



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN EN RESIDENCIAS DE MAYORES

Alumno/a: Dña. Ana Lucía Marín Martínez
Tutor/a: Prof. D. Alfonso Jesús Cruz Lendínez

Dpto.: Departamento de Enfermería

Julio, 2023

Tabla de contenido

Resumen	3
Capítulo I: Marco teórico	4
Introducción	4
Desnutrición en personas mayores	7
Factores de riesgo y consecuencias de la desnutrición	9
Características de las residencias de mayores.....	13
Intervenciones para prevenir y tratar la desnutrición en residencias	17
Capítulo II: Problema de investigación	20
Planteamiento del problema y justificación.....	20
Propósitos y beneficios	21
Objetivos de la intervención	22
Capítulo III: Metodología y proyecto de intervención	23
Tipo de estudio.....	23
Diseño del proyecto de intervención	24
Población diana, población accesible y muestra.....	25
Planificación e implementación de la investigación.....	26
Evaluación de la intervención.....	28
Recursos.....	30
Capítulo IV: Resultados y beneficios esperados	32
Limitaciones en la intervención	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	39

Resumen

Ante la importancia que tiene la nutrición sobre la calidad de vida de las personas, es realmente importante ser conscientes de la situación nutricional de cada usuario/a y estar alerta ante el riesgo y la malnutrición. El Mini Nutritional Assessment [MNA] es un instrumento que mediante un cuestionario y en función de la puntuación final evalúa el estado nutricional de cada persona, obteniéndose así una aproximación cuantitativa de la calidad nutricional que tiene el/la usuario/a.

La población de edad avanzada se encuentra más expuesta a situaciones de malnutrición y vulnerabilidad ante esta, en ella influyen muchos factores, tales como la edad, el uso de fármacos, el deterioro cognitivo y funcional, etc. pero tal y como establece la evidencia todo esto empeora con la institucionalización.

Objetivos: Mejorar la calidad de la nutrición de los usuarios de una residencia de mayores.

Metodología: Metodología cuantitativa mediante un cuestionario estructurado para un estudio analítico retrospectivo de corte longitudinal.

Variable independiente: La variación de la dieta del usuario/a.

Variable dependiente: La calidad nutricional de los/as usuarios/as.

Palabras clave: malnutrición, desnutrición, nutrición, dieta, personas mayores, institucionalización, residencia.

Capítulo I: Marco teórico

Introducción

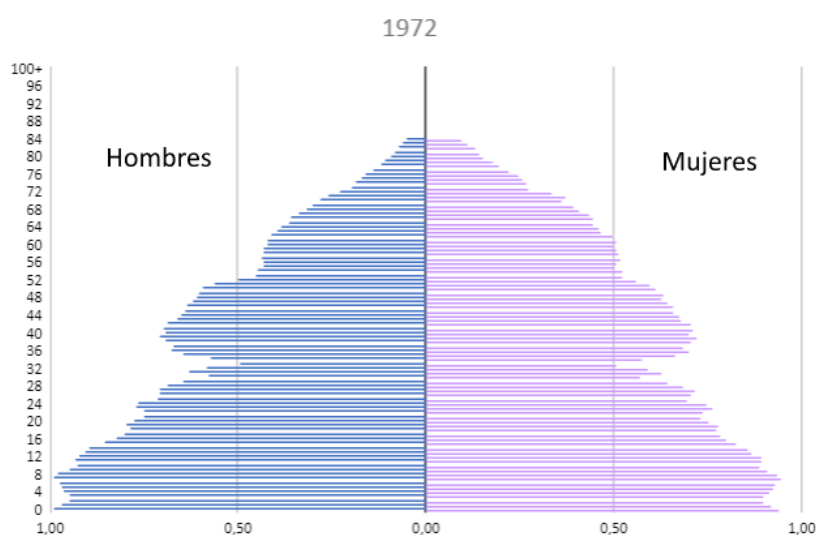
En la actualidad, la nutrición es un tema de gran interés en la sociedad, ya que se ha demostrado que una dieta saludable y equilibrada puede prevenir enfermedades crónicas, incrementar la expectativa de vida y mejorar la calidad de esta en general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

En el caso que nos interesa para esta investigación e intervención, el de las personas mayores en residencias, la nutrición también ha tomado un papel fundamental en los últimos años. El incremento de la edad promedio de la población y el crecimiento de la esperanza de vida generan que la atención nutricional en las residencias sea cada vez más relevante y necesaria (Consejo Superior de Investigaciones Científicas [CSIC], 2011).

Para entender mejor estos cambios demográficos podemos observar las siguientes gráficas:

Figura 1

Gráfico de población año 1972



Fuente: Elaboración propia desde el Instituto Nacional de Estadística [INE], s.f.

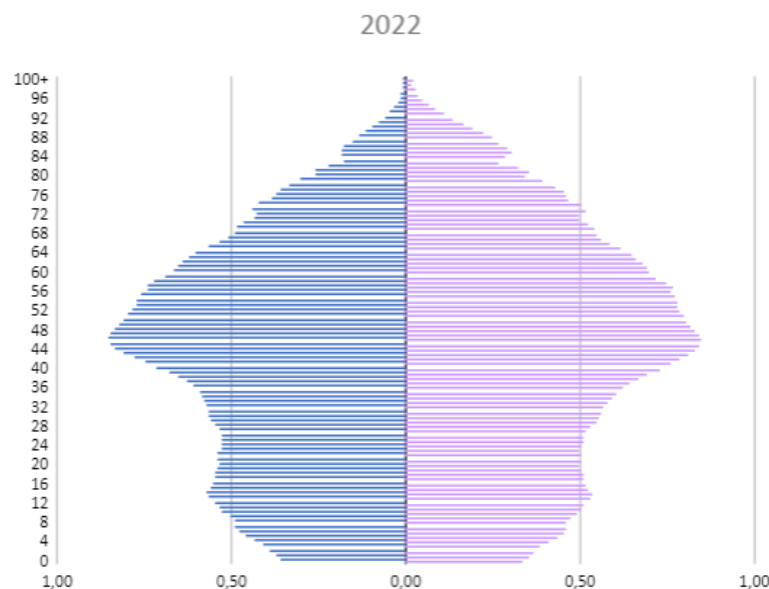
En 1972, los habitantes de España eran alrededor de 34.5 millones de personas. En este año la pirámide poblacional tenía una forma prácticamente triangular, con una base ancha que se estrechaba gradualmente hacia la cima (INE, s.f.). Esto reflejaba una

población joven y en crecimiento, con una tasa de fecundidad total de 2.86 hijos/as por mujer y una longevidad promedio desde el nacimiento de 74 años, más baja que actualmente. Con transcurso de los años, esta estructura ha ido cambiando, reflejando el proceso de envejecimiento de la población y las transformaciones en las tasas de fecundidad y mortalidad (Cantalapiedra y Panizo, 2002; INE, 2007).

El envejecimiento de la población ha sido un factor destacado en España en las últimas décadas, ya que actualmente la pirámide poblacional tiene una forma que se asemeja más a un rombo, con una base más estrecha y un ápice más ancho en comparación con la pirámide de 1972 (INE, s.f.).

Figura 2

Gráfico de población año 2022



Fuente: Elaboración propia desde el INE, s.f.

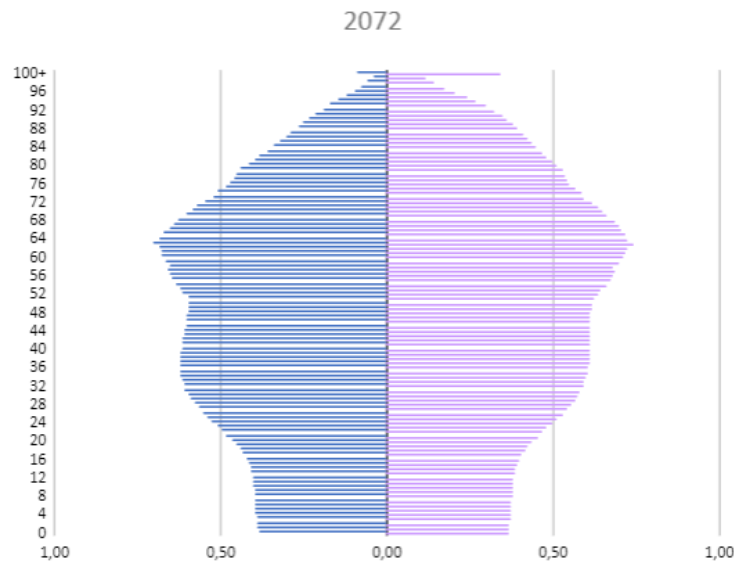
En el centro de la pirámide se encuentra la generación del "baby boom", nacida durante las décadas de 1960 y 1970, que actualmente se encuentra en edad adulta y madura. En la parte superior de la pirámide, se observa una mayor proporción de personas mayores, reflejando el incremento en la esperanza de vida y en el envejecimiento de la población (INE, s.f.; Sánchez, 2016).

