



PROGRAMA **PUENTES**

PRÁCTICAS
UNIVERSITARIAS
EN TERRITORIOS
SOSTENIBLES



TRABAJO FIN DE PRÁCTICAS (TFP) PROYECTO DE APLICACIÓN DE LA AGENDA URBANA

La nutrición como cuidado de proximidad

Montes occidentales: Colomera y Tiena



Eva Maria López Santiago
Simona Loan
22/07/2026

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Caracterización territorial: Montes Occidentales	6
3. Marco teórico.....	10
4. Marco estratégico e institucional.....	18
5. Justificación	22
6. Objetivos	25
7. Metodología	26
8. Consulta nutricional comunitaria	31
9. Encuestas y análisis de datos hábitos alimentarios	38
10. Actividades de educación nutricional y participación comunitaria	42
11. Resultados	53
12. Discusión	60
13. Estudio de viabilidad económico-financiera de la consulta nutricional.....	65
14. Conclusiones.....	70
15. Bibliografía	72
15. Anexos.....	74

1. Introducción

La alimentación constituye uno de los principales determinantes de la salud y del bienestar de la población. Los hábitos alimentarios influyen directamente en el estado nutricional, la composición corporal, la prevención de enfermedades crónicas, la autonomía personal y la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud señala que una dieta saludable contribuye a proteger frente a la malnutrición en todas sus formas y frente a enfermedades no transmisibles, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, el ictus y algunos tipos de cáncer [1]. Por ello, la promoción de una alimentación saludable no debe entenderse únicamente como una responsabilidad individual, sino también como una estrategia comunitaria de prevención, educación y mejora del entorno.

En las últimas décadas, los cambios sociales, laborales y culturales han modificado de forma importante los patrones alimentarios de la población. La mayor disponibilidad de productos ultraprocesados, la pérdida progresiva de habilidades culinarias, la falta de tiempo para cocinar, la desinformación nutricional y la influencia del entorno alimentario han favorecido hábitos menos saludables. Una revisión publicada en *The BMJ* en 2024 relaciona una mayor exposición a productos ultraprocesados con un aumento del riesgo de diferentes resultados adversos en salud, especialmente cardiometabólicos, mentales y de mortalidad general [2]. Esta evidencia refuerza la necesidad de trabajar la educación alimentaria desde una perspectiva preventiva, práctica y adaptada a la vida cotidiana.

La educación nutricional se presenta, en este contexto, como una herramienta fundamental para mejorar los hábitos alimentarios y favorecer decisiones más saludables. No consiste únicamente en transmitir información sobre alimentos, calorías o nutrientes, sino en ayudar a las personas a comprender mejor su alimentación, identificar dificultades, desmontar mitos y aplicar cambios realistas en su día a día. La FAO destaca que la educación alimentaria y nutricional debe ir más allá de la información teórica, incorporando experiencias prácticas y significativas relacionadas con la alimentación, tanto en el hogar como en la comunidad [3].

Este enfoque resulta especialmente relevante cuando se trabaja con población adulta y mayor. En estos grupos, la alimentación no se relaciona únicamente con el peso corporal, sino también con la funcionalidad, la fuerza, la autonomía, la prevención de fragilidad, la salud ósea, la hidratación, el bienestar digestivo y la adaptación a enfermedades crónicas. Las guías ESPEN sobre nutrición e hidratación en geriatría destacan la importancia de prevenir la malnutrición y la deshidratación en personas mayores, así como de valorar de forma individualizada la ingesta, el estado nutricional y la funcionalidad [4]. Por tanto, la intervención nutricional debe contemplar objetivos más amplios que la pérdida de peso, incorporando la mejora de hábitos, el mantenimiento de masa muscular y la calidad de vida.

En el medio rural, la promoción de hábitos alimentarios saludables presenta características propias. La población suele estar más envejecida, existe mayor dispersión territorial y, en muchos casos, el acceso a determinados servicios especializados es más limitado que en los núcleos urbanos. Además, los hábitos alimentarios están fuertemente vinculados a la tradición, la cultura local, la organización familiar, el producto de temporada y la disponibilidad de recursos del entorno. Por ello, cualquier intervención nutricional en estos territorios debe adaptarse a la realidad social, económica y cultural de la población, evitando modelos rígidos o alejados de la vida cotidiana.

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación señala que una parte muy relevante del territorio español corresponde a municipios rurales, lo que pone de manifiesto la necesidad de diseñar servicios adaptados a esta realidad y no basados únicamente en modelos urbanos [5]. En este sentido, el medio rural no debe interpretarse solo desde sus limitaciones, sino también desde sus oportunidades: la cercanía entre vecinos, la existencia de espacios municipales, la tradición culinaria, el producto local, la vida comunitaria y la posibilidad de trabajar desde redes de confianza.

La alimentación en el medio rural conserva fortalezas importantes, como la presencia de productos locales, el conocimiento de recetas tradicionales, la cocina casera y la transmisión intergeneracional de saberes alimentarios. Sin embargo, también pueden aparecer barreras, como la falta de acceso a asesoramiento nutricional actualizado, la normalización de ciertas prácticas poco saludables, el consumo habitual de dulces o refrescos, la escasa planificación de algunas comidas, la dificultad para modificar hábitos establecidos o la asociación de la nutrición únicamente con dietas restrictivas para perder peso. Estas barreras hacen necesario un enfoque educativo, cercano y progresivo.

En este contexto, el papel del dietista-nutricionista adquiere especial importancia. Este profesional sanitario puede contribuir a mejorar la alimentación de la población desde un enfoque individual, familiar y comunitario. Su intervención no se limita a la elaboración de dietas, sino que incluye la valoración nutricional, la educación alimentaria, la prevención de enfermedades, la adaptación de recomendaciones a patologías concretas, la promoción del envejecimiento activo y el diseño de actividades formativas dirigidas a la comunidad. La literatura reconoce el papel de los profesionales de la nutrición en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, especialmente cuando las intervenciones consideran factores individuales, sociales y ambientales [6].

Además, los estándares profesionales en nutrición comunitaria destacan la importancia de que los dietistas-nutricionistas participen en programas de salud pública, evaluación de necesidades, diseño de intervenciones, educación alimentaria, seguimiento de resultados y trabajo coordinado con otros agentes comunitarios [7]. Esta perspectiva resulta especialmente adecuada para territorios rurales, donde la proximidad y la coordinación con ayuntamientos, asociaciones, centros de salud, farmacias y otros recursos locales pueden favorecer la aceptación y continuidad de las intervenciones.

El presente Trabajo Final de Prácticas se desarrolla dentro del Programa Puentes y del proyecto de apoyo y consolidación del servicio de alimentación saludable en la comarca de Montes Occidentales, concretamente en los municipios de Colomera y Tiena. Estos territorios forman parte de un contexto

rural en el que la alimentación saludable, los cuidados, el envejecimiento activo y la participación comunitaria constituyen líneas de trabajo relevantes para mejorar la calidad de vida de la población. La Agenda Urbana Española y la Agenda Urbana de Montes Occidentales ofrecen un marco estratégico para impulsar actuaciones vinculadas a la sostenibilidad, la cohesión social, los servicios de proximidad y el bienestar de la población [8,9].

Durante el periodo de prácticas se llevó a cabo una intervención de educación nutricional comunitaria orientada a reforzar el acompañamiento nutricional de la población y a generar recursos prácticos adaptados al territorio. La intervención se desarrolló mediante varias líneas de actuación complementarias: consultas nutricionales individuales, seguimientos personalizados, recogida de datos antropométricos y de composición corporal, aplicación de encuestas de hábitos alimentarios, talleres educativos y actividades comunitarias relacionadas con la alimentación, la salud, el producto local y la convivencia intergeneracional.

Las consultas nutricionales permitieron conocer de forma directa las necesidades de la población atendida. A través de la anamnesis, la valoración de hábitos, la bioimpedancia y el seguimiento individualizado, se identificaron motivos de consulta frecuentes como la pérdida de grasa, la mejora de la alimentación, la organización de comidas, la reducción del consumo de azúcar o refrescos, la mejora de las cenas, el aumento de frutas, verduras y proteínas, así como la adaptación de la alimentación a situaciones como hipertensión, hipercolesterolemia, menopausia, anemia, hígado graso, osteoporosis, estreñimiento o problemas digestivos.

El enfoque utilizado no se basó en dietas cerradas ni en pautas restrictivas, sino en un modelo de acompañamiento progresivo. Se buscó que cada persona pudiera introducir pequeños cambios sostenibles, adaptados a sus horarios, preferencias, estado de salud, recursos disponibles y contexto familiar. Este planteamiento se relaciona con el Proceso de Atención Nutricional, que organiza la intervención dietético-nutricional en valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento [10]. Aplicado al ámbito comunitario, este proceso permite estructurar mejor la atención, documentar el trabajo realizado y orientar las recomendaciones de forma individualizada.

Entre las herramientas educativas utilizadas destacó el método del plato saludable, la explicación de grupos de alimentos, la organización de ingestas, la lectura de etiquetas y la propuesta de alternativas sencillas para mejorar desayunos, meriendas, comidas y cenas. Este tipo de estrategias se relaciona con el concepto de alfabetización alimentaria, entendido como la capacidad de planificar, seleccionar, preparar y consumir alimentos de forma adecuada. Revisiones recientes señalan que las intervenciones de alfabetización alimentaria pueden mejorar conocimientos, habilidades y conductas relacionadas con una alimentación saludable, especialmente cuando incorporan actividades prácticas y adaptadas al contexto [11,12].

Además de la atención individual, el proyecto incorporó una dimensión grupal y comunitaria. Se desarrollaron actividades de educación nutricional dirigidas a la población, entre ellas charlas de alimentación saludable, talleres de repostería saludable y etiquetado nutricional, actividades intergeneracionales y propuestas vinculadas al producto local y a la identidad gastronómica del

territorio. Estas acciones permitieron trasladar los contenidos trabajados en consulta a espacios colectivos más participativos, favoreciendo el aprendizaje mediante ejemplos prácticos, degustaciones, diálogo y convivencia.

La dimensión comunitaria fue uno de los elementos más relevantes del proyecto. En el ámbito rural, la alimentación no puede separarse de la cultura, la familia, el territorio y la vida social. Por ello, actividades como los encuentros intergeneracionales, los talleres de cocina o las iniciativas vinculadas al patrimonio gastronómico permiten trabajar la nutrición desde una perspectiva más amplia, conectando salud, tradición, participación y desarrollo local. Las intervenciones grupales en personas mayores que viven en comunidad pueden favorecer el aprendizaje, la motivación, la socialización y la promoción de una alimentación saludable cuando se diseñan de forma adaptada al grupo destinatario [13].

Asimismo, el proyecto permitió observar la importancia de recoger y analizar datos para valorar el impacto de la intervención. Las encuestas de hábitos alimentarios, los registros de consulta, los resultados antropométricos y las valoraciones de talleres aportaron información relevante sobre el perfil de la población, sus principales necesidades, los cambios observados y la aceptación del servicio. Aunque se trata de un análisis descriptivo y limitado por el propio contexto de prácticas, los resultados obtenidos permiten identificar tendencias útiles para plantear futuras líneas de continuidad.

Este trabajo recoge, por tanto, el diseño, desarrollo y análisis de una intervención de educación nutricional comunitaria en el medio rural. A lo largo del documento se describe el contexto territorial de Montes Occidentales, el marco teórico relacionado con la educación alimentaria, la promoción de la salud, el papel del dietista-nutricionista, la bioimpedancia y la participación comunitaria. También se expone la metodología empleada, las consultas realizadas, las encuestas aplicadas, las actividades desarrolladas, los resultados obtenidos, la discusión de los principales hallazgos y una propuesta de viabilidad económico-financiera para la posible continuidad de una oficina nutricional municipal itinerante.

En definitiva, este Trabajo Final de Prácticas pretende mostrar cómo la incorporación del dietista-nutricionista en el ámbito rural puede contribuir a mejorar la educación alimentaria de la población, reforzar los servicios de cuidados, promover hábitos saludables y generar espacios de participación comunitaria. La experiencia desarrollada en Colomera y Tiena evidencia la necesidad de seguir impulsando intervenciones nutricionales cercanas, realistas y adaptadas al territorio, especialmente en contextos rurales y envejecidos donde la alimentación puede convertirse en una herramienta clave de prevención, bienestar y cohesión social.

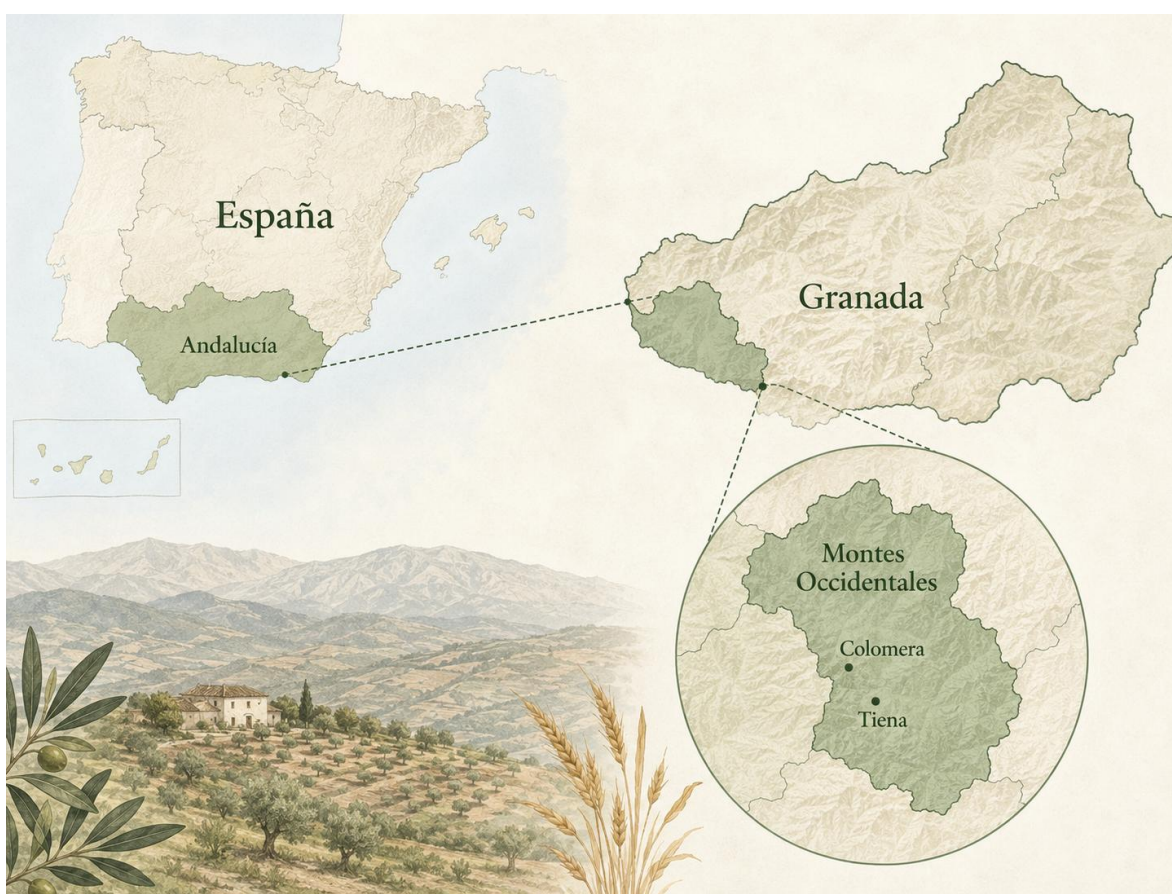


Figura 1. Localización geográfica de la comarca de Montes Occidentales y situación de los municipios de Colomera y Tiena, imagen generada con inteligencia artificial generativa.

2. Caracterización territorial: Montes Occidentales

2.1 Contexto territorial de Colomera y Tiena

Este proyecto se desarrolla en la comarca de Montes Occidentales, situada en la provincia de Granada. Se trata de un territorio de carácter rural, compuesto por diferentes municipios y núcleos de población que mantienen una fuerte vinculación con el entorno natural, la agricultura, la tradición gastronómica y las dinámicas propias de los pueblos de interior. Dentro de este ámbito territorial, la intervención se centró principalmente en Colomera y Tiena, pedanía perteneciente al municipio de Moclín.

Los municipios rurales de esta zona presentan características comunes a otros territorios de interior: menor densidad de población, dispersión territorial, envejecimiento progresivo, dependencia del vehículo privado para acceder a determinados servicios y una vida comunitaria muy vinculada a los espacios municipales, asociaciones, centros de mayores y redes familiares. Estas características condicionan la forma en la que se organizan los servicios, las actividades de salud y las intervenciones comunitarias.

Colomera y Tiena forman parte de un entorno donde la cercanía y la confianza son elementos fundamentales para la participación de la población. A diferencia de los contextos urbanos, donde los servicios suelen estar más diversificados y profesionalizados, en el medio rural las intervenciones tienen que adaptarse a la realidad del territorio y apoyarse en la relación directa con los vecinos, los ayuntamientos, las asociaciones locales y otros agentes comunitarios.

La alimentación ocupa un lugar importante dentro de esta realidad. En estos municipios, como ocurre en muchos entornos rurales, la comida está relacionada con la familia, la tradición, el aprovechamiento de alimentos, las recetas transmitidas entre generaciones y el producto de cercanía. Sin embargo, junto a estas fortalezas también aparecen cambios propios de los estilos de vida actuales, como el consumo de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas, bollería, cenas poco estructuradas o una menor planificación de las comidas.

Por ello, el territorio presenta una doble realidad. Por un lado, conserva una cultura alimentaria ligada al producto local, al aceite de oliva, las verduras, las legumbres, los guisos tradicionales y la cocina casera. Por otro lado, también se observan hábitos que pueden alejarse de un patrón alimentario saludable, especialmente cuando existe falta de tiempo, desinformación, dificultad para organizar menús, consumo frecuente de dulces o percepción de que comer saludable implica hacer dieta o renunciar al disfrute.

Desde el punto de vista de la salud comunitaria, estos municipios ofrecen un contexto adecuado para desarrollar intervenciones de educación nutricional cercanas, prácticas y adaptadas. La existencia de espacios municipales, actividades comunitarias, redes vecinales y proyectos vinculados a la Agenda Urbana permite integrar la alimentación saludable dentro de una estrategia más amplia de cuidados, envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida.

La intervención nutricional realizada durante el periodo de prácticas se apoyó precisamente en esta realidad territorial. Las consultas y actividades no se plantearon como un servicio externo aislado, sino como una actuación integrada en la vida del territorio, con presencia en espacios municipales y con participación de personas residentes en Colomera y Tiena. Este enfoque permitió acercar la educación alimentaria a la población sin necesidad de desplazamientos a otros municipios de mayor tamaño.

2.2 Perfil sociodemográfico de la población atendida

El perfil general de la población atendida durante el proyecto fue variado, aunque predominó la participación de personas adultas y mayores, especialmente mujeres de edad media y avanzada. Este predominio femenino es habitual en muchas actividades de salud comunitaria y educación nutricional, ya que las mujeres suelen implicarse con mayor frecuencia en cuestiones relacionadas con la alimentación familiar, los cuidados, la salud y la participación en talleres o servicios municipales.

La intervención se desarrolló principalmente en Colomera y Tiena, dos núcleos rurales de la provincia de Granada pertenecientes al ámbito territorial de Montes Occidentales. Colomera contaba en 2025 con una población de 1.288 habitantes, de los cuales 690 eran hombres y 598 mujeres. Además, el porcentaje de población mayor de 65 años se situaba en el 20,5 %, lo que refleja la importancia del envejecimiento poblacional en el municipio.

En el caso de Tiena, al tratarse de una pedanía perteneciente al municipio de Moclín, los datos deben interpretarse dentro del conjunto municipal. El municipio de Moclín registraba en 2025 una población total de 3.509 habitantes, con una distribución prácticamente equilibrada por sexo, formada por 1.764 hombres y 1.745 mujeres. Tiena, como núcleo de población dentro de este municipio, representa un entorno rural de pequeña escala donde la cercanía, la accesibilidad y la confianza con la población resultan especialmente relevantes para el desarrollo de intervenciones comunitarias.

Estos datos muestran que el proyecto se desarrolló en un territorio de dimensión poblacional reducida, donde los servicios de proximidad adquieren un papel fundamental. En municipios pequeños o pedanías rurales, el acceso a determinados recursos especializados puede ser más limitado que en los núcleos urbanos, por lo que acercar la educación nutricional al territorio permite reducir barreras de desplazamiento y mejorar la participación de la población.

No obstante, el servicio estuvo abierto a toda la población. Participaron también hombres, personas jóvenes y adultos con diferentes objetivos, necesidades y situaciones personales. Esta diversidad permitió observar que la educación nutricional en el medio rural no debe dirigirse únicamente a un grupo concreto, sino que puede adaptarse a perfiles muy distintos: personas mayores, población adulta con patologías crónicas, personas con sobrepeso u obesidad, jóvenes interesados en mejorar su composición corporal, familias y usuarios con problemas digestivos o dificultades para organizar sus comidas.

Una parte importante de la población atendida presentaba interés por mejorar sus hábitos alimentarios y, en muchos casos, por perder peso o grasa corporal. Sin embargo, durante las consultas se observó que las necesidades iban más allá del control del peso. También aparecieron dificultades relacionadas con la falta de planificación, la omisión de comidas, las cenas insuficientes, el consumo habitual de dulces o refrescos, la escasa presencia de proteínas en algunas ingestas, el bajo consumo de agua, el estreñimiento, las molestias digestivas y la adaptación de la alimentación a patologías crónicas.

Entre las situaciones de salud más frecuentes se identificaron hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, menopausia, artrosis, osteoporosis, anemia, hígado graso, problemas digestivos, antecedentes de cirugía de vesícula y limitaciones de movilidad. Esta realidad refuerza la necesidad de que las recomendaciones nutricionales se adapten a cada persona, evitando pautas generales poco individualizadas.

El envejecimiento de la población es un aspecto especialmente relevante en este tipo de territorios. En personas mayores, la alimentación no solo influye en el peso corporal, sino también en el mantenimiento de la masa muscular, la fuerza, la autonomía, la prevención de fragilidad, la salud ósea, la hidratación, la regularidad intestinal y la calidad de vida. Por ello, la educación nutricional en el medio rural debe contemplar objetivos como prevenir la desnutrición, evitar la pérdida de masa muscular, mejorar la ingesta proteica, favorecer una buena hidratación y adaptar las texturas o preparaciones cuando sea necesario.

También se observaron diferencias en función de la edad y del estilo de vida. En la población más joven, algunas dificultades se relacionaron con horarios, fines de semana, salidas a bares, consumo de refrescos, picoteo, actividad física o búsqueda de cambios en la composición corporal. En la población adulta y mayor, fueron más frecuentes las consultas relacionadas con pérdida de grasa, menopausia, colesterol, tensión arterial, dolores articulares, estreñimiento, digestiones pesadas y organización de comidas.

El contexto familiar también resultó importante. Algunas personas vivían solas, otras convivían con pareja, hijos, nietos o familiares mayores. Esta situación condicionaba la forma de comprar, cocinar y organizar las comidas. En algunos casos, la alimentación dependía de horarios laborales o de responsabilidades de cuidado; en otros, las decisiones alimentarias se veían influidas por las preferencias de toda la familia. Por ello, la intervención tuvo que contemplar no solo a la persona atendida, sino también su entorno doméstico.

La participación en talleres y actividades comunitarias permitió ampliar la mirada más allá de la consulta individual. En estos espacios se observó el interés de la población por temas como la repostería saludable, el etiquetado nutricional, la alimentación equilibrada, el producto local, las recetas tradicionales y la convivencia intergeneracional. Esta respuesta positiva indica que la población rural puede mostrar una buena disposición hacia la educación nutricional cuando esta se plantea de forma cercana, práctica y adaptada.

En conjunto, el perfil del territorio y de la población atendida refleja la necesidad de un servicio nutricional comunitario flexible, capaz de combinar atención individual, seguimiento personalizado y actividades grupales. Colomera y Tiena presentan necesidades relacionadas con la prevención, la mejora de hábitos y el acompañamiento en patologías crónicas, pero también oportunidades vinculadas a la tradición culinaria, el producto local, la participación vecinal y la posibilidad de integrar la alimentación saludable dentro de proyectos de desarrollo rural y cuidados.

3. Marco teórico

Este proyecto se fundamenta en la educación alimentaria y nutricional, la promoción de la salud comunitaria y la incorporación del dietista-nutricionista como profesional de referencia en el acompañamiento alimentario de la población. La intervención desarrollada en Colomera y Tiena no se planteó únicamente como una consulta dietética individual, sino como una actuación más amplia orientada a mejorar hábitos, reforzar la autonomía de las personas y generar recursos educativos adaptados al medio rural.

La alimentación saludable debe entenderse como un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, sociales, económicos, culturales y territoriales. Las decisiones alimentarias no dependen solo del conocimiento individual, sino también del entorno, la disponibilidad de alimentos, los hábitos familiares, la tradición culinaria, el nivel socioeconómico, el tiempo disponible, el estado de salud y las creencias personales. Por ello, las intervenciones nutricionales deben superar el enfoque exclusivamente prescriptivo y avanzar hacia modelos educativos, participativos y adaptados a la realidad de cada población.

La Organización Mundial de la Salud señala que una dieta saludable ayuda a proteger frente a la malnutrición en todas sus formas y frente a enfermedades no transmisibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, ictus y algunos tipos de cáncer [1]. Además, la evidencia actual destaca que una dieta basada en frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fuentes proteicas de calidad, junto con una reducción de sal, azúcares libres, grasas saturadas y grasas trans, constituye una base esencial para la prevención y promoción de la salud [1].

En este contexto, la educación nutricional no debe limitarse a la transmisión de información, sino que debe favorecer la adquisición de habilidades prácticas que permitan a las personas organizar sus comidas, mejorar su compra, interpretar el etiquetado nutricional, adaptar recetas y tomar decisiones alimentarias más conscientes. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en el medio rural, donde la alimentación se encuentra estrechamente ligada a la cultura local, el producto de cercanía, las redes familiares y la vida comunitaria.

3.1 Educación alimentaria y nutricional

La educación alimentaria y nutricional puede definirse como el conjunto de estrategias dirigidas a mejorar los conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos relacionados con la alimentación. Su objetivo no es únicamente informar sobre qué alimentos son más saludables, sino favorecer que las personas puedan tomar decisiones más conscientes, adecuadas y sostenibles en su vida diaria.

La FAO plantea que la educación alimentaria y nutricional debe ir más allá de la transmisión teórica de conocimientos, incorporando experiencias significativas relacionadas con la alimentación y extendiéndose al hogar, la escuela y la comunidad [3]. Este enfoque resulta especialmente útil en proyectos como el presente, donde la intervención combina consulta individual, talleres, degustaciones, actividades intergeneracionales y educación práctica en torno a la alimentación.

Desde esta perspectiva, educar en alimentación implica trabajar aspectos como la planificación de comidas, la compra saludable, la cocina, el etiquetado nutricional, la organización de horarios, el consumo de alimentos frescos, la reducción de productos ultraprocesados y la adaptación de la dieta a distintas etapas de la vida. También implica desmontar mitos frecuentes, resolver dudas y acompañar a las personas en un proceso de cambio progresivo.

En la práctica, muchas personas asocian la nutrición únicamente con “hacer dieta” o “perder peso”. Sin embargo, la educación nutricional tiene un alcance mucho más amplio. Permite mejorar la calidad de la alimentación, prevenir enfermedades, mantener la masa muscular, cuidar la salud digestiva, favorecer una buena hidratación, mejorar la relación con la comida y adaptar los hábitos a la realidad de cada persona [1,3].

En el caso de la intervención desarrollada, la educación nutricional se aplicó de forma individual y comunitaria. En consulta se trabajaron objetivos concretos adaptados a cada usuario, como aumentar el consumo de frutas y verduras, mejorar las cenas, reducir refrescos o edulcorantes, incorporar meriendas más completas o aumentar el consumo de proteínas. En los talleres, estos contenidos se trasladaron a un formato grupal y participativo, utilizando ejemplos prácticos, recetas, análisis de etiquetas y actividades de cocina.

La educación alimentaria también debe tener en cuenta el contexto cultural. En el medio rural, la alimentación está muy ligada a la cocina tradicional, al producto local y a los hábitos familiares. Por ello, una intervención eficaz no debe plantearse como una ruptura con las costumbres del territorio, sino como una adaptación saludable de las prácticas ya existentes. En este sentido, guisos, legumbres, verduras de temporada, aceite de oliva, frutas, frutos secos y recetas caseras pueden convertirse en herramientas educativas de gran valor.

3.2 Educación nutricional frente a consulta dietética tradicional

La consulta dietética tradicional se ha asociado con frecuencia a la entrega de dietas cerradas, menús rígidos o pautas centradas exclusivamente en el peso corporal. Aunque en algunos casos puede ser necesario realizar una planificación dietética más estructurada, este modelo resulta limitado cuando se pretende generar cambios sostenibles a largo plazo, especialmente en población adulta, mayor o con hábitos muy arraigados.

La educación nutricional, en cambio, se centra en el aprendizaje y el acompañamiento. Su finalidad es que la persona comprenda por qué se recomiendan determinados cambios, cómo puede aplicarlos y de qué manera puede adaptarlos a su vida diaria. Este enfoque favorece la autonomía y permite que la persona tome decisiones más adecuadas incluso fuera de la consulta.

