INFORME DE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

El presente informe tiene como fin la visualización de las acciones realizadas desde el programa de Alimentación y Nutrición, y el impacto en los beneficiarios. Por esta razón se tendrán en cuenta variables cuantitativas que permitan observar el estado de las y los beneficiarios desde el inicio, durante y hasta el final de su proceso de atención.

La unidad operativa debe diligenciar las siguientes tablas:

Tabla 1. Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2.

Coordinador / Responsable de la Unidad Operativa	María Esperanza Hernández Contréras
Dirección	Calle 23 H bis # 104 b – 67
Teléfono	2672453
Localidad / municipio	Fontibón / Bogotá
Número de beneficiarios	80
Nombre del nutricionista	Jimena Cabrera Arcos
Nombre del tecnólogo de alimentos	Marcela Barrero Herrera
Periodo del informe	Inicio del proceso de atención en el mes de abril de 2025 al mes de mayo de 2026.

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

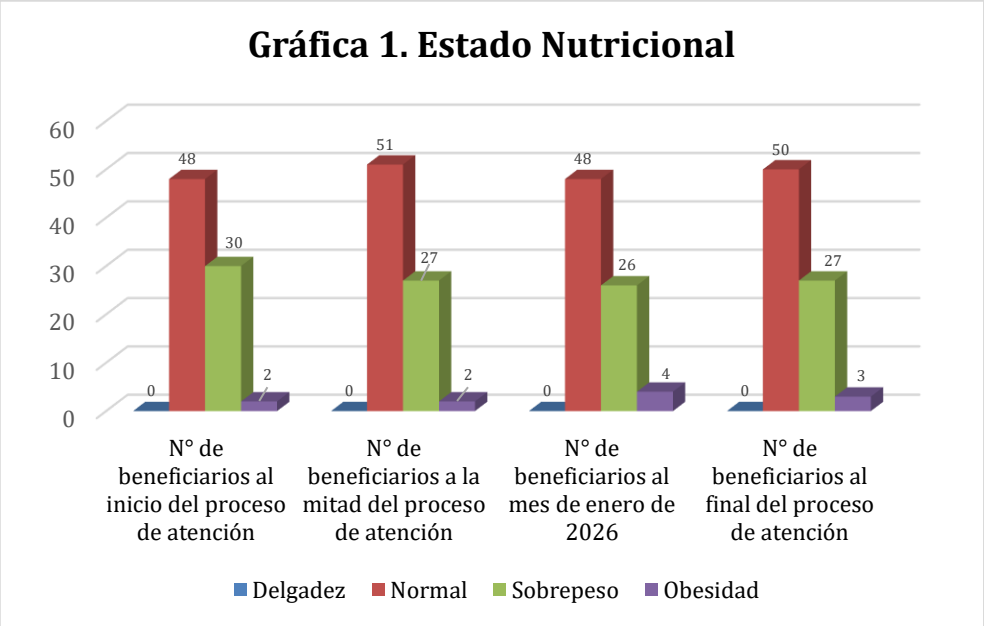
Tabla 2. clasificación del Estado Nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	0	0	0	0
Normal	48	51	48	50
Sobrepeso	30	27	26	27
Obesidad	2	2	4	3

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

:

Se propone la siguiente gráfica:



De acuerdo con la gráfica 1, correspondiente a la clasificación del estado nutricional de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2 durante el periodo comprendido entre mayo de 2025 y mayo de 2026, se evidencia el comportamiento nutricional de la población desde el inicio del proceso, su evolución durante el seguimiento y el estado final al cierre del periodo evaluado.

En la categoría de delgadez, no se registraron personas con discapacidad clasificadas en esta condición durante ninguno de los momentos evaluados (inicio, mitad, enero de 2026 y final del proceso), manteniéndose en 0 casos durante todo el periodo. Este comportamiento representa un hallazgo favorable desde el componente de Alimentación y Nutrición, dado que evidencia una adecuada prevención de la malnutrición por déficit y un seguimiento oportuno frente a factores de riesgo asociados a pérdida de peso, dificultades alimentarias o ingestas insuficientes. La ausencia de casos de delgadez puede relacionarse con la implementación de planes alimentarios estructurados, el suministro adecuado del componente alimentario institucional y el seguimiento nutricional continuo, realizado a las personas con discapacidad atendidas en el servicio.