Se espera que el porcentaje de la población que supera la edad de 80 años aumente significativamente en las próximas décadas. El proceso de envejecimiento demográfico y la disminución de la tasa de natalidad en comparación a décadas

anteriores presenta importantes desafíos para la sociedad y las políticas públicas, especialmente en términos de atención sanitaria y servicios sociales en materia de atención a la vejez (INE, 2022).

Figura 3

Gráfico de población año 2072



Fuente: Elaboración propia desde el INE, s.f.

Como podemos observar en la grafica anterior, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (2022), la comunidad española se mostrará más bien como una pirámide invertida, incrementando la cantidad de personas de edad avanzada y disminuyendo la natalidad.

Hemos de tener en cuenta, con motivo de la presente investigación, que según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [SEGG] (2022) la prevalencia de personas con un deterioro nutricional o con riesgo de padecerlo en residencias en España varía según el nivel de dependencia y el escenario clínico en el que se encuentre el anciano, lo que muestra como tasa más elevada la de los mayores que se encuentran en centros residenciales, con porcentajes entre el 40% y el 78%. Esto significa que una proporción significativa de la población residencial no está recibiendo una buena nutrición en los centros de mayores.

Es así, que con vistas al futuro hemos querido realizar esta investigación y proyecto de intervención para la mejora de la calidad e la nutrición en residencias de mayores, ya que al aumentar el número de mayores, aumentará el número de residentes

en estos centros, por lo que la alimentación en residencias y centros de día ha de tomar un papel prioritario en la gestión de servicios sociosanitarios.

Además, hemos de tener en cuenta que la población de edad avanzada puede ser más vulnerable a la desnutrición debido a diferentes factores que aparecen con el envejecimiento, como la reducción de la capacidad de masticar y tragar (disfagia), la falta de apetito, la ralentización del metabolismo, deterioro cognitivo, diabetes, etc. lo que hace que la atención nutricional sea aún más importante en este grupo poblacional (Iglesias et al., 2019).

Por lo tanto, es fundamental que los centros de mayores presten atención a la nutrición de sus residentes y cuenten con programas y políticas que fomenten una alimentación saludable y equilibrada. Esto puede incluir la adaptación de la dieta a las necesidades individuales de los residentes, el uso de suplementos nutricionales y la mejora de la calidad de la alimentación y de los servicios de alimentación en las residencias (Maestro, 2020).

Desnutrición en personas mayores

Según la OMS (2006), citada en De La Mata (2008), la desnutrición es el estado en el que una persona de forma habitual no consume la dosis adecuada de los micro y macro nutrientes necesarios para cumplir con los requerimientos nutricionales del organismo, ya sea por una ingesta insuficiente, una asimilación ineficiente o una utilización incompleta de los nutrientes que se ingieren. La desnutrición a menudo se asocia con una pérdida de peso corporal.

Sin embargo, la desnutrición no ha sido fácil de definir y una de las definiciones ampliamente aceptada de desnutrición es la de Elia (2003) citada en Álvarez et al. (2008) como “el estado de nutrición en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos/órganos y en el resultado clínico”.

Cabe destacar que la desnutrición en personas mayores se produce por el envejecimiento que deriva en una combinación de factores que veremos más adelante detalladamente, entre los que se incluyen cambios fisiológicos, enfermedades crónicas, discapacidades físicas o cognitivas, y factores sociales. Es importante prevenir la desnutrición en personas mayores y en los casos en los que se de tratarla

adecuadamente, ya que puede acarrear repercusiones negativas para su salud y funcionalidad (Iglesias et al., 2019).

A continuación destacaremos los tres tipos de desnutrición que se definen en Álvarez et al. (2008):

- Desnutrición calórica (tipo marasmo): Desnutrición crónica que se produce cuando falta o se pierde energía y nutrientes en un largo periodo de tiempo, lo cual provoca una disminución en el peso corporal significativa, principalmente en el tejido graso y en menor medida en la masa muscular. Las medidas antropométricas, como el tamaño y el diámetro del brazo o del abdomen, el peso, Índice de Masa Corporal [IMC], etc. se ven afectados, mientras que los valores de albúmina y proteínas en sangre suelen mantenerse en parámetros normales o ligeramente alterados (Gómez et al., 2010).
- Desnutrición proteica o predominantemente proteica (tipo kwashiorkor): se refiere a la falta de proteínas en la alimentación, lo que puede ocurrir en situaciones de estrés debido a enfermedades graves, lesiones múltiples, cirugías mayores, etc. A diferencia de la desnutrición crónica, la disminución de peso se debe principalmente a la pérdida de proteínas viscerales y no de tejido adiposo. En este caso, los parámetros antropométricos pueden ser normales, pero los niveles de proteínas viscerales pueden estar bajos.
- Desnutrición mixta: es un conjunto de los ambos tipos de desnutrición anteriormente mencionados, produce una disminución del tejido magro, el graso y las proteínas viscerales. A menudo se observa en pacientes que ya padecen desnutrición permanente calórica debido a una enfermedad crónica, y que presentan algún tipo de agravamiento por someterse a una situación estresante como una cirugía, enfermedad, lesión o infección. Esta forma de desnutrición es una de las más asiduas en los hospitales, y su gravedad puede evaluarse según el tipo de desnutrición que esté más afectada, ya sea la calórica o la proteica. Cuando este tipo de desnutrición sea clasificada nos encontraremos con: mixta donde prevalece el aporte proteico o mixta con dominio del aporte calórico (Iglesias et al., 2019).

Cada tipología de desnutrición definida (calórica, proteica o mixta) se puede clasificar a su vez en leve o de primer grado, moderada o de segundo grado y grave o de tercer grado en función de la severidad de los datos obtenidos (Álvarez et al., 2008).

Cabe destacar los llamados estados carenciales cuando existe una alteración notable, mayormente deficiencial de algún nutriente como vitaminas u oligoelementos por una reducción de la ingesta o una disminución de los niveles considerables. Esta situación suele estar asociada con mínimo uno de los tipos de desnutrición mencionados anteriormente (Álvarez et al., 2008).

Como hemos citado con anterioridad, la desnutrición está asociada directamente con el envejecimiento de la persona, por lo que es importante conocer este concepto y saber que tiene algunos matices.

El envejecimiento pertenece al desarrollo natural y habitual de la vida humana y no hemos de entenderlo como una enfermedad. Es un fenómeno complejo, heterogéneo, universal continuo e irreversible que engloba todos los aspectos de la vida humana. Este proceso se caracteriza por la disminución, incluso pérdida de las capacidades de la persona. Estos cambios pueden ser físicos, sociales y psicológicos, entre otros. Hemos de tener en cuenta que en el transcurso del envejecimiento influyen diferentes factores (genética, sociales, etc.) y muchos de ellos dependen del estilo de vida que ha llevado cada individuo y de la sociedad cultural y entorno en el que se encuentre, por lo que cada vez este deterioro de la vejez se distancia más de la edad numérica (Alvarado y Salazar, 2014).

Factores de riesgo y consecuencias de la desnutrición

Para realizar una buena intervención es fundamental conocer los factores de riesgo de la desnutrición en los adultos mayores, ya que así podremos elaborar de forma adecuada los mecanismos para su prevención, identificación y tratamiento (Fávaro Moreira et al., 2016).

La malnutrición no es un efecto directo de la ancianidad, sin embargo, este proceso da lugar a diferencias en el metabolismo y en la vida de la persona que aumentan su probabilidad. Por eso, existen numerosos factores de riesgo relacionados con la edad que se dividen en fisiológicos, psicosociales y culturales, o factores patológicos (Salgado et al., 2022).

Hemos de tener en cuenta, como hemos mencionado anteriormente, que la edad no está directamente relacionada con la desnutrición, sino que se considera un factor aislado. No hemos de fijarnos en la edad cronológica cuando hablamos de factor de riesgo, sino de las consecuencias propias del envejecimiento, a lo que llamamos fragilidad (Fávaro Moreira et al., 2016). Según el Ministerio de Sanidad (s.f.):

Se entiende por fragilidad el deterioro progresivo, relacionado con la edad, de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos.

Entre los factores fisiológicos cabe destacar cuatro:

- Alteraciones en la distribución de la masa corporal: La vejez produce una disminución de los tejidos magros del cuerpo humano, lo que genera un gasto energético menor, alterando así la absorción de los macro y micronutrientes. Esta disminución del gasto energético genera, a su vez, una reducción del apetito y por lo tanto de la ingesta calórica, lo que provoca una pérdida de peso y de masa corporal (García y Villalobos, 2012).

