL quedan tras 10 s.	–	Batido/yogur líquido espeso; sopas velouté.
3	Moderadamente espesa: 8-10 mL quedan tras 10 s.	Líquido espeso a cuchara (para alimentos licuados)	Smoothies muy espesos; cremas muy densas; suplementos "pudding" listos para comer.
4	Extremadamente espesa: 10 mL (no fluye en 10 s).	Puré homogéneo: mantiene "montículo", no gotea de la cuchara; sin trozos ni dobles texturas.	Puré espeso de legumbre/verdura; papillas espesas; agua gelificada.
5	–	Picado y húmedo: trozos pequeños, húmedos/cohesivos; se presionan con tenedor/cuchara.	Carne/verdura picada con salsa; pescados desmigados con salsa; fruta muy madura picada húmeda.
6	–	Blando y fácil de masticar: piezas blandas que se cortan con el lateral del tenedor; sin cáscaras/huesos.	Albóndigas tiernas; merluza al vapor desmigada; verduras muy cocidas.
7	–	Regular/Easy to chew (textura normal blanda) o Regular; sin restricciones salvo evitar duros/fibrosos si se indica.	Dieta habitual adaptada a tolerancia (pan tierno, carnes muy tiernas, pastas bien cocidas).

\* Prueba de Flujo IDDSI (líquidos, niveles 0–4): retirar émbolo, llenar jeringa 10 mL, destapar y cronometrar 10 s. La cantidad restante determina el nivel (ver rangos en la tabla). Para el Nivel 4 líquido se confirma con pruebas de cuchara (no debe gotear).

- Elegir el nivel prescrito por el equipo (logopedia/nutrición/enfermería) y reevaluar periódicamente.
- En casa, repetir el test de flujo al cambiar de marca de espesante o receta.
- Evitar dobles texturas (p. ej., sopas con tropezones) en niveles 3–4.



## 4. Referencias

---

### Introducción general

- Alzheimer's Association. Deterioro Cognitivo Leve (DCL) [Internet]. [cited 2025 Mar 11]. Available from: [https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones\\_relacionados/deterioro-cognitivo-leve?lang=en-US](https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones_relacionados/deterioro-cognitivo-leve?lang=en-US)
- Alzheimer's Association. ¿Qué es la demencia? [Internet]. [cited 2025 Mar 11]. Available from: <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia>
- American Psychological Association. Cognitive Functioning. 2018 [cited 2025 Mar 11]. APA Dictionary of Psychology. Available from: <https://dictionary.apa.org/cognitive-functioning>
- Anderson D, Seib C, Rasmussen L. Can physical activity prevent physical and cognitive decline in postmenopausal women? *Maturitas*. 2014;79(1):14–33.
- Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 1997; 336(16): 1117–24.
- Carpi M, Fernandes M, Mercuri NB, Liguori C. Sleep Biomarkers for Predicting Cognitive Decline and Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2024;97(1):121–43.
- Huang L, Tao Y, Chen H, Chen X, Shen J, Zhao C, et al. Mediterranean-Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diet and Cognitive Function and its Decline: A Prospective Study and Meta-analysis of Cohort Studies. *Am J Clin Nutr*. 2023;118(1):174–82.
- 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.* 2022;56(12):701–9.

- Liu X, Morris MC, Dhana K, et al. Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) study: Rationale, design and baseline characteristics of a randomized control trial of the MIND diet on cognitive decline. *Contemp Clin Trials.* 2021;102:106270.
- Maasackers CM, Weijts RWJ, Dekkers C, Gardiner PA, Ottens R, Olde Rikkert MGM, et al. Sedentary behaviour and brain health in middle-aged and older adults: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022; 140: 104802.
- McBean L, O'Reilly S. Diet quality interventions to prevent neurocognitive decline: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr.* 2022;76(8):1060–72.
- Mohan D, Yap KH, Reidpath D, Soh YC, McGrattan A, Stephan BCM, et al. Link between Dietary Sodium Intake, Cognitive Function, and Dementia Risk in Middle-Aged and Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2020; 76: 1347–73.
- National Institute on Aging. What Is Dementia? Symptoms, Types, and Diagnosis. [Internet]. [cited 2025 Sept 11]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis>
- Olanrewaju O, Stockwell S, Stubbs B, Smith L. Sedentary behaviours, cognitive function, and possible mechanisms in older adults: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(6):969–84.
- Qin S, Leong RLF, Ong JL, Chee MWL. Associations between objectively measured sleep parameters and cognition in healthy older adults: A meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2023;67.
- Radford-Smith DE, Oke K, Costa CFFA, Anthony DC. Systematic review and meta-analysis of microbiota-gut-astrocyte axis perturbation in neurodegeneration, brain injury, and mood disorders. *Brain Behav Immun Health.* 2025;46:101013.