El Proceso de Atención Nutricional proporciona un marco útil para organizar este tipo de intervención. Este modelo incluye cuatro pasos principales: valoración nutricional, diagnóstico

nutricional, intervención nutricional y monitorización o seguimiento [10]. Su aplicación permite estructurar la atención, documentar el trabajo realizado, evaluar resultados y mejorar la calidad del cuidado nutricional. Además, puede aplicarse tanto a individuos como a grupos y comunidades [10]. En el artículo aportado sobre el Proceso de Atención Nutricional se destaca que este modelo permite estructurar el cuidado dietético-nutricional basado en evidencia científica y mejorar la calidad de la atención nutricional.

En el proyecto desarrollado, esta diferencia fue especialmente importante. Muchas personas acudían con experiencias previas de dietas restrictivas, pérdida y recuperación de peso, culpabilidad ante ciertos alimentos o dificultad para mantener pautas muy estrictas. Por ello, se priorizó un modelo más flexible, basado en mejorar progresivamente la calidad de la alimentación, sin prohibiciones innecesarias ni mensajes culpabilizadores.

La intervención se centró en el análisis de hábitos reales. A partir del recordatorio de un día habitual, se identificaban puntos de mejora concretos: desayunos con exceso de azúcar, ausencia de media mañana, comidas poco completas, cenas insuficientes, bajo consumo de fruta o verdura, consumo de refrescos, picoteos o falta de proteína. Después se proponían cambios adaptados a la persona, evitando pautas generales poco realistas.

Este enfoque permitió trabajar objetivos alcanzables en periodos cortos, revisarlos en los seguimientos y reforzar los logros obtenidos. Así, la consulta se convirtió en un espacio de acompañamiento, resolución de dudas y educación práctica, más que en una simple entrega de instrucciones.

3.3 Alimentación saludable en población rural por grupos de edad

La alimentación saludable debe adaptarse a las necesidades de cada etapa de la vida, ya que los requerimientos nutricionales, los hábitos, el nivel de autonomía y las dificultades para mantener una dieta equilibrada varían según la edad, el estado de salud y el contexto social. En el medio rural, esta adaptación adquiere especial importancia debido al envejecimiento poblacional, la dispersión territorial, la posible limitación de acceso a servicios especializados y la fuerte influencia de la tradición alimentaria y familiar.

En la población infantil y adolescente, una alimentación adecuada resulta fundamental para garantizar el crecimiento, el desarrollo físico y cognitivo, la prevención de carencias nutricionales y la adquisición de hábitos saludables que puedan mantenerse en la edad adulta. En estas etapas, la educación alimentaria debe orientarse a mejorar desayunos, meriendas, consumo de frutas y verduras, hidratación y reducción de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas y bollería. Además, la infancia y la adolescencia son momentos clave para trabajar la relación con la comida desde un enfoque positivo, evitando mensajes restrictivos y favoreciendo la autonomía progresiva.

En el contexto rural, la alimentación de niños y adolescentes está influida por el entorno familiar, los horarios escolares, la disponibilidad de alimentos en el hogar y las costumbres locales. Por ello, las intervenciones educativas dirigidas a este grupo no deben limitarse al menor, sino incluir también a familias, centros educativos y espacios comunitarios. La FAO destaca que los entornos escolares y comunitarios pueden contribuir a mejorar las elecciones alimentarias cuando se combinan educación nutricional, participación familiar y experiencias prácticas relacionadas con los alimentos [3].

En la población adulta, la alimentación saludable se relaciona principalmente con la prevención de enfermedades crónicas, el mantenimiento de un peso adecuado, la mejora de la composición corporal y la reducción de factores de riesgo cardiovascular. La OMS señala que una alimentación rica en alimentos frescos y mínimamente procesados, y baja en sal, azúcares libres y grasas de baja calidad, contribuye a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles [1]. Por tanto, en esta etapa resulta especialmente importante trabajar la planificación, la organización de comidas, la calidad de las cenas, el consumo de frutas y verduras, la reducción de refrescos y el control de productos ultraprocesados.

En este grupo de edad, las principales barreras suelen estar relacionadas con el ritmo laboral, la falta de planificación, el picoteo, el consumo de productos de conveniencia, las comidas fuera de casa y la dificultad para mantener cambios sostenibles. En las consultas desarrolladas durante el proyecto se observaron precisamente dificultades de este tipo, especialmente en la organización de desayunos, medias mañanas, meriendas y cenas. Por ello, las recomendaciones deben centrarse en estrategias realistas: planificación semanal, método del plato, mejora de la compra, elección de alimentos básicos saludables y adaptación de las comidas tradicionales.

La población mayor constituye uno de los grupos prioritarios en el medio rural. El envejecimiento se asocia con cambios fisiológicos, funcionales y sociales que pueden afectar a la alimentación, como menor apetito, problemas de masticación, polimedicación, enfermedades crónicas, pérdida de masa muscular, soledad, menor movilidad o dificultad para cocinar. En esta etapa, la alimentación no debe enfocarse únicamente en el control del peso, sino también en el mantenimiento de la masa muscular, la fuerza, la hidratación, la salud ósea, la autonomía y la prevención de fragilidad.

Las guías ESPEN sobre nutrición e hidratación en geriatría destacan la importancia de prevenir y tratar la malnutrición y la deshidratación en personas mayores, así como de valorar de forma individualizada la ingesta, el estado nutricional, la funcionalidad y el riesgo de pérdida de masa muscular [4]. En este sentido, la educación nutricional en personas mayores debe incluir recomendaciones prácticas sobre consumo suficiente de proteínas, frutas, verduras, legumbres, lácteos o alternativas adecuadas, hidratación y comidas fáciles de preparar.

En territorios rurales como Colomera y Tiena, la población mayor conserva hábitos tradicionales que pueden ser una fortaleza, como el consumo de guisos, legumbres, verduras, aceite de oliva o comidas caseras. Sin embargo, también pueden aparecer dificultades, como cenas escasas, bajo consumo proteico, abuso de pan o embutidos, consumo habitual de dulces, poca variedad o menor

ingesta por falta de apetito. Por ello, la intervención nutricional debe respetar la cultura alimentaria local, pero adaptarla a las necesidades actuales de salud.

La alimentación saludable en el medio rural debe abordarse, por tanto, de forma diferenciada según los grupos de edad. En niños y jóvenes, el objetivo principal es prevenir hábitos poco saludables y reforzar la educación alimentaria desde edades tempranas. En adultos, se orienta a la prevención de enfermedades crónicas y mejora de la composición corporal. En personas mayores, resulta esencial para mantener autonomía, masa muscular, fuerza y calidad de vida. Esta adaptación por etapas permite que las intervenciones sean más eficaces, cercanas y sostenibles.

3.4 Bioimpedancia y valoración de la composición corporal

La valoración nutricional no debe basarse únicamente en el peso corporal o en el índice de masa corporal, ya que estos indicadores no permiten conocer con precisión la distribución de los compartimentos corporales. Dos personas con el mismo peso o IMC pueden presentar porcentajes muy diferentes de masa grasa, masa muscular, agua corporal o grasa visceral. Por ello, la valoración de la composición corporal constituye una herramienta útil para complementar la evaluación nutricional y orientar mejor las recomendaciones.

La bioimpedancia eléctrica es una técnica no invasiva, rápida y accesible que permite estimar diferentes compartimentos corporales a partir de la resistencia que ofrecen los tejidos al paso de una corriente eléctrica de baja intensidad. Los tejidos ricos en agua y electrolitos, como la masa muscular, conducen mejor la corriente eléctrica, mientras que el tejido graso presenta mayor resistencia. A partir de estas mediciones y de ecuaciones predictivas, los dispositivos de bioimpedancia estiman parámetros como masa grasa, masa libre de grasa, masa muscular, agua corporal total y grasa visceral [14].

En el ámbito comunitario, la bioimpedancia puede ser especialmente útil porque permite explicar al usuario que el peso no es el único indicador relevante. En las consultas nutricionales, esta herramienta facilita trabajar objetivos relacionados con la pérdida de grasa, el mantenimiento o aumento de masa muscular, la hidratación y la evolución de la composición corporal. Además, puede mejorar la motivación del usuario al mostrar cambios que no siempre se reflejan claramente en la báscula.

El Proceso de Atención Nutricional incluye la valoración nutricional como primer paso del cuidado dietético-nutricional, integrando información sobre historia dietética, valoración antropométrica, datos clínicos, bioquímicos y seguimiento nutricional [10]. En este sentido, la bioimpedancia puede formar parte de una valoración más amplia, siempre acompañada de anamnesis, hábitos alimentarios, antecedentes clínicos, actividad física y objetivos personales.

No obstante, la bioimpedancia presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta. Sus resultados pueden verse influidos por el estado de hidratación, la ingesta reciente, la práctica de ejercicio, el consumo de alcohol, el ciclo menstrual, la temperatura corporal o el tipo de dispositivo utilizado [14,15]. Por este motivo, las mediciones deben realizarse, siempre que sea posible, en condiciones similares y deben interpretarse como una estimación, no como un diagnóstico aislado.

En población adulta y mayor, la bioimpedancia puede aportar información relevante sobre el estado de masa muscular y el riesgo de pérdida de funcionalidad. La disminución de masa muscular y fuerza se relaciona con mayor riesgo de fragilidad, caídas, dependencia y peor calidad de vida. Por ello, en personas mayores, la valoración de la composición corporal debe complementarse con otros indicadores funcionales, como la fuerza de prensión manual, la actividad física, la ingesta proteica y la evolución del peso [4].

En el proyecto desarrollado, el uso de bioimpedancia permitió complementar la consulta nutricional comunitaria. Además de registrar peso e IMC, se valoraron parámetros como porcentaje de grasa corporal, masa muscular, grasa visceral y otros indicadores relacionados con la composición corporal. Esta información permitió explicar de forma más visual la situación inicial de cada usuario, reforzar la importancia de no centrarse únicamente en el peso y orientar mejor los objetivos de intervención.

También fue útil desde el punto de vista educativo. Muchas personas acudían con el objetivo de “perder peso”, pero a través de la bioimpedancia se pudo explicar la diferencia entre perder peso, perder grasa, mantener músculo o mejorar la composición corporal. Este enfoque resulta especialmente importante en personas mayores, donde una pérdida de peso no controlada puede asociarse a pérdida de masa muscular si no se acompaña de una alimentación adecuada y actividad física.

Por tanto, la bioimpedancia se considera una herramienta complementaria dentro de la valoración nutricional comunitaria. Su utilidad no reside únicamente en obtener datos numéricos, sino en facilitar la educación nutricional, mejorar la comprensión del estado corporal y favorecer un seguimiento más individualizado. Sin embargo, debe interpretarse con prudencia y siempre dentro de una valoración global.

3.5 Participación comunitaria en salud

La promoción de hábitos saludables desde la comunidad implica trabajar la salud más allá de la consulta individual. Este enfoque parte de la idea de que las decisiones alimentarias no dependen únicamente de la voluntad personal, sino también del entorno social, familiar, económico y cultural. Por ello, las intervenciones comunitarias buscan crear espacios, recursos y actividades que faciliten elecciones más saludables en la vida cotidiana.

La promoción de la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla [16]. Desde esta perspectiva, la educación nutricional debe orientarse no solo a informar, sino también a generar capacidades, fortalecer redes de apoyo y crear entornos que favorezcan el bienestar. En el medio rural, este enfoque resulta especialmente relevante, ya que la vida comunitaria, la cercanía entre vecinos y el papel de los ayuntamientos y asociaciones pueden facilitar la participación.

Las intervenciones comunitarias en alimentación saludable pueden adoptar diferentes formatos: charlas, talleres, actividades de cocina, degustaciones, encuentros intergeneracionales, campañas de sensibilización, huertos, mercados locales o actividades en centros educativos y de mayores. La evidencia disponible muestra que las intervenciones grupales pueden contribuir a mejorar conocimientos, actitudes y conductas alimentarias, especialmente cuando se adaptan al contexto y cuentan con participación activa de la población [13].

En personas mayores que viven en la comunidad, las intervenciones grupales de nutrición pueden favorecer el aprendizaje, la motivación y la socialización. Una revisión sistemática sobre intervenciones nutricionales grupales en mayores señala que estas actividades pueden ser útiles para promover una alimentación saludable y reducir el riesgo nutricional, aunque sus resultados dependen de la duración, el diseño, el grado de participación y la adaptación al grupo destinatario [13].

En el proyecto desarrollado en Colomera y Tiena, la promoción de hábitos saludables se trabajó mediante consultas individuales y actividades grupales. Las consultas permitieron identificar necesidades concretas, mientras que los talleres facilitaron trasladar mensajes educativos a la comunidad. Esta combinación permitió reforzar contenidos como alimentación equilibrada, reducción de azúcar, lectura de etiquetas, repostería saludable, organización de comidas y adaptación de recetas.

La comunidad también permite trabajar la alimentación desde una perspectiva cultural e intergeneracional. En el medio rural, las recetas tradicionales, el producto local y la memoria alimentaria son elementos con gran valor educativo. Las personas mayores pueden transmitir conocimientos culinarios y hábitos relacionados con la cocina casera, mientras que las generaciones más jóvenes pueden incorporar herramientas actuales como el etiquetado nutricional, la reducción de ultraprocesados o la planificación de menús.

Las actividades intergeneracionales desarrolladas durante el proyecto permitieron conectar alimentación, territorio, convivencia y salud. Este tipo de acciones favorece la participación, reduce el aislamiento social y permite que la alimentación saludable se perciba como algo cercano, compartido y compatible con la cultura local. Además, ayuda a superar la idea de que comer saludable significa abandonar la tradición o seguir dietas estrictas.

La promoción comunitaria también tiene un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas. El sobrepeso, la obesidad, la hipertensión, la diabetes tipo 2 y la hipercolesterolemia están influidos por múltiples factores relacionados con la alimentación, la actividad física y el entorno. Por

ello, trabajar hábitos saludables desde espacios comunitarios puede contribuir a mejorar la prevención y a reforzar mensajes que posteriormente se individualizan en consulta [1,13,16].

En definitiva, la promoción de hábitos saludables desde la comunidad permite ampliar el impacto de la intervención nutricional. Mientras que la consulta individual ofrece acompañamiento personalizado, los talleres y actividades grupales generan aprendizaje colectivo, participación y cohesión social. En territorios rurales, este enfoque resulta especialmente adecuado porque aprovecha la cercanía, los recursos municipales, las redes vecinales y la cultura alimentaria local.

4. Marco estratégico e institucional

El proyecto se enmarca dentro de las líneas estratégicas de la Agenda Urbana aplicadas al territorio de Montes Occidentales – Fortalezas de Occidente. Este marco permite situar la intervención nutricional no solo como una actuación sanitaria o educativa aislada, sino como parte de una estrategia más amplia de desarrollo sostenible, cohesión social, cuidados, bienestar y mejora de la calidad de vida en el medio rural.

La Agenda Urbana 2030 plantea una forma de trabajo orientada a identificar las necesidades territoriales y abordar los retos de pueblos y ciudades desde una perspectiva sostenible, inclusiva, segura y resiliente [9]. En el caso de la provincia de Granada, la Diputación ha impulsado esta metodología como herramienta de planificación local, conectando los territorios rurales con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y con la Agenda Urbana Española [8].

En Montes Occidentales, la Agenda Urbana se plantea como un instrumento de planificación estratégica para analizar la realidad sociodemográfica y territorial, identificar retos y orientar actuaciones futuras en torno a la sostenibilidad, la cohesión territorial, la gobernanza y el desarrollo local [9]. En este contexto, la alimentación saludable y los cuidados adquieren un papel relevante, especialmente en municipios rurales con población envejecida y necesidades crecientes de servicios de proximidad.

Desde esta perspectiva, la intervención desarrollada en Colomera y Tiena se vincula directamente con los objetivos de la Agenda Urbana, ya que contribuye a reforzar la salud comunitaria, la prevención, la autonomía de la población y la creación de recursos adaptados al territorio. La consulta nutricional, los talleres formativos y las actividades intergeneracionales se integran dentro de una estrategia de cuidado comunitario que busca mejorar el bienestar de la población desde la cercanía y la participación.

4.1 Agenda Urbana en el medio rural

La Agenda Urbana Española constituye un marco estratégico dirigido a orientar las políticas de desarrollo sostenible hasta 2030. Aunque en su origen se relaciona principalmente con la planificación urbana, su aplicación al medio rural resulta especialmente importante en territorios de baja densidad poblacional, envejecimiento y dispersión geográfica. En estos contextos, la Agenda Urbana permite adaptar los objetivos de sostenibilidad, cohesión social, salud, movilidad, economía local y gobernanza a la realidad de los municipios pequeños.

El documento de Agenda Urbana de Montes Occidentales – Fortalezas de Occidente señala que la provincia de Granada se enfrenta al reto de aplicar la figura de la Agenda Urbana a entornos rurales, formados por municipios de población reducida, en muchos casos inferiores a 5.000 habitantes y en situación de vulnerabilidad demográfica [9]. Esta adaptación requiere una mirada específica sobre el territorio, ya que las necesidades de los municipios rurales no siempre coinciden con las de los espacios urbanos.

En este sentido, la Agenda Urbana aplicada al medio rural parte de una visión territorial de proximidad. No se trata únicamente de planificar infraestructuras o servicios, sino de comprender cómo vive la población, qué recursos existen, qué dificultades condicionan su calidad de vida y qué oportunidades pueden reforzarse desde el propio territorio. Por ello, el documento de Montes Occidentales destaca la necesidad de elaborar un diagnóstico estratégico, analizar la realidad sociodemográfica y territorial, e identificar los retos del diseño, desarrollo e implantación de la Agenda Urbana [9].

La Agenda Urbana de Montes Occidentales también indica que la dinámica demográfica, social, económica y territorial de los municipios rurales andaluces orienta la necesidad de aunar recursos, cualificación y economía de forma compartida entre municipios del mismo ámbito territorial [9]. Este planteamiento es especialmente relevante para proyectos como el presente, ya que una consulta nutricional comunitaria o una oficina nutricional itinerante puede adaptarse mejor a municipios pequeños si se plantea desde una escala supramunicipal o comarcal.

Además, el enfoque metodológico de la Agenda Urbana contempla dos grandes fases: una fase de diseño, basada en el análisis territorial, el diagnóstico técnico y el diagnóstico participado; y una fase de implementación, centrada en el plan de acción, el seguimiento y la gobernanza [9]. Esta estructura se relaciona directamente con el desarrollo del Trabajo Final de Prácticas, ya que el proyecto parte de un análisis del territorio, identifica necesidades alimentarias y sociosanitarias, desarrolla actuaciones concretas y plantea una propuesta de continuidad.

La Agenda Urbana Española también está conectada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente con el ODS 11, orientado a lograr ciudades y comunidades sostenibles. No obstante, en el medio rural este objetivo debe interpretarse de forma amplia, incluyendo no solo la sostenibilidad ambiental o urbanística, sino también la cohesión social, la accesibilidad a servicios, la salud comunitaria, la participación ciudadana y el envejecimiento activo. La Agenda Urbana de Montes Occidentales señala que su plan de acción se integra en la esfera de la administración pública, el sector privado, la sociedad civil, la academia y otras organizaciones, buscando un modelo territorial más sostenible, resiliente, inclusivo y seguro [9].

El proyecto desarrollado en Colomera y Tiena encaja dentro de esta lógica porque responde a una necesidad concreta del territorio: acercar la educación nutricional a la población rural. La intervención no se limita a una actividad puntual, sino que contribuye a generar recursos de proximidad, reforzar el ecosistema de cuidados y promover hábitos saludables mediante consultas, talleres y actividades comunitarias.

La Agenda Urbana también pone de manifiesto la importancia de la gobernanza y la participación. En territorios rurales, las actuaciones tienen más posibilidades de consolidarse cuando implican a ayuntamientos, entidades locales, profesionales, asociaciones y población residente. En este proyecto, la coordinación con el territorio permitió desarrollar una intervención más cercana y adaptada, favoreciendo la participación en consultas individuales, actividades grupales y encuentros intergeneracionales.

Por tanto, la Agenda Urbana en el medio rural ofrece el marco estratégico necesario para entender este proyecto como una acción de salud comunitaria vinculada al desarrollo territorial. La alimentación saludable no aparece como un elemento aislado, sino como una herramienta que contribuye a mejorar la calidad de vida, reforzar la autonomía personal, dinamizar la participación comunitaria y avanzar hacia un modelo rural más sostenible y cuidador.

4.2 Alimentación saludable como eje de salud comunitaria

Dentro del marco de la Agenda Urbana, la alimentación saludable puede considerarse un eje transversal de salud comunitaria, cuidados y bienestar. La alimentación influye en la prevención de enfermedades crónicas, el mantenimiento de la autonomía, la calidad de vida, el envejecimiento activo y la cohesión social. Por ello, trabajar la nutrición desde el territorio permite conectar salud, educación, cultura, participación y sostenibilidad.

El programa de prácticas de este proyecto señala que Montes Occidentales es una comarca donde se trabaja desde hace años con Agenda Urbana y rural, y destaca que la zona apuesta firmemente por los cuidados en sentido amplio y la alimentación saludable. Además, indica que el servicio de alimentación saludable requiere mayor intervención nutricionista y de salud, así como talleres formativos, asesoramiento personal y familiar, y conexión con centros sanitarios y farmacias de la zona. Esta demanda justifica la incorporación del dietista-nutricionista como profesional de referencia en el ámbito comunitario.

La alimentación saludable se relaciona directamente con el ecosistema de cuidados. En territorios rurales y envejecidos, cuidar la alimentación no significa únicamente ofrecer comidas o menús, sino acompañar a las personas para que comprendan sus necesidades nutricionales, puedan organizar mejor sus comidas y mantengan la mayor autonomía posible. Esto resulta especialmente importante en personas mayores, personas con patologías crónicas, familias cuidadoras y población con dificultades de acceso a servicios especializados.

El ecosistema de cuidados al que hace referencia el proyecto no debe entenderse solo desde una perspectiva asistencial, sino también preventiva y educativa. La consulta nutricional comunitaria, las actividades formativas y los talleres permiten intervenir antes de que aparezcan o se agraven problemas de salud relacionados con la alimentación. De esta forma, la nutrición se convierte en una herramienta de prevención, promoción de la salud y acompañamiento.

La Agenda Urbana de Montes Occidentales recoge la importancia de trabajar desde una visión territorial y participativa, identificando actores clave, recursos sociales, asociaciones, profesionales y entidades implicadas en el desarrollo del territorio [9]. Desde esta mirada, la alimentación saludable puede funcionar como un punto de encuentro entre diferentes agentes: ayuntamientos, centros de salud, servicios sociales, asociaciones de mayores, familias, comercios locales y profesionales sanitarios.

En el caso de Colomera y Tiena, la intervención desarrollada contribuye a esta línea estratégica mediante varias actuaciones: consultas nutricionales individuales, seguimiento de usuarios, encuestas de hábitos alimentarios, talleres de alimentación saludable, actividades de repostería saludable, encuentros intergeneracionales y propuestas relacionadas con el producto local. Todas estas acciones comparten un mismo objetivo: mejorar los hábitos alimentarios de la población desde una perspectiva cercana, realista y adaptada al territorio.

La alimentación saludable también puede vincularse con la identidad local y el patrimonio gastronómico. En el programa de prácticas se señala que otro de los ámbitos prioritarios del territorio es el turismo y el patrimonio, lo que ofrece una oportunidad para conectar los cuidados con la gastronomía local. Esta conexión resulta especialmente interesante en el medio rural, donde las recetas tradicionales, los productos de temporada y los saberes culinarios de las personas mayores pueden convertirse en recursos educativos.

Los talleres y encuentros intergeneracionales permiten trabajar esta dimensión de forma práctica. A través de recetas, degustaciones, actividades grupales y espacios de diálogo, la alimentación saludable se presenta como algo compatible con la tradición, el disfrute y la vida comunitaria. Esto ayuda a superar la idea de que comer saludable implica abandonar la cultura alimentaria local o seguir dietas estrictas.

Además, la alimentación saludable contribuye a varios objetivos de la Agenda Urbana: favorece la cohesión social, refuerza los servicios de proximidad, mejora la calidad de vida, promueve la prevención, genera recursos comunitarios y puede apoyar la economía local cuando se vincula con productos de cercanía. Por ello, la incorporación del dietista-nutricionista en el medio rural no debe considerarse únicamente una mejora sanitaria, sino también una actuación estratégica dentro del desarrollo local.

Desde esta perspectiva, el Trabajo Final de Prácticas contribuye a la Agenda Urbana mediante cuatro líneas principales:

- Promoción de hábitos alimentarios saludables.
- Refuerzo del ecosistema de cuidados y de los servicios de proximidad.
- Generación de recursos educativos y actividades adaptadas al territorio.
- Incorporación de la figura del dietista-nutricionista en el ámbito comunitario rural.

En definitiva, la alimentación saludable se configura como un eje de salud comunitaria dentro de la Agenda Urbana 2030. Su integración en el territorio permite actuar sobre la prevención de enfermedades, la autonomía personal, el envejecimiento activo, la participación vecinal y la cohesión social. El proyecto desarrollado en Colomera y Tiena responde a esta visión, al plantear una intervención nutricional cercana, educativa, participativa y sostenible

5. Justificación

La realización de este proyecto se justifica por la necesidad de acercar la educación nutricional y el acompañamiento dietético-nutricional a territorios rurales como Colomera y Tiena, donde confluyen diversos factores que pueden condicionar la salud alimentaria de la población. Entre ellos destacan el envejecimiento progresivo, la dispersión territorial, la menor disponibilidad de servicios especializados, la presencia de enfermedades crónicas y la necesidad de reforzar los recursos comunitarios vinculados a los cuidados, la prevención y la promoción de la salud.

La alimentación saludable constituye uno de los principales determinantes de la salud y desempeña un papel esencial en la prevención de enfermedades no transmisibles, como la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer [1]. Además, una alimentación adecuada contribuye al mantenimiento de la autonomía, la funcionalidad, la calidad de vida y el bienestar general, especialmente en población adulta y mayor. Por ello, la intervención nutricional en el medio rural no debe entenderse únicamente como una herramienta dirigida a la pérdida de peso, sino como una estrategia de salud comunitaria, prevención de enfermedades y acompañamiento educativo.

En territorios rurales y envejecidos, esta necesidad adquiere una dimensión especial. Las personas mayores pueden presentar menor apetito, pérdida de masa muscular, dificultades para cocinar, problemas de masticación, polimedicación, enfermedades crónicas, soledad o menor movilidad. Las guías ESPEN sobre nutrición e hidratación en geriatría destacan la importancia de prevenir y tratar la malnutrición y la deshidratación en personas mayores, así como de valorar de forma individualizada la ingesta, el estado nutricional y la funcionalidad [4]. En este sentido, la educación nutricional puede contribuir a mantener la masa muscular, mejorar la hidratación, favorecer una alimentación suficiente y prevenir situaciones de fragilidad o dependencia.

La Agenda Urbana de Montes Occidentales – Fortalezas de Occidente identifica un proceso de envejecimiento poblacional relevante en el territorio, así como una creciente necesidad de reforzar los cuidados y los servicios de proximidad. Este contexto hace necesario desarrollar actuaciones que favorezcan la autonomía personal, la prevención y la mejora de la calidad de vida de la población. Además, el propio marco de la Agenda Urbana plantea la importancia de adaptar las estrategias de desarrollo sostenible a municipios rurales de pequeña escala, en los que la cercanía, la participación y la coordinación entre recursos locales resultan fundamentales [9].

La necesidad de intervención también se justifica por el propio perfil de la población atendida durante el proyecto. Entre los motivos de consulta más frecuentes se encontraron la mejora de hábitos alimentarios, la pérdida de peso o grasa corporal, la organización de comidas, la mejora de cenas, la reducción de azúcar, refrescos o edulcorantes y la adaptación de la alimentación a patologías como hipertensión, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, menopausia, hígado graso, anemia, osteoporosis, estreñimiento o problemas digestivos. Estos datos muestran que las necesidades de la población eran diversas y que requerían una intervención flexible, individualizada y adaptada al contexto de cada persona.

El medio rural presenta, además, barreras específicas que pueden dificultar el mantenimiento de hábitos alimentarios saludables. Entre ellas se encuentran la dispersión geográfica, la dependencia del transporte privado, la menor presencia de servicios sanitarios especializados, la dificultad para acceder a información nutricional actualizada y la existencia de hábitos muy arraigados. El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación señala que una parte importante del territorio español corresponde a municipios rurales, lo que pone de manifiesto la necesidad de diseñar servicios adaptados a esta realidad y no basados únicamente en modelos urbanos [5].

A estas barreras territoriales se suman otras relacionadas con los hábitos alimentarios observados durante las consultas. Se detectaron patrones como cenas poco completas, ausencia de media mañana o merienda, consumo frecuente de dulces, azúcar, edulcorantes, refrescos o productos ultraprocesados, bajo consumo de agua, escasa planificación y dificultad para mantener cambios durante fines de semana o situaciones sociales. Estas conductas no deben interpretarse únicamente como decisiones individuales, sino como hábitos condicionados por el entorno, la tradición, la disponibilidad de recursos, los horarios, la organización familiar y la información disponible.

También se identificó una barrera importante relacionada con la percepción social de la nutrición. Muchas personas asocian acudir al dietista-nutricionista con “hacer dieta”, “pasar hambre” o recibir un menú cerrado. Esta idea puede dificultar la participación inicial y generar rechazo hacia las intervenciones nutricionales. Por ello, el proyecto se planteó desde una perspectiva educativa, cercana y no restrictiva, centrada en mejorar hábitos, resolver dudas, acompañar el cambio y ofrecer herramientas prácticas aplicables a la vida diaria.