En relación con el estado nutricional normal, se observa que al inicio del proceso se registraron 48 personas con discapacidad en esta clasificación, aumentando a 51 a mitad del proceso, disminuyendo nuevamente a 48 en el corte intermedio y finalizando con 50 personas al cierre del periodo evaluado. Este comportamiento evidencia una tendencia favorable hacia la estabilidad nutricional y el mantenimiento de condiciones adecuadas de peso corporal en la mayoría de la población atendida. El incremento observado a mitad del proceso puede asociarse a la efectividad de las intervenciones nutricionales implementadas, incluyendo: planes alimentarios individualizados, ajustes en el aporte calórico, educación alimentaria, control de porciones,

acompañamiento interdisciplinario y promoción de actividad física adaptada. Desde el análisis técnico, estos resultados sugieren una mejor regulación entre ingesta energética y gasto calórico, favoreciendo el mantenimiento del estado nutricional adecuado.
Asimismo, es importante considerar que la variación observada entre los diferentes momentos del proceso también puede estar influenciada por la migración de personas con discapacidad, teniendo en cuenta el egreso de algunas personas clasificadas en estado nutricional normal y el ingreso de otras con diferentes diagnósticos nutricionales, lo cual modifica la distribución final de la población evaluada.

Respecto al sobrepeso, al inicio del proceso se identificaron 30 personas con discapacidad en esta clasificación, disminuyendo progresivamente a 27 a mitad del proceso, manteniéndose en 26 en el corte intermedio y finalizando nuevamente en 27 personas al cierre del periodo evaluado. Este comportamiento evidencia una tendencia parcialmente favorable hacia la reducción del exceso de peso, sugiriendo impacto positivo de las estrategias implementadas desde el Programa de Alimentación y Nutrición. Entre los factores que pudieron contribuir a esta disminución se encuentran: la implementación de dietas hipocalóricas, el control de la densidad energética de las preparaciones, la supervisión durante los tiempos de alimentación, el fortalecimiento de hábitos alimentarios saludables y las estrategias IEC de promoción de prácticas saludables en alimentación, nutrición y actividad física desarrolladas mensualmente con referentes familiares y cuidadores.
Sin embargo, para el análisis de esta categoría es importante considerar las particularidades funcionales y ocupacionales de algunas personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2, especialmente aquellas pertenecientes a Casa Aurora, quienes presentan mayor autonomía en la preparación y selección de sus alimentos.
En estos casos, aunque existe orientación y seguimiento permanente desde el área de Nutrición, las personas con discapacidad tienen la posibilidad de gestionar y preparar parte de su alimentación de manera autónoma. El servicio suministra algunos alimentos en crudo para la preparación de tiempos de comida como desayuno y cena, mientras que los refrigerios son consumidos directamente desde el servicio de alimentos del Centro Integrarte.
Asimismo, existe un grupo aproximado de seis personas con discapacidad vinculadas laboralmente a empresas externas, quienes gestionan de manera independiente el consumo de su almuerzo durante la jornada laboral. Esta condición incrementa la exposición a alimentos adquiridos fuera del entorno institucional, dificultando el control del aporte calórico, el tamaño de las porciones y la calidad nutricional de las preparaciones consumidas.
Desde el análisis técnico, estas dinámicas de mayor autonomía alimentaria representan un reto importante para el manejo del sobrepeso, dado que las personas pueden tener mayor acceso a alimentos ultraprocesados, preparaciones de alta densidad calórica y patrones alimentarios menos estructurados, especialmente en contextos externos al centro.
De igual manera, se identificó un caso particular correspondiente a una persona con discapacidad que desarrolla actividades como voceador de periódico, situación que implica una permanencia prolongada en calle y una mayor facilidad para acceder a alimentos de venta informal, generalmente caracterizados por alta carga calórica, consumo frecuente de bebidas azucaradas y productos ultraprocesados. En este caso específico, se ha evidenciado un aumento significativo de peso durante el proceso de atención, pese al acompañamiento nutricional realizado.

Estos hallazgos permiten concluir que, aunque las intervenciones implementadas desde el Programa de Alimentación y Nutrición han favorecido la contención parcial del sobrepeso, existen factores externos relacionados con la autonomía alimentaria, las dinámicas laborales y el acceso a alimentos fuera del entorno institucional que continúan influyendo directamente en la persistencia de la malnutrición por exceso.