La pérdida de esta masa magra da lugar a menor resistencia a los esfuerzos y al ejercicio, aumentando el cansancio, lo que da lugar a una disminución de la movilidad y la funcionalidad de la persona afectada, generando una mayor dependencia. Estos factores disminuyen el bienestar general de la persona, su calidad de vida y su salud. La dependencia y las limitaciones de la movilidad hace que aumenten los niveles de desnutrición, ya que la persona está condicionada a la hora de alimentarse y cocinar sus propios alimentos (Ramos, P., 2010).

- Disminución sensorial: Esta disminución sensorial tiene como consecuencia que los alimentos sean menos apetecibles a ojos de los sujetos y que disminuya la percepción gustativa de los alimentos. Esto es debido a que cae en picado la cantidad de terminaciones nerviosas que existen en la lengua y el olfato puede reducirse hasta el 50% una vez pasados los ochenta años (Amarya, S. et al., 2015).
- Modificaciones bucodentales: Con la edad, las piezas dentales se deterioran progresivamente, incluso pueden llegar a caerse. La falta de dientes, las

prótesis y las dentaduras pueden llegar a dañar o a ser incómodas, lo que va a cambiar por completo el hábito alimenticio de la persona afectada (Tafur, J. et al, 2018).

Esto, además de la gingivitis y la sensación de boca seca por la poca secreción de saliva, complica el proceso de masticar y el de tragar los alimentos. Por esto se opta por dietas blandas o de fácil masticación, evitando alimentos de alto valor nutricional por lo que supone el hecho de ingerirlos (Amarya, S. et al., 2015; Aranceta, J. et al. 2011; García y Villalobos, 2012).

Hemos de tener en cuenta la disfagia y los problemas al tragar que favorecen la malnutrición y, a su vez, son dos de los factores más frecuentes pero menos diagnosticados (García y Villalobos, 2012).

- Modificaciones del aparato digestivo: El deterioro del aparato digestivo a lo largo de los años hace que los nutrientes sean absorbidos de manera deficiente, lo que puede llegar a dar lugar a intolerancias o incluso enfermedades (Salgado et al., 2022). Además, se puede producir peristaltismo o hipoclorhidria, lo que genera mal estar en el cuerpo humano a la hora de ingerir alimentos y en su digestión. Esto hace que se tengan que reducir las raciones y aumentar el número de ingestas durante el día. Además, la sensación de saciedad aparece con ingestas mínimas debido al vaciamiento gástrico, lo que afecta a la motilidad del intestino y puede generar diarreas o estreñimiento (Arbonés, G. et al., 2003).

Existe un factor decisivo en el transcurso de la vida de las personas y este es la sociedad en la que vive. Por ello existen factores psicosociales, económicos y culturales que tienen un papel determinante en la malnutrición de los ancianos.

La alimentación es una necesidad básica de las personas, por lo que cuando se cubre esta genera una satisfacción, y favorece el deseo de comer. El hecho de que las personas mayores disminuyan sus estímulos puede llevar a que el interés por la comida desaparezca, lo que aumenta el riesgo de sufrir deficiencias nutricionales (Salgado et al., 2022).

También influye la convivencia en solitario y el sentimiento de soledad, lo que se relaciona con bajos ánimos y que influye negativamente al mayor en la relación con

la comida (Tafur, J. et al, 2018). A esto le sumamos el fallecimiento de familiares, amigos y pareja, lo que supone entrar en el proceso de duelo, que está relacionado también con la pérdida de apetito (Aranceta, J. et al., 2011).

Incluimos también la jubilación como factor a tener en cuenta, ya que hace que bajen los ingresos y unos ingresos bajos se encuentran directamente relacionados con una nutrición desequilibrada (Tafur, J. et al, 2018).

A estos factores mencionados anteriormente les sumamos el hecho de que la cultura de la alimentación saludable es novedosa y las personas mayores carecen de los conocimientos básicos necesarios para una correcta dieta. Además, con la edad, los hábitos están mucho más arraigados en la persona y son difíciles de cambiar, pudiéndose mostrar reacios o incapaces a de realizas los cambios, a pesar de ser favorables para su salud (Aranceta, J. et al., 2011; Baixauli, V. et al., 2017)

Estas situaciones pueden dar lugar a que los mayores opten por opciones como comida ya precocinada, sobras escasas, recalentada o incluso la omisión de estas por falta de apetito o de ganas de prepararla (Aranceta, J. et al., 2011).

El consumo de alcohol está muy aceptado en nuestra sociedad y puede ser una herramienta de escape cuando el estado de ánimo de las personas es bajo, por lo que también hemos de tenerlo en cuenta, ya que este disminuye la sensación de hambre y dificulta la absorción de algunos nutrientes (Ramos, P., 2010).

En este apartado también hemos de hacer referencia a la institucionalización, ya que esta suele generar sensaciones negativas para el residente, debido a que supone un cambio muy brusco en su vida y conlleva un proceso de adaptación. Esto sumado a las dietas no individualizadas, las normas que han de seguir los residentes, el trato con los profesionales, etc. hace que aumente el riesgo de desnutrición en los usuarios institucionalizados (Ramos, P., 2010).

Conforme se va envejeciendo, las probabilidades de sufrir una patología crónica aumentan notablemente, por lo que en los casos en las que estas existan se presenta la necesidad de realizar cambios en la dieta de las personas afectadas. Además, es mucha la frecuencia con la que estos factores patológicos atacan a la estabilidad nutricional de los enfermos (Aranceta, J. et al., 2011).

El deterioro cognitivo de los usuarios es un factor fundamental en la nutrición, ya que puede desembocar en demencias y enfermedades mentales, las cuales aumentan

el riesgo de malnutrición, ya que pueden olvidarse de la ingesta de alimentos, por la propia patología o como efecto adverso de las medicinas. Además, disminuye la sensación de hambre y dificulta notoriamente la funcionalidad para preparar platos de comida. Únicamente se produce una excepción en este patrón cuando la persona depende de otro/a usuario/a para su alimentación (Tafur, J. et al, 2018).

Haciendo alusión a la salud mental del anciano/a, la depresión es el trastorno psiquiátrico más comúnmente diagnosticado entre la tercera edad. Esta está directamente relacionada a un alto riesgo de malnutrición, por el hecho de que uno de sus síntomas más notorios es la falta de apetito (Tafur, J. et al, 2018).

El envejecimiento suele generar intolerancia a la lactosa, por lo que en numerosas ocasiones los ancianos deciden dejar de ingerir productos lácteos, lo que puede llevar consigo una disminución del calcio necesario (Amarya, S. et al., 2015)

Relacionado directamente con las enfermedades crónicas aparece la llamada polifarmacia, uno de los síndromes geriátricos que más afectan a la nutrición de los/las ancianos/as de maneras muy diferentes. (Tafur, J. et al, 2018).

La medicación en personas de edad avanzada puede llegar a ser excesivamente amplia, esto, unido a las enfermedades patológicas aumenta la prevalencia de desnutrición. Además, gran cantidad de fármacos y las reacciones entre ellos suelen dar lugar a efectos adversos que favorecen la malnutrición de las personas. Podemos destacar: la alteración de la sensación de las ganas de consumir alimentos, el deterioro físico y cognitivo, la alteración de los sentidos, náuseas, sequedad de boca, anorexia, saciedad temprana, favorecimiento de la disfagia, estreñimiento, diarreas, dolor y malestar estomacal, etc. (Aranceta, J. et al., 2011; Fávaro Moreira et al., 2016).

Características de las residencias de mayores

En cuanto a la mejora de la calidad de vida en el periodo de envejecimiento, es importante tener en cuenta factores esenciales como la salud y el bienestar. Sin embargo, no han de ser los únicos indicadores a tener en cuenta. La calidad de vida de una persona mayor se ve también influenciada por su ambiente, tanto emocional como físico, lo que abarca no solo la atención a la salud y el apoyo de la familia o amigos, sino también un ambiente que propicie un desarrollo autónomo e integral de la persona en todas sus dimensiones (Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2021; Oficina

Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España, 2021). El alojamiento y su entorno han de ser adaptados para realzar la forma de vivir el día a día de los y las adultos y adultas mayores residentes, lo que tiene un impacto beneficioso no únicamente para las personas que residen y sus familiares, sino también para la población en general.

Para el/la residente, la residencia no es un centro, es su vivienda y muchos más importante, es su hogar. De acuerdo con Lee (1981), el propósito del domicilio o la residencia es crear un entorno en el que las necesidades individuales, como la comida, el descanso, el aseo, el descanso y el tiempo libre, así como sus necesidades de interacción con otras personas puedan ser satisfechas. Por lo tanto, tanto la limpieza de los espacios como las dimensiones y la organización de los muebles y los dormitorios y salas comunes son importantes. Además, es importante crear una estética agradable en el centro que esté en línea con los gustos, la generación, las necesidades individuales y el confort.