Sin embargo, el territorio también presenta oportunidades relevantes. La cercanía entre vecinos, la existencia de espacios municipales, la colaboración con ayuntamientos, la tradición culinaria, el producto local y la participación comunitaria son elementos que pueden favorecer la implantación de acciones de educación nutricional. La FAO señala que la educación alimentaria y nutricional debe adaptarse a los diferentes contextos, implicar a la comunidad y combinar conocimientos científicos con experiencias prácticas relacionadas con los alimentos [3]. Esta idea resulta especialmente adecuada en el medio rural, donde la alimentación está muy vinculada a la cultura local, las recetas tradicionales y la vida comunitaria.

En este sentido, las actividades grupales y comunitarias desarrolladas durante el proyecto suponen una oportunidad para trasladar los contenidos trabajados en consulta a espacios colectivos. Los talleres de alimentación saludable, repostería saludable, etiquetado nutricional y las actividades intergeneracionales permiten trabajar la alimentación desde un enfoque práctico, participativo y cercano. Además, favorecen la socialización, el aprendizaje compartido, la recuperación de saberes culinarios tradicionales y la implicación de diferentes grupos de edad.

La incorporación del dietista-nutricionista en el medio rural resulta, por tanto, especialmente necesaria. Este profesional sanitario tiene competencias para intervenir en la alimentación de personas y grupos, tanto en situación de salud como de enfermedad, y para participar en acciones de prevención, educación alimentaria y promoción de la salud. El Proceso de Atención Nutricional

permite estructurar esta intervención mediante la valoración nutricional, el diagnóstico, la intervención y la monitorización o seguimiento, favoreciendo una atención más sistemática, documentada y basada en evidencia científica [10].

En contextos rurales, el dietista-nutricionista puede cubrir una necesidad que no siempre queda suficientemente atendida. Muchas personas reciben indicaciones médicas generales relacionadas con el peso, la hipertensión, el colesterol, la diabetes, el hígado graso, la anemia o la osteoporosis, pero no siempre cuentan con acompañamiento específico para aplicar esas recomendaciones en su alimentación diaria. El dietista-nutricionista puede traducir esas indicaciones en pautas prácticas, adaptadas a los gustos, horarios, recursos, patologías y contexto familiar de cada persona.

La literatura reconoce también el papel de los profesionales de la nutrición en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, especialmente cuando las intervenciones consideran no solo los factores individuales, sino también los sociales, familiares, comunitarios e institucionales que influyen en la alimentación [6]. Asimismo, los estándares profesionales en nutrición comunitaria destacan la importancia de que los dietistas-nutricionistas participen en programas de salud pública, evaluación de necesidades, diseño de intervenciones, educación alimentaria y seguimiento de resultados [7].

Por todo ello, este proyecto se justifica como una intervención necesaria, pertinente y adaptada al territorio. La consulta nutricional comunitaria, los seguimientos individualizados, las encuestas de hábitos, los talleres y las actividades intergeneracionales permiten responder a necesidades reales de la población, al mismo tiempo que refuerzan el ecosistema de cuidados y la promoción de hábitos saludables en el medio rural. La alimentación saludable se convierte así en una herramienta de prevención, autonomía, participación y cohesión social, alineada con los objetivos de la Agenda Urbana y con la mejora de la calidad de vida en Colomera y Tiena.

6. Objetivos

Objetivo general: Diseñar, desarrollar y valorar una intervención de educación nutricional comunitaria en los municipios de Colomera y Tiena, dentro del marco de Montes Occidentales, orientada a mejorar los hábitos alimentarios de la población, reforzar el acompañamiento nutricional individual y promover actividades formativas adaptadas al medio rural.

Objetivos específicos:

- Analizar el contexto territorial y sociodemográfico de Colomera y Tiena, identificando las características del medio rural que pueden influir en los hábitos alimentarios, el acceso a recursos de salud y la necesidad de servicios de proximidad.
- Conocer el perfil general de la población atendida en la consulta nutricional comunitaria, teniendo en cuenta variables como edad, sexo, municipio, motivos de consulta, situación clínica, hábitos alimentarios y necesidades detectadas.
- Realizar valoraciones nutricionales individuales mediante anamnesis, recogida de hábitos alimentarios, mediciones antropométricas y bioimpedancia, con el fin de orientar recomendaciones personalizadas.
- Desarrollar un proceso de educación nutricional individualizada basado en recomendaciones sencillas, progresivas y adaptadas a las características personales, familiares y sociales de cada usuario.
- Identificar los principales motivos de consulta y problemas nutricionales observados en la población atendida, como la pérdida de grasa corporal, la mejora de hábitos, la organización de comidas, el consumo de azúcar o refrescos, las cenas insuficientes o la adaptación de la alimentación a patologías crónicas.
- Diseñar y aplicar encuestas de hábitos alimentarios, frecuencia de consumo y valoración del servicio, con el objetivo de recoger información sobre la alimentación habitual de la población y su percepción sobre la intervención.
- Organizar y desarrollar actividades comunitarias de educación nutricional, como charlas, talleres de alimentación saludable, repostería saludable, etiquetado nutricional y encuentros intergeneracionales.
- Promover la alimentación saludable desde un enfoque práctico, no restrictivo y adaptado al territorio, respetando la cultura alimentaria local, el producto de cercanía y las tradiciones gastronómicas.
- Valorar de forma descriptiva los resultados obtenidos durante el proyecto, incluyendo los cambios observados en las consultas, la evolución de los usuarios, la participación en talleres y la satisfacción con el servicio.
- Elaborar una propuesta de viabilidad económico-financiera para la posible continuidad de una consulta nutricional municipal itinerante en Colomera, Tiena y otros municipios del entorno rural.

7. Metodología

El proyecto se desarrolla mediante una metodología de intervención comunitaria, educativa y participativa, orientada a la promoción de hábitos alimentarios saludables en el territorio de Montes Occidentales, concretamente en los municipios de Colomera y Tiena. La intervención se centró en la puesta en marcha de un servicio de educación nutricional cercano a la población, combinando consultas individuales, seguimiento nutricional, encuestas de hábitos alimentarios y talleres grupales.

La metodología seguida tuvo un enfoque mixto, ya que integró herramientas cuantitativas, como el registro de datos antropométricos, composición corporal y cuestionarios, junto con herramientas cualitativas, basadas en la observación directa, la escucha activa durante las consultas y la recogida de necesidades expresadas por los propios usuarios. De esta forma, se pretendió obtener una visión más completa de la realidad alimentaria del territorio y adaptar las actuaciones a las características de la población atendida.

El proyecto no se planteó como una consulta dietética tradicional centrada únicamente en la elaboración de dietas cerradas, sino como un proceso de acompañamiento y educación nutricional. El objetivo principal fue ofrecer información práctica, comprensible y personalizada, ayudando a las personas participantes a mejorar sus hábitos alimentarios de forma progresiva, realista y adaptada a su contexto personal, familiar y territorial.

La intervención se estructuró en varias líneas de actuación: consulta nutricional comunitaria, valoración inicial de los usuarios, seguimientos individualizados, realización de encuestas de hábitos y frecuencia de consumo, desarrollo de talleres de educación nutricional y análisis final de los resultados obtenidos. Estas actuaciones permitieron trabajar tanto a nivel individual como comunitario, reforzando la importancia de la alimentación saludable como herramienta de prevención, bienestar y mejora de la calidad de vida.

7.1 Diseño general de la intervención

La intervención se diseñó como un servicio de educación nutricional comunitaria dirigido a la población de Colomera y Tiena, dentro del marco del proyecto de apoyo y consolidación de la alimentación saludable en Montes Occidentales.

El diseño general partió de una primera fase de organización del servicio, en la que se establecieron los espacios de consulta, la planificación de citas, las herramientas de recogida de datos y los materiales necesarios para el desarrollo de las sesiones. Posteriormente, se inició la atención individual a los usuarios mediante una consulta inicial, en la que se recogió información sobre el estado de salud, hábitos alimentarios, estilo de vida, motivo de consulta y objetivos personales.

A partir de esta primera valoración, se realizaron recomendaciones nutricionales individualizadas y se organizaron seguimientos periódicos, adaptados a las necesidades de cada persona. En estos seguimientos se revisó la evolución, se resolvieron dudas y se reforzaron pautas relacionadas con la alimentación diaria, la organización de comidas, la compra saludable, el control de raciones y la mejora progresiva de hábitos.

Además de la consulta individual, se desarrollaron actividades grupales de educación nutricional, como talleres sobre alimentación saludable, repostería saludable, etiquetado nutricional y actividades intergeneracionales. Estas acciones permitieron trasladar los contenidos trabajados en consulta a un formato más participativo y comunitario.

7.2 Población destinataria

La población destinataria estuvo formada por personas residentes en los municipios de Colomera y Tiena que participaron voluntariamente en el servicio de educación nutricional y en las actividades desarrolladas durante el periodo de prácticas.

El perfil general de las personas atendidas fue variado, aunque predominó una población adulta y mayor, especialmente mujeres de edad media y avanzada. No obstante, el servicio estuvo abierto también a hombres, jóvenes, niños y familias interesadas en mejorar sus hábitos alimentarios o resolver dudas relacionadas con la alimentación.

Entre los principales motivos de consulta se encontraron la pérdida de peso, la mejora de hábitos alimentarios, el control de patologías asociadas a la alimentación, la organización de menús, la alimentación en personas mayores y la necesidad de recibir orientación nutricional práctica y adaptada a la vida cotidiana.

La intervención tuvo en cuenta las características propias del medio rural, como el envejecimiento poblacional, la importancia de la cercanía en la relación con los usuarios, las limitaciones de acceso a determinados servicios especializados y el valor de adaptar las recomendaciones a los recursos disponibles en el entorno.

7.3 Fases de desarrollo del proyecto

El desarrollo del proyecto se organizó en diferentes fases, que permitieron estructurar el trabajo realizado de forma progresiva.

En primer lugar, se llevó a cabo una fase inicial de planificación y preparación, en la que se revisó la información disponible sobre el territorio, se organizaron los espacios de atención nutricional y se diseñaron las herramientas de trabajo. En esta fase se prepararon las plantillas de consulta inicial,

los registros de seguimiento, las encuestas de hábitos alimentarios y los materiales educativos necesarios.

En segundo lugar, se desarrolló una fase de valoración inicial de los usuarios, en la que se realizaron las primeras consultas nutricionales. Durante estas sesiones se recogieron datos personales, antecedentes de salud, hábitos alimentarios, nivel de actividad física, composición corporal mediante bioimpedancia y principales objetivos de cada persona.

En tercer lugar, se llevó a cabo una fase de intervención y seguimiento, basada en la educación nutricional individualizada. En esta etapa se ofrecieron recomendaciones adaptadas a cada usuario, se resolvieron dudas y se revisó la evolución en función de los objetivos planteados. También se reforzaron aspectos como la planificación de comidas, el aumento del consumo de alimentos saludables, la reducción de productos de baja calidad nutricional y la mejora de la relación con la alimentación.

En cuarto lugar, se desarrolló una fase comunitaria, mediante talleres y actividades grupales. Estas actividades tuvieron como finalidad acercar la educación nutricional a la población de una forma práctica, participativa y sencilla, favoreciendo el aprendizaje a través de ejemplos cotidianos.

Por último, se realizó una fase de análisis y evaluación, en la que se revisaron los datos recogidos durante las consultas, las encuestas y las actividades realizadas. Esta fase permitió valorar los resultados generales del proyecto, detectar fortalezas y limitaciones, y plantear posibles líneas de mejora o continuidad del servicio.

7.4 Herramientas utilizadas para la recogida de información

Para el desarrollo del proyecto se emplearon diferentes herramientas de recogida de información, tanto en las consultas individuales como en las actividades comunitarias.

En la consulta inicial se utilizó una plantilla de anamnesis nutricional, diseñada para recoger información sobre datos personales, motivo de consulta, antecedentes clínicos, medicación, hábitos alimentarios, consumo de agua, actividad física, descanso, organización de comidas y objetivos personales. Esta herramienta permitió obtener una visión global de cada usuario y adaptar la intervención a sus necesidades.

También se emplearon registros de seguimiento nutricional, donde se anotó la evolución de cada persona, los cambios observados, las dificultades encontradas y las recomendaciones trabajadas en cada sesión. Estos registros facilitaron la continuidad del proceso y permitieron realizar un acompañamiento más personalizado.

Para la valoración de la composición corporal se utilizó bioimpedancia, con el objetivo de complementar la información aportada por el peso y el índice de masa corporal. Esta herramienta

permitió explicar a los usuarios parámetros como la masa grasa, la masa libre de grasa, la masa muscular, el agua corporal y otros indicadores relacionados con la composición corporal.

Además, se diseñaron y aplicaron encuestas de hábitos alimentarios, frecuencia de consumo de alimentos y valoración final del servicio. Estas encuestas permitieron recoger información sobre la alimentación habitual de la población, el consumo de determinados grupos de alimentos, la percepción sobre los propios hábitos y la utilidad del servicio recibido.

Por último, se emplearon materiales educativos elaborados específicamente para las consultas y talleres, como presentaciones, ejemplos visuales, explicaciones sobre etiquetado nutricional, recomendaciones prácticas y recursos adaptados al nivel de comprensión de la población atendida. En la Figura 2 se muestran algunas de las herramientas empleadas durante la consulta nutricional, como el material educativo visual y el dinamómetro.



Figura 2. Herramientas de la consulta

7.5 Registro y análisis de datos

Los datos obtenidos durante el desarrollo del proyecto fueron registrados de forma organizada para facilitar su posterior análisis e interpretación. La información procedente de las consultas nutricionales, las mediciones de composición corporal y las encuestas fue recopilada en documentos de trabajo y hojas de cálculo.

El análisis de los datos tuvo un carácter principalmente descriptivo. Se revisaron variables como edad, sexo, motivo de consulta, evolución del peso, composición corporal, hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos. En el caso de las encuestas, se calcularon frecuencias y porcentajes para resumir las respuestas obtenidas y facilitar la interpretación de los resultados.

Asimismo, se realizó una valoración cualitativa de la información recogida durante las consultas y talleres, teniendo en cuenta las necesidades expresadas por los usuarios, las dificultades detectadas, el grado de participación y la utilidad percibida de las actividades realizadas.

Este análisis permitió conocer mejor el perfil de la población atendida, identificar los principales problemas relacionados con la alimentación y valorar el impacto general del servicio de educación nutricional en el territorio. Los resultados obtenidos sirvieron como base para plantear propuestas de mejora y posibles líneas de continuidad del proyecto.

8. Consulta nutricional comunitaria

8.1. Organización de las consultas en Colomera y Tiena

Las consultas nutricionales se organizaron en los municipios de Colomera y Tiena, utilizando espacios facilitados en el territorio para poder atender a la población sin necesidad de desplazamiento a núcleos urbanos de mayor tamaño. Esta organización permitió ofrecer un servicio de proximidad, adaptado a la realidad de municipios rurales donde el acceso a determinados recursos especializados puede ser más limitado.

La atención se realizó mediante citas individuales, en las que cada persona podía exponer sus objetivos, dudas y dificultades relacionadas con la alimentación. La consulta inicial tuvo una duración mayor, ya que en ella se recogía información completa sobre el usuario, mientras que los seguimientos fueron más breves y se centraron en revisar la evolución, resolver dudas y ajustar recomendaciones.

La organización de las consultas tuvo en cuenta la disponibilidad de la población, los horarios municipales, la asistencia de los usuarios, la necesidad de mantener un espacio adecuado para la confidencialidad y la realización de seguimientos aproximadamente cada dos semanas. Aunque se trató de un proyecto de prácticas, se intentó reproducir una dinámica similar a la de un servicio nutricional comunitario, con registro de datos, seguimiento y planificación de próximas revisiones.



Figura 3. Consulta nutricional individual en el servicio comunitario.

8.2. Consulta inicial: anamnesis y valoración nutricional

La consulta inicial fue el primer contacto individual con la persona usuaria y tuvo como finalidad obtener una visión global de su situación nutricional, sus hábitos y sus necesidades. Para ello se utilizó una plantilla de anamnesis nutricional, en la que se recogieron datos personales básicos, motivo de consulta, antecedentes clínicos, medicación, patologías diagnosticadas, hábitos alimentarios, consumo de agua, actividad física, descanso, organización de las comidas y objetivos personales.

Esta valoración inicial resultó fundamental para evitar recomendaciones generales y poder adaptar la intervención a cada persona. No todas las consultas tenían el mismo objetivo: algunas personas acudían para perder peso o grasa corporal, otras para mejorar su alimentación, organizar sus cenas, reducir el consumo de azúcar o refrescos, aumentar el consumo de proteínas, controlar el picoteo o adaptar la alimentación a enfermedades como hipertensión, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, anemia, hígado graso, osteoporosis o estreñimiento.

La recogida de hábitos alimentarios se realizó mediante preguntas sobre un día habitual de alimentación, incluyendo desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, consumo entre horas y bebidas. Esta información permitió identificar patrones frecuentes, como desayunos incompletos, ausencia de ingestas intermedias, cenas escasas, bajo consumo de frutas o verduras, consumo habitual de refrescos, dulces o edulcorantes, y falta de planificación.

Además de la anamnesis, se realizaron mediciones antropométricas y de composición corporal cuando fue posible. Estas mediciones permitieron complementar la información subjetiva aportada por los usuarios y obtener datos objetivos para valorar la evolución posterior. Entre los parámetros recogidos se incluyeron peso, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, masa muscular, grasa visceral, perímetros y fuerza de prensión manual.

La valoración inicial se integró dentro de un proceso educativo. No se utilizó únicamente para clasificar a la persona, sino para explicarle su situación, resolver dudas y establecer objetivos realistas.



Figura 4. Desarrollo de una consulta nutricional individual en el servicio comunitario.

8.3. Seguimientos nutricionales

Los seguimientos nutricionales permitieron valorar la evolución de las personas atendidas y reforzar los cambios trabajados en la consulta inicial. Estas sesiones fueron esenciales para comprobar si las recomendaciones resultaban comprensibles, realistas y aplicables en la vida diaria.

Durante los seguimientos se revisaron los objetivos planteados previamente, los cambios conseguidos, las dificultades encontradas y las dudas surgidas. En algunos casos fue necesario modificar las recomendaciones iniciales, ya que el proceso de cambio de hábitos no siempre fue lineal. Algunas personas consiguieron incorporar nuevas comidas o mejorar sus cenas, mientras que otras presentaron dificultades relacionadas con fines de semana, eventos sociales, ansiedad, falta de tiempo, rechazo a determinados alimentos o problemas digestivos.

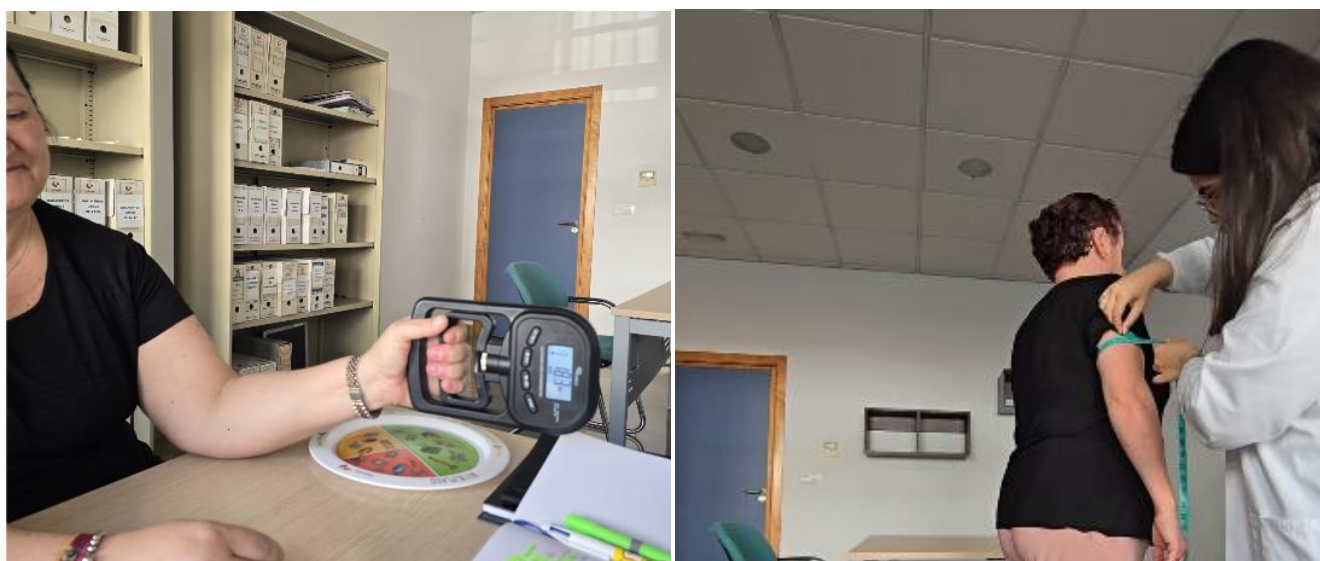
Los seguimientos también permitieron reforzar la motivación de los usuarios. Muchas mejoras no se limitaron a la pérdida de peso, sino que incluyeron cambios percibidos como menor hinchazón, mejor ajuste de la ropa, mayor sensación de bienestar, más energía, mejor organización de las comidas o mayor confianza para elegir alimentos.

Desde el punto de vista del análisis del proyecto, los seguimientos aportaron información muy relevante para valorar los cambios observados. A través de ellos se pudieron identificar mejoras en la regularidad de las comidas, reducción del consumo de azúcar, edulcorantes o refrescos, aumento

de frutas, verduras, frutos secos o proteínas, mejora de cenas y mayor comprensión del método del plato.

También se registraron cambios antropométricos y de composición corporal cuando fue posible, aunque no todas las personas tuvieron el mismo número de revisiones ni todos los registros incluyeron las mismas mediciones. Por ello, los resultados derivados de los seguimientos deben interpretarse de forma descriptiva y no como una evaluación experimental homogénea.

Las Figuras 5 y 6 muestran ejemplos de mediciones realizadas durante el seguimiento nutricional, incluyendo dinamometría y perímetros corporales.



Figuras 5 y 6. Mediciones en el servicio nutricional

Tabla 1. Información sobre seguimientos

Situación	n
Personas con al menos un seguimiento	31
Visitas totales	73
Personas con varios seguimientos	26

8.4. Educación nutricional individualizada

La educación nutricional individualizada fue el eje central de las consultas. El objetivo no fue entregar una dieta cerrada, sino ayudar a cada persona a comprender mejor su alimentación y a introducir cambios progresivos, adaptados a su situación personal, familiar y territorial.

Las recomendaciones se plantearon de forma sencilla y práctica, priorizando aquellos cambios que podían tener mayor impacto en la vida diaria. Entre los aspectos más trabajados destacaron la mejora del desayuno, la incorporación de media mañana o merienda, la preparación de cenas más completas, el aumento de frutas y verduras, la inclusión de proteínas de calidad, el consumo de frutos secos, la reducción de refrescos y bebidas energéticas, la disminución de azúcar, sacarina o cacao soluble, y la mejora de la hidratación.

Una herramienta educativa especialmente utilizada fue el método del plato saludable. Este recurso permitió explicar de forma visual cómo organizar comidas y cenas equilibradas, incluyendo una parte de verduras, una fuente proteica y una ración adecuada de hidratos de carbono. Su utilidad fue especialmente relevante porque facilitó la autonomía de los usuarios y evitó depender de menús rígidos.

La educación nutricional también incluyó la resolución de mitos y dudas frecuentes. En consulta aparecieron preguntas sobre el pan, la fruta, los lácteos, el aceite de oliva, los edulcorantes, los frutos secos, la cena, los hidratos de carbono, el colesterol, la hipertensión, el estreñimiento o la pérdida de peso. Estas dudas se abordaron con un lenguaje sencillo, evitando tecnicismos y adaptando la explicación al nivel de comprensión de cada persona.

El enfoque individualizado permitió respetar preferencias, horarios, recursos económicos, habilidades culinarias y tradiciones alimentarias. En el medio rural, este aspecto fue especialmente importante, ya que muchas personas mantienen una alimentación vinculada a recetas tradicionales, guisos, productos locales y organización familiar. Por ello, se intentó mejorar la calidad de la alimentación sin romper con la cultura alimentaria del territorio.

Este tipo de educación nutricional se relaciona con la promoción de hábitos saludables desde la comunidad, ya que busca que la persona no solo siga una pauta puntual, sino que adquiera herramientas para tomar mejores decisiones en su día a día [7,13].

8.5. Uso de bioimpedancia y explicación de resultados

La bioimpedancia se utilizó como herramienta complementaria dentro de la valoración nutricional. Su finalidad fue aportar información adicional sobre la composición corporal, más allá del peso y del índice de masa corporal. Esta técnica permite estimar parámetros como masa grasa, masa muscular, agua corporal y grasa visceral, aunque sus resultados deben interpretarse siempre como una estimación y dentro de una valoración global [14,15].

En consulta, la bioimpedancia tuvo una función tanto evaluativa como educativa. Por un lado, permitió registrar datos iniciales y valorar cambios en los seguimientos. Por otro lado, ayudó a explicar a los usuarios que el peso corporal no es el único indicador relevante. Muchas personas acudían con el objetivo de “bajar peso”, pero a través de la explicación de la composición corporal se pudo diferenciar entre perder peso, perder grasa, mantener masa muscular o mejorar la salud metabólica.

Esta explicación fue especialmente importante en personas mayores o con riesgo de pérdida de masa muscular. En estos casos, una reducción del peso corporal no siempre es positiva si se acompaña de pérdida de masa muscular. Por ello, se insistió en la importancia de mantener una ingesta adecuada de proteínas, realizar actividad física adaptada y valorar la evolución de la composición corporal junto con otros indicadores como fuerza, funcionalidad y bienestar.

También se explicó que la bioimpedancia puede verse influida por factores como la hidratación, la ingesta reciente, el ejercicio previo, el ciclo menstrual, la temperatura corporal o el tipo de dispositivo utilizado [14,15]. Por tanto, los resultados se utilizaron como orientación y no como diagnóstico aislado.

La utilización de bioimpedancia favoreció una mayor comprensión del proceso por parte de los usuarios. Ver los datos de grasa corporal, masa muscular o grasa visceral permitió explicar de manera más clara algunos objetivos de la intervención y reforzar la importancia de mejorar hábitos alimentarios, no solo modificar el número de la báscula.



Figura 7. Ejemplo anonimizado de registro de datos en aplicación de bioimpedancia.

8.6. Principales motivos de consulta detectados

Durante el desarrollo de las consultas se identificaron diferentes motivos de consulta, aunque los más frecuentes fueron la mejora de la alimentación y de los hábitos alimentarios, así como la pérdida de peso o grasa corporal. En muchos casos ambos objetivos aparecieron de forma conjunta, ya que las personas no solo buscaban reducir peso, sino aprender a organizar mejor sus comidas y mejorar su salud.

También se detectaron otros motivos relevantes, como la necesidad de mejorar la calidad de las cenas, reducir el consumo de azúcar, refrescos o edulcorantes, aumentar el consumo de frutas y verduras, mejorar la hidratación, controlar el picoteo o adaptar la alimentación a patologías diagnosticadas.

Entre las situaciones clínicas más frecuentes se encontraron hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, menopausia, artrosis, osteoporosis, anemia, hígado graso, problemas digestivos y estreñimiento. Estas situaciones reforzaron la necesidad de realizar recomendaciones individualizadas, adaptadas a cada persona y coordinadas con el seguimiento sanitario cuando fuera necesario.

El análisis de los motivos de consulta permitió orientar tanto la intervención individual como los contenidos de los talleres comunitarios. Por ejemplo, la presencia frecuente de consumo de dulces, refrescos o productos azucarados justificó el desarrollo de actividades relacionadas con repostería saludable y etiquetado nutricional. Del mismo modo, las dificultades para organizar cenas o comidas completas reforzaron la utilidad de trabajar el método del plato y ejemplos de comidas sencillas.

Tabla 2. Motivos de consulta en el servicio nutricional

Motivo de consulta	n	%
Mejora de la alimentación y hábitos	30	85,7
Pérdida de peso o grasa corporal	25	71,4
Organización de comidas	22	62,9
Adaptación a patologías	16	45,7
Mejora de cenas	18	51,4
Aumento de peso	1	2,9

8.7. Perfil general de las personas atendidas

El perfil general de las personas atendidas fue heterogéneo, aunque predominó la participación de población adulta y mayor, especialmente mujeres. Este dato coincide con lo observado en muchas intervenciones comunitarias, donde las mujeres suelen participar con mayor frecuencia en actividades relacionadas con alimentación, salud, cuidados y organización familiar.

No obstante, el servicio estuvo abierto a toda la población y participaron personas con diferentes edades, situaciones y objetivos. Se atendieron usuarios con interés en perder grasa corporal, mejorar hábitos alimentarios, aumentar peso, mejorar su alimentación en relación con el deporte, adaptar la dieta a patologías o resolver dudas concretas sobre alimentación saludable.

El análisis de las consultas mostró que la población atendida presentaba necesidades diversas. Algunas personas requerían apoyo para estructurar mejor sus comidas, otras necesitaban mejorar la calidad de las cenas o reducir productos azucarados, y otras precisaban adaptar su alimentación a enfermedades o síntomas digestivos. Esta diversidad confirma la importancia de un servicio flexible, capaz de combinar educación general con recomendaciones individualizadas.

Además, las encuestas y los registros de consulta permitieron complementar este perfil con datos cuantitativos. En el análisis de resultados deberán incluirse tablas y gráficos sobre número de usuarios atendidos, distribución por sexo y edad, motivos de consulta, cambios antropométricos, cambios en composición corporal, resultados de encuestas y participación en talleres.