Por esta razón, se hace necesario continuar fortaleciendo: las estrategias IEC dirigidas a personas con discapacidad, la educación en selección adecuada de alimentos fuera del hogar, elaborando rutas saludables, control de porciones, promoción de elecciones alimentarias saludables en contextos laborales y comunitarios, seguimiento individualizado en personas con mayor autonomía alimentaria.
Lo anterior, con el fin de favorecer una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales y generar cambios sostenibles en el estado nutricional de esta población.

En cuanto a la clasificación de obesidad, al inicio del proceso se registraron dos personas con discapacidad en esta condición, manteniéndose esta cifra a mitad del proceso, aumentando a cuatro en el corte intermedio y finalizando en tres casos al cierre del periodo evaluado.
Desde el análisis técnico nutricional, este comportamiento debe interpretarse de manera integral, considerando factores como: nivel de actividad física, movilidad funcional, adherencia a los planes alimentarios, condiciones ocupacionales y funcionales, presencia de polifarmacia e interacciones fármaco–nutriente y hábitos alimentarios desarrollados fuera del entorno institucional.

Es importante resaltar que uno de los casos de obesidad que no se encontraba al inicio del proceso y que apareció a mitad del seguimiento, manteniéndose hasta el final del periodo evaluado, corresponde a una persona con discapacidad vinculada laboralmente como voceador del periódico Q'Hubo. Durante el seguimiento nutricional, la persona manifestó que consumía frecuentemente alimentos ofrecidos por las personas a quienes distribuía el periódico, los cuales generalmente correspondían a preparaciones de alta carga calórica, bebidas azucaradas, frituras y productos ultraprocesados. Esta situación generó dificultades en la adherencia al plan alimentario establecido desde el área de Nutrición y favoreció un aumento progresivo del peso corporal.
Asimismo, aunque la actividad laboral implica largas caminatas y permanencia prolongada en calle, se evidenció que el incremento de peso comenzó a generar manifestaciones físicas asociadas a la obesidad, especialmente dolores articulares y molestias osteomusculares, afectando la tolerancia al esfuerzo físico y la movilidad funcional de la persona con discapacidad.

Este caso evidencia cómo, en personas con mayor autonomía y exposición constante a entornos externos, las dinámicas laborales y el acceso libre a alimentos de alta densidad energética pueden convertirse en factores de riesgo significativos para el desarrollo de malnutrición por exceso, aun cuando exista acompañamiento y orientación nutricional desde el Centro Integrarte.
Adicionalmente, es importante considerar que algunas personas con discapacidad atendidas en el servicio presentan mayor autonomía alimentaria, especialmente aquellas pertenecientes a Casa Aurora y quienes laboran en empresas externas, lo que implica mayor libertad en la selección y preparación de alimentos y representa un reto adicional para el control del peso

corporal. Aunque el aumento observado en obesidad constituye una alerta nutricional, los resultados también deben analizarse teniendo en cuenta la dinámica de ingresos y egresos de personas con discapacidad durante el proceso, dado que esto modifica la composición poblacional y la distribución final de las clasificaciones nutricionales.

En términos generales, la presencia de obesidad en esta población resalta la necesidad de continuar fortaleciendo: el seguimiento nutricional individualizado, las estrategias IEC orientadas a alimentación saludable y control del peso, la educación alimentaria en contextos laborales y comunitarios, la promoción de actividad física adaptada y el acompañamiento interdisciplinario frente a riesgos metabólicos y funcionales.
Lo anterior, con el fin de prevenir complicaciones asociadas al exceso de peso y favorecer una mejor calidad de vida en las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2.