Las residencias para personas mayores deben contar con instalaciones arquitectónicas y equipos que cumplan con los estándares técnicos actuales y que permitan la estancia, la convivencia y la prestación de servicios. Todas estas instalaciones deben cumplir con los requisitos y condiciones de la normativa vigente. Debido a que las necesidades y los intereses de las personas son variables en el tiempo, los centros deben adaptarse continuamente para cumplir con las exigencias de cada momento. Esto implica mantener y revisar regularmente las instalaciones existentes y realizar las adaptaciones y las actualizaciones necesarias para hacer frente a las nuevas condiciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad et al., 2017).

Como se recoge en la “Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia” elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad et al. (2017) los centros residenciales deben de instaurar y llevar a cabo las medidas pertinentes para cumplir las siguientes especificaciones:

- El espacio ha de ser accesible y ha de permitir la movilidad autónoma o guiada del residente, favoreciendo la comunicación y las relaciones entre los usuarios. Además, hemos de contar con elementos que ayuden a una orientación espacial y temporal.

- Las infraestructuras y los equipamientos han de ser seguro y ha de adaptarse a las condiciones fisiológicas de los usuarios. También han de ser revisados constantemente, y en caso de alguna imperfección realizar el arreglo pertinente.
- Se ha de procurar un ambiente cálido y confortable.
- El centro residencial ha de tener como principal objetivo la autonomía personal, por lo que ese ha de favorecer la prestación de servicios y atenciones que lo lleven a cabo.
- Las residencias deben garantizar que todo el equipo y las asistencias técnicas que sean necesarias para que las actividades estén en óptimas condiciones de funcionamiento, junto con los utensilios y recursos materiales necesarios para llevar a cabo estas actividades. Se han de documentar todas las acciones realizadas para lograr este propósito.
- Hemos de priorizar la decoración de las habitaciones al gusto personal de los usuarios, generando así bienestar, paz y sentimientos positivos. Hemos de cuidar también el exterior de las residencias.

El centro residencial ha de tener la capacidad suficiente para albergar tanto a los residentes como a los y las profesionales que ejerzan en el centro, por lo tanto hemos de dividir el centro en dos áreas: la profesional y la residencial (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

La ubicación de los profesionales en una residencia hace referencia al área profesional y de organización, donde se encuentran los despachos y se desempeñan sus tareas y responsabilidades diarias, incluyendo la admisión de nuevos usuarios y la programación de actividades sociales y terapéuticas. Esto incluye, además, reuniones de coordinación, entrevistas con familiares, entre otras tareas. Es importante que esta zona esté diferenciada del área dedicada al alojamiento y la atención específica a los usuarios, y se recomienda que se ubique a la entrada del centro para evitar interferencias en el trabajo diario con los usuarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

El área residencial hace referencia al lugar donde se prestan los servicios que se ofertan a los usuarios y usuarias como el comedor, la cocina, las habitaciones, lavandería, parking, etc.

Además de lo previamente denominado, en el caso de que el centro se registre en otro recurso social (como un Centro de Día para adultos mayores en situación de dependencia), los espacios podrán ser compartidos, siempre y cuando se garantice al Centro de Día un espacio propio y referencial. Este espacio deberá contar con un mínimo de dos salas, preferiblemente ubicadas en un área continua, y se coordinarán los horarios de uso (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

En conclusión, la residencia ha de convertirse en un recurso que proporcione la satisfacción de las necesidades personales de las personas que van a residir en ella. Por lo que ha de construirse adaptándolo a los criterios de arquitectura que demanda el grupo poblacional al que va dirigido. Por eso, hay que tener en cuenta las condiciones como: movilidad reducida, pérdida de autonomía personal para realizar las actividades de la vida diaria, desorientación o pérdidas de memoria y agitación o nerviosismo. Por lo que el centro residencial ha de estar enfocado al bienestar del usuario contemplando criterios como los siguientes: ubicación y fácil acceso, accesibilidad, posibles ampliaciones, higiene y salubridad, seguridad y normativa aplicable uso (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

El centro residencial ha de ubicarse preferiblemente dentro de la zona urbanística, favoreciendo así la accesibilidad al centro, pero esto varía según las necesidades de los y las residentes, de las familias y de la zona (Ararteko, 2018).

Para la elección de la ubicación hemos de tener en cuenta: recursos sanitarios o asistenciales próximos con los que establecer coordinación; tranquilidad en el entorno de los alrededores; facilidad de acceso; zonas de transporte público para los visitantes y transporte adaptado para los usuarios. Cabe destacar otros recursos adecuados como: acceso de vehículos, parking y aparcamiento para vehículos adaptados (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

A continuación, plasmaremos en una tabla el ratio de personal por persona usuaria del centro diferenciado por categorías profesionales. Este ratio es diferente según la Comunidad Autónoma, en este caso, nos centraremos en Andalucía:

Tabla 1

Ratio de personal por usuario en Andalucía

Persona encargada de la dirección:	El director/a o la persona responsable del centro ha de tener un título mínimo de grado medio o superior o haber ejercido
------------------------------------	---

	como responsable al mismo nivel un mínimo 3 años. Unos estudios adicionales, al menos de 300 horas. En casos de Centros Residenciales de menos de 40 plazas, se permitirá la compatibilización de funciones con la categoría profesional correspondiente.
Ratio general de plantilla en función de las personas dependientes:	0,50 personal por usuario.
Ratio de atención directa al usuario:	Al menos 0,39 por usuario.
Ratio de atención indirecta al usuario:	0,1 por usuario.
Ratio de auxiliar gerocultor/a:	0,3 por usuario.
Cualificación Auxiliar- Gerocultor/a	Una persona con título de auxiliar de clínica o enfermería por cada 10 usuarios/as. Los/as gerocultores/as han de suponer un 70% de la ratio exigida, con la Titulación Oficial de: «Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería» o «Técnico en Atención Socio-Sanitaria».
Profesionales con grado universitario	Médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta con una ratio de 0,064 por usuario.

Notas: Elaboración propia a partir del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía [BOJA] (1997, 2000, 2007) citado en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG] (2020).

Para detallar y profundizar en la normativa sobre instalaciones y personal en residencias de mayores en Andalucía podemos consultar el archivo PDF: Normativa de centros de mayores proporcionado por la Junta de Andalucía.

Intervenciones para prevenir y tratar la desnutrición en residencias

Existen varias medidas generales que pueden ser implementadas con el fin de prevenir la desnutrición en adultos mayores institucionalizados. Entre estas estrategias están la identificación temprana de situaciones de riesgo de desnutrición o de desnutrición utilizando escalas validas de indicadores de calidad de la nutrición, la consideración de la necesidad de ayudas técnicas o de los profesionales para las comidas, la implementación de los cuidados de salud bucal y de prótesis, la realización de una valoración de los fármacos y la dieta (efectos secundarios, acomodación y solidez), y finalmente, el tratamiento de la enfermedad que padezca cada usuario.

Asimismo, se ha corroborado que una mala alimentación puede aumentar la probabilidad y la gravedad de enfermedades crónicas y la desnutrición en el anciano. Por ello, es importante atender a las necesidades nutricionales específicas de las personas residentes para prevenir y tratar estas condiciones (Alvarado García, A., et al, 2017; Nestlé Health Science y SEGG, 2013).

En primer lugar nos centraremos en los líquidos, la fibra y el sodio. En el caso de que no se presente ninguna contraindicación por parte del equipo médico, se recomienda que los adultos mayores consuman diariamente líquidos en una cantidad de 30 ml por cada kilogramo de peso corporal. Es función de los y las profesionales de atención directa proporcionar cantidades reducidas de agua/ infusiones en intervalos de una o dos horas para asegurarse de que ingieran, mínimamente, un litro de líquido para mantener una hidratación adecuada. Es recomendable un consumo frecuente de fibra (fruta, productos integrales, etc.) para reducir los niveles de tejido graso y de azúcar en sangre, fomentar el peristaltismo y mejorar el ciclo del sistema gastrointestinal. Debido a que la población geriátrica es proclive a presentar hipertensión, es importante disminuir el consumo de sal/sodio para prevenir las alteraciones asociadas a su consumo. Es responsabilidad de los y las auxiliares y gerontólogos/as aconsejar sobre la importancia de un consumo regular de fibra y educar en formas para sazonar los alimentos sin usar sal, como el uso de otras especias (Alvarado García, A., et al, 2017).

En segundo lugar, la proteína. La incorporación de proteínas en la dieta es esencial por su cantidad de aminoácidos esenciales, destacando especialmente la leucina. De acuerdo con las pautas recomendadas por especialistas, el consumo diario de proteínas recomendado para personas mayores con enfermedades agudas y crónicas debe ser de 1,2 a 1,5 gramos por kilogramo de peso corporal. La leucina favorece la conservación y restablecimiento de la masa muscular. Para prevenir la pérdida de músculo durante épocas de sedentarismo o en temporadas estresantes, se aconseja priorizar los productos proteicos en la dieta. Para ello, es recomendable que cada comida aporte al menos 25-30g de proteína (Zugasti, A. y Casas, Á., 2019).