9. Encuestas y análisis de datos hábitos alimentarios

Durante el desarrollo del proyecto se diseñaron y utilizaron diferentes encuestas y documentos de apoyo con el objetivo de recoger información sobre los hábitos alimentarios de la población, valorar la percepción de los usuarios y analizar la utilidad de las actividades realizadas. Estas herramientas permitieron complementar la información obtenida en consulta y aportar una visión más amplia de las necesidades alimentarias del territorio.

Antes de llevar a cabo cada encuesta, taller o actividad, se elaboró previamente un documento metodológico específico. En estos documentos se describía la finalidad de la actividad, su justificación, la población destinataria, los objetivos, las variables de interés, el procedimiento de aplicación y la forma de recogida de resultados. Además, se incorporó una base teórica apoyada en bibliografía científica, con el fin de justificar la utilidad de cada intervención desde la educación nutricional, la promoción de la salud y la mejora de hábitos alimentarios.

La utilización de encuestas permitió recoger información de forma sencilla y estructurada, facilitando el análisis posterior mediante frecuencias, porcentajes y gráficos. Aunque los datos obtenidos tienen un carácter descriptivo, resultaron útiles para conocer mejor el perfil de las personas participantes, identificar patrones alimentarios frecuentes, valorar los cambios percibidos y detectar posibles líneas de mejora del servicio.

Estas herramientas se integraron dentro del enfoque general del proyecto, basado en el Proceso de Atención Nutricional, que incluye la valoración, intervención y seguimiento de la persona o grupo atendido [10]. Asimismo, las encuestas y talleres se relacionan con el concepto de alfabetización alimentaria, ya que permitieron valorar conocimientos, habilidades y conductas vinculadas a la planificación, elección y preparación de alimentos [11,12].

9.1. Diseño de las encuestas

El diseño de las encuestas se realizó de forma adaptada al contexto rural y al perfil de la población participante. Se procuró que las preguntas fueran sencillas, comprensibles y fáciles de responder, evitando un lenguaje excesivamente técnico. Este aspecto fue importante debido a la diversidad de edades, niveles educativos y experiencias previas con la nutrición entre las personas atendidas.

Las encuestas combinaron diferentes tipos de preguntas: cerradas, de opción múltiple, escalas de valoración y algunas preguntas abiertas. Las preguntas cerradas permitieron obtener datos cuantificables y comparables, mientras que las preguntas abiertas facilitaron recoger opiniones, sugerencias y percepciones personales de los participantes.

El diseño de las encuestas se apoyó en la necesidad de evaluar no solo datos objetivos, sino también aspectos relacionados con la percepción del servicio, la confianza en la profesional, la motivación para cambiar hábitos, la facilidad para comer saludable y la utilidad de las recomendaciones recibidas. De esta forma, las encuestas no se limitaron a medir consumo de alimentos, sino que también permitieron valorar el impacto educativo de la intervención.

Además, para cada encuesta y actividad se elaboró una metodología previa donde se justificaba su realización. En estos documentos se explicaba por qué era necesario recoger esa información, qué variables se iban a analizar y cómo se relacionaban con los objetivos del proyecto. Esto permitió dar mayor coherencia al trabajo y facilitar posteriormente el análisis de resultados.

9.2. Encuesta inicial de hábitos alimentarios

La encuesta inicial de hábitos alimentarios tuvo como finalidad conocer la situación de partida de la población atendida. A través de esta herramienta se recogieron datos generales sobre edad, sexo, municipio, nivel de estudios, composición del hogar, número de comidas diarias, percepción de la alimentación, conocimientos sobre nutrición, motivación para cambiar hábitos y facilidad percibida para comer saludable.

Esta encuesta permitió identificar características relevantes de la población y detectar necesidades educativas. Por ejemplo, ayudó a conocer si las personas realizaban varias comidas al día, si cocinaban en casa, si consideraban que su alimentación era saludable, si tenían apoyo familiar o si el entorno influía en sus decisiones alimentarias.

La información recogida sirvió como punto de partida para adaptar las consultas nutricionales y los talleres. En lugar de diseñar una intervención general sin conocer previamente a la población, la

encuesta permitió orientar los contenidos hacia los aspectos más necesarios: organización de comidas, consumo de alimentos frescos, lectura de etiquetas, reducción de productos poco saludables y mejora de la planificación alimentaria.

Desde el punto de vista metodológico, esta encuesta también permitió cumplir uno de los objetivos del proyecto: conocer el perfil general de la población atendida y sus necesidades alimentarias. Sus resultados fueron analizados de forma descriptiva, mediante frecuencias y porcentajes, y posteriormente representados mediante gráficos.

9.3. Encuesta de frecuencia de consumo de alimentos

La encuesta de frecuencia de consumo de alimentos se utilizó para conocer la frecuencia con la que la población consumía diferentes grupos alimentarios. Esta herramienta permitió analizar de forma aproximada el patrón alimentario de los participantes, observando el consumo de frutas, verduras, lácteos, huevos, carne, pescado, legumbres, frutos secos, pan, pasta, arroz, bollería, snacks, embutidos y bebidas azucaradas.

El objetivo de esta encuesta no fue realizar una valoración dietética exacta, sino obtener una visión general de los hábitos alimentarios del grupo. A través de las respuestas se pudieron identificar alimentos de consumo habitual, alimentos poco presentes en la dieta y productos cuya frecuencia convendría reducir.

Este análisis fue especialmente útil para relacionar los resultados con los contenidos trabajados en consulta. Por ejemplo, si se observaba bajo consumo de frutas, verduras, legumbres o frutos secos, se reforzaban recomendaciones dirigidas a incorporarlos de forma sencilla. Del mismo modo, si aparecía consumo frecuente de bollería, snacks, embutidos o bebidas azucaradas, se trabajaban alternativas más saludables y estrategias de reducción progresiva.

La encuesta de frecuencia de consumo también permitió adaptar los talleres comunitarios. La información obtenida ayudó a justificar actividades como el taller de repostería saludable, la explicación del etiquetado nutricional y la educación sobre alimentos ultraprocesados. Este enfoque conecta con la educación alimentaria práctica, que busca mejorar la capacidad de las personas para elegir alimentos adecuados y aplicar cambios sostenibles en su vida diaria [11,12].

9.4. Encuesta final de valoración del servicio

La encuesta final de valoración del servicio tuvo como objetivo conocer la percepción de las personas participantes tras haber acudido a la consulta nutricional o a las actividades desarrolladas. Esta encuesta permitió valorar aspectos como la satisfacción general, la percepción de mejora en la alimentación, la incorporación de nuevas comidas o colaciones, el seguimiento de un patrón más saludable, la lectura de etiquetas, la percepción de mejora en la salud y la recomendación del servicio a otras personas.

Esta herramienta fue importante porque permitió evaluar la utilidad percibida del proyecto desde el punto de vista de los propios usuarios. En intervenciones comunitarias, la aceptación del servicio y la satisfacción de la población son aspectos fundamentales, ya que condicionan la continuidad, la participación y la adherencia a futuras actividades.

Además, la encuesta final ayudó a identificar fortalezas del servicio, como la confianza en la profesional, la claridad de las explicaciones y la utilidad de las recomendaciones. También permitió detectar aspectos que podrían mejorarse, como la necesidad de realizar más talleres, ampliar contenidos o mantener una intervención nutricional continuada en el territorio.

Los resultados de esta encuesta se analizaron de forma descriptiva y se representaron mediante gráficos. Esta información sirvió posteriormente para la discusión del trabajo, ya que permitió valorar no solo los cambios observados en consulta, sino también la percepción subjetiva de mejora por parte de la población.

10. Actividades de educación nutricional y participación comunitaria

Además de las consultas nutricionales individuales y los seguimientos personalizados, durante el desarrollo del proyecto se llevaron a cabo diferentes talleres y actividades de educación nutricional dirigidas a la población del territorio. Estas actividades tuvieron como finalidad acercar la alimentación saludable a la comunidad desde un enfoque práctico, participativo y adaptado al contexto rural.

Los talleres se plantearon como espacios de aprendizaje sencillo y cercano, donde las personas participantes pudieran resolver dudas, adquirir herramientas útiles para su vida diaria y reflexionar sobre sus hábitos alimentarios. A diferencia de una intervención centrada únicamente en la entrega de pautas o dietas, estas actividades permitieron trabajar la educación nutricional desde la experiencia, el diálogo y la participación activa.

La temática de los talleres se seleccionó teniendo en cuenta las necesidades observadas durante las consultas, las dudas frecuentes de los usuarios y la importancia de promover hábitos saludables en la población general. Entre los contenidos trabajados destacaron la alimentación saludable, la mejora de la calidad nutricional de recetas habituales, la reducción del consumo de azúcar refinado, la interpretación del etiquetado nutricional, la alimentación en el entorno rural y la relación entre alimentación, cultura y territorio.

10.1. Planteamiento general de los talleres

El planteamiento general de los talleres se basó en la educación alimentaria comunitaria, utilizando un lenguaje sencillo, ejemplos cotidianos y materiales visuales que facilitaran la comprensión de los contenidos. El objetivo no fue transmitir información de forma teórica, sino favorecer que las personas participantes pudieran aplicar pequeños cambios en su alimentación diaria.

Las actividades se diseñaron desde un enfoque no restrictivo, evitando mensajes basados en la prohibición o en la culpa. En su lugar, se reforzó la idea de que una alimentación saludable puede ser compatible con el disfrute, la tradición gastronómica, la vida social y las preferencias personales. Esta perspectiva resultó especialmente importante en el contexto rural, donde la alimentación está muy vinculada a la cultura, la familia y las costumbres locales.

En los talleres se fomentó la participación mediante preguntas abiertas, debate grupal, análisis de ejemplos reales, degustaciones y explicación de alternativas prácticas. De esta forma, se buscó que los asistentes no solo recibieran información, sino que pudieran expresar sus dudas, compartir sus experiencias y sentirse parte activa del proceso educativo.

Las actividades estuvieron dirigidas principalmente a población adulta y mayor, aunque también se plantearon como espacios abiertos a personas jóvenes, familias y menores. Esta apertura permitió trabajar la alimentación saludable desde una perspectiva intergeneracional, favoreciendo el intercambio de conocimientos entre diferentes edades.

Cada taller o actividad contó previamente con un documento metodológico propio, en el que se justificaba su realización, se definían los objetivos, la población destinataria, los contenidos a trabajar, el desarrollo previsto y la forma de evaluación. Esta planificación permitió que las actividades no se plantearan como acciones aisladas, sino como intervenciones educativas con una finalidad concreta dentro del proyecto.

10.2. Charla de alimentación saludable

La charla de alimentación saludable se planteó como una actividad básica de educación nutricional para reforzar conceptos fundamentales sobre alimentación equilibrada, organización de comidas y elección de alimentos de mayor calidad nutricional.

Durante la actividad se explicó la importancia de seguir una alimentación variada, suficiente y adaptada a las necesidades de cada persona. Se trabajaron contenidos relacionados con el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, proteínas de calidad, grasas saludables y agua como bebida principal. También se abordó la necesidad de reducir el consumo habitual de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas, bollería, embutidos grasos y alimentos con exceso de sal, azúcar o grasas de baja calidad.

La charla tuvo un enfoque práctico, utilizando ejemplos de comidas habituales y explicando cómo mejorar platos cotidianos sin necesidad de realizar cambios difíciles o poco realistas. Se insistió en la importancia de adaptar las recomendaciones al contexto de cada persona, teniendo en cuenta edad, patologías, nivel económico, disponibilidad de alimentos, costumbres familiares y capacidad para cocinar.

También se trabajó la planificación de menús sencillos, la organización de la compra y la importancia de mantener horarios y rutinas alimentarias estables. En este sentido, se reforzó la idea de que mejorar la alimentación no consiste en hacer una dieta estricta, sino en incorporar cambios progresivos y sostenibles.

La actividad permitió detectar dudas frecuentes entre los participantes, especialmente relacionadas con el consumo de pan, fruta, lácteos, dulces, aceite de oliva, cenas ligeras, alimentación en personas mayores y control del peso corporal. Estas dudas sirvieron para orientar futuras consultas y reforzar los contenidos trabajados en los seguimientos individuales.



Figura 8. Charla de alimentación saludable

Ficha resumen de la actividad

Participantes: 15 personas, principalmente población adulta y mayor, resolver dudas frecuentes y fomentar cambios sencillos en la alimentación diaria.

Objetivos: Mejorar los conocimientos sobre alimentación y salud.

Desarrollo: se realizó una charla participativa basada en preguntas y respuestas sobre mitos alimentarios, organización de comidas y elección de alimentos saludables.

Resultados observados: se observó buena participación, interés por los contenidos y planteamiento de dudas relacionadas con pan, fruta, dulces, cenas y control del peso.

Valoración: la actividad fue bien acogida y permitió detectar temas de interés para futuras consultas y talleres.

10.3. Taller de repostería saludable y etiquetado

El taller de repostería saludable se diseñó como una actividad práctica centrada en mostrar alternativas al consumo habitual de azúcar refinado y productos de repostería ultraprocesados. La finalidad principal fue demostrar que es posible elaborar preparaciones dulces más saludables, agradables al paladar y fáciles de realizar en casa.

Durante el taller se explicó la diferencia entre el azúcar refinado, los azúcares añadidos y los azúcares naturalmente presentes en los alimentos. También se abordó la importancia de moderar el consumo de productos dulces y de mejorar la calidad nutricional de las recetas caseras mediante el uso de ingredientes más interesantes desde el punto de vista nutricional.

Entre las alternativas propuestas para endulzar se incluyeron frutas maduras como plátano o manzana, dátiles en pequeñas cantidades, canela, cacao puro y otros ingredientes que permiten aportar sabor sin depender exclusivamente del azúcar blanco. Asimismo, se explicó la diferencia entre harinas refinadas y harinas integrales o alternativas, como la harina de avena, destacando el papel de la fibra y la saciedad.

Como parte práctica de la actividad, se presentaron recetas sencillas de repostería saludable, pensadas para poder elaborarse en casa con ingredientes accesibles. Entre ellas se incluyeron un bizcocho de manzana con avena, un brownie de chocolate y plátano y un bizcocho de coco. Estas recetas se caracterizaron por utilizar fruta, huevo, yogur natural, cacao puro, avena, coco o chocolate negro, reduciendo la presencia de azúcar refinado y mejorando la calidad de los ingredientes.

La degustación de las recetas permitió que los participantes comprobaran de forma directa que una preparación dulce puede mantener buen sabor y textura sin necesidad de recurrir a productos comerciales de baja calidad nutricional. Tras la degustación, se abrió un espacio de debate para conocer la opinión de los asistentes, resolver dudas y valorar si repetirían estas recetas en casa.

Dentro de esta misma línea, también se trabajó el etiquetado nutricional como herramienta para mejorar la elección de alimentos. Se explicó de forma sencilla cómo leer la lista de ingredientes, identificar azúcares añadidos, valorar el orden de aparición de los ingredientes y diferenciar entre un producto realmente saludable y uno que solo utiliza reclamos publicitarios. Este contenido resultó especialmente útil para analizar productos de consumo habitual como galletas, cereales, yogures, bizcochos comerciales, bebidas vegetales, panes envasados o productos “sin azúcar”.

El objetivo final del taller no fue eliminar por completo el consumo de dulces, sino ofrecer herramientas para tomar decisiones más conscientes y mejorar la calidad de las preparaciones habituales.

Las Figuras 9-13 recogen distintos momentos del desarrollo del taller de repostería saludable y etiquetado nutricional.





Figuras 9-13. Desarrollo de talleres

Ficha resumen de la actividad

Participantes: Tiena 9 y Colomera 15.

Objetivos: Ofrecer alternativas más saludables de consumo o elaboración y mejorar la comprensión del etiquetado nutricional.

Desarrollo: - La actividad comenzó con una introducción teórica breve.

- Posteriormente se realizó una dinámica participativa.
- Se explicaron ejemplos prácticos adaptados a la vida cotidiana.
- Se resolvieron dudas de los asistentes.
- La sesión finalizó con una degustación / puesta en común / actividad práctica.

Resultados observados: Se identificó necesidad de seguir trabajando este tema en futuras actividades y se observó una buena participación e interés por parte de los asistentes.

Valoración: Se considera recomendable repetir actividades similares en el futuro.

10.4. Actividades intergeneracionales

Dentro de las actividades comunitarias desarrolladas durante el proyecto, destaca el Encuentro Intergeneracional Tierra de Aguas 2025, celebrado en Játar bajo el lema “Somos lo que sembramos y lo que comemos”. Esta actividad tuvo como objetivo principal favorecer la convivencia entre diferentes generaciones, poniendo en valor la alimentación, el territorio, la cultura rural y el intercambio de conocimientos entre personas mayores, niños, niñas, familias y población general.

El encuentro se planteó como una jornada completa de carácter participativo, combinando actividades físicas, culturales, gastronómicas y lúdicas. Entre las actividades programadas se incluyó una ruta de senderismo entre huertas hasta el Nacimiento, con el objetivo de conectar a los participantes con el entorno natural y agrícola del territorio. Esta actividad permitió relacionar la alimentación con el origen de los alimentos, la importancia de la producción local y el valor del medio rural como espacio de salud y bienestar.

También se realizó una visita al Museo de las Setas y al mercado de productos agroalimentarios, donde se puso en valor el producto local, la temporada, la tradición alimentaria y la economía de proximidad. Estas actividades permitieron reforzar la idea de que una alimentación saludable no depende solo de las elecciones individuales, sino también del entorno, del acceso a alimentos frescos y de la relación con los productores del territorio.

Las recetas fueron: tapenade de aceitunas que se preparó a partir de aceitunas rellenas de pimiento, anacardos, ajo, cebollino o parte verde de la cebolleta y aceite de oliva, hasta conseguir una textura

cremosa. Esta elaboración permitió poner en valor alimentos propios de la dieta mediterránea, como las aceitunas y el aceite de oliva, junto con frutos secos como los anacardos. Se presentó como una alternativa a patés comerciales o untables ultraprocesados, ofreciendo una opción más sencilla, vegetal y elaborada con ingredientes reconocibles.

Y un smoothie de fresa y yogur, una preparación cremosa y refrescante realizada con fresas, yogur natural, plátano maduro, leche o bebida vegetal, y opcionalmente avena, canela o miel. Esta receta permitió trabajar el consumo de fruta de temporada y lácteos naturales, ofreciendo una alternativa saludable para meriendas, desayunos o postres. Además, se explicó que el dulzor puede obtenerse a partir de la fruta madura, reduciendo la necesidad de añadir azúcar.

La jornada incluyó además una actividad tipo MasterChef, en la que se elaboraron dos recetas in situ, favoreciendo la participación activa y el aprendizaje práctico en torno a la cocina saludable. Junto a ello, se organizó una rifa intergeneracional-colaborativa, entrega de regalos, homenaje a las personas mayores y a los niños o niñas que más se habían relacionado con sus mayores, un almuerzo comunitario ofrecido por La Comanda Rural y una verbena intergeneracional.

Desde el punto de vista de la educación nutricional, este encuentro permitió trabajar la alimentación de una forma amplia, conectando salud, territorio, producto local, actividad física, convivencia y cultura alimentaria. Además, favoreció la transmisión de conocimientos entre generaciones, especialmente en torno a recetas tradicionales, formas de cocinar, productos del entorno y hábitos de vida saludables.



**Somos lo que
sembramos
y lo que
comemos**

**ENCUENTRO
INTERGENERACIONAL
TIERRA DE AGUAS 2025**

**VIERNES
27 DE JUNIO
JÁJAR**
Desde la Plaza
hasta el Merendero
del Nacimiento
De 10.30h a 16.30h

- Senderismo entre huertas hasta el Nacimiento
- Visita al Museo de las setas
- Visita al mercado de productos agroalimentarios
- Master Chef (Elaboración de 2 recetas in situ)
- Rifa intergeneracional-colaborativa y entrega de regalos
- Homenaje a los más mayores, y al niño o niña que más se haya relacionado con sus mayores
- Almuerzo "La Comanda rural"
- Verbena intergeneracional

Servicio de autobuses desde cada pueblo.
Destinado a personas usuarias de "La Comanda rural", y personas mayores acompañadas por nietos-as y familiares.
Inscripción gratuita hasta completar aforo en Guadalinfo, La Comanda rural, a través de la trabajadora social de tu ayuntamiento, o en el siguiente enlace:
[https://www.guadalinfo.es/intergeneracional](#)

Solo se pide un regalo simbólico para la rifa colaborativa.

Participación:    





Figuras 14-18. Desarrollo de actividad

10.5 Desayuno Nazari



Figura 19. Desarrollo Desayuno Nazari

Dentro de las actividades planteadas por La Comanda Rural durante el periodo de prácticas, se participó en la presentación del proyecto “Desayuno Nazarí”, una propuesta gastronómica, cultural y saludable vinculada al Valle de Lecrín y a la Ruta de Boabdil. Esta actividad se desarrolló con el objetivo de poner en valor la alimentación tradicional del Reino Nazarí de Granada, adaptándola al contexto actual desde una perspectiva nutricional, territorial y de promoción del producto local.

La propuesta no se planteó únicamente como un desayuno, sino como una experiencia gastronómica basada en la historia, la identidad del territorio y la alimentación saludable. Desde La Comanda Rural se trabajó la idea de recuperar preparaciones inspiradas en la cocina doméstica nazarí, utilizando alimentos sencillos, naturales y vinculados al entorno, evitando productos ultraprocesados y apostando por ingredientes de temporada y kilómetro cero.

Durante la actividad se presentaron diferentes propuestas de desayuno elaboradas a partir de alimentos característicos de la gastronomía nazarí y del territorio. Entre los ingredientes principales destacaron el pan y los cereales como fuente de energía, el aceite de oliva como grasa saludable, los frutos secos, las frutas y hortalizas de temporada, los lácteos frescos, los huevos, la miel, los dátiles, las castañas, las especias y las hierbas aromáticas. Estos alimentos permitieron mostrar un modelo de desayuno equilibrado, nutritivo y relacionado con la tradición gastronómica local.

Los platos presentados buscaban combinar sabores dulces y salados, respetando la esencia de la alimentación nazarí y adaptándola a las necesidades actuales. Se propusieron elaboraciones sencillas, con alimentos de calidad, orientadas a ofrecer una alternativa diferente al desayuno convencional, con mayor valor cultural y nutricional. Además, se destacó la importancia de que este tipo de propuestas pudieran ser incorporadas por establecimientos hosteleros del territorio como una forma de diferenciarse, impulsar la economía local y actuar como embajadores gastronómicos y culturales del Valle de Lecrín.

Desde el punto de vista nutricional, esta actividad permitió relacionar la alimentación saludable con el patrimonio histórico y el desarrollo rural. El Desayuno Nazarí puso de manifiesto que la nutrición no solo puede abordarse desde la consulta individual, sino también desde proyectos comunitarios que conectan salud, cultura, turismo, producto local y sostenibilidad. Por ello, la actividad resultó de interés dentro del proyecto de prácticas, al mostrar cómo la educación alimentaria puede integrarse en iniciativas más amplias de dinamización territorial.



Figuras 20-26. Imágenes del desayuno Nazarí

11. Resultados

11.1. Resultados de la consulta nutricional

- Motivos de consulta

El motivo de consulta predominante fue la mejora de la alimentación y de los hábitos alimentarios, expresado en 30 casos, lo que representa el 85,7 % de las personas analizadas.

La pérdida de peso o de grasa corporal fue el segundo objetivo más frecuente, identificado en 25 personas (71,4 %). En la mayoría de los casos, ambos objetivos aparecieron conjuntamente, de manera que la pérdida de peso no se planteó de forma aislada, sino vinculada con la adquisición de hábitos más saludables, la organización de las comidas y la mejora de la composición corporal.

También se identificaron objetivos menos frecuentes, pero relevantes desde el punto de vista nutricional. Una persona acudió con el objetivo de aumentar de peso y mejorar su alimentación en relación con la práctica deportiva, mientras que otras consultas estuvieron motivadas por la necesidad de mejorar la ingesta, prevenir una alimentación insuficiente, adaptar la alimentación a alteraciones digestivas o recibir educación nutricional relacionada con osteoporosis, anemia, hígado graso, hipertensión o hipercolesterolemia.

- Principales necesidades nutricionales detectadas

El análisis de las consultas iniciales mostró que una de las dificultades más frecuentes era la irregularidad en la distribución de las comidas. Se observaron desayunos insuficientes o ausentes, omisión habitual de la media mañana o la merienda y cenas poco completas, compuestas en algunos casos únicamente por fruta, yogur, leche, cereales o pequeñas cantidades de otros alimentos.

También se detectaron periodos prolongados sin comer, especialmente por horarios laborales, falta de planificación o ausencia de apetito. En algunos casos, esta situación favorecía llegar a la comida principal con mayor hambre o recurrir posteriormente a alimentos más energéticos.

Otra necesidad frecuente fue mejorar la calidad de las cenas. Aunque algunas personas realizaban comidas principales relativamente equilibradas, era habitual que por la noche consumieran únicamente fruta, yogur, un bocadillo, embutidos o los alimentos disponibles en ese momento. Por ello, una parte importante de la intervención se centró en incorporar verduras, proteínas e hidratos de carbono en cantidades adaptadas a cada persona.

Además, se observó un consumo frecuente de:

- Azúcar, sacarina y otros edulcorantes.
- Cacao soluble azucarado.
- Refrescos y bebidas energéticas.
- Galletas, bollería, dulces y productos de picoteo.

- Embutidos y cenas de escasa calidad nutricional.

Estas elecciones aparecían principalmente en desayunos, meriendas, fines de semana o situaciones de ansiedad y estrés.

También se identificó una presencia insuficiente o irregular de frutas, verduras, frutos secos, pescado y fuentes proteicas, especialmente en las ingestas intermedias y las cenas.

- Situaciones clínicas observadas

Una proporción importante de las personas atendidas presentaba una o varias patologías o situaciones que requerían adaptar las recomendaciones nutricionales. Entre las más repetidas se encontraron:

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.
- Hipotiroidismo o antecedentes de cirugía tiroidea.
- Artrosis, osteoporosis y limitaciones de movilidad.
- Menopausia o premenopausia.
- Hígado graso.
- Anemia o niveles bajos de hierro.
- Estreñimiento y problemas digestivos.
- Antecedentes de cirugía de vesícula.
- Ansiedad o alteraciones emocionales relacionadas con la alimentación.

También se atendieron casos que requerían especial cautela, como antecedentes de restricción alimentaria, intolerancias digestivas, balón gástrico, obesidad grave o enfermedades cardiovasculares.

- Cambios propuestos durante las consultas

Las intervenciones se basaron en objetivos sencillos, progresivos e individualizados. Los cambios trabajados con mayor frecuencia fueron:

1. Incorporar o mejorar desayuno, media mañana, merienda o cena.
2. Preparar cenas más completas y equilibradas.

3. Aumentar el consumo de fruta, verdura y frutos secos.
4. Aumentar el aporte de proteínas y pescado.
5. Reducir azúcar, sacarina y otros edulcorantes.
6. Reducir refrescos, bebidas energéticas, galletas y bollería.
7. Mejorar la organización de las comidas mediante el método del plato.
8. Aumentar el consumo de agua.
9. Mejorar la actividad física dentro de las posibilidades personales.
10. Adaptar las recomendaciones a patologías y síntomas digestivos.

La herramienta educativa más utilizada fue el método del plato saludable, mediante el cual se explicó una distribución orientativa formada por una mitad de verduras, una cuarta parte de alimentos proteicos y una cuarta parte de hidratos de carbono. Esta estrategia se empleó para mejorar la autonomía de los usuarios y facilitar la planificación sin recurrir a dietas cerradas.

Tabla 3. Cambios observados durante los seguimientos

Cambio observado	Frecuencia aproximada
Mejora de la regularidad o estructura de las comidas	Muy frecuente
Aumento de fruta, verdura o frutos secos	Muy frecuente
Reducción de azúcar, edulcorantes, refrescos o dulces	Frecuente
Mejora de las cenas	Frecuente
Aumento de proteínas o pescado	Frecuente
Aumento del consumo de agua	Frecuente
Mejora de la actividad física	Algunos casos
Mejor comprensión del método del plato	Algunos casos

- Cambios percibidos por los usuarios

Además de los cambios medidos, se registraron mejoras subjetivas relacionadas con el bienestar y la percepción corporal. Varios usuarios indicaron:

- Sentirse menos hinchados o desinflamados.
- Notar la ropa más holgada.
- Poder volver a ponerse prendas que anteriormente no les quedaban.
- Sentirse más ligeros al caminar.
- Percibir mayor fuerza o menor pereza para realizar ejercicio.
- Tener menor hambre al llegar a la comida.
- Sentirse satisfechos al no seguir una dieta restrictiva.

Estas observaciones muestran que la evolución no se valoró exclusivamente mediante el peso, sino también considerando la funcionalidad, la ropa, el bienestar digestivo, la energía y la relación con la alimentación.

- Características generales de las mediciones

Durante el periodo de intervención se registraron un total de 74 valoraciones nutricionales, correspondientes a 31 personas usuarias diferentes. Los registros incluyeron tanto consultas iniciales como mediciones realizadas durante los seguimientos nutricionales.

Considerando el conjunto de las mediciones disponibles, el peso corporal medio fue de $85,96 \pm 22,39$ kg, con valores comprendidos entre 42,80 y 184,00 kg. El índice de masa corporal medio fue de $32,69 \pm 6,97$ kg/m², con un mínimo de 18,80 kg/m² y un máximo de 58,07 kg/m².