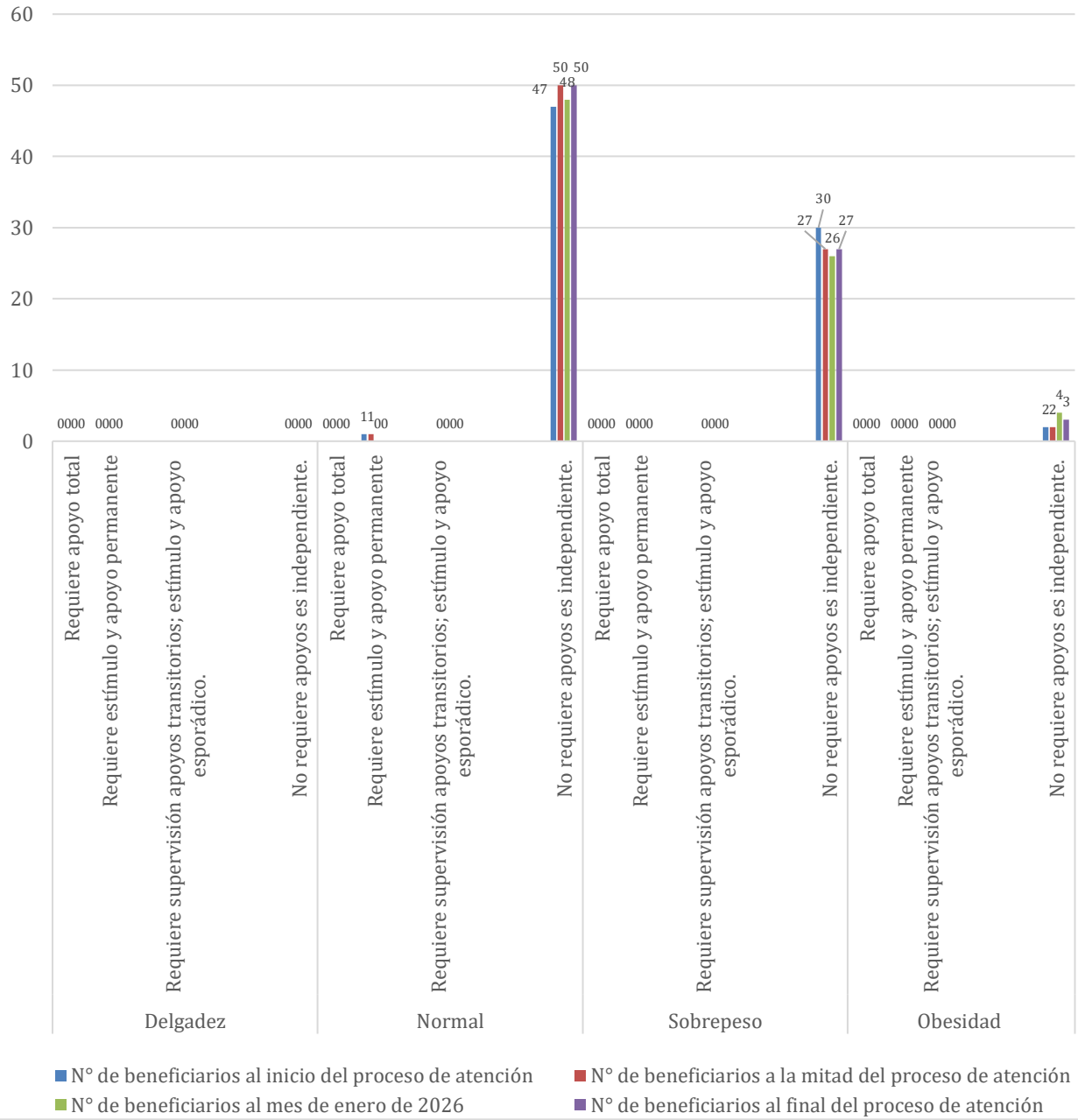
Tabla 3. clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para alimentación

ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para alimentación	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere de supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0	0
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	1	1	0	0
	Requiere supervisión, apoyos transitorios;	0	0	0	0

	estímulo y apoyo esporádico.				
	No requiere apoyos es independiente.	47	50	48	50
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	30	27	26	27
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	2	2	4	3

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

Gráfica 2. clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para la alimentación



De acuerdo con la gráfica 2**,** se analiza la relación entre el estado nutricional y la intensidad del apoyo requerido para la alimentación en las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2, comparando los momentos de inicio, mitad, corte intermedio y final del proceso de atención.
En primer lugar, se evidencia que no se registraron casos de delgadez en ninguno de los momentos evaluados, independientemente del nivel de apoyo requerido para la alimentación, manteniéndose todos los valores en cero durante el proceso. Desde el análisis técnico nutricional, este comportamiento representa un hallazgo favorable, dado que evidencia la efectividad de las acciones implementadas desde el Programa de Alimentación y Nutrición para prevenir la malnutrición por déficit, incluso en personas con distintos niveles de autonomía funcional.