En tercer lugar, es recomendable la suplementación alimenticia a ancianos con creatina, calcio y vitamina D, enfocadas estas sustancias a reforzar la calidad muscular y ósea de los y las adultos mayores (Varsavsky, M. et al., 2017; Zugasti, A. y Casas, Á., 2019). Además, el aumento de la ingesta de ácidos grasos como el omega-3, presente en

pescados y derivados ayudan a la síntesis proteica muscular (Zugasti, A. y Casas, Á., 2019).

Como últimos elementos no podemos olvidar los antioxidantes, ya que las personas mayores presentan un bajo índice de estos y puede provocar pérdida de fuerza y de rendimiento físico. Para evitar esta situación, se recomienda una dieta rica en antioxidantes. Los podemos encontrar en el café, el té verde, frutas, verduras, hortalizas, etc. (Zugasti, A. y Casas, Á., 2019).

La educación nutricional es la mejor forma de prevención de la desnutrición. Por lo que, en el caso de los centros residenciales, hemos de fomentar y priorizar el papel del/la nutricionista en los centros y que este/a realice menús individualizados para cada residente. Con estas medidas nos aseguramos de que todas las necesidades alimentarias se encuentran cubiertas y se mantiene una correcta alimentación individualizada.

Capítulo II: Problema de investigación

Planteamiento del problema y justificación

Debido al gran impacto que el riesgo de desnutrición y la malnutrición generan sobre el bienestar y la calidad de vida de los usuarios y usuarias, es fundamental evaluar el estado nutricional de las personas institucionalizadas. El Mini Nutricional Assessment [MNA] se encarga de evaluar este estado de nutrición a la población general geriátrica mediante una escala heteroadministrada que cuenta con 18 ítems y está conformado por dos partes: test de cribaje y test de evaluación (Junta de Andalucía, s.f.). Se presenta como un instrumento innovador y de gran fiabilidad y utilidad a la hora de la evaluación de esta condición nutricional, cuyos resultados pueden ser: normal, riesgo de desnutrición y desnutrición en función de la puntuación (López Pallarés, J. A., & Parada Sanchís, M. Á., 2015). Además, resulta fácil de aplicar por los y las profesionales y no supone una dificultad de comprensión para el/la usuario/a. La implementación de este cuestionario no supone un coste relevante a la institución y puede ser realmente útil de cara a la prevención y seguimiento de los pacientes en riesgo o que sufran malnutrición.

La mejora y el mantenimiento de un estado nutricional y de salud pleno es el objetivo prioritario que se debería de tener en cuenta en cualquier residencia de mayores, ya que son especialmente tendentes a esta carencia nutricional y juega un papel fundamental en el estilo y la calidad de vida de la persona.

La población de edad avanzada presenta una exposición mayor a situaciones de desnutrición, donde se aúnan diferentes factores, tales como la edad, el sexo, el deterioro cognitivo y funcional previo, etc. pero tal y como lo establece la evidencia todo esto empeora con la institucionalización. Las personas mayores que residen en comunidad presentan índices de desnutrición del 7,8%, en las unidades de recuperación funcional un 14%, aumenta en residencias (28,4%) y hospitales (40%), llegando a cifras de hasta 56% en estructuras de larga estancia (Camina, M. et al, 2016).

Después de las prácticas realizadas en la residencia de mayores Domus VI: Condes de Corbull de Jaén hemos podido observar que la atención a la nutrición e hidratación de mayores es deficiente y, que aun que los menús estén realizados por una

nutricionista, carecen de ítems básicos como el hecho de eliminar, en medida de lo posible, los alimentos fritos en aceite.

No nos equivocamos cuando afirmamos que se pueden aplicar soluciones para evitar la desnutrición y el riesgo de esta en personas institucionalizadas cuando la razón de esta se aleje de las patologías. La realización de este proyecto es una buena herramienta para implantar las medidas que sean necesarias para que cambien estos parámetros de desnutrición en centros residenciales y nos alejemos lo máximo posible de estas cifras tan alarmantes.

También hemos de trabajar con la sociedad para comenzar a tener otra visión de la vejez, y no ver este envejecimiento de la población como un inconveniente, sino como un reto. Este desafío ha de centrarse en mejorar la calidad de vida de las personas mayores y que seamos capaces de vivir más, pero también mejor. Esto se consigue mediante la salud, tanto física como mental. Y uno de los pasos para conseguir ambas es el cuidado de la dieta.

Por los motivos mencionados este proyecto pretende la mejora de la calidad de la nutrición en residencias de mayores, analizando en que puntuación comienzan los usuarios/as en el MNA y como este se modifica tras la implantación de la intervención en las dietas de cada uno/a de los/las residentes. ¿Cuál es el fallo? ¿Se necesita una dieta individualizada? ¿Por qué los ancianos que viven institucionalizados presentan tales tasas de desnutrición?

Propósitos y beneficios

La presente intervención pretende demostrar que la malnutrición de mayores institucionalizados es evitable y no es una causa ni única ni directa de la vejez, como se pretende hacer creer en muchos casos.

Con este proyecto de intervención se pretende dar voz a esta problemática y servir como primer paso a próximos estudios con el objetivo de conseguir una mejora en la salud y en la nutrición de los usuarios/as institucionalizados, y si esto se consigue se estarán disminuyendo las complicaciones que genera la desnutrición y con ello los costes asociados a la atención de esta.

Objetivos de la intervención

Los datos recogidos anteriormente nos obligan a profundizar en cuestiones de interés como el menú que están recibiendo los/las usuarios/as y los hábitos que mantienen con el fin de poder aportar el razonamiento al aumento de la malnutrición en instituciones residenciales. Además, se pretende implantar una solución o mejora en lo que a hábitos alimenticios concierne.

A continuación planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Es posible mejorar la calidad nutricional de los usuarios que residen en el centro Poniente de Añora mediante la variación de su dieta?

Siguiendo con el hilo conductor del proyecto, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general: Mejorar la calidad de la nutrición de los usuarios de la residencia de mayores Poniente de Añora.

Objetivos específicos:

- Conocer las necesidades nutricionales de la población usuaria en la residencia Poniente de Añora.
- Indagar en la búsqueda de una mejora de calidad nutricional de los usuarios/as residentes en el centro Poniente de Añora.
- Implementar la medidas necesarias para la mejora de la calidad de la nutrición de las personas que se encuentran institucionalizadas en Poniente de Añora.

Dirigida a la población objeto de estudio de los usuarios de la residencia de mayores Poniente de Añora en Córdoba, siendo la variable dependiente la calidad nutricional de los usuarios/as y la variable independiente la variación de la dieta de los/las usuarios/as.

Hipótesis de la investigación

Debido a lo plasmado en el marco teórico de la investigación, es algo natural pensar que las personas mayores que se trasladen a un centro residencial tendrán una más alta probabilidad de carencia nutricional que si este permaneciera en su domicilio. Esto se debe a la ansiedad que puede generar el hecho de ingresar en una institución, lo que conlleva pérdida de apetito, malhumor, etc.

Probablemente influyan de forma negativa en su nutrición más factores como la edad, el deterioro cognitivo, la razón de ingreso a la residencia y la actitud con la que la persona lo afronte.

Sin embargo, creemos que el estado nutricional de las personas institucionalizadas puede mejorar notablemente con la implantación de cambios en su dieta y hábitos alimenticios.

Por todo esto, se plantean la siguiente hipótesis:

Hipótesis general: Tras la adaptación de las dietas a los/las personas que residen en el centro de mayores de Poniente de Añora con bajo nivel nutricional se mejorará su puntuación en el MNA respecto a la valoración previa.

Hipótesis específicas:

- Las necesidades nutricionales de la población usuaria de la residencia Poniente de Añora no están cubiertas.
- Los usuarios/as residentes en el centro Poniente Añora tienen una baja calidad nutricional.
- Gracias a la implementación de ciertas medidas nutricionales, la población residente en Poniente de Añora mejorará su calidad nutricional.

Capítulo III: Metodología y proyecto de intervención

Tipo de estudio

Para poder dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente, se considera conveniente aplicar una metodología cuantitativa ya que ésta nos permite un estudio más amplio que implica a más sujetos, favoreciendo así la generalización de los resultados. Por un lado se va a aplicar un cuestionario estructurado con dieciocho ítems con entre dos y cuatro opciones de respuesta. El cuestionario está enfocado para identificar pacientes en riesgo o desnutrición y las respuestas de las personas encuestadas servirán para medir su puntuación y dividirla en normal; riesgo o desnutrición.