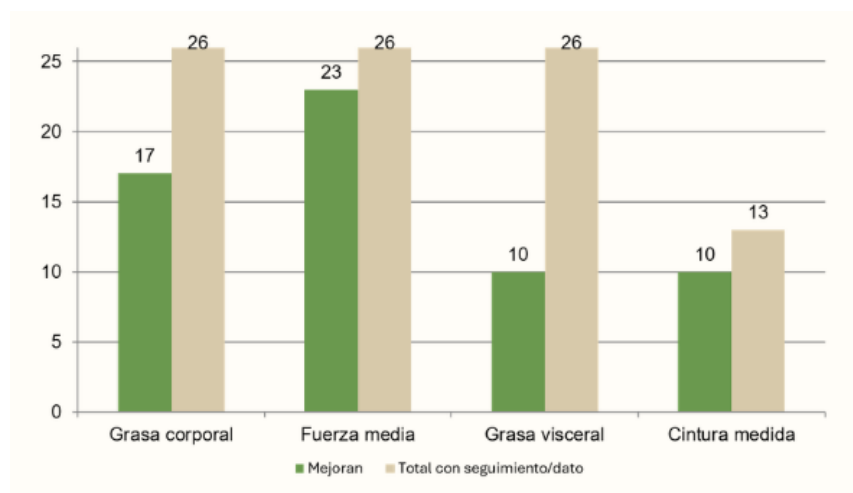


Gráfico 1. Resultados de la bioimpedancia y circunferencias.

La grasa corporal media fue del $40,29 \pm 10,26$ %, mientras que el porcentaje medio de masa muscular fue del $45,61 \pm 5,53$ %. La grasa visceral presentó un valor medio de $14,18 \pm 5,17$, con valores comprendidos entre 2 y 26.

En relación con la fuerza de prensión manual, la fuerza media fue de $21,32 \pm 7,19$ kg. La dinamometría de la mano izquierda presentó una media de $20,27 \pm 7,31$ kg y la de la mano derecha de $22,06 \pm 7,89$ kg.

Las mediciones de perímetros estuvieron disponibles en un menor número de registros. El perímetro medio del brazo fue de $35,94 \pm 4,00$ cm y el perímetro medio de cintura fue de $95,23 \pm 12,18$ cm. El índice cintura-cadera presentó una media de $0,82 \pm 0,06$.

Tabla 4. Características antropométricas, de composición corporal y fuerza registradas durante las consultas.

Variable	N (nº de medidas)	Media $\pm$ DE	Mínimo	Máximo
Peso, kg	74	$85,96 \pm 22,39$	42,80	184,00
IMC, kg/m^2	74	$32,69 \pm 6,97$	18,80	58,07
Grasa corporal, %	72	$40,29 \pm 10,26$	14,70	60,40
Masa muscular, %	72	$45,61 \pm 5,53$	32,87	62,24
Grasa visceral	72	$14,18 \pm 5,17$	2,00	26,00
Fuerza media, kg	73	$21,32 \pm 7,19$	6,85	45,65
Perímetro del brazo, cm	45	$35,94 \pm 4,00$	24,00	44,00
Perímetro de cintura, cm	45	$95,23 \pm 12,18$	61,00	122,00
Índice cintura-cadera	44	$0,82 \pm 0,06$	0,69	0,97

- Estado nutricional según el IMC

La categoría de IMC más frecuente fue la obesidad de grado I, con 25 registros, lo que representó el 33,8 % del total. A continuación, se situaron el sobrepeso, con 17 registros (23,0 %), y la obesidad de grado II, con 14 registros (18,9 %). Tanto el normopeso como la obesidad de grado III representaron 9 registros cada uno (12,2 %). No se observaron registros clasificados como bajo peso.

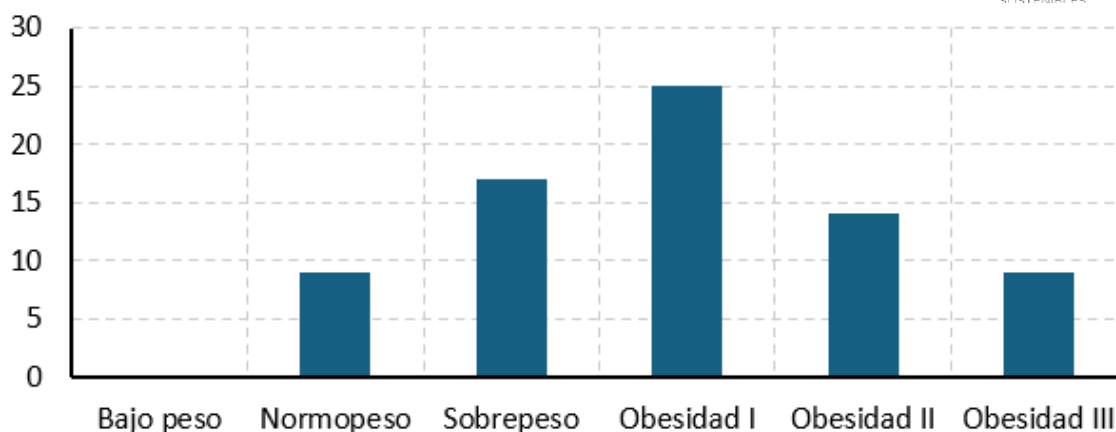


Gráfico 2. Distribución de los registros nutricionales según la categoría de IMC.

Evolución de las 26 personas con más de una visita registrada.

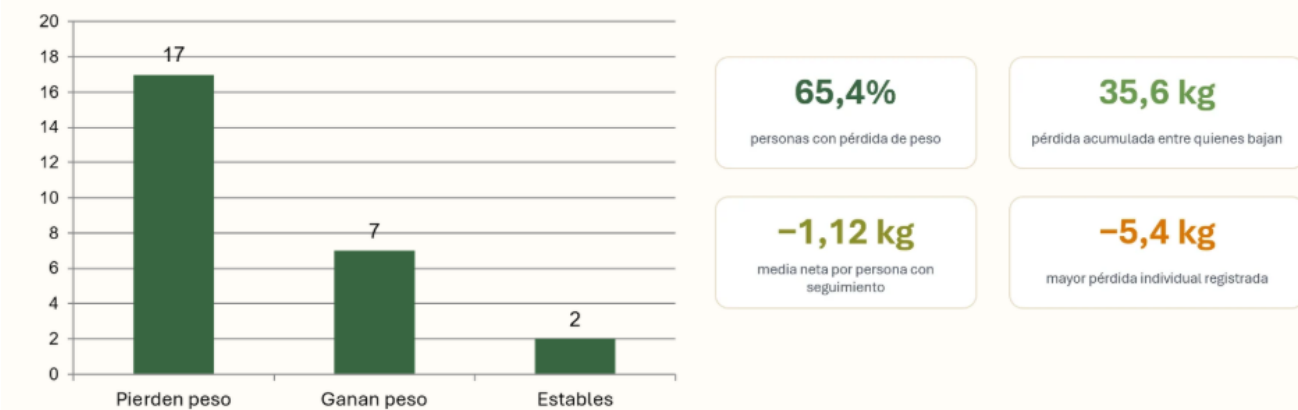


Gráfico 3. Evolución del peso en personas con más de una visita registrada.

En la figura se muestra la evolución del peso en las 26 personas que contaron con más de una visita registrada. De ellas, 17 personas presentaron pérdida de peso durante el seguimiento, lo que representa el 65,4% del total. Por otro lado, 7 personas aumentaron de peso y 2 se mantuvieron estables.

Entre las personas que redujeron peso, la pérdida acumulada fue de 35,6 kg, con una media neta de -1,12 kg por persona con seguimiento. La mayor pérdida individual registrada fue de -5,4 kg. Estos datos indican una evolución favorable en una parte importante de los usuarios, aunque deben interpretarse con cautela, ya que el número de seguimientos no fue igual en todas las personas y el objetivo de la intervención no se centró únicamente en la pérdida de peso, sino también en la mejora de hábitos, la composición corporal y el bienestar general.

11.2. Resultados de las encuestas del servicio nutricional

La encuesta final del servicio refleja una valoración muy positiva por parte de las personas participantes. El 100% de los encuestados consideró que su alimentación había mejorado desde que acudía al servicio nutricional, el 100% indicó seguir más una dieta mediterránea y el 100% recomendaría el servicio a su entorno. Además, el 96,2% afirmó leer las etiquetas nutricionales con mayor frecuencia o al menos en algunas ocasiones, lo que sugiere una mejora en la conciencia alimentaria y en la capacidad para elegir productos de forma más informada.

El perfil de participantes mostró una edad media de 50,7 años, con predominio de mujeres, que representaron el 84,6% de la muestra. En cuanto al municipio, el 73,1% de las respuestas procedió de Colomera y el 26,9% de Tiena. Estos datos muestran una mayor participación femenina y una mayor representación de Colomera en la encuesta final.

En relación con los cambios percibidos, el 100% de las personas encuestadas indicó haber observado cambios en su composición corporal y consideró que su salud había mejorado. Además, el 92,3% refirió mejoría de síntomas, lo que refuerza la percepción positiva del acompañamiento nutricional. En las valoraciones de 1 a 5, destacó especialmente la confianza en la profesional, con una puntuación máxima de 5/5, seguida de la motivación para cambiar hábitos, el consumo de alimentos saludables y la percepción de salud general.

En conjunto, estos resultados indican una alta satisfacción con el servicio nutricional y sugieren que la intervención fue útil no solo para mejorar hábitos alimentarios, sino también para aumentar la motivación, la confianza y la percepción de bienestar de los participantes.

12. Discusión

La intervención desarrollada en Colomera y Tiena permitió acercar la educación nutricional a un contexto rural mediante un modelo de atención comunitaria basado en consultas individuales, seguimientos nutricionales, encuestas de hábitos alimentarios y actividades grupales. En conjunto, el proyecto respondió a una necesidad real del territorio: disponer de un servicio cercano, accesible y adaptado a la población, especialmente en un entorno rural donde el envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas y la menor disponibilidad de recursos especializados pueden dificultar el acceso a una orientación nutricional continuada.

De forma general, puede considerarse que los objetivos planteados se alcanzaron de manera satisfactoria. Se realizó una caracterización del contexto territorial, se organizó una consulta nutricional comunitaria, se recogieron datos antropométricos y de composición corporal, se analizaron motivos de consulta y necesidades nutricionales, se aplicaron encuestas de valoración y frecuencia de consumo, y se desarrollaron actividades educativas dirigidas a la población. Además, el proyecto permitió elaborar una propuesta de continuidad mediante una oficina nutricional municipal itinerante, lo que refuerza su utilidad práctica más allá del periodo de prácticas.

Uno de los principales hallazgos fue que la demanda de la población no se centró exclusivamente en la pérdida de peso, aunque esta fue uno de los motivos más frecuentes. La mejora de la alimentación y de los hábitos alimentarios apareció como el objetivo predominante, seguida de la pérdida de peso o grasa corporal. Esto indica que las personas atendidas no solo buscaban modificar su peso, sino también aprender a organizar mejor sus comidas, mejorar la calidad de la dieta y adaptar la alimentación a su situación personal. Esta observación coincide con el enfoque actual de la educación alimentaria, que no debe limitarse a la transmisión de información, sino favorecer habilidades prácticas, autonomía y toma de decisiones en la vida diaria [3,11].

Los resultados muestran que muchas de las necesidades detectadas estaban relacionadas con hábitos cotidianos poco estructurados, como desayunos insuficientes, ausencia de media mañana o merienda, cenas poco completas, bajo consumo de agua, consumo frecuente de dulces, refrescos, edulcorantes o productos ultraprocesados, y dificultad para mantener cambios durante fines de semana o eventos sociales. Estos patrones son relevantes porque la evidencia actual relaciona una mayor exposición a productos ultraprocesados con peor calidad de la dieta y con mayor riesgo de distintos resultados adversos en salud, como obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y mortalidad general [2]. Por ello, las recomendaciones centradas en reducir refrescos, dulces, bollería y productos de baja calidad nutricional están justificadas desde una perspectiva preventiva.

La intervención también puso de manifiesto la importancia de trabajar desde un enfoque educativo y no restrictivo. En las consultas no se entregaron dietas cerradas como única herramienta, sino que se priorizaron recomendaciones progresivas, adaptadas a cada persona y orientadas a mejorar la autonomía. Este planteamiento se relaciona con el Proceso de Atención Nutricional, que estructura la intervención en valoración, diagnóstico nutricional, intervención y seguimiento [10]. En este proyecto, dicho proceso se aplicó de forma práctica mediante la anamnesis, la recogida de hábitos, la valoración corporal, el establecimiento de objetivos y los seguimientos posteriores.

La evolución observada en los seguimientos sugiere que este modelo de acompañamiento fue útil para introducir cambios en la vida diaria. Entre los cambios más repetidos destacaron la mejora de la regularidad de las comidas, la incorporación de fruta, verdura o frutos secos, la reducción de azúcar, edulcorantes, refrescos o dulces, la mejora de las cenas, el aumento de proteínas o pescado y la mayor comprensión del método del plato. Estos resultados son coherentes con la literatura sobre alfabetización alimentaria, que señala que las intervenciones dirigidas a mejorar habilidades de planificación, selección, preparación y consumo de alimentos pueden favorecer conductas alimentarias más saludables, especialmente cuando son prácticas y adaptadas al contexto [11,12].

Además de los cambios alimentarios, se observaron mejoras subjetivas relacionadas con el bienestar, como menor hinchazón, mejor ajuste de la ropa, mayor ligereza al caminar, más energía y satisfacción por no seguir una dieta restrictiva. Aunque estos datos deben interpretarse con cautela, al proceder de registros cualitativos y no de instrumentos validados, resultan importantes porque reflejan que la intervención no fue percibida únicamente como un proceso de control de peso, sino como una mejora global de hábitos y bienestar. En el cambio de conducta alimentaria, la percepción de utilidad, la motivación y la aplicabilidad práctica son factores relevantes para favorecer la adherencia a largo plazo [11].

En relación con los resultados antropométricos y de composición corporal, el proyecto permitió registrar 74 valoraciones nutricionales, incluyendo datos de peso, IMC, grasa corporal, masa muscular, grasa visceral, fuerza y perímetros. El IMC medio se situó en rango de obesidad, y la categoría más frecuente fue la obesidad grado I, seguida del sobrepeso y la obesidad grado II. Estos resultados reflejan la presencia de exceso de peso en una parte importante de los registros, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas y de educación nutricional en el territorio. No obstante, es importante señalar que el análisis se basa en registros de consulta y no necesariamente en personas únicas, por lo que los resultados deben interpretarse como una descripción del servicio y no como una estimación epidemiológica de la población general.

El uso de bioimpedancia fue una herramienta útil dentro de la consulta, ya que permitió explicar la composición corporal de forma más visual y diferenciar entre peso, grasa corporal, masa muscular y grasa visceral. Esta explicación resultó especialmente relevante en personas cuyo objetivo era “perder peso”, ya que permitió desplazar el foco hacia la mejora de la composición corporal y el mantenimiento de la masa muscular. La literatura actual reconoce la utilidad de las técnicas de composición corporal como complemento de la valoración nutricional, aunque también advierte que la bioimpedancia debe interpretarse con prudencia, teniendo en cuenta factores como hidratación, ingesta reciente, ejercicio previo y tipo de dispositivo [14,15].

En población adulta y mayor, este aspecto cobra especial importancia. La pérdida de peso no siempre debe considerarse positiva si se acompaña de pérdida de masa muscular, especialmente en personas mayores o con riesgo de fragilidad. Las guías ESPEN destacan la importancia de prevenir la malnutrición y la deshidratación en geriatría, así como de valorar la funcionalidad y el riesgo de pérdida de masa muscular [4]. Por tanto, el uso de bioimpedancia y dinamometría dentro del

proyecto permitió orientar la educación nutricional no solo hacia la reducción de grasa, sino también hacia el mantenimiento de la fuerza, la funcionalidad y la autonomía.

Los resultados de las encuestas finales refuerzan la buena aceptación del servicio. En las respuestas recogidas, la mayoría de participantes declaró haber incorporado nuevas comidas o colaciones, considerar que su alimentación había mejorado, seguir más un patrón de dieta mediterránea y recomendar el servicio nutricional a su entorno. También se observó una valoración positiva de la confianza en la profesional, la facilidad para comer saludable, la frecuencia de cocinar en casa y la percepción de mejora del estado de salud. Estos resultados son relevantes porque muestran que la intervención fue aceptada por la población y que el formato de acompañamiento cercano puede ser adecuado en municipios rurales.

No obstante, la lectura de etiquetas nutricionales mostró una respuesta más heterogénea, con personas que indicaron leerlas con mayor frecuencia, otras que lo hacían solo a veces y una minoría que no había incorporado este hábito. Este resultado sugiere que el etiquetado nutricional es un contenido útil, pero que requiere más tiempo, repetición y práctica. En este sentido, los talleres de etiquetado y repostería saludable fueron adecuados, ya que permitieron trabajar productos concretos y ejemplos cotidianos. La evidencia sobre alfabetización alimentaria indica que las intervenciones que incluyen habilidades prácticas, como planificar, preparar alimentos y comprender información alimentaria, pueden mejorar la capacidad de las personas para tomar decisiones saludables [11,12].

Las actividades comunitarias también representaron una parte relevante del proyecto. El taller de repostería saludable obtuvo una valoración muy positiva: el 100 % de las personas encuestadas indicó que le había gustado el taller, la mayoría comprendió bien las explicaciones sobre el azúcar y sus alternativas, y una parte importante manifestó que podría realizar alguna de las recetas en casa. Estos datos sugieren que el formato práctico y participativo favoreció el aprendizaje y la aceptación de alternativas saludables. Además, los comentarios cualitativos recogidos reflejan interés por repetir talleres similares, ampliar contenidos y mantener la presencia de la nutricionista.

El papel del dietista-nutricionista en el proyecto fue, por tanto, doble. Por un lado, actuó como profesional de referencia en la consulta individual, realizando valoración nutricional, educación alimentaria y seguimiento personalizado. Por otro lado, participó como agente comunitario mediante talleres, actividades grupales, análisis de resultados y propuesta de continuidad. Esta función coincide con los estándares profesionales de nutrición comunitaria, que destacan la participación del dietista-nutricionista en programas de salud pública, evaluación de necesidades, diseño de intervenciones, educación alimentaria y seguimiento de resultados [7]. También coincide con la posición de la Academy of Nutrition and Dietetics, que reconoce el papel de la nutrición en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas desde un enfoque que considere factores individuales, sociales y ambientales [6].

Una fortaleza importante del proyecto fue su adaptación al territorio. La intervención se desarrolló en municipios rurales, utilizando espacios de proximidad y generando una relación cercana con la

población. Esta cercanía facilitó la participación y permitió conocer mejor las necesidades reales de los usuarios. Además, el proyecto no se limitó a una única estrategia, sino que combinó consultas, seguimientos, encuestas, talleres, actividades intergeneracionales y propuesta de viabilidad. Esta combinación permitió actuar tanto a nivel individual como comunitario.

Otra fortaleza fue el enfoque práctico de la educación nutricional. Las recomendaciones se centraron en cambios sencillos y aplicables, como mejorar las cenas, incorporar fruta o frutos secos, reducir refrescos, organizar comidas, aumentar proteínas o utilizar el método del plato. Esta orientación resulta adecuada porque el cambio de hábitos requiere propuestas realistas y adaptadas al contexto. En municipios rurales, donde la alimentación está vinculada a tradiciones, horarios, familia y recursos disponibles, las intervenciones rígidas o alejadas de la vida cotidiana pueden tener menor adherencia.

También debe destacarse la utilidad de la recogida de datos. Aunque el proyecto se desarrolló en un contexto de prácticas, se recopilaron registros de consulta, mediciones antropométricas, datos de composición corporal, encuestas y cuestionarios de satisfacción. Esto permitió no solo intervenir, sino también analizar resultados y justificar la necesidad de continuidad del servicio. Esta dimensión evaluativa es especialmente importante si se pretende transformar una experiencia de prácticas en una propuesta municipal o comarcal estable.

Sin embargo, el proyecto presenta limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral fue reducido y no permite generalizar los resultados al conjunto de la población de Colomera, Tiena o Montes Occidentales. En segundo lugar, el número de seguimientos no fue igual para todas las personas, por lo que la evolución no puede compararse de manera homogénea. En tercer lugar, algunos datos proceden de registros cualitativos de consulta, por lo que existen diferencias en la cantidad y precisión de la información disponible en cada caso.

También debe considerarse la ausencia de un grupo control y de un diseño experimental. El proyecto tuvo un carácter descriptivo, comunitario y formativo, por lo que no puede establecer causalidad entre la intervención y todos los cambios observados. Los cambios de peso, composición corporal o hábitos pueden estar influidos por otros factores, como motivación personal, cambios familiares, actividad física, estado de salud o momento del año. Aun así, los resultados descriptivos son útiles para valorar la aceptación del servicio, identificar necesidades y orientar futuras intervenciones.

Otra limitación se relaciona con las encuestas. Aunque aportaron información valiosa sobre percepción, satisfacción y cambios subjetivos, se basaron en respuestas autodeclaradas. Este tipo de datos puede estar influido por sesgo de deseabilidad social, recuerdo impreciso o tendencia a responder de forma positiva cuando existe buena relación con la profesional. Por ello, en futuras ediciones sería recomendable combinar cuestionarios de satisfacción con instrumentos más estructurados para evaluar adherencia a dieta mediterránea, calidad de dieta, actividad física o riesgo nutricional.

En cuanto a las implicaciones prácticas, los resultados apoyan la continuidad de un servicio nutricional comunitario en el territorio. La demanda observada, la buena aceptación del servicio, la participación en talleres y los cambios percibidos por los usuarios sugieren que la figura del dietista-nutricionista puede aportar valor dentro del ecosistema de cuidados de Montes Occidentales. Su incorporación permitiría reforzar la prevención, mejorar la educación alimentaria y acompañar a personas con patologías crónicas o necesidades nutricionales específicas.

También sería conveniente reforzar la coordinación con otros recursos del territorio, como ayuntamientos, centros de salud, farmacias, servicios sociales, asociaciones de mayores y entidades educativas. Esta coordinación permitiría detectar personas con mayor necesidad de apoyo, derivar casos que requieran atención sanitaria específica y organizar actividades comunitarias más estables. En el medio rural, la colaboración entre recursos es clave para que las intervenciones no dependan únicamente de acciones puntuales.

Otra línea futura sería ampliar los talleres según las necesidades detectadas. Los resultados del proyecto sugieren interés por temas como etiquetado nutricional, repostería saludable, cenas sencillas, alimentación en menopausia, hipertensión, colesterol, estreñimiento, pérdida de grasa, alimentación en personas mayores, proteína y fuerza, compra saludable y menú semanal. Estos contenidos podrían organizarse en un programa trimestral o semestral, combinando sesiones teóricas, dinámicas participativas y materiales prácticos.

Finalmente, sería recomendable mantener una evaluación periódica del servicio mediante informes anónimos para los ayuntamientos. Estos informes podrían incluir número de usuarios, perfiles atendidos, motivos de consulta, número de seguimientos, asistencia a talleres, satisfacción, necesidades detectadas y propuestas de mejora. De esta forma, el servicio podría justificar su continuidad, adaptarse a la demanda real y consolidarse como una herramienta de salud comunitaria en el territorio.

En conclusión, la intervención desarrollada en Colomera y Tiena muestra que la educación nutricional comunitaria puede ser una herramienta útil, aceptada y necesaria en el medio rural. Los resultados obtenidos reflejan una demanda de acompañamiento nutricional, una buena respuesta de la población y cambios positivos en hábitos, percepción de salud y participación comunitaria. Aunque el proyecto presenta limitaciones metodológicas propias de una experiencia de prácticas, aporta información relevante para justificar la continuidad de una consulta nutricional municipal itinerante y para reforzar el papel del dietista-nutricionista como agente de prevención, educación y cuidado en Montes Occidentales.

13. Estudio de viabilidad económico-financiera de la consulta nutricional

El presente apartado analiza la viabilidad organizativa y económica de implantar un Servicio Nutricional Municipal en Colomera y Tiena/Moclín, con posibilidad de adaptación a otros municipios del territorio. La propuesta se plantea como una Oficina Nutricional Municipal Itinerante, basada en la atención individual y familiar, el seguimiento educativo, la realización de talleres comunitarios y la evaluación periódica del servicio.

La finalidad principal es acercar la educación alimentaria y la promoción de la salud a la población rural, evitando desplazamientos a núcleos urbanos de mayor tamaño y ofreciendo un servicio profesional, accesible y adaptado a las características del territorio. No se plantea como una consulta centrada exclusivamente en dietas, sino como un recurso de prevención, acompañamiento, educación nutricional y mejora de hábitos.

El servicio estaría dirigido a población general, personas mayores, familias, niños, adolescentes y personas con patologías crónicas diagnosticadas que requieran educación alimentaria complementaria al seguimiento médico. Entre los ámbitos de intervención se incluyen la mejora de hábitos, la pérdida de grasa, la ganancia o mantenimiento de masa muscular, la prevención de sarcopenia, la hidratación, el estreñimiento, la organización de comidas, la alimentación familiar y el acompañamiento nutricional en hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia o problemas digestivos.

Para valorar su viabilidad se han considerado los recursos materiales y humanos necesarios, la organización de las consultas, las modalidades de contratación, las tarifas profesionales y el presupuesto independiente de los talleres.

13.1. Recursos necesarios

La implantación del servicio no requeriría una infraestructura compleja, ya que podría desarrollarse en espacios municipales disponibles. El Ayuntamiento tendría que facilitar un espacio privado que garantizara la confidencialidad de las consultas y unas condiciones mínimas de comodidad y seguridad.

El principal recurso humano sería una dietista-nutricionista titulada, responsable de la valoración nutricional, el seguimiento, la educación alimentaria, la preparación de materiales, la realización de talleres y la elaboración de informes de actividad. También sería conveniente disponer de una persona de referencia dentro del Ayuntamiento para colaborar en la difusión, inscripción de participantes, organización de citas y coordinación con otros recursos locales.

Tabla 5. Recursos necesarios para el funcionamiento del servicio

Tipo de recurso	Recurso necesario
Espacio	Despacho privado con mesa, sillas, enchufe y condiciones de confidencialidad
Sala comunitaria	Espacio para talleres, con sillas y pantalla o proyector cuando sea posible
Material antropométrico	Báscula de bioimpedancia, tallímetro, cinta métrica y dinamómetro
Material tecnológico	Ordenador portátil o tableta para registro y seguimiento
Material educativo	Fichas, recetas, recomendaciones, presentaciones y material visual
Gestión de citas	Inscripciones, calendario y comunicación con usuarios
Difusión	Cartelería, redes sociales, asociaciones, centros de salud y centros de mayores
Registro y evaluación	Recogida de datos, informes anónimos y valoración del servicio
Material de talleres	Ingredientes, productos demostrativos y material impreso

Los desplazamientos entre municipios, el uso de vehículo propio, los materiales impresos y los ingredientes utilizados en talleres deberían presupuestarse de forma independiente cuando proceda.

13.2. Organización del servicio

El servicio se organizaría mediante consultas presenciales programadas y actividades comunitarias. La consulta inicial tendría una duración aproximada de 55 a 60 minutos, mientras que los seguimientos individuales se desarrollarían en sesiones de 35 a 40 minutos. Las consultas de pareja o familia tendrían una duración aproximada de 60 minutos.

Tabla 6. Organización de las consultas

Tipo de sesión	Duración recomendada	Contenido principal	Resultado para la persona usuaria
Primera consulta individual	55-60 min	Entrevista completa, valoración inicial, objetivos y primeras pautas.	Plan de actuación inicial y recomendaciones personalizadas.
Seguimiento individual	35-40 min	Revisión, reajuste, dudas y educación nutricional práctica.	Mejora progresiva de hábitos y adherencia.
Consulta de pareja/familia	60 min	Valoración de hábitos compartidos, organización de compras y comidas.	Objetivos comunes y pautas familiares realistas.

Durante la primera consulta se realizaría una entrevista dietética y de hábitos, recogida de antecedentes relevantes, valoración antropométrica y de composición corporal cuando fuera posible, establecimiento de objetivos y educación nutricional inicial.

En los seguimientos se revisarían la evolución, las dificultades y la adherencia, se ajustarían los objetivos y se trabajarían contenidos prácticos como lectura de etiquetas, organización de menús, compra saludable, batch cooking, proteína en personas mayores, cenas sencillas o mitos alimentarios.

Modelo de copago: Para mantener la accesibilidad del servicio sin reducir el valor profesional de la intervención, se propone un modelo mixto de financiación. En este sistema, el Ayuntamiento subvencionaría una parte del coste y la persona usuaria abonaría una tarifa social reducida.

Tabla 7. Propuesta económica de consultas

Servicio	Precio profesional	Subvención municipal sugerida	Pago vecino/a	Observaciones
Primera consulta individual	55 €	20-25 €	30-35 €	Valoración completa + primeras pautas.
Seguimiento individual	40 €	15-20 €	20-25 €	Revisión + educación nutricional práctica.
Bono 4 seguimientos	145 €	60-70 €	75-85 €	Favorece continuidad y adherencia.
Primera consulta pareja/familia	85 €	30-35 €	50-55 €	Pareja o unidad familiar conviviente.
Seguimiento pareja/familia	60 €	20-25 €	35-40 €	Ajuste de hábitos compartidos.
Consulta breve puntual	25 €	10 €	15 €	Solo dudas concretas o reajustes menores.

Modalidades de contratación municipal

Además del copago por consulta, el Ayuntamiento podría contratar bolsas de horas o jornadas completas. Esta modalidad permitiría una mayor continuidad y facilitaría la reserva de tiempo para consultas, informes, coordinación y preparación de materiales.