En relación con el estado nutricional normal, se observa que la mayoría de las personas con discapacidad se clasifican como independientes para la alimentación durante todo el proceso, pasando de 47 personas al inicio a 50 al final del período evaluado. Este comportamiento refleja que la población atendida presenta altos niveles de autonomía en el proceso alimentario, lo cual constituye una fortaleza para el desarrollo de estrategias de educación alimentaria y promoción de hábitos saludables.
Asimismo, se identificó un caso de una persona con discapacidad que requería estímulo y apoyo permanente para la alimentación al inicio y a mitad del proceso; sin embargo, esta persona fue trasladada a otro Centro Integrarte, razón por la cual en la medición final no se registran personas que requieran apoyo para alimentarse. Este aspecto resulta importante para la correcta interpretación de la gráfica, dado que la disminución de casos con apoyo no corresponde necesariamente a cambios funcionales asociados al proceso nutricional, sino a movimientos poblacionales durante el período evaluado.

En cuanto a la clasificación de sobrepeso, se evidencia que la totalidad de las personas con discapacidad en esta categoría son independientes para la alimentación, registrándose una disminución progresiva de 30 casos al inicio a 27 al final del proceso. Desde el análisis técnico, este comportamiento refleja que las variaciones observadas en el estado nutricional no se relacionan con cambios en la autonomía funcional, sino con otros factores asociados a los hábitos alimentarios, la actividad física y las dinámicas ocupacionales.

En este sentido, es importante considerar las características particulares de algunas personas con discapacidad pertenecientes a Casa Aurora, quienes presentan mayor autonomía en la selección y preparación de sus alimentos. Aunque estas personas reciben orientación y seguimiento desde el área de Nutrición, tienen la posibilidad de preparar de manera autónoma algunos tiempos de comida, especialmente desayuno y cena, utilizando alimentos suministrados desde el servicio; asimismo, los refrigerios son consumidos desde el servicio de alimentos institucional.

Adicionalmente, existe un grupo aproximado de seis personas con discapacidad vinculadas laboralmente a empresas externas, quienes gestionan de manera independiente el consumo de su almuerzo durante la jornada laboral, lo que incrementa la exposición a alimentos adquiridos fuera del entorno institucional y dificulta el control del aporte calórico, la calidad nutricional y el

tamaño de las porciones consumidas. Estas condiciones representan un reto importante para el manejo nutricional del sobrepeso, dado que la autonomía alimentaria puede favorecer el acceso a alimentos ultraprocesados o de alta densidad energética, especialmente en contextos comunitarios y laborales.

Respecto a la clasificación de obesidad, todos los casos corresponden igualmente a personas con discapacidad independientes para la alimentación, pasando de dos casos al inicio y mitad del proceso a cuatro en el corte intermedio y tres al final del período evaluado.
En esta categoría, resulta relevante mencionar el caso de una persona con discapacidad vinculada laboralmente como voceador del periódico Q'Hubo, quien no presentaba obesidad al inicio del proceso, pero comenzó a clasificarse en esta categoría a mitad del seguimiento y se mantuvo hasta el final del período evaluado. Este caso permite evidenciar cómo, aun en personas con discapacidad que presentan independencia funcional para la alimentación, las dinámicas laborales, el acceso libre a alimentos y las prácticas alimentarias fuera del entorno institucional pueden influir significativamente en el desarrollo de malnutrición por exceso. Resulta importante aclarar que las variaciones observadas en sobrepeso y obesidad no deben interpretarse como cambios asociados a la autonomía funcional, dado que las personas clasificadas en estas categorías ya eran independientes para la alimentación desde el inicio del proceso. Por tanto, los cambios evidenciados responden principalmente a: modificaciones en el estado nutricional derivadas de la intervención nutricional, ingreso y egreso de personas con discapacidad, dinámicas ocupacionales y comunitarias y factores asociados a estilos de vida y hábitos alimentarios. Asimismo, durante todo el proceso se desarrollaron estrategias IEC de promoción de prácticas saludables en alimentación, nutrición y actividad física, trabajadas mensualmente con personas con discapacidad, orientadas a fortalecer la autorregulación alimentaria, el control de porciones y la selección adecuada de alimentos en contextos externos.
Los resultados también resaltan la necesidad de continuar fortaleciendo el seguimiento nutricional individualizado, las estrategias educativas orientadas a alimentación autónoma saludable, la orientación nutricional en contextos laborales y comunitarios, la promoción de actividad física y e acompañamiento interdisciplinario en casos de malnutrición por exceso, todo esto con el fin de prevenir complicaciones metabólicas y funcionales asociadas al sobrepeso y la obesidad, favoreciendo una mejor calidad de vida en las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte.

Tabla 4. Clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para movilidad funcional