Por otro lado se va a proceder con el estudio analítico retrospectivo, siendo éste de corte longitudinal, ya que es necesaria una temporalidad del mismo. El estudio analítico se caracteriza por el objetivo de descubrir la relación existente entre un factor

de riesgo y un determinado efecto, es decir, conocer la relación causal entre dos fenómenos (Veiga de Cabo et al., 2008). La muestra estará conformada por un total de 55 personas mayores institucionalizadas en la residencia sociosanitaria de Poniente en Añora (Córdoba) con edades comprendidas de los 65 años en adelante.

Diseño del proyecto de intervención

Tal y como se definen los estudios longitudinales, se estructura la investigación de tal forma que se facilite ir dando respuesta a los objetivos planteados de la siguiente manera:

1. En primer lugar, realizaremos un análisis de las personas mayores de sesenta y cinco años de la residencia para determinar cuántos usuarios se encuentran en riesgo o en situación de desnutrición en función de su puntuación en el MNA.
Para ello, consultaremos las bases de datos del programa que utilice la residencia para el registro de usuarios, filtrando por edad.
2. En segundo lugar, las personas que hayan plasmado en el MNA el riesgo o la malnutrición serán divididas en dos grupos: el grupo de control (al que no se le alterará la alimentación) y el grupo experimental (al que se le modificará la dieta).
3. Durante cuatro meses consecutivos, febrero, marzo, abril y mayo de 2023, se procede a la implantación de la dieta individualizada y adecuada a los residentes con la implicación de todos los profesionales que formen parte del centro residencial. Se contará con el mes de enero para comenzar con los cuestionarios iniciales y con el mes de junio para realizar los cuestionarios posteriores a la intervención.
4. En tercer lugar, mediremos el efecto de la implantación de menús individualizados sobre el estado nutricional de los residentes, volviendo a utilizar el MNA, y teniendo en cuenta la puntuación en dos momentos concretos, antes de la implantación del proyecto de intervención y cinco meses después de este.

Población diana, población accesible y muestra

Población diana

El presente proyecto va dirigido a la población Española mayores de 65 años residentes en centros de mayores, de ambos sexos, que por diferentes circunstancias acaban acudiendo a los centros residenciales para recibir una mayor atención y control de la salud.

Entendemos por residencia como un alojamiento de individuos que no necesitan de un hospital, pero sí que precisan de otro tipo de atenciones comunes, parecidas o compatibles más especiales de manera temporal o permanente. Suelen ser personas con determinado grado de dependencia (Biblioteca Nacional de Medicina, 2021; Diccionario panhispánico del español jurídico, 2023, definición 3).

Para el presente proyecto, tomaremos como referencia las residencias de estas características. En España existen un total de 384.259 plazas residenciales (Envejecimiento en red, 2021), por lo que según la prevalencia de malnutrición que rodea a los centros residenciales de mayores, esta ataca entre a 153.703 y 299.722 de los mayores que viven en ellos.

Población accesible

Debido a la imposibilidad de la realización de la intervención a nivel nacional, procederemos a la determinación de una muestra representativa de usuarios y usuarias de un centro residencial concreto.

En primer lugar, hemos de determinar el escenario de actuación, esto significa, una residencia “tipo” con veinticinco habitaciones dobles y cinco habitaciones individuales como es la residencia de Poniente en Añora, Córdoba.

Partimos de la base de que el total de personas que viven en la residencia es de 55 personas. Este grupo es el que vamos a declarar como población accesible a la intervención.

Criterios de selección

Usuarios mayores de 65 años que pretendan permanecer en la residencia de mayores de Poniente en Añora, Córdoba, durante al menos los seis próximos meses, con capacidad cognitiva suficiente para responder a la encuesta de MNA, no exitus.

Muestra

A la hora de definir la muestra hemos de tomar en primer lugar a la población accesible. Esta hace referencia a los usuarios y usuarias mayores de 65 años que viven en el centro residencial, lo que nos da un total de 55 usuarios y usuarias, como veíamos anteriormente.

Debido a que la presente investigación se va a llevar a cabo en la residencia de mayores de Poniente en Añora, este es un municipio con un número de habitantes muy bajo y el equipo cuenta con los recursos necesarios para la realización del proyecto a todas las personas involucradas, es decir, a las 55 personas que padecen riesgo o desnutrición en la residencia de Poniente.

Variables

El Mini Nutritional Assessment consta de cuatro áreas que recogen las dieciocho variables. Estas cuatro zonas se encargan de cubrir los apartados de la valoración: antropometría, situaciones de riesgo, encuesta dietética y autopercepción de salud. La máxima puntuación es de treinta puntos y hasta valores superiores a 23.5 se considera estado de nutricional normal; entre 23.5 y 17 puntos es considerado riesgo de malnutrición y por debajo de los 17 puntos malnutrición (Salvà, A., 2012).

Planificación e implementación de la investigación

En el presente apartado, una vez hemos definido la metodología y siguiendo con lo aportado por el marco teórico expondremos las acciones y medidas que llevaremos a cabo para cumplir con los objetivos planteados anteriormente. Además, acotaremos a la perfección las personas encargadas de realizar cada tarea dentro del equipo multidisciplinar de la residencia y como van a ser realizadas, comenzando por las acciones anteriores al inicio de la intervención.

Acciones previas al inicio del proyecto

En primer lugar, se ha de elaborar una investigación previa de la realidad nutricional a intervenir. Esto se traduce en el paso número uno, es decir, la recogida de todos los datos necesarios y su posterior análisis. Todo esto para extraer las conclusiones necesarias y poder dar una solución al escenario nutricional que se nos plantea. Esta primera tarea será responsabilidad de la socióloga (externa al centro y a la que se acude en momentos puntuales) y la trabajadora social. Se realizará el cuestionario estructurado MNA a los cincuenta y cinco residentes que se encuentran institucionalizados en la residencia Poniente de Añora, Córdoba. Una vez obtenidos los

resultados de los cuestionarios MNA, se realizara un cribado en dos grupos: los usuarios y usuarias con un estado nutricional normal (8 residentes) y los usuarios y usuarias en riesgo o en desnutrición (42 residentes). Este segundo grupo es el que nos interesa, que a su vez se volverá a dividir en dos subgrupos: grupo de control (21 residentes) y grupo experimental (21 residentes).

Una vez tengamos estos datos sobre la mesa se generará un equipo multidisciplinar que llevará a cabo el diseño metodológico para la consecución de los objetivos. La siguiente actividad será principalmente responsabilidad del/la nutricionista y el equipo de enfermería de la institución y estos serán los encargados de presentar los resultados ante la dirección del centro de Poniente. Se mantendrá una reunión interdisciplinar con todos los profesionales involucrados donde se expondrán las propuestas y se diseñará el plan nutricional acorde con los gustos y necesidades nutricionales de los/las usuarios/as. Esta fase se corresponde con el diseño del proyecto de intervención y se establece, por parte del equipo responsable que la medida que mejor se adapta a los/las residentes es la de la adaptación de los menús de forma individualizada.

Acciones que se desarrollaran dentro del proyecto

En segundo lugar, una vez planteada la propuesta, llega la hora de ponerla en práctica y para ello contamos con el papel de la nutricionista y el equipo de enfermería especializado en nutrición para que tengan conocimientos en estas áreas tan delicadas y sean capaces de generar estas dietas. Además, los usuarios y usuarias pertenecientes al grupo experimental serán los expuestos a la modificación de la dieta semanal priorizando alimentos con una alta calidad nutricional, con alto contenido en fibra, calcio y omega-3 y evitando alimentos precocinados o fritos en aceite. Optaremos por una dieta alta en proteínas que ayude a la regeneración y al mantenimiento de la masa muscular. Sin embargo, el grupo control no estará sometido a ninguna alteración en su dieta.

Hemos de tener en cuenta que también serán las personas responsables de realizar el control y seguimiento de las pautas nutricionales de manera diaria y programada. Durante el transcurso de la intervención han de prestar atención y poner soluciones a las situaciones que las demanden.

Una vez pasados los cuatro meses se volverá a realizar la encuesta de MNA, tanto al grupo experimental como al grupo de control y se compararán los resultados con el MNA previo a la intervención. Este último mes se usará también para analizar las conclusiones y los datos de interés del estudio.

Acciones posteriores y paralelas a la realización del proyecto

Por último, se realizarán las acciones y medidas que tengan que ver con la supervisión y la evaluación del proyecto. El tema que concierne a la evaluación se detallará correctamente en el apartado que le corresponde. La supervisión será llevada a cabo por la dirección del centro generando esta una memoria donde se indiquen los parámetros tanto objetivos como subjetivos que se hayan conseguido con la intervención. La realización de esta memoria final en la que se recolecte esta información tiene como finalidad dar la posibilidad de extensión y mejora de la intervención, para así poder llevarlo hacia otras residencias con condiciones socio-demográficas similares y que se vaya prestando más atención a la calidad nutricional.