Tabla 8. Modalidades de contratación para el Ayuntamiento

Modalidad	Incluye	Precio orientativo	Adecuado para
Media jornada municipal	4 horas presenciales: 4-5 consultas + registro básico.	150 € / jornada	Un día fijo cada 2 semanas o una vez al mes.
Jornada completa municipal	7 horas presenciales: consultas, educación breve, coordinación e informe.	260 € / jornada	Municipios con mayor demanda.
Bolsa mensual básica	8 horas/mes: consultas + pequeño informe + coordinación.	290 € / mes	Servicio estable de baja intensidad.
Bolsa mensual ampliada	16 horas/mes: consultas + seguimiento + materiales + informe.	540 € / mes	Programa municipal consolidado.

Estas modalidades permitirían adaptar el servicio al número de usuarios, al presupuesto disponible y a la frecuencia deseada por cada Ayuntamiento.

Presupuesto de talleres y actividades grupales

Los talleres deberían presupuestarse de forma independiente, ya que requieren preparación de contenidos, diseño de materiales, desplazamiento, ejecución, dinamización y, en algunos casos, compra de ingredientes.

Tabla 9. Talleres y actividades grupales

Actividad	Duración	Incluye	Precio profesional	Materiales/ingredientes
Charla educativa básica	60 min	Preparación, exposición, turno de dudas y ficha resumen.	90 €	No incluidos si se imprimen.
Taller educativo participativo	90 min	Dinámica práctica, material visual y actividad grupal.	130 €	No incluidos si se imprimen.
Taller práctico de compra saludable	90-120 min	Etiquetado, lista de compra, comparación de productos.	150 €	Productos demostrativos aparte.
Taller de cocina o repostería saludable	2 h	Preparación, explicación nutricional, degustación y recetas.	180 €	Ingredientes aparte.
Programa de 4 talleres	4 sesiones	Calendario temático, materiales y evaluación final breve.	480 €	Materiales aparte.

Entre las posibles temáticas se incluyen compra saludable, lectura de etiquetas, desayunos y meriendas, repostería saludable, menú semanal, alimentación en personas mayores, prevención de sarcopenia, hidratación, estreñimiento, hipertensión, diabetes, colesterol y cocina tradicional saludable.

Evaluación del servicio

Para valorar su funcionamiento se propone registrar de forma periódica los siguientes indicadores:

- Número de consultas iniciales.
- Número de seguimientos.
- Tasa de continuidad.
- Perfil de los participantes.
- Principales motivos de consulta.
- Número de talleres.
- Asistencia a actividades.
- Temas más demandados.
- Satisfacción de los usuarios.

- Propuestas de mejora.
- Necesidades detectadas en el municipio.

La información recogida se presentaría de forma anónima mediante informes mensuales o trimestrales dirigidos al Ayuntamiento.

13.3. Posibles líneas de continuidad

Entre las posibles líneas de continuidad se plantean:

- Mantenimiento de una jornada mensual o quincenal.
- Ampliación progresiva de consultas.
- Contratación de una bolsa mensual de horas.
- Coordinación entre varios municipios.
- Colaboración con centros de salud, farmacias, asociaciones y servicios sociales.
- Integración en programas de envejecimiento activo.
- Desarrollo de talleres para familias, mayores y cuidadores.
- Seguimiento telefónico o digital complementario.
- Solicitud de subvenciones provinciales, autonómicas o europeas.
- Inclusión en proyectos de Agenda Urbana, salud comunitaria, cuidados y desarrollo rural.

Una línea especialmente relevante sería la prevención de la fragilidad y la sarcopenia en personas mayores. Para ello se podrían incluir valoraciones de peso, masa muscular, fuerza, hidratación y consumo de proteínas, junto con talleres específicos.

También podría desarrollarse una línea familiar e infantil centrada en desayunos, meriendas, alimentación escolar, organización de menús y mejora del entorno alimentario del hogar.

La sostenibilidad del servicio dependería de la demanda, la coordinación institucional, la estabilidad presupuestaria y la evaluación periódica de resultados. No obstante, el uso de espacios municipales y el modelo flexible de contratación permiten iniciar el proyecto sin una inversión elevada.

14. Conclusiones

- Se ha diseñado, desarrollado y valorado una intervención de educación nutricional comunitaria en Colomera y Tiena, cumpliendo el objetivo general del proyecto. La intervención permitió acercar el acompañamiento nutricional a la población rural de Montes Occidentales mediante consultas, seguimientos, encuestas y actividades comunitarias.
- El análisis del contexto territorial y sociodemográfico permitió identificar características propias del medio rural, como la baja densidad poblacional, el envejecimiento, la importancia de los servicios de proximidad y la necesidad de adaptar las intervenciones a la realidad social y cultural del territorio.
- Se pudo conocer el perfil general de la población atendida, predominando personas adultas y mayores, especialmente mujeres, con necesidades relacionadas con la mejora de hábitos alimentarios, pérdida de grasa corporal, organización de comidas y adaptación de la alimentación a patologías crónicas.
- Las valoraciones nutricionales individuales permitieron recoger información mediante anamnesis, hábitos alimentarios, mediciones antropométricas y bioimpedancia. Esto facilitó una visión más completa de cada usuario y permitió orientar recomendaciones personalizadas.
- La educación nutricional individualizada permitió trabajar cambios sencillos, progresivos y adaptados a cada persona, evitando un modelo basado únicamente en dietas cerradas. Este enfoque favoreció la autonomía, la comprensión de los hábitos alimentarios y la aplicación de recomendaciones realistas.
- Los principales motivos de consulta y problemas nutricionales detectados fueron la mejora de la alimentación, la pérdida de peso o grasa corporal, las cenas insuficientes, la omisión de ingestas intermedias, el consumo frecuente de azúcar, refrescos o productos dulces, la baja planificación alimentaria y la presencia de patologías crónicas relacionadas con la alimentación.
- Las encuestas de hábitos alimentarios, frecuencia de consumo y valoración del servicio permitieron recoger información útil sobre el perfil de la población, su alimentación habitual, los cambios percibidos y la aceptación del servicio nutricional.
- Las actividades comunitarias, como charlas, talleres de alimentación saludable, repostería saludable, etiquetado nutricional y encuentros intergeneracionales, permitieron ampliar el impacto de la intervención más allá de la consulta individual.

- El proyecto promovió una alimentación saludable desde un enfoque práctico, no restrictivo y adaptado al territorio, respetando la cultura alimentaria local, el producto de cercanía y las tradiciones gastronómicas.
- La valoración descriptiva de los resultados mostró una evolución positiva en muchos usuarios, especialmente en la organización de comidas, reducción de refrescos y dulces, aumento de alimentos frescos, mejor comprensión del método del plato y percepción de mayor bienestar.
- La propuesta de viabilidad económico-financiera permitió plantear la continuidad del servicio mediante una consulta nutricional municipal itinerante, adaptable a Colomera, Tiena y otros municipios del entorno rural.
- En conclusión, la incorporación del dietista-nutricionista en el medio rural se considera una línea de actuación útil y necesaria para reforzar la educación alimentaria, la prevención, el ecosistema de cuidados y la promoción de hábitos saludables en Montes Occidentales.

15. Bibliografía

1. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 2026 Jul 18]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
2. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024;384:e077310. doi:10.1136/bmj-2023-077310.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food and nutrition education [Internet]. Rome: FAO; 2024 [citado 2026 Jul 18]. Disponible en: <https://www.fao.org/school-food/areas-work/food-based-food-nutrition-education/en/>
4. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, Maggio M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2022;41(4):958-989.
5. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Demografía de la población rural en 2020. *AgrInfo* nº31. Madrid: MAPA; 2021.
6. Slawson DL, Fitzgerald N, Morgan KT. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(7):972-979. doi:10.1016/j.jand.2013.05.005.
7. Boyle MA, Holben DH. Academy of Nutrition and Dietetics: revised 2022 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists in public health and community nutrition. *J Acad Nutr Diet*. 2022;122(9):1744-1763.e49.
8. Ministerio de Fomento. Agenda Urbana Española 2019. Madrid: Ministerio de Fomento; 2019.
9. Diputación de Granada. Agenda Urbana Montes Occidentales - Fortalezas de Occidente: estrategia de desarrollo sostenible. Granada: Diputación de Granada; 2021.
10. Carbajal Á, Sierra JL, López-Lora L, Ruperto M. Proceso de Atención Nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2020;24(2):172-186. doi:10.14306/renhyd.24.2.961.
11. Chapman A, Goldsbury D, Watson W, Havill M, Wellard-Cole L, Hughes C, et al. Examining the effectiveness of food literacy interventions in improving food literacy behavior and healthy eating among adults belonging to different socioeconomic groups: a systematic scoping review. *Nutr Rev*. 2024;82(12):1664-1681. doi:10.1093/nutrit/nuae065.
12. Titis E, Proestos C, Papaioannou TG, Tzakos AG. A scoping review of food literacy interventions. *Nutrients*. 2024;16(18):3171. doi:10.3390/nu16183171.

13. Teggart K, Ganann R, Sihota D, Moore C, Keller H, Senson C, et al. Group-based nutrition interventions to promote healthy eating and mobility in community-dwelling older adults: a systematic review. *Public Health Nutr.* 2022;25(10):2920-2951. doi:10.1017/S136898002200115X.
14. Sheean P, Gonzalez MC, Prado CM, McKeever L, Hall AM, Braunschweig CA. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition clinical guidelines: the validity of body composition assessment in clinical populations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2020;44(1):12-43. doi:10.1002/jpen.1669.
15. Kyle UG, Bosaeus I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, et al. Bioelectrical impedance analysis - part I: review of principles and methods. *Clin Nutr.* 2004;23(5):1226-1243.
16. World Health Organization. Health promotion [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 2026 Jul 18]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>
17. Begley A, Fisher I, Butcher L, Foulkes-Taylor F, Giglia R, Dhaliwal SS. Determining the effectiveness of an adult food literacy program using a matched control group. *J Nutr Educ Behav.* 2023;55(9):659-666. doi:10.1016/j.jneb.2023.06.001.

16. Anexos

Anexo I. Presentación del proyecto



The cover features the logos of 'PROGRAMA Puentes' and 'Diputación de Granada' at the top. The title 'LA NUTRICIÓN COMO CUIDADO DE PROXIMIDAD' is prominently displayed in large, bold, black letters. Below the title, a subtitle reads 'Consulta nutricional, educación alimentaria y actividades comunitarias en Tiena y Colomera'. Three circular icons represent the themes: 'Cuidado de las personas' (people icon), 'Alimentación saludable y local' (leaf icon), and 'Comunidad y participación' (heart icon). At the bottom left, a circular logo with a leaf icon identifies 'Eva María López Santiago' as a 'Dietista-Nutricionista' associated with the 'Programa Puentes - Diputación de Granada' in 'Tiena y Colomera | Montes Occidentales'. The right side of the cover shows a photograph of a historic stone church with a tall bell tower, set against a clear blue sky.

Índice

- Contexto del servicio
- Actividades realizadas
- Metodología de consulta
- Resultados obtenidos
- Encuestas de valoración
- Conclusiones y cierre

¿Qué se ha puesto en marcha?



**Consulta nutricional
municipal itinerante**
en Tiena y Colomera



Talleres prácticos



**Actividades
intergeneracionales**



De hacer una dieta a cuidar hábitos, autonomía y salud cotidiana

3



Talleres/Charlas

Los talleres convierten la información en habilidades prácticas para el día a día.

Presentaciones/charlas:

- Mitos/verdades sobre alimentación.
- Motivación para empezar hábitos saludables.
- Abandono de ideas restrictivas.
- Taller de repostería saludable y etiquetado.



Encuentros intergeneracionales

Alimentación como vínculo entre
mayores, familias y niños.



4

Consultas iniciales

Un servicio cercano que combina valoración, educación nutricional y dinamización comunitaria

1

VALORACIÓN INICIAL

= conocer, analizar y acompañar.



- **Recogida de datos básicos:** edad, peso, altura y objetivo principal.



- **Revisión de salud:** enfermedades, medicación, antecedentes y actividad física.



- **Análisis de hábitos alimentarios:** desayuno, comida, cena, picoteos y bebidas.



- **Detección de problemas principales** y dificultades para el cambio.



5

Consultas iniciales

Un servicio cercano que combina valoración, educación nutricional y dinamización comunitaria

2

EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL



- Báscula de bioimpedancia RENPHO



- Dinamometría



- Medición de circunferencias generalmente brazo, cintura y cadera



6

Consultas iniciales

Un servicio cercano que combina valoración, educación nutricional y dinamización comunitaria

3 INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

-  • **Educación nutricional individualizada y personalizada**
-  • **Material educativo** dependiendo de la patología
-  • **Aplicación de estrategias prácticas** (método del plato saludable, incorporación de colaciones, higiene del sueño, ejercicio físico...)
-  • **Enfoque no restrictivo**, evitando dietas estrictas
-  • **Mantener las tradiciones** de los territorios con los productos locales y comidas típicas



Alimentos beneficiosos:

Verduras y hortalizas	Combinadas en su forma cruda y cocinada. Por su contenido en fibra y fitoquímicos, es recomendable el consumo de zanahoria, calabaza, ejote, pepino y remolacha.
Frutas	Da preferencia a la fruta entera frente a los zumos.
Lácteos	Puedes consumir tanto lácteos desnatados como enteros. En cuanto al queso, es mejor priorizar quesos con menor contenido en grasa y sal (fresco, requesón, cottage etc.)
Bebidas vegetales	Puedes tomar bebida de soja, arroz, avena u otro vegetal. Elige las que están enriquecidas en calcio y no tienen azúcares añadidos.

7

Consultas iniciales

Un servicio cercano que combina valoración, educación nutricional y dinamización comunitaria

4 SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

cada 2 semanas / 1 mes

-  • **Se revisan los cambios** implementados.
-  • **Se vuelven a evaluar las mediciones corporales** y se informa de los cambios.
-  • **Se refuerza la educación** nutricional.
-  • **Se ajustan los objetivos**.



8

Consultas iniciales

Un servicio cercano que combina valoración, educación nutricional y dinamización comunitaria

5

REGISTRO Y DIGITALIZACIÓN DE DATOS



Todos los datos se registran en una base de datos o aplicación nutricional para su posterior análisis.



- **Peso, IMC, grasa corporal,** masa muscular, grasa visceral y fuerza (dinamómetro).



- **Circunferencias corporales.**



- **Evaluación cualitativa:** entrevista inicial, seguimiento y encuesta final.



9

El servicio responde a una necesidad

Datos registrados en la consulta nutricional durante el periodo de prácticas

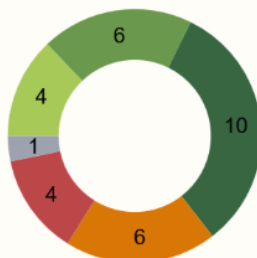
31
personas atendidas

73
visitas

26
personas con
seguimiento

5
primeras visitas
únicas

El seguimiento es clave: permite pasar de una recomendación puntual a un proceso de cambio de hábitos.



- Normopeso
- Sobrepeso
- Obesidad I
- Obesidad II
- Obesidad III
- Sin dato

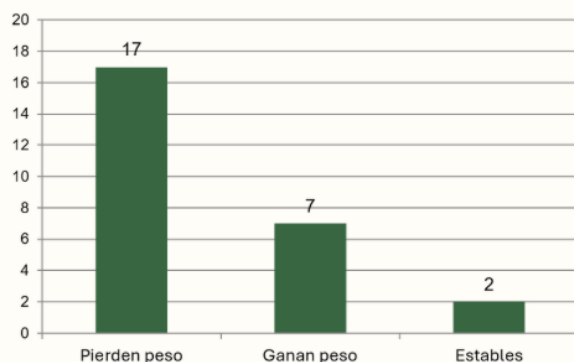
86,7% de quienes tenían dato de IMC partían de sobrepeso u obesidad.

Esto justifica un servicio preventivo y continuado, especialmente en entornos rurales con población envejecida y menor acceso a servicios especializados.

10

Resultados iniciales de la consulta

Evolución de las 26 personas con más de una visita registrada.



65,4%

personas con pérdida de peso

35,6 kg

pérdida acumulada entre quienes bajan

-1,12 kg

media neta por persona con seguimiento

-5,4 kg

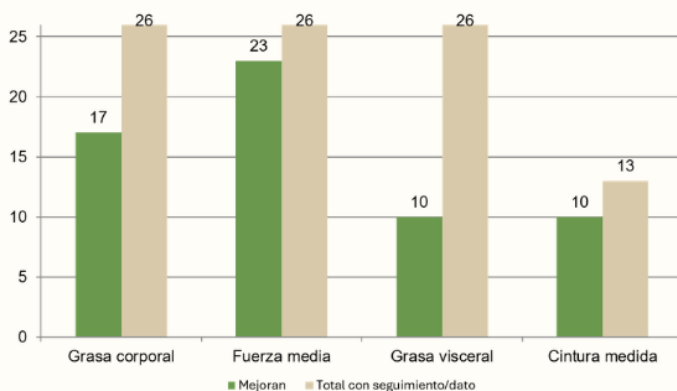
mayor pérdida individual registrada

La pérdida de peso no es el único objetivo: también se acompaña a personas que necesitan ganar peso, mejorar fuerza, organizar comidas o adaptar su alimentación a su situación personal.

11

Más allá del peso: composición corporal y funcionalidad

La bioimpedancia, los perímetros y la dinamometría permiten valorar cambios que el peso no muestra.



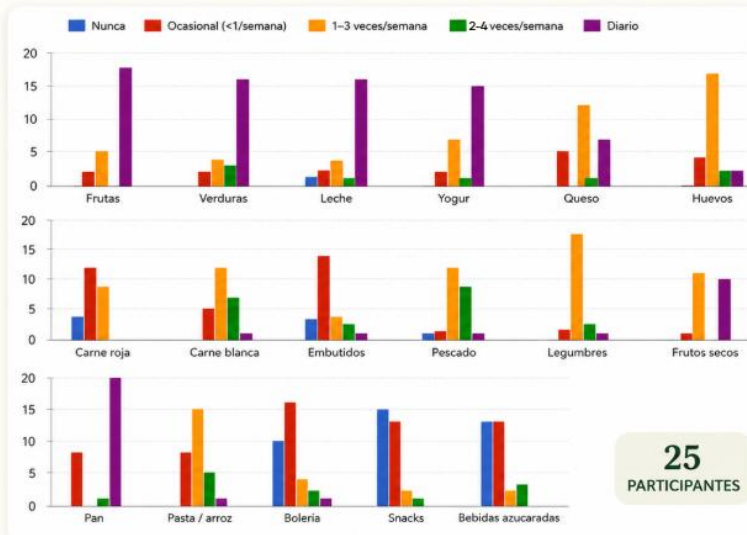
**23 de 26 personas
mejoraron la fuerza
media registrada**

En población mayor, hablar de nutrición también es hablar de autonomía, sarcopenia, caídas, funcionalidad y calidad de vida.

La cintura descendió en 10 de 13 personas con medición comparable, acumulando -34 cm.

12

Encuestas: evaluación cualitativa



Frecuencia de consumo de alimentos

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada
FRUTAS 	≥ 3
VERDURAS 	≥ 2
LÁCTEOS 	3-4
ACEITE DE OLIVA 	3-6
PAN y CEREALES 	3-4
PASTA, ARROZ, MAÍZ Y PATATA 	4-6
LEGUMBRES 	2-4
PESCADO 	4-5 (1-2 azul)
CARNES MAGRAS, AVES 	3-4 carne magra
HUEVOS 	4-5 huevos
FRUTOS SECOS 	3-7
EMBUTIDOS Y CARNES GRASAS, BOLLERÍA, HELADOS, GOLOSINAS 	Ocasionalmente

13

Encuesta final del servicio



14



Un servicio de salud comunitaria que
se desplaza al pueblo

“Durante estos meses se ha demostrado que la nutrición en el medio rural no debe limitarse a entregar dietas. La consulta ha funcionado como un espacio de escucha, educación y acompañamiento, con datos de seguimiento positivos y con capacidad para detectar necesidades reales de las personas.

Gracias por su atención

Eva María López Santiago · Diputación de Granada

15

Anexo II. Metodologías

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN EN SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Eva María López Santiago

Este documento incorpora la metodología de intervención nutricional individualizada basada en la realización de consultas de alimentación saludable con sus respectivos seguimientos semanas y/o mensuales. Con el objetivo de mejorar los hábitos alimentarios y su composición corporal de la población de los municipios de Colomera y Tiena. Generalmente a la población de más de 60 años

Este protocolo combina la recogida sistemática de información, la evaluación del estado nutricional y la implementación de estrategias de educación nutricional adaptadas al contexto rural.

Los **objetivos** que se plantean en los seguimientos nutricionales son:

- Identificar los principales problemas alimentarios de la población
- Mejorar los hábitos dietéticos mediante la educación nutricional para así alejarnos de dietas restrictivas
- Favorecer cambios sostenibles a lo largo del tiempo alejado del método rápido y tradicionalmente ejecutado.

- Evaluar la evolución de la composición corporal a lo largo de los 6 meses

POBLACIÓN DIANA

- De forma general, se observa una mayor participación de personas mayores, especialmente mujeres de más de 60 años, lo cual es representativo de la estructura demográfica del territorio y de la mayor implicación de este grupo en iniciativas relacionadas con la salud y la alimentación. Esta idea coincidiría con la población de Tiena.
- No obstante, el servicio de alimentación saludable está abierto a toda la población, pudiendo participar también hombres, personas jóvenes y menores, e incluso deportistas, lo que permite una intervención nutricional amplia y adaptada a diferentes perfiles y necesidades. En Colomera destacan mujeres de entre 20 y 50 años.

VARIABLES DE ESTUDIO

Durante el proceso de intervención se recogen las siguientes variables:

◆ **Variables clínicas y de composición corporal**

- Peso corporal
- Índice de masa corporal (IMC)
- Porcentaje de grasa corporal
- Masa muscular
- Grasa visceral
- Fuerza muscular (dinamometría)
- Circunferencias (cintura, cadera y brazo)

◆ **Variables conductuales**

- Hábitos alimentarios
- Número de ingestas
- Recuerdo 24 horas de ingesta
- Tipo de alimentación diaria
- Dificultades percibidas

◆ **Variables cualitativas**

- Motivación
- Percepción del estado de salud

- Expectativas del paciente

ESCALA DE MEDICIÓN

Se utilizan distintos tipos de medición:

- Mediciones objetivas: bioimpedancia, dinamómetro y antropometría básica
- Registros cuantitativos: datos numéricos (peso, porcentaje de grasa y músculo...etc.
- Evaluación cualitativa: entrevista inicial, seguimiento y entrevista final.

NÚMERO Y TIPO DE REGISTROS

La intervención se estructura de esta forma:

- Consulta inicial estructurada: basada en entrevista rápida y recogida de datos
- Seguimientos periódicos: donde se evalúa la evolución del paciente.
- Registro digital de datos: mediante hoja tipo Excel o aplicación de seguimiento nutricional.

PRUEBA Y AJUSTE DEL PROTOCOLO

De manera previa a la aplicación sistemática, el protocolo se ha ido ajustando en las primeras consultas, permitiendo adaptar la duración, simplificar la recogida de datos y mejora de la comprensión por parte del paciente.

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención se desarrolla en varias fases:

1. Consulta inicial
 - Documento de consentimiento informado por parte de la ComandaRural
 - Datos personales y de salud
 - Hábitos alimentarios
 - Identificación de problemas principales
 - Objetivos del paciente
2. Evaluación de la composición corporal
 - Báscula de bioimpedancia RENPHO
 - Dinamometría
 - Medición de circunferencias generalmente brazo, cintura y cadera
3. Intervención nutricional
 - Educación nutricional individualizada y personalizada
 - Uso de herramientas como “NOOLS” para facilitar la comprensión de rigor científico y proporción de material educativo dependiendo de la patología

- Aplicación de estrategias prácticas (método del plato saludable, aumento de alimentos saludables, incorporación de colaciones, incorporación de una buena higiene del sueño, ejercicio físico, caminar...)
- Enfoque no restrictivo, evitando dietas estrictas
- Mantener las tradiciones de los territorios con los productos locales y comidas típicas

4. Seguimiento nutricional

- Se revisan los cambios implementados
- Se vuelven a evaluar las mediciones corporales y se informa de los cambios
- Se refuerza la educación nutricional
- Se ajustan los objetivos

5. Registro y digitalización de datos

Todos los datos se registran en base de datos tipo Excel o aplicación nutricional para su posterior análisis, incluyendo:

- Peso
- IMC
- Grasa corporal
- Masa muscular
- Grasa visceral
- Fuerza (dinamómetro)
- Circunferencias

Esto permite realizar un seguimiento individualizado y analizar la evolución de cada paciente. Y explicarle la importancia de cada una de ellas.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos recogidos van a permitir:

- Evaluar la evolución individual del paciente
- Analizar los cambios de la composición corporal
- Relacionar los hábitos alimentarios con resultados
- Valorar la eficacia del seguimiento nutricional
- Valorar la eficacia de la educación nutricional sin enfoque restrictivo

Como indicadores de éxito o pronóstico sobre todo en población envejecida:

- Disminución de la grasa corporal
- Mantenimiento de la masa muscular o aumento
- Mayor adherencia a los hábitos alimentarios
- Mayor conocimiento de nutrición

PLANTILLA CONSULTA INICIAL

◆ 1. DATOS BÁSICOS

- Nombre:
 - Edad:
 - Peso / altura:
 - Objetivo principal:
-

◆ 2. SALUD

- Enfermedades importantes:
 - Medicación:
 - Antecedentes (diabetes, corazón, etc):
 - Actividad física:
-

◆ 3. HÁBITOS: RECUERDO 24H

Desayuno:

Media

mañana:

Comida:

Merienda:

Cena:

Picoteo

/

extras:

Bebidas:

◆ 4. DETECTAR PROBLEMA

- ¿Qué crees que haces peor?
 - ¿Qué te cuesta más cambiar?
-

◆ 5. MEDICIÓN

- Peso:
- Bioimpedancia:
- Observaciones rápidas:

◆ 6. EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Explicación breve (método del plato)

✓	½	verduras
✓	¼	proteína
✓ ¼ hidratos		

Material proporcionado según patología:

◆ 7. CAMBIOS

- 1.
- 2.
- 3.

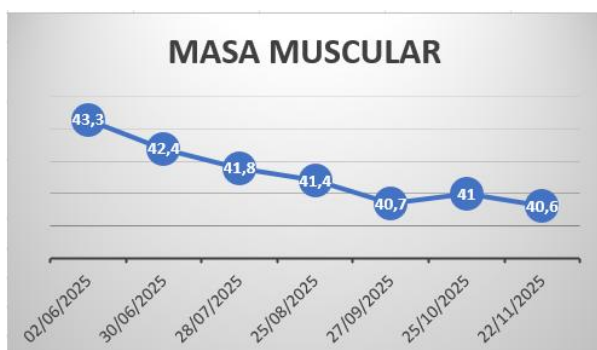
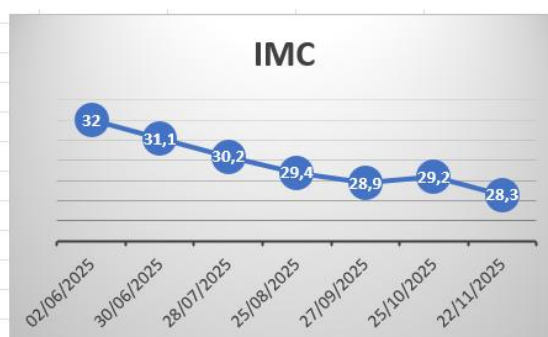
◆ 8. PLAN Y CIERRE

- Objetivo próximas 2 semanas:
- Dudas:
- Próxima cita:

A continuación, muestro recursos visuales de la digitalización de los datos:



Aplicación de la báscula de bioimpedancia RENPHO donde también se van guardando los datos.



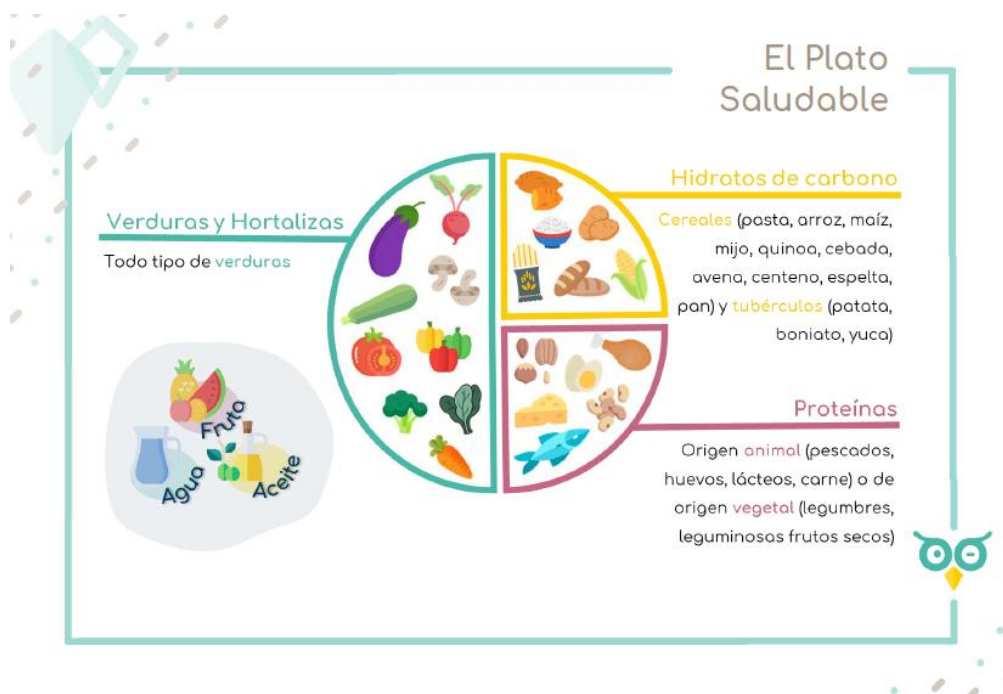
Recogida de datos en Excel y gráficas para ver evolución.