- Rojer AGM, Ramsey KA, Amaral Gomes ES, D'Andrea L, Chen C, Szoek C, et al. Objectively assessed physical activity and sedentary behavior and global cognitive function in older adults: a systematic review. *Mech Ageing Dev.* 2021; 198: 111524.
- Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45(10 (Suppl. 2)): S57-S102. doi:10.1139/apnm-2020-0467
- Suh SW, Kim HS, Han JH, Bae J Bin, Oh DJ, Han JW, et al. Efficacy of Vitamins on Cognitive Function of Non-Demented People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2020;12(4):1168.
- Xu M, Zhu Y, Chen J, Li J, Qin J, Fan Y, et al. Effects of folic acid supplementation on cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Evid Based Med.* 2024;17(1):134–44.
- Yang Q, Li S, Yang Y, Lin X, Yang M, Tian C, et al. Prolonged sleep duration as a predictor of cognitive decline: A meta-analysis encompassing 49 cohort studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2024;164.
- Yuan J, Liu X, Liu C, et al. Is dietary choline intake related to dementia and Alzheimer's disease risks? Results from the Framingham Heart Study. *Am J Clin Nutr.* 2022;116(5):1201-1207
- Zhao Y, Li Y, Wang L, Song Z, Di T, Dong X, et al. Physical Activity and Cognition in Sedentary Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2022;87(3):957–68.

## Guía nutricional para la prevención de la demencia

- Alzheimer's Disease International. Help for care partners of people with dementia [Internet]. London: ADI; c2016. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/eshelpforcaregivers.pdf>
- Alzheimer's.gov. Consejos para los cuidadores y las familias de personas con demencia [Internet]. Disponible en: <https://www.alzheimers.gov/es/como-vivir-demencia/consejos-cuidadores>
- Jansen S, et al. Diet quality, brain structure and function. *Nutrients*. 2023;15(7):1613.
- Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care (update). *Alzheimers Dement*. 2020;16(7).
- Lobo A, et al. Diet-brain ageing overview. *Nutrients*. 2022;14(19).
- McGrattan A, et al. Nutrition and cognitive health: life-course view. *Proc Nutr Soc*. 2020;79.
- Naomi R, et al. Dietary polyphenols as protection against cognitive decline. *Antioxidants*. 2021;10(5):707.
- O'Keeffe ST. Malnutrition and dementia. *BMC Geriatr*. 2018;18:167.
- Scarmeas N, Anastasiou CA, Yannakoulia M. Nutrition and prevention of cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):1006–15.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Guías alimentarias para la población española. Madrid; 2016.
- van de Rest O, Berendsen AAM, Haveman-Nies A, de Groot LCPGM. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia. *Adv Nutr*. 2015;6(2):154–68.

## Educación alimentaria para personas con demencia y personas cuidadoras

- Clavé Civit P, García Peris P, eds. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2015. ISBN: 978-84-7429-497-2.
- Domínguez LJ, Veronese N, Barbagallo M. Lifestyle and cognitive decline. *Nutrients*. 2021;13(10).
- González-Altred C, Casado-Romo MP, Gómez-Blanco A, Pajares-García S, Dávila-Acedo RM, Barroso-Pérez L, et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; IMSERSO-CEADAC; 2012. Disponible en: <https://ceadac.imser-so.es>
- Jansen S, et al. Diet quality, brain structure and function. *Nutrients*. 2023;15(7):1613.
- Kheirouri S, Alizadeh M. MIND diet and cognition. *Nutr Neurosci*. 2024.
- Leyrolle Q, Prado-Perez L, Layé S. Gut-derived metabolites and brain. *Front Nutr*. 2023;10:1201812.
- Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention and care (update). *Alzheimers Dement*. 2020;16(7).
- Lozano-Estevan MC, Bermejo LM, Cervera-Muñoz A, Martínez-García RM, Cuadrado-Soto E. Protocolo de actuación en el abordaje dietético y nutricional en pacientes con disfagia. *Nutr Hosp*. 2023;40(Supl 2).
- Lozano-Estevan MC, Bermejo LM, Cervera-Muñoz A, Martínez-García RM, Cuadrado-Soto E. Importancia de la hidratación en personas con disfagia y sus consecuencias. *Nutr Hosp*. 2024;41(Supl 3).
- McGrattan A, et al. Nutrition and cognitive health across the life course. *Proc Nutr Soc*. 2020;79.
- Naomi R, et al. Dietary polyphenols and cognitive decline. *Antioxidants (Basel)*. 2021;10(5):707.

- O’Keeffe ST. Malnutrition and dementia. *BMC Geriatr.* 2018;18:167.
- Scarmeas N, Anastasiou CA, Yannakoulia M. Nutrition and prevention of cognitive impairment. *Lancet Neurol.* 2018;17(11):1006-15.
- van de Rest O, Berendsen AAM, Haveman-Nies A, de Groot LCPCM. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia. *Adv Nutr.* 2015;6(2):154-68.
- Volkert D, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2024;43(8).