Cronograma

En el siguiente cuadro reflejamos la relación temporal entre los objetivos y la línea temporal para su realización en un periodo de siete meses.

Objetivos	Meses						
	1	2	3	4	5	6	7
Conocer las necesidades nutricionales de la población usuaria en la residencia Poniente de Añora.							
Indagar en la búsqueda de una mejora de calidad nutricional de los usuarios/as residentes en el centro Poniente de Añora.							
Implementar las medidas necesarias para la mejora de la calidad de la nutrición de las personas que se encuentran institucionalizadas en Poniente de Añora.							
Realización de la memoria por parte de la dirección.							

Evaluación de la intervención

A continuación desarrollaremos el planteamiento que hemos programado en relación a la evaluación del proyecto y mediremos la validez de la intervención de forma tanto cualitativa como cuantitativa. Para conseguirlo, el apartado constará de tres

partes: El primer apartado será sobre el diseño de la evaluación y el marco lógico, plasmando qué se evalúa y cómo vamos a hacerlo. En el segundo apartado tendremos en cuenta los indicadores previos a la intervención, es decir, las premisas previas que hacen saltar las alarmas sobre la problemática elegida. En el tercer apartado analizaremos los indicadores de evaluación recogidos a la finalización de los cuatro meses en los que los residentes han modificado su dieta. El apartado de la evaluación es de suma importancia, ya que en función de los resultados obtenidos podemos ser conscientes de manera objetiva de la realidad nutricional de las personas institucionalizadas y evitaremos que siga ocurriendo, cosa que no pasaría sin la aplicación del proyecto de intervención. Gracias a la evaluación en tres fases, será posible determinar si la propuesta cumple con los objetivos establecidos o, en su defecto, identificar los posibles errores en su planteamiento para futuras repeticiones.

Diseño de la evaluación

En el siguiente apartado proponemos elaborar una evaluación cualitativa del proyecto dirigido a los usuarios/as de la residencia Poniente en Añora, Córdoba, que hayan desarrollado problemas nutricionales centrándonos en los elementos de la evaluación y en su utilidad. El objetivo era mejorar la calidad de la nutrición en este centro residencial (lógica de la intervención). Por esto, proponemos desde la perspectiva cualitativa mediante un cuasi experimento que evalúe el objetivo principal (qué se evalúa) mediante las diferencias de mejora entre el grupo de control y el experimental (de qué manera se va a evaluar).

Como principal objetivo de esta evaluación plantearemos una evaluación pluralista que se centre en la utilidad, el proceso o los procesos, los resultados y los impactos, tanto objetivos como subjetivos. Así nos acercaremos al enfoque cualitativo. Sin embargo, a pesar de que se pueden medir los resultados de manera cualitativa, también lo haremos de manera cuantitativa, aprovechándonos del MNA. Evaluar la calidad nutricional de los residentes plantea dos formas:

- Por un lado, mediremos las modificaciones de la calidad nutricional de los/las usuarios/as mediante su puntuación posterior en el MNA para ver si la dieta consigue modificarlos. Esta opción se acerca más a una medición cuantitativa.

- Por otro lado, trataremos de medir mediante la observación la vitalidad, el estado de ánimo, el apetito, etc. de los residentes para ver si esta modificación en los platos afecta a su salud mental. Vertiente cualitativa, ya que es difícil de medir de forma numérica.

La recopilación de los datos se va a realizar antes, durante y después del proceso de intervención. Así se da posibilidad de que se recojan una mayor calidad y cantidad de datos para el análisis posterior, además de una mayor adecuación a la propuesta de evaluación, facilitando el análisis de la intervención.

La utilidad y los procesos del proyecto serán evaluados por los profesionales del equipo multidisciplinar a través del equipo de dirección del centro. Esto se hará de forma cualitativa mediante encuestas de escala Likert. Esta permitirá a los encuestados expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones relacionadas con el proyecto, asignando un valor numérico del 1 al 5. Por lo general, se utilizan cinco opciones de respuesta en la escala Likert, que van desde "Totalmente en desacuerdo" (1) hasta "Totalmente de acuerdo" (5).

Recursos

Uno de los aspectos más llamativos de este proyecto es que no se necesita un gran desembolso ni económico ni material, aun así, existen unos mínimos sin los cuales el proyecto sería inviable. A continuación dividiremos los recursos en tres apartados:

Recursos económicos

Los aportes económicos para la realización del proyecto de intervención vendrán de dos fuentes principales: en primer lugar, por parte del ayuntamiento de Añora, concretamente del área de salud y bienestar, que asignará un porcentaje de su presupuesto a la realización de la intervención y tendrá como misión principal la contratación de los profesionales que no formen parte del equipo de la institución, en este caso, el/la sociólogo/a y el profesional o la profesional de enfermería especializado en materia de nutrición. La segunda vía económica será aportada por la propia institución que tendrá como obligación sufragar el resto de gastos como material, alimentos, uso de instalaciones, personal del centro etc. Destacar que en el caso del centro residencial no supondrá una variación muy elevada del aporte económico que se realiza habitualmente, ya que contaremos con sus materiales de oficina como son mesas,

sillas, portátiles, folios, bolígrafos, calculadoras, etc. Podemos observar un desglose de estos recursos económicos en el anexo número uno.

Recursos técnicos

En este apartado podemos clasificar entre: instalaciones, materiales y dieta de los residentes. En primer lugar, en lo que concierne a las instalaciones no nos saldremos de las que nos ofrece el centro residencial, como la cocina o una sala privada a la hora de la firma del consentimiento informado y para la cumplimentación del MNA, tanto previo como posterior al proyecto. En segundo lugar pasaremos a los materiales, estos no varían de los que habitualmente usan los usuarios/as dentro de la residencia: mesas, sillas, bolígrafos, ordenadores, etc. Sí que habría que imprimir un total de 97 cuestionarios MNA. Por último llegamos a la dieta de los residentes, la cual no variará a nivel presupuestario pero sí que lo hará a la hora de la elección de los alimentos.

Recursos humanos

En lo que refiere a personal profesional para la consecución de objetivos dividiremos en dos partes: en primer lugar, el personal contratado de manera externa únicamente para la realización del proyecto y en segundo lugar el personal ya perteneciente al centro, el encargado de la coordinación y la evaluación de la intervención.

Dentro del personal externo a la residencia contamos con la socióloga y el enfermero/a especializado en nutrición, los cuales serán contratados por el ayuntamiento de Añora. Por otro lado, dentro del personal contratado de forma permanente en la residencia encontramos: el/la trabajadora social, la dirección del centro, el/la nutricionista y las auxiliares.

Capítulo IV: Resultados y beneficios esperados

A través de la presente intervención se ha pretendido analizar, aplicando una metodología cuantitativa, los vínculos que existen entre calidad de vida y calidad nutricional en la residencia de mayores de Poniente de Añora. Para ello, nos hemos basado en la literatura existente disponible para alcanzar el objetivo de indagar en los resultados obtenidos por estudios anteriores y a partir de aquí, poder establecer nuestras propias hipótesis, las cuales se han utilizado orientativamente a lo largo de la intervención.

La desnutrición en las personas mayores es un problema de salud significativo que puede tener un impacto negativo en su calidad de vida y bienestar. En las residencias, donde residen muchos adultos y adultas mayores, la malnutrición se convierte en un desafío importante que requiere atención y acción. En este sentido, las intervención que hemos diseñado para abordar la desnutrición en la residencia Poniente de Añora puede tener resultados y beneficios significativos para los y las usuarios/as.

La implementación de la intervención nutricional en la institución puede llevar a una mejora sustancial en el estado nutricional de los residentes. Esta intervención se centra en garantizar una ingesta adecuada de nutrientes y una alimentación balanceada, considerando las necesidades específicas de cada individuo/a. Al mejorar el estado nutricional, es posible esperar un aumento de peso saludable, una mejora en la masa muscular y una mayor energía y vitalidad en los residentes.

Además de los beneficios físicos, una intervención exitosa en la desnutrición puede contribuir a una mejora en la salud y el bienestar general de los residentes. Una alimentación adecuada puede fortalecer el sistema inmunológico, prevenir complicaciones de salud y reducir el riesgo de enfermedades. Asimismo, una mejora en el estado nutricional puede tener un impacto positivo en la calidad de vida, permitiendo a los residentes participar activamente en actividades diarias y sociales.

Es importante tener en cuenta que los resultados y beneficios esperados pueden variar según la situación individual de cada residente y la efectividad de la intervención implementada.

Limitaciones en la intervención

Al realizar una intervención en la calidad e la nutrición en la residencia de mayores de Poniente pueden surgir diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta.