Perímetros Musculares (cm)

FECHA	BRAZO	BICEPS	ANTEB.	MUÑECA	PECHO	CINT.	CADER.	MUSLO	GEMELO	TOB.	
31/03/2026											+
19/3/2026	32	0	0	0	0	101	120	0	0	0	×

Recogida de perímetros en general de brazo, cintura y cadera.

Herramientas utilizadas de NOOLS algunos ejemplos:



CÓMO CREAR MIS MENÚS SEMANALES

Vamos a establecer las dos ingestas principales: almuerzo y cena. Luego completaremos el desayuno

PASO 1. REPARTIR LAS PROTEÍNAS

Lo primero será repartir las proteínas en las diferentes tomas, teniendo en cuenta que, a ser posible, no se repitan grupos de alimentos en el mismo día (a no ser que sea una pauta vegetariana/vegana). Se deberán tener en cuenta las frecuencias de consumo de alimentos según edad, estado fisiológico, etc.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Almuerzo	Legumbre	Pescado	Legumbre	Huevo	Pescado	Legumbre	Huevo
Cena	Carne	Huevo	Pescado	Legumbre	Huevo	Pescado	Carne

RECOMENDACIONES

Hipercolesterolemia

Recomendaciones dietéticas

La alimentación recomendada para personas con hipercolesterolemia, es la misma que la que se aconseja al resto de población para el cuidado de su salud y la prevención de enfermedades. Y, por tanto, no tendrías que seguir una dieta especial o diferente al resto de tu familia.

Para que los cambios sean efectivos, valora con tu dietista-nutricionista las modificaciones que podrían ayudarte a mejorar tu alimentación.



A continuación, se detallan los alimentos que son más beneficiosos y que, por lo tanto, sería bueno que incluyeras en tus comidas y, en contraposición, los alimentos que podrían ser más perjudiciales y que conviene que evites o limites.

Alimentos beneficiosos:

Verduras y hortalizas	Combinálas en su forma cruda y cocinada. Por su contenido en fibra y fitoquímicos, es recomendable el consumo de zanahoria, calabaza, ajo, pepino y remolacha.
Frutas	Da preferencia a la fruta entera frente a los zumos.
Lácteos	Puedes consumir tanto lácteos desnatados como enteros. En cuanto al queso, es mejor priorizar quesos con menor contenido en grasa y sal (fresco, requesón, cottage etc.)
Bebidas vegetales	Puedes tomar bebida de soja, arroz, avena u otro vegetal. Elige las que están enriquecidas en calcio y no tienen azúcares añadidos.
Pescados	Se recomienda consumir pescado 3 veces por semana y 2 de ellas en forma de pescado azul.
Carnes	Puedes consumir carne 3-4 veces por semana, dando prioridad a la carne magra (pollo, pavo, conejo) frente a la más grasa (cordero, vaca) o procesada.
Huevos	Puedes consumir 1 huevo al día o 3-4 raciones a la semana. Para consumirlos, opta por técnicas culinarias que impliquen menos cantidad de grasa (cocido, plancha, tortilla, revuelto etc.)
Frutos secos y semillas	Es recomendable que consumas con frecuencia (a diario o al menos 3 veces por semana) un puñado de frutos secos (nueces, almendras o avellanas).
Cereales y tubérculos	Prioriza los cereales en su versión integral. Es recomendable la cebada y la avena por su contenido en fibra soluble. La patata y el boniato son muy buenas opciones también.
Legumbres	Es aconsejable que consumas legumbres al menos 4 veces por semana.
Aceite	El más aconsejable es el aceite de oliva virgen extra. En el caso de usar otros, optar por aceite de colza frente a otros como el de girasol.

METODOLOGÍA DEL TALLER REPOSTERÍA SALUDABLE: alternativa al azúcar refinado

El presente taller se plantea como una actividad de educación alimentaria práctica dentro del servicio de alimentación saludable desarrollado en los municipios de Tiena y Colomera. La actividad se centra en la elaboración y degustación de recetas de repostería saludable, sustituyendo el azúcar refinado blanco por fruta u otros ingredientes de mayor calidad nutricional, así como utilizando harinas integrales o alternativas frente a harinas refinadas (harina de arroz o avena).

El objetivo principal del taller es mostrar a la población que es posible elaborar preparaciones dulces más saludables, agradables al paladar y adaptadas al entorno cotidiano, sin necesidad de recurrir de forma habitual al azúcar refinado ni a productos ultraprocesados.

OBJETIVOS DEL TALLER

Los objetivos que se plantean en este taller son:

- Promover una reducción del consumo de azúcar refinado blanco.
- Mostrar alternativas saludables para endulzar preparaciones dulces, como fruta madura, manzana, plátano o dátiles en pequeñas cantidades.
- Fomentar el uso de harinas integrales o ingredientes con mayor contenido en fibra.
- Reforzar la educación nutricional desde un enfoque práctico y no restrictivo.
- Demostrar que una alimentación saludable puede mantener el placer, la tradición y el disfrute de la comida.
- Favorecer la aplicación de cambios sencillos en el hogar.

POBLACIÓN DIANA

La actividad está dirigida a la población general del territorio, especialmente a personas usuarias del servicio de alimentación saludable y participantes en los seguimientos nutricionales.

De forma general, se espera una mayor participación de personas mayores, especialmente mujeres de entre 40-60 años, debido a su mayor presencia en las actividades comunitarias relacionadas con alimentación y salud. No obstante, el taller está abierto también a hombres, personas jóvenes, familias y menores, ya que la repostería saludable puede adaptarse a diferentes edades, situaciones familiares y necesidades nutricionales.

JUSTIFICACIÓN DEL TALLER

La realización de este taller se justifica por la elevada presencia de productos dulces, bollería y azúcares añadidos en la alimentación habitual. El consumo elevado de azúcares libres se ha

relacionado con un mayor riesgo de ganancia de peso no saludable y caries dental, por lo que la Organización Mundial de la Salud recomienda reducir su ingesta a menos del 10% de la energía total diaria, sugiriendo incluso una reducción por debajo del 5% para obtener beneficios adicionales.

Desde el punto de vista nutricional, sustituir el azúcar refinado por fruta permite aportar dulzor junto con otros componentes de interés, como fibra, agua, vitaminas y compuestos bioactivos. Además, el uso de harinas integrales o alternativas puede mejorar la calidad nutricional de las elaboraciones, aumentando el contenido en fibra y favoreciendo una mayor saciedad. Y sobre todo no dejar de disfrutar de los postres o meriendas que más nos gustan.

El taller también se justifica desde una perspectiva educativa, ya que las actividades culinarias prácticas permiten acercar la educación nutricional a la vida cotidiana. Este tipo de intervenciones puede mejorar la autonomía alimentaria, la confianza en la preparación de recetas saludables y la predisposición a incorporar cambios dietéticos sostenibles abandonando las ideas de las “dietas restrictivas”.

VARIABLES DE INTERÉS

Durante el desarrollo del taller se podrán valorar las siguientes variables:

Variables de participación

- Número de asistentes.
- Perfil general de los participantes.
- Participación activa durante la actividad.
- Interés mostrado en las recetas.

Variables de educación nutricional

- Conocimiento previo sobre azúcar refinado.
- Conocimiento sobre alternativas saludables.
- Comprensión de la diferencia entre azúcar añadido y azúcar presente de forma natural en los alimentos.
- Capacidad para identificar ingredientes de mayor calidad nutricional.

Variables cualitativas

- Opinión sobre el sabor de las recetas.
- Percepción de utilidad del taller.
- Intención de repetir las recetas en casa.
- Dudas o sugerencias planteadas por los participantes.

ESCALA DE MEDICIÓN

La evaluación del taller se realizará principalmente mediante:

- Observación directa de la participación.
- Preguntas abiertas al finalizar la actividad.
- Valoración sencilla de satisfacción.
- Registro cualitativo de opiniones y sugerencias.

De forma opcional, se podrá utilizar una escala breve del 1 al 5 para valorar aspectos como utilidad, comprensión, sabor de las recetas e intención de aplicarlas en casa.

PROCEDIMIENTO DEL TALLER

El taller se desarrollará en varias fases:

1. Presentación inicial

Se realizará una breve introducción sobre la importancia de reducir el consumo habitual de azúcar refinado blanco y de mejorar la calidad nutricional de la repostería casera. Se explicará que el objetivo no es prohibir los dulces, sino aprender a preparar alternativas más saludables y sostenibles.

2. Educación nutricional básica

Se explicarán de forma sencilla los siguientes contenidos:

- Diferencia entre azúcar refinado, azúcar añadido y azúcar naturalmente presente en los alimentos.
- Importancia de moderar el consumo de productos dulces.
- Alternativas para endulzar: plátano maduro, manzana, dátiles, canela o fruta triturada.
- Diferencia entre harinas refinadas e integrales.
- Importancia de la fibra en la alimentación.

3. Presentación de recetas saludables

Se presentarán varias recetas de repostería saludable elaboradas con ingredientes sencillos y accesibles. Las recetas estarán pensadas para poder reproducirse fácilmente en casa, evitando ingredientes difíciles de encontrar o técnicas complejas.

4. Degustación práctica

Como parte de la actividad, se llevarán dos o tres bizcochos elaborados previamente siguiendo este enfoque de repostería saludable. Estos bizcochos estarán preparados sustituyendo el azúcar refinado blanco por fruta u otros ingredientes alternativos, y utilizando harinas integrales o de mayor calidad nutricional.

La degustación permitirá que las personas participantes comprueben de forma directa que es posible elaborar preparaciones dulces agradables al paladar, más saludables y adaptadas a la alimentación diaria.

5. Participación y debate

Tras la degustación, se abrirá un espacio de diálogo con los asistentes para comentar:

- Qué les ha parecido el sabor.
- Si repetirían la receta en casa.
- Qué ingredientes suelen utilizar habitualmente.
- Qué dificultades encuentran para hacer repostería más saludable.
- Qué otras recetas les gustaría aprender.

6. Cierre del taller

Finalmente, se resumirán las ideas principales del taller y se reforzará el mensaje de que los cambios pequeños y realistas pueden mejorar la alimentación sin eliminar el disfrute ni las tradiciones culinarias.

REGISTRO Y EVALUACIÓN

Al finalizar la actividad, se podrá realizar un registro breve que incluya:

- Número de participantes.
- Recetas presentadas.
- Nivel de participación.
- Opiniones generales.
- Dudas más frecuentes.
- Propuestas de mejora para futuros talleres.

Este registro permitirá valorar la utilidad del taller y servirá como evidencia dentro del proyecto de intervención nutricional comunitaria.

INDICADORES DE ÉXITO

Como indicadores de éxito del taller se plantean:

- Buena participación de la población.
- Interés por las recetas presentadas.
- Comprensión de la importancia de reducir el azúcar refinado.
- Aceptación positiva de los bizcochos saludables.
- Intención de aplicar alguna receta en casa.
- Generación de debate sobre alimentación saludable.

CONCLUSIÓN

El taller de repostería saludable constituye una herramienta práctica de educación nutricional comunitaria. A través de una actividad cercana, participativa y adaptada al territorio, se pretende mostrar que es posible mejorar la calidad nutricional de elaboraciones dulces tradicionales sin renunciar al sabor ni al componente social de la comida.

De este modo, el taller contribuye a reforzar el enfoque general del servicio de alimentación saludable, basado en la educación nutricional, la prevención, el acompañamiento y la incorporación de cambios sencillos y sostenibles.

La realización de este taller se apoya en recomendaciones y estudios científicos que relacionan el consumo elevado de azúcares libres, bebidas azucaradas, harinas refinadas y productos ultraprocesados con un mayor riesgo de problemas metabólicos y de salud. Asimismo, la evidencia disponible muestra que el consumo de cereales integrales frente a cereales refinados puede mejorar la respuesta glucémica e insulinémica tras las comidas.

Bibliografía

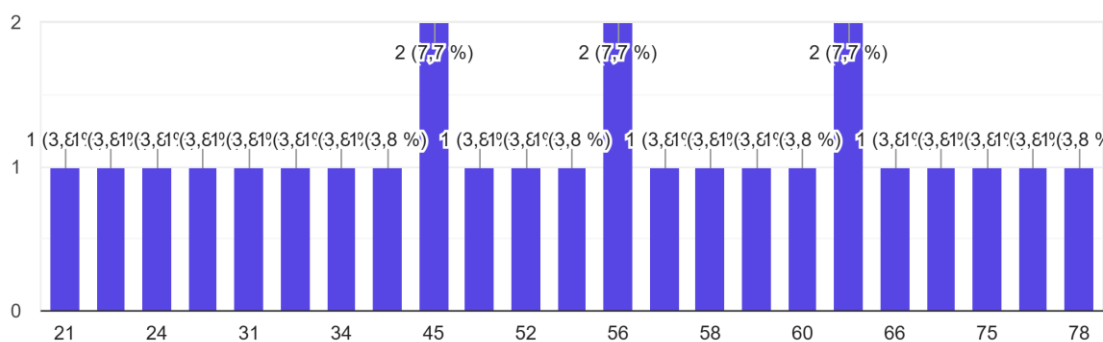
1. World Health Organization. *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Sanders LM, Zhu Y, Wilcox ML, Koecher K, Maki KC. Whole grain intake, compared to refined grain, improves postprandial glycemia and insulinemia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2023;63(21):5339-5357. doi:10.1080/10408398.2021.2017838.
3. Dai S, Wellens J, Yang N, Li D, Wang J, Wang L, et al. Ultra-processed foods and human health: an umbrella review and updated meta-analyses of observational evidence. *Clin Nutr*. 2024;43:1386-1394. doi:10.1016/j.clnu.2024.04.016.
4. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024;384:e077310. doi:10.1136/bmj-2023-077310.

5. Li B, Yan N, Jiang H, Cui M, Wu M, Wang L, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages and fruit juices and risk of type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, and mortality: a meta-analysis. *Front Nutr.* 2023;10:1019534. doi:10.3389/fnut.2023.1019534.

Anexo III. Resultados de la encuesta final del servicio

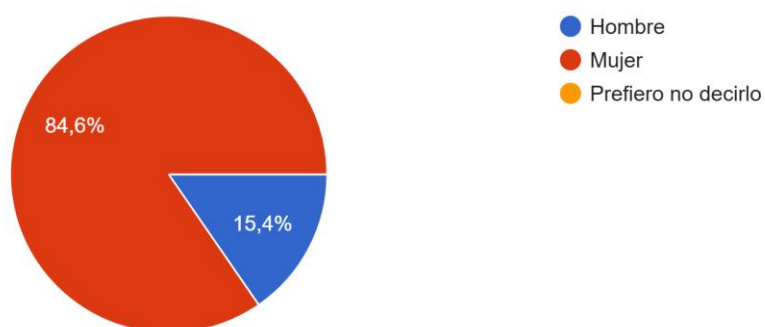
1. Edad

26 respuestas



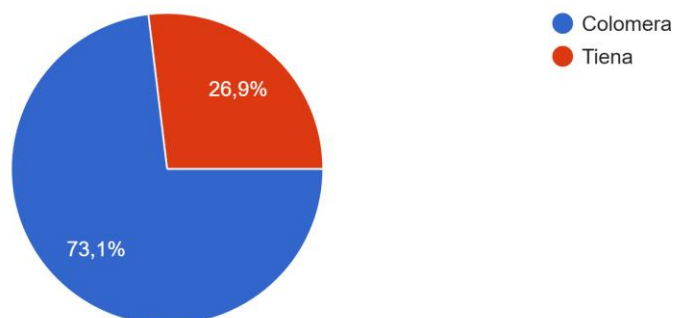
2. Sexo

26 respuestas



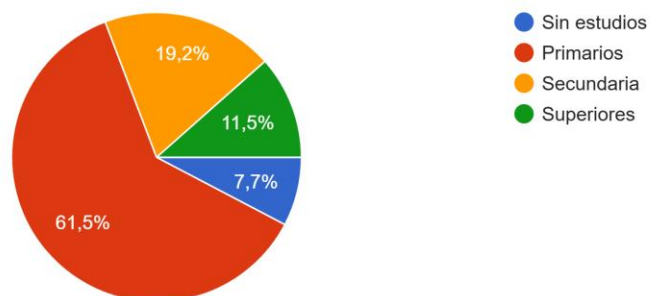
3. Municipio

26 respuestas



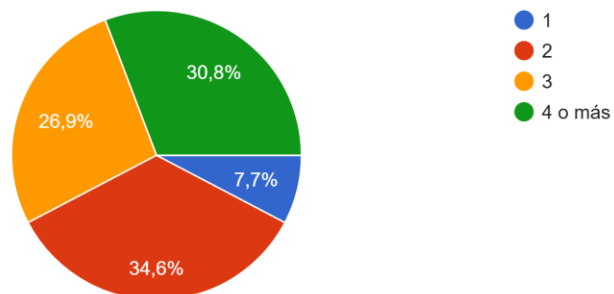
4. Nivel de estudios

26 respuestas



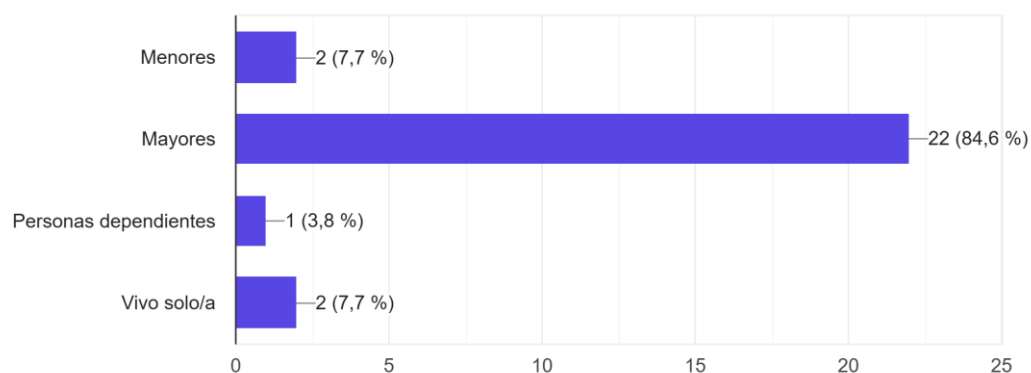
5. Nº de personas en el hogar

26 respuestas



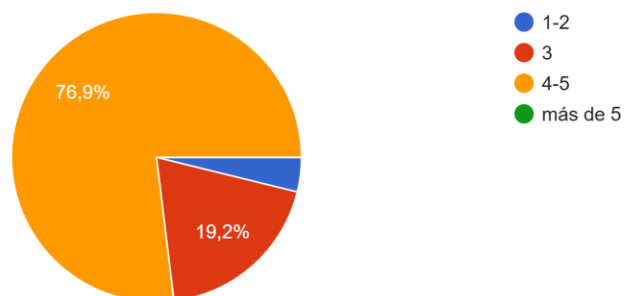
6. ¿Algunos de estos grupos viven en su casa? Marque varias opciones si es su caso.

26 respuestas



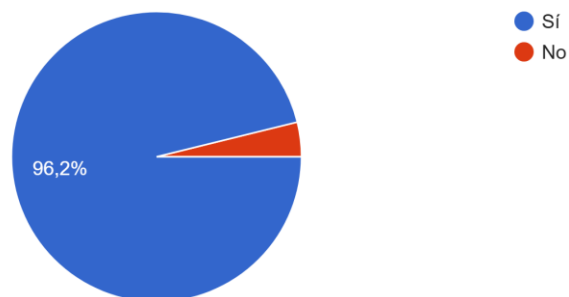
7. ¿Cuántas comidas hace al día?

26 respuestas



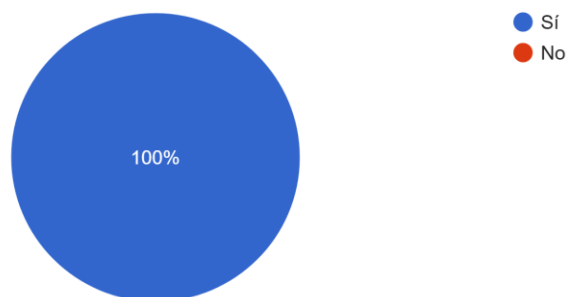
8. ¿Desde que acude al servicio nutricional, ¿ha incorporado nuevas comidas o colaciones en su día a día?

26 respuestas



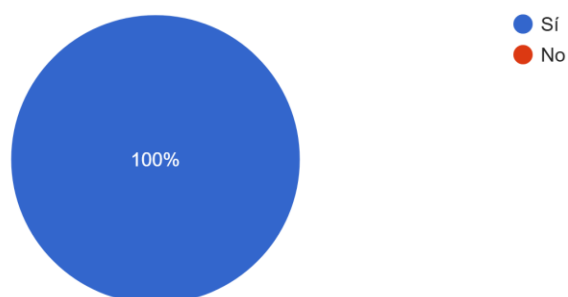
9. ¿Desde que acude al servicio nutricional, considera que su alimentación ha mejorado?

26 respuestas



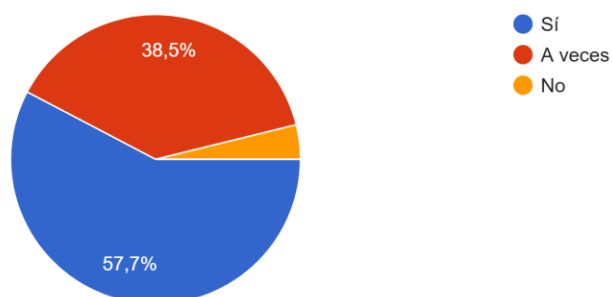
10. Desde que acude al servicio nutricional, ¿sigue más una dieta mediterránea?

26 respuestas



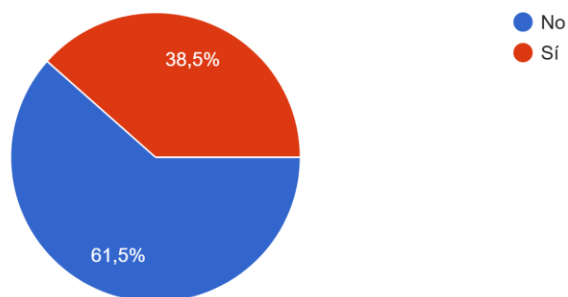
11. Desde que acude al servicio nutricional, ¿lee con mayor frecuencia las etiquetas nutricionales?

26 respuestas



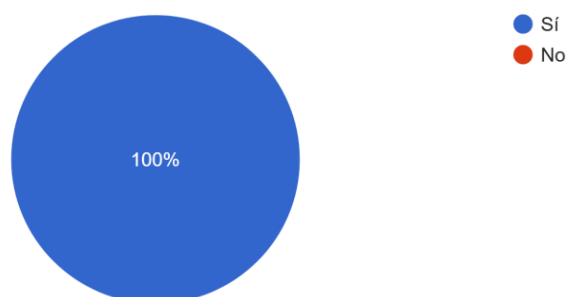
12. ¿ Tiene alguna enfermedad, alergia, intolerancia diagnosticada?

26 respuestas



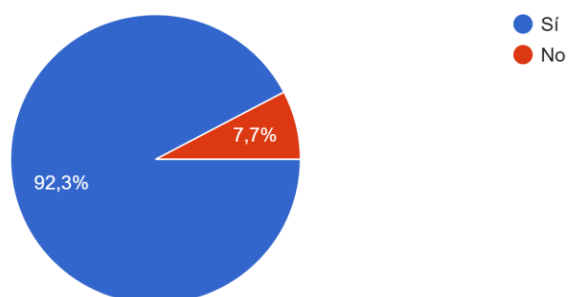
13. Desde que acude al servicio nutricional, ¿considera que su estado de salud ha mejorado?

26 respuestas



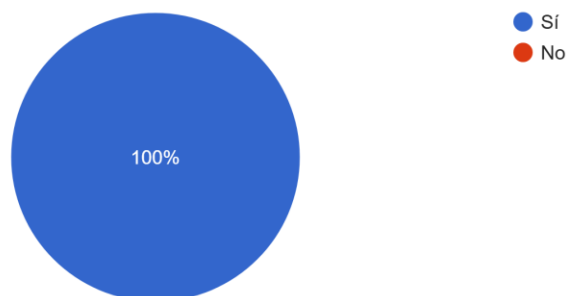
14. Desde que acude al servicio nutricional, ¿ha notado mejoría en sus síntomas?

26 respuestas



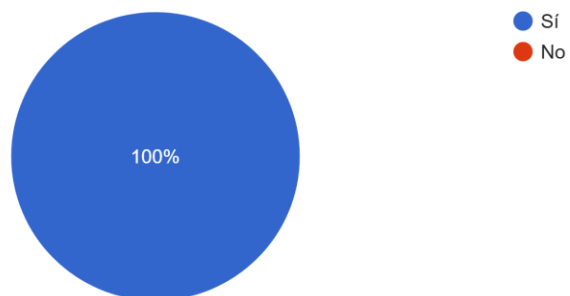
15. ¿Considera que el servicio nutricional ha contribuido a tener cambios en su composición corporal?

26 respuestas



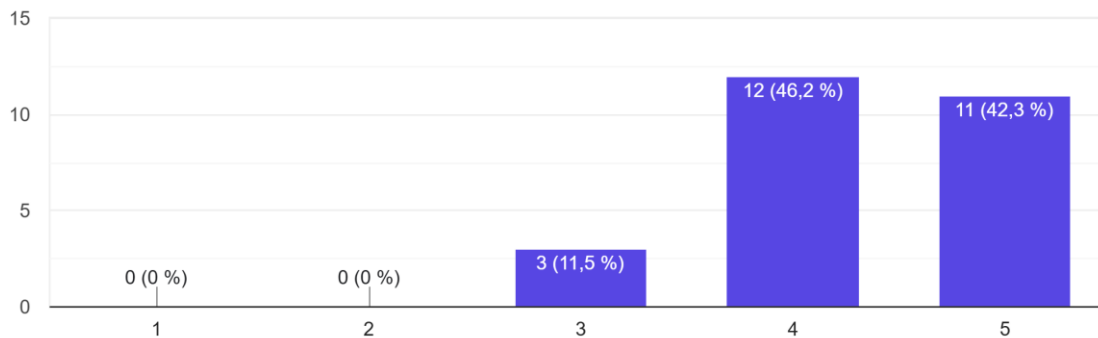
16. ¿ Recomendaría este servicio nutricional a su entorno?

26 respuestas



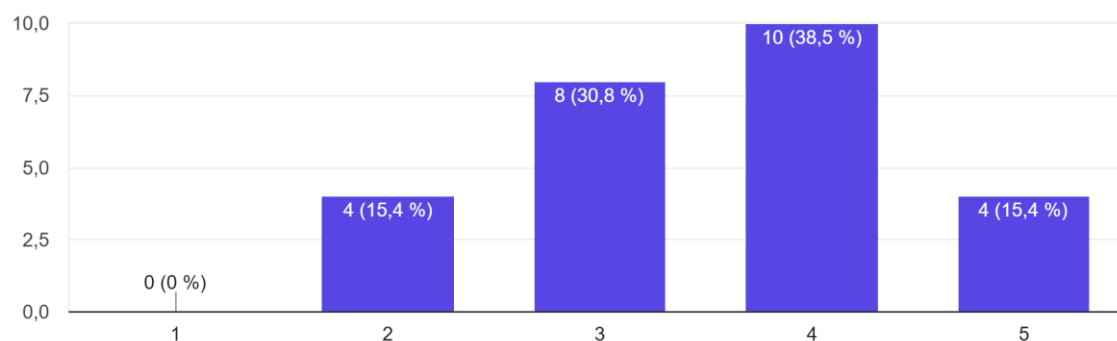
16. Calidad de tu alimentación

26 respuestas



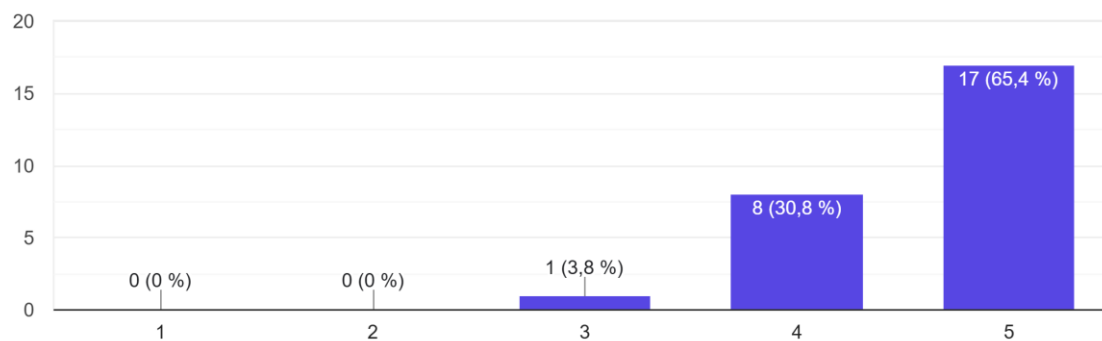
17. Conocimiento sobre nutrición

26 respuestas



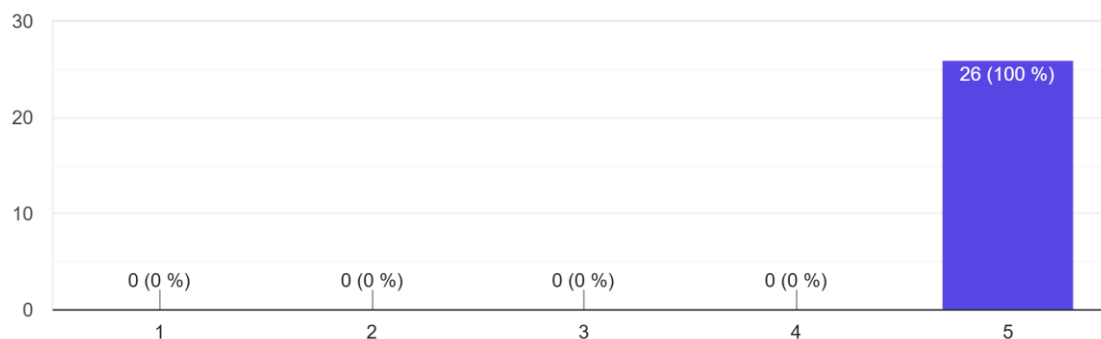
18. Motivación para cambiar hábitos

26 respuestas



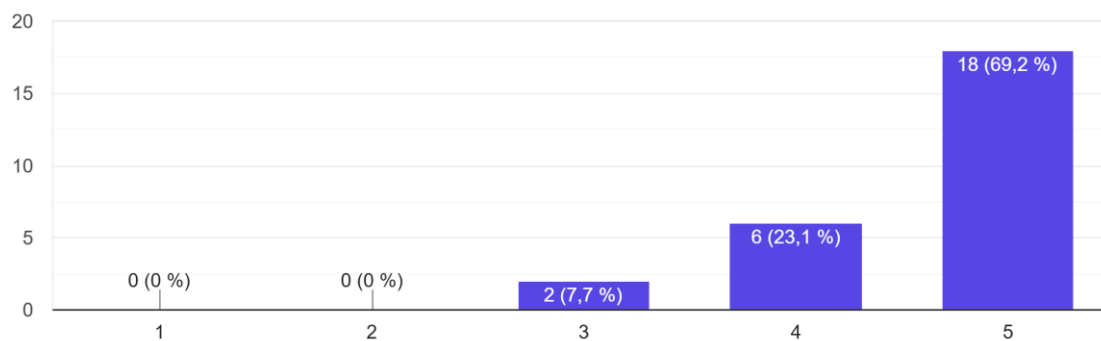
19. Confianza en el profesional

26 respuestas



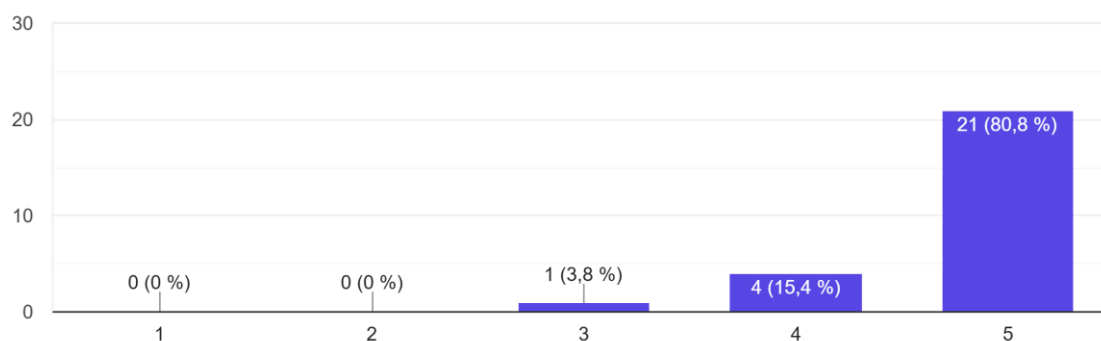
20. Facilidad para comer saludable

26 respuestas



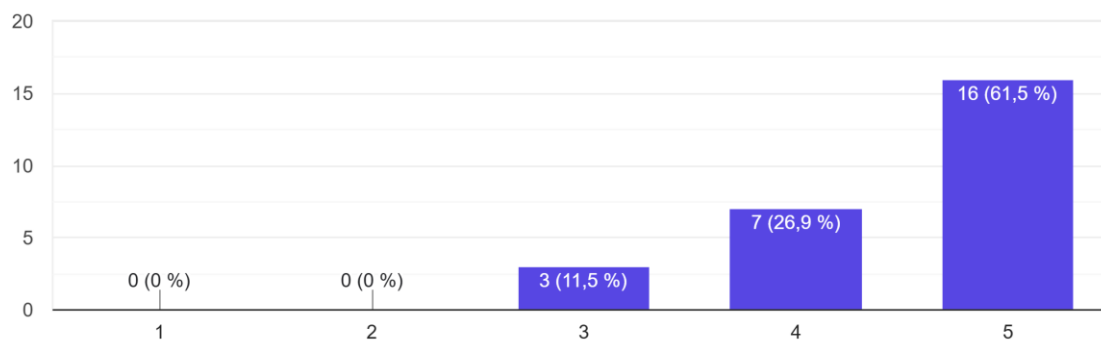
21. Frecuencia de cocinar en casa

26 respuestas



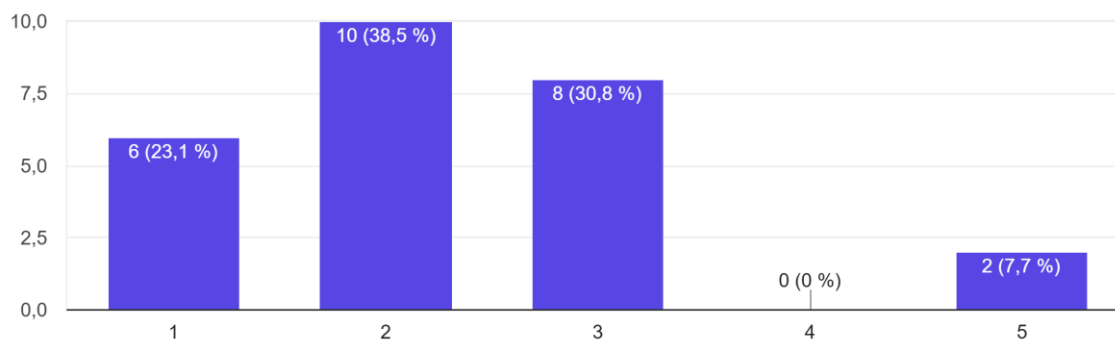
22. Consumo de alimentos saludables

26 respuestas



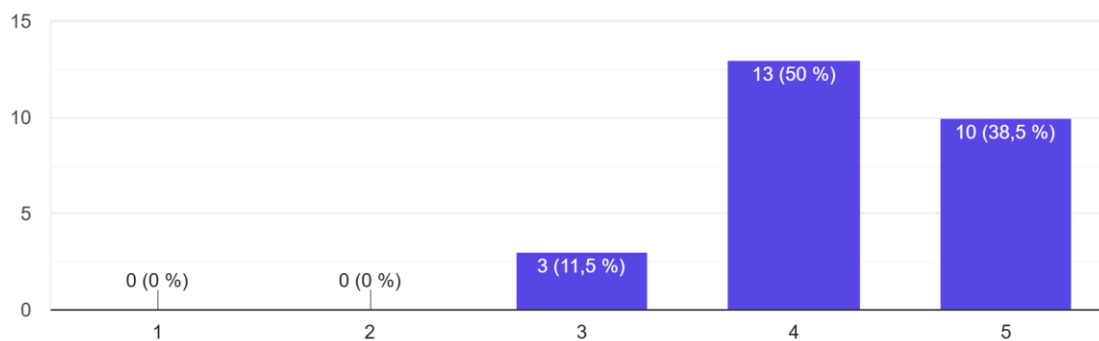
23. Consumo de alimentos poco saludables

26 respuestas



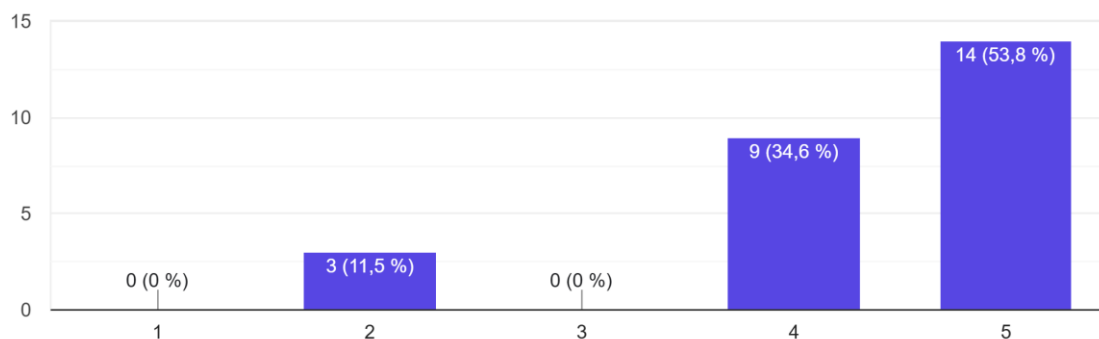
24. Capacidad para identificar alimentos saludables

26 respuestas



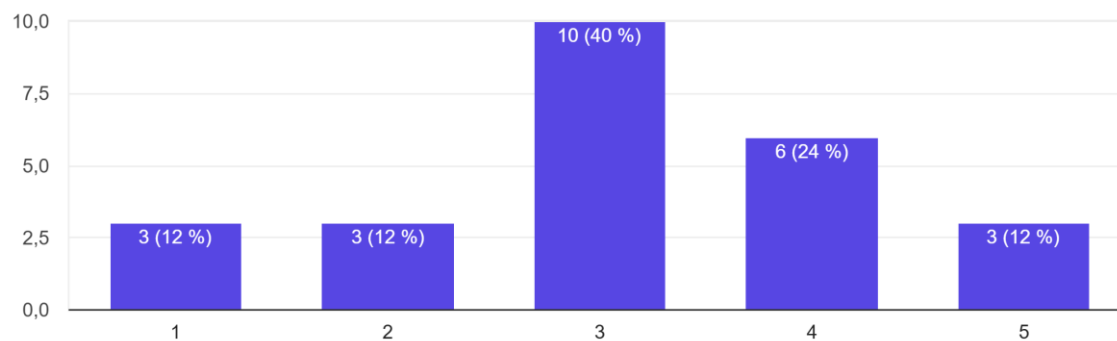
25. Apoyo familiar

26 respuestas



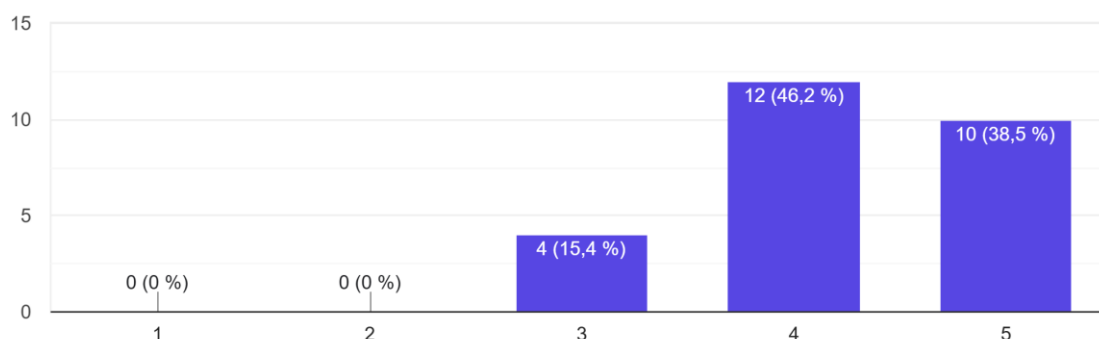
26. Influencia del entorno

25 respuestas



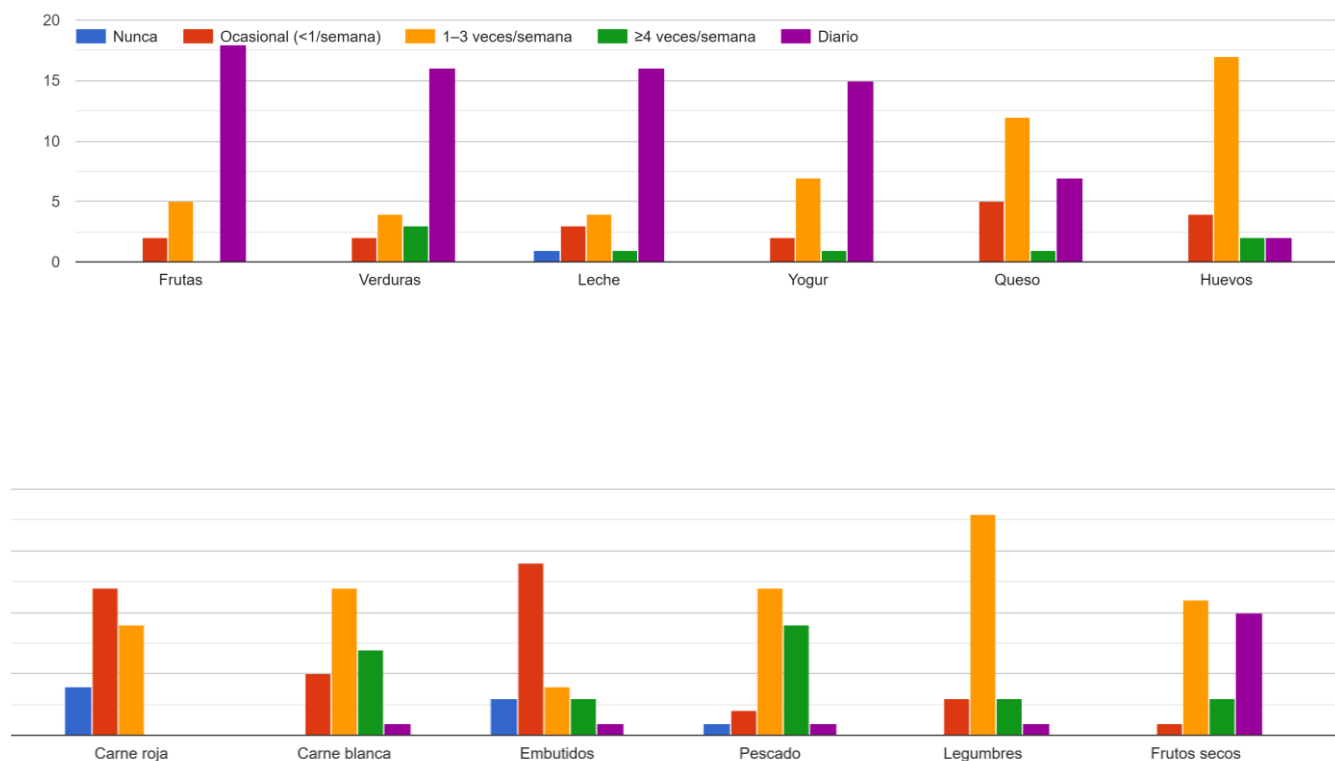
27. Percepción de su salud general

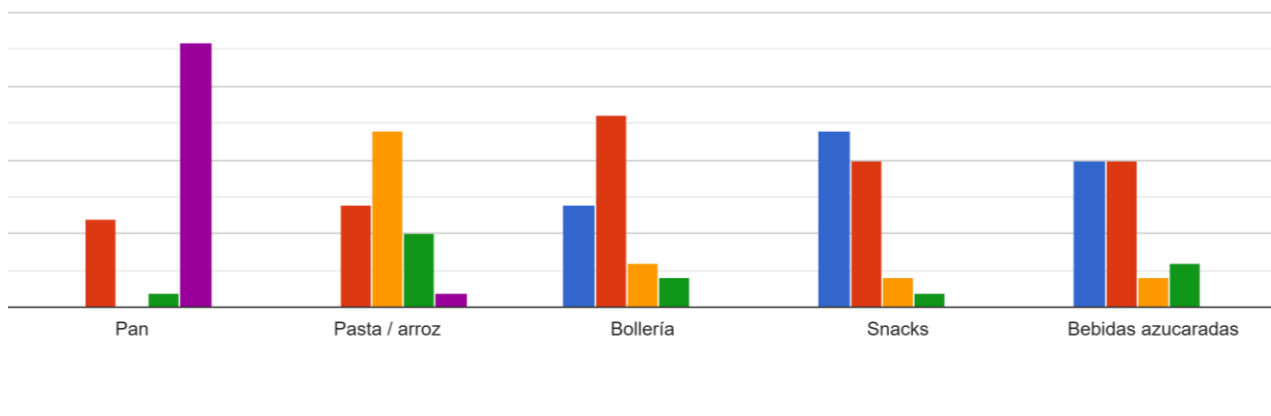
26 respuestas



Anexo IV. Encuesta de consumo de alimentos general

Indique con qué frecuencia consume los siguientes alimentos.

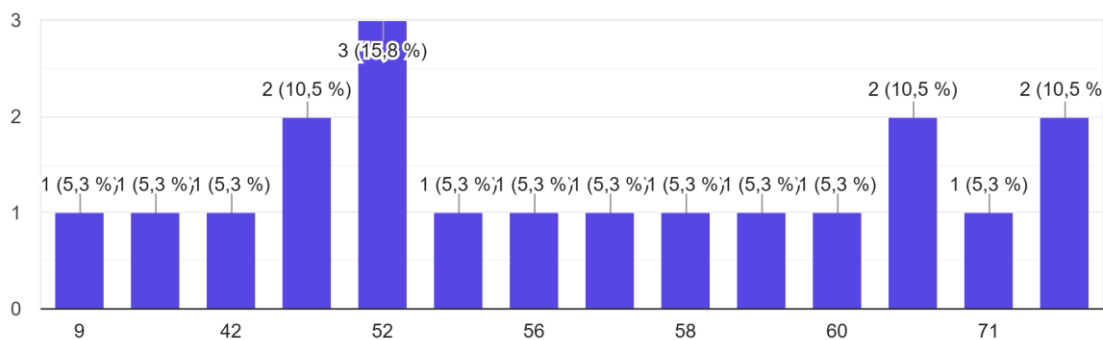




Anexo V. Resultados taller de repostería saludable

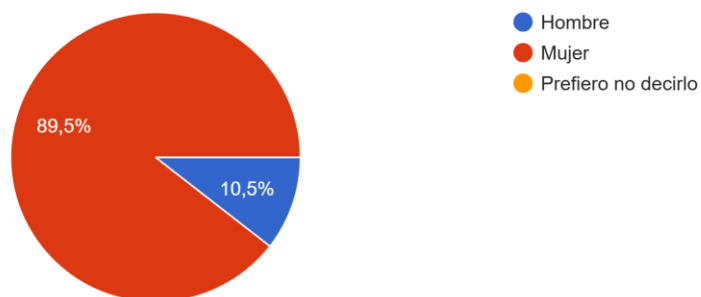
1. Edad

19 respuestas



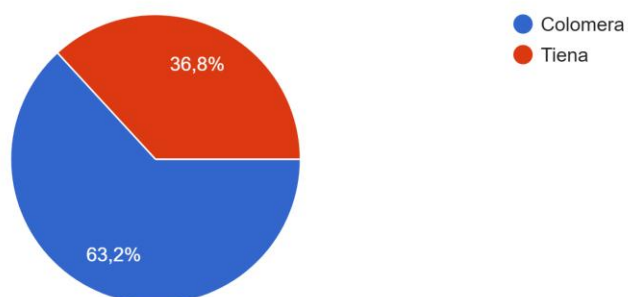
2. Sexo

19 respuestas



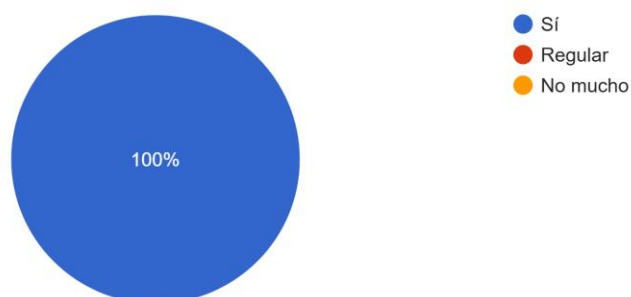
3. Municipio

19 respuestas



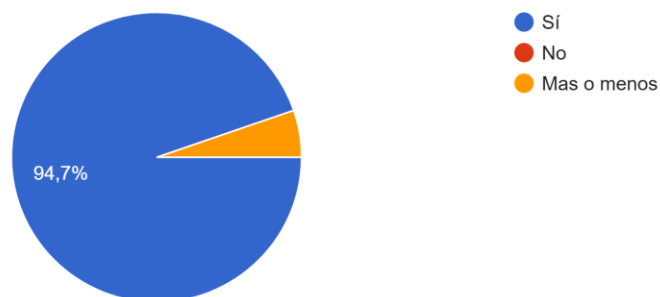
4. ¿Le ha gustado el taller?

19 respuestas



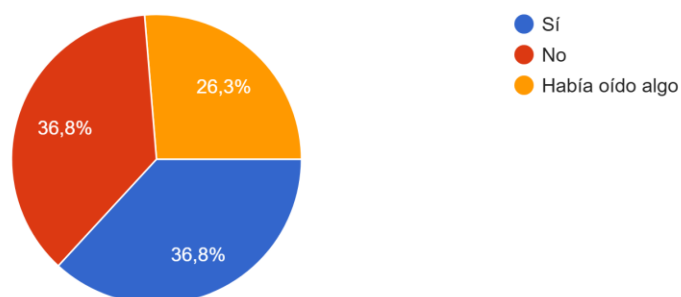
5. ¿Ha entendido bien las explicaciones sobre el azúcar y sus alternativas?

19 respuestas



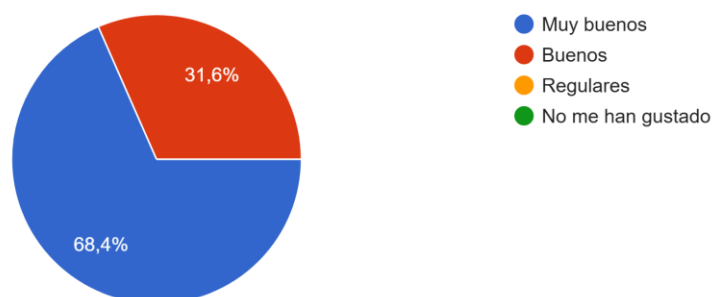
6. Antes del taller, ¿sabía que se podía endulzar un bizcocho con fruta, dátiles, plátano o manzana?

19 respuestas



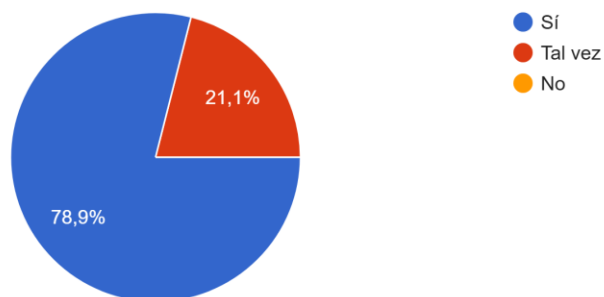
7. ¿Qué le han parecido los bizcochos saludables que ha probado?

19 respuestas



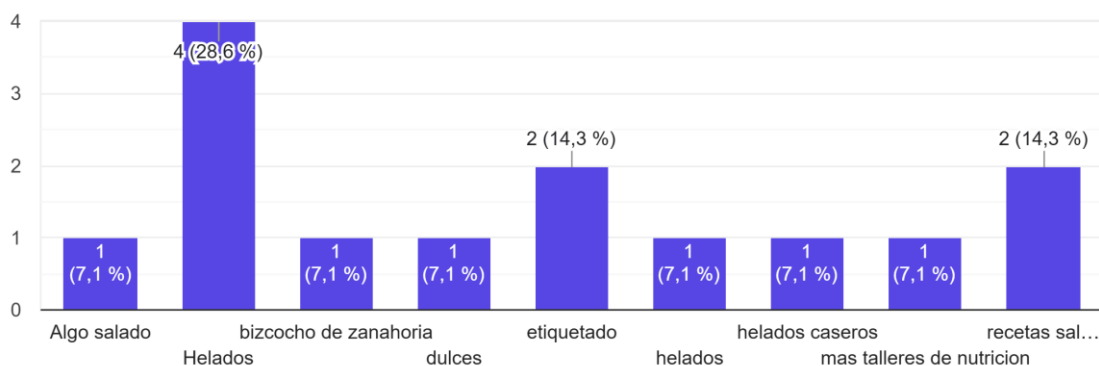
8. ¿Cree que podría hacer alguna de estas recetas en casa?

19 respuestas



9. ¿Qué receta o taller le gustaría hacer otro día?

14 respuestas



10. ¿Quiere dejar alguna sugerencia o comentario?

13 respuestas

Lo explica muy bien la nutricionista

demasiado corto el taller

Gracias a estos talleres he aprendido a comer mejor

Que siga la Nutricionista

Seguir con mas talleres

hacer mas talleres y la nutricionista

Hemos aprendido a utilizar productos que desconocíamos

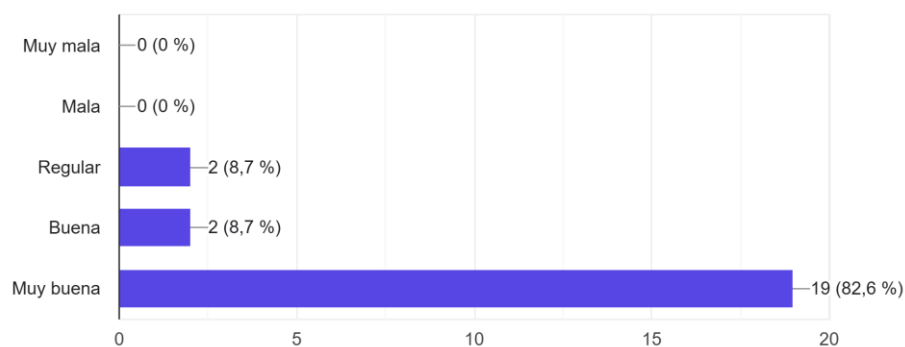
Taller muy ameno

me ha encantado el taller

Anexo VI. Resultados actividad intergeneracional

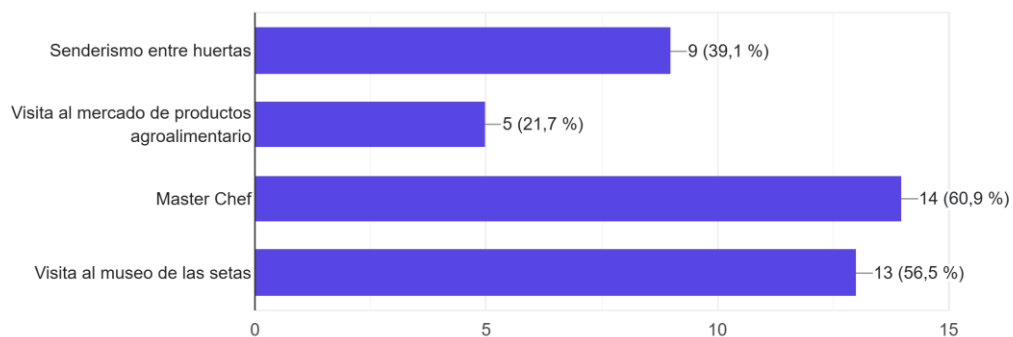
1. ¿Cómo valorarías tu experiencia general en el proyecto?

23 respuestas



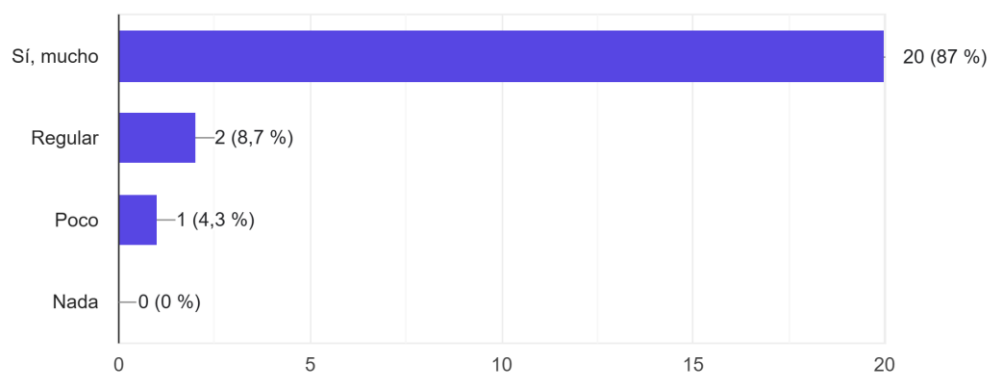
2. ¿Qué actividad te ha gustado más?

23 respuestas



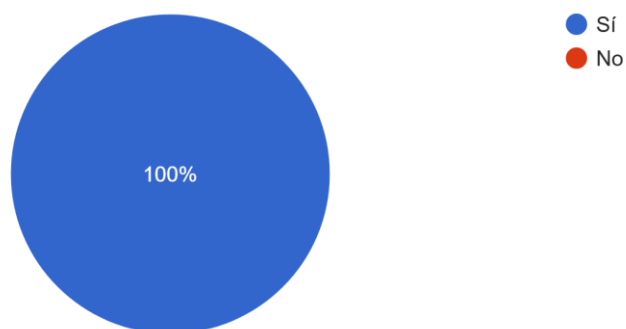
3. ¿Crees que este tipo de encuentros ayudan a mejorar la relación entre generaciones?

23 respuestas



4. ¿Te gustaría participar en futuras actividades de "Tierra de Aguas"?

23 respuestas



5. ¿Qué mejorarías o qué te gustaría añadir en futuras ediciones?

19 respuestas

Todo muy bien

no mejoraría nada, todo perfecto

lo tienen que hacer más a menudo

Faltan sevillanas

Está todo bien. Lo dejo a vuestra elección

.

Todo genial

Darle más difusión para que la gente se entere mejor

yo creo que como se hace esto está bien porque hay una convivencia muy buena