Estas limitaciones incluyen la resistencia al cambio por parte de los residentes, quienes pueden mostrar falta de motivación para participar en la intervención y más cuando se trata de un tema tan delicado como es la alimentación y el cual les afecta día a día. Además, las necesidades individuales de cada residente pueden ser complejas, lo que requiere un enfoque personalizado en la intervención y presenta desafíos logísticos y de recursos. Otra limitación a tener en cuenta son las barreras de comunicación, estas pueden dificultar la comprensión y participación efectiva de algunos residentes, además de afectar a la comunicación con el personal.

Además, el monitoreo y la evaluación de la calidad de vida de los residentes y el impacto de la intervención en el estado de ánimo es uno de los puntos más complejos, ya que es una característica subjetiva que depende no solo de los usuarios/as sino también de los profesionales. Estos resultados pueden ser difíciles de analizar de manera precisa y sistemática, lo que dificulta la medición del impacto de la intervención.

Es importante reconocer estas limitaciones potenciales y abordarlas de manera proactiva en el diseño e implementación de la intervención. Buscar soluciones prácticas y adaptativas, así como contar con un enfoque colaborativo y multidisciplinar, puede ayudar a superar estas limitaciones y maximizar los resultados positivos de la intervención en la calidad de la nutrición en la residencia de mayores de Añora.

Bibliografía

- Alvarado García, A., Lamprea Reyes, L. y Murcia Tabares, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 199–206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez et al. (2008). Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 536-540. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n6/especial2.pdf>
- Amarya, S. et al. (2015). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 6(3), 78-84 <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2210833515000672?token=D6D8A5C9BBC1F2980E0E035527AFB4085E7FB909C4326ED53BC78EA8D795D1D84D79B2D9DA18CB79D5E6C0C5925E941C&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230425151852>
- Aranceta, J. et al. (2011). Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud. Grupo de Trabajo de Atención Primaria, perteneciente a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG]. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-de-atencion-al-anciano-desnutrido-en-el-nivel-primario-de-salud-2011>
- Ararteko. (2018). Informe especial: Instalaciones residenciales para personas mayores en situación de dependencia - Informe de Fiscalización 4/18 [PDF]. https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_392_3.pdf
- Arbonés, G. et al. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutrición hospitalaria*, 18(3), 109-137. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n3/revision.pdf>
- Baixauli, V. et al. (2017). Detección y seguimiento de desnutrición en ancianos no institucionalizados por el farmacéutico comunitario en las Islas Baleares. *Farmacéuticos comunitarios*. 9(1). 5-13. <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1179/article>

[s/fc2017-9-1-02desnutricion-ancianos.pdf](#)

[~:text=Detecci%C3%B3n%20y%20seguimiento%20de%20desnutrici%C3%B3n%20en%20ancianos%20no,Llull%20Vila3%2C%20Antonio%20Gonz%C3%A1lez%20Gonz%C3%A1lez%2C4%20Mar%C3%ADa%20Servera%20Barco5](#)

Biblioteca Nacional de Medicina. (2011). *Residencias para personas mayores: MedlinePlus en español*. <https://medlineplus.gov/spanish/nursinghomes.html>

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. (1997, 15 de julio). BOJA. Número 81. ORDEN de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad [Boletín Oficial del Estado] <https://www.juntadeandalucia.es/boja/1997/81/d7.pdf>

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. (2000, 5 de septiembre). BOJA. Número 102 [Publicación oficial]. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2000/102/1>

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. (2007, 14 de noviembre). BOJA. Número 224. ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía [Boletín Oficial del Estado]. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/224/d7.pdf>

Camina, M. et al. (2016). Valoración del estado nutricional en geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(1), 52 – 57. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15001341>

Cantalapiedra, M. y Panizo, E. (2002). Evolución reciente y perspectivas de la fecundidad en España. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4(13). <https://pap.es/files/1116-209-pdf/216.pdf>

CSIC. (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo* [PDF]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>

De La Mata, C. (2008). Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. *Revista médica de Rosario* (74), 17-20.

<http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/a47544Cristina%20de%20la%20Mata.pdf>

Diccionario panhispánico del español jurídico. (2023). Residencia. <https://dpej.rae.es/lema/residencia-:~:text=Adm.%20Servicio%20social%20consistente%20en%20el%20alojamiento%20colectivo,Se%20ha%20mudado%20a%20una%20residencia%20de%20ancianos>.

Envejecimiento en red. (2021). *Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020* (Informe N° 27) <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>

Fávaro et al. (2016). Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Adv Nutr.*, 7(3), 507-522. https://www.researchgate.net/publication/303293043_Risk_Factors_for_Malnutrition_in_Older_Adults_A_Systematic_Review_of_the_Literature_Based_on_Longitudinal_Data

García y Villalobos. (2012). Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. *Medicina Interna de México*, 28(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121i.pdf>

Gómez et al. (2010). Parámetros antropométricos como predictores de resistencia a la insulina en adultos con sobrepeso y obesidad. *Atención primaria*, 42(7), 364-371. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024487/pdf/main.pdf>

Iglesias et al. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos*, 31(2), 76-80. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-76.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2007). Tablas de mortalidad 1992-2005. Notas de prensa. <https://www.ine.es/prensa/np472.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). Proyecciones de Población 2022-2072. Notas de prensa. https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). Cifras de población y censos demográficos. Población residente por fecha, sexo y edad. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad et al. (2017). Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. https://cendocps.carm.es/documentacion/2017_Guia_personas_adultas_dependencia.pdf
- Nestlé Health Science, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2013). *Nutrición en el anciano. Guía de buena práctica clínica en geriatría*. Grupo ICM Comunicación. https://www.bing.com/ck/a?!&&p=f88b6c7b1c92f46bJmltdHM9MTY4MzY3NjgwMCZpZ3VpZD0zMGMxMjI1NC1iMDQ5LTY0OWUtMWYwYi0zMDlhYjEwMDY1MTgmaW5zaWQ9NTE4Mw&pptn=3&hsh=3&fclid=30c12254-b049-649e-1f0b-309ab1006518&psq=Nestlé+Health+Science%2c+Sociedad+Española+de+Geriatria+y+Gerontología.+Nutrición+en+el+anciano.+Guía+de+buena+práctica+clínica+en+geriatría.+Primera+ed.+Grupo+ICM+Comunicación%2c+editor.+Madrid%3b+2013.+1-72+p.&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuc2VnZy5lcy9kb3dubG9hZC5hc3A_ZmlsZT1tZWVpYS9kZXNjYXJnYXNvZ3VpYV9ORVNUTEUucGRm&ntb=1
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (coord.). (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Madrid: Ministerio de Presidencia. https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. (916). [Pages from ac911s00-2.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/ac911s00-2.pdf)
- Ramos, P. (2010). Factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [SEGG]. Madrid. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGGAyudaDomicilio/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf>
- Salvà, A. (2012). El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(6),

245 – 246. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12002296>

Sánchez-Domínguez, M. (2016). Familia y bienestar en la salud: la experiencia de las madres del baby boom en España. *PanoramaSocial*, (23). https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/023art06.pdf

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [SEGG]. (2022). Observatorio valoración integral: una alerta sobre dependencia funcional y desnutrición. <https://www.segg.es/actualidad-segg/2022/08/29/observatorio-valoracion-integral-una-alerta-sobre-dependencia-funcional-y-desnutricion>

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2020). Cuadro resumen SEGG normativa residencias. https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf

Tafur, J. et al. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 15(5), 360-368. <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263776009/170263776009.pdf>

Varsavsky, M. et al. (2017) Recomendaciones de vitamina D para la población general. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(S1), 7–14. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-pdf-S2530016416300076>

Veiga de Cabo, J. et al. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&tlng=es.

Zugasti Murillo, A., y Casas Herrero, Á. (2019). Síndrome de fragilidad y estado nutricional: valoración, prevención y tratamiento. *Nutrición Hospitalaria* 36(2), 26–37. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02678>

Anexos

Anexo A:

Presupuesto del proyecto de intervención:

Proyect. Mejor. Calid. Nutri. Resid. Mayor., Marín Martínez, Ana L.

Página 39

Gastos de personal:	Euros (€)
Personal externo al centro residencial	3600€
Personal del centro residencial	7200€
Gastos de ejecución:	
Nueva dieta	10€/día/persona: 25200€
Cuestionarios MNA	5€
TOTAL	36005€

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B:

Mini Nutritional Assessment:

Fuente: Junta de Andalucía. (s.f.).

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje A Ha perdido el apetito? 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		J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
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		K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? • carne, pescado o aves, diariamente? 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio		L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no		M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos		N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		O Se considera al paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) 12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	
Evaluación G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no		Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no		R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no		Evaluación (máx. 16 puntos) Cribaje Evaluación global (máx. 30 puntos) Evaluación del estado nutricional De 24 a 30 puntos De 17 a 23.5 puntos Menos de 17 puntos	
		estado nutricional normal riesgo de malnutrición malnutrición	

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2008; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M395-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2008; 10: 466-467.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para más información: www.mna-elderly.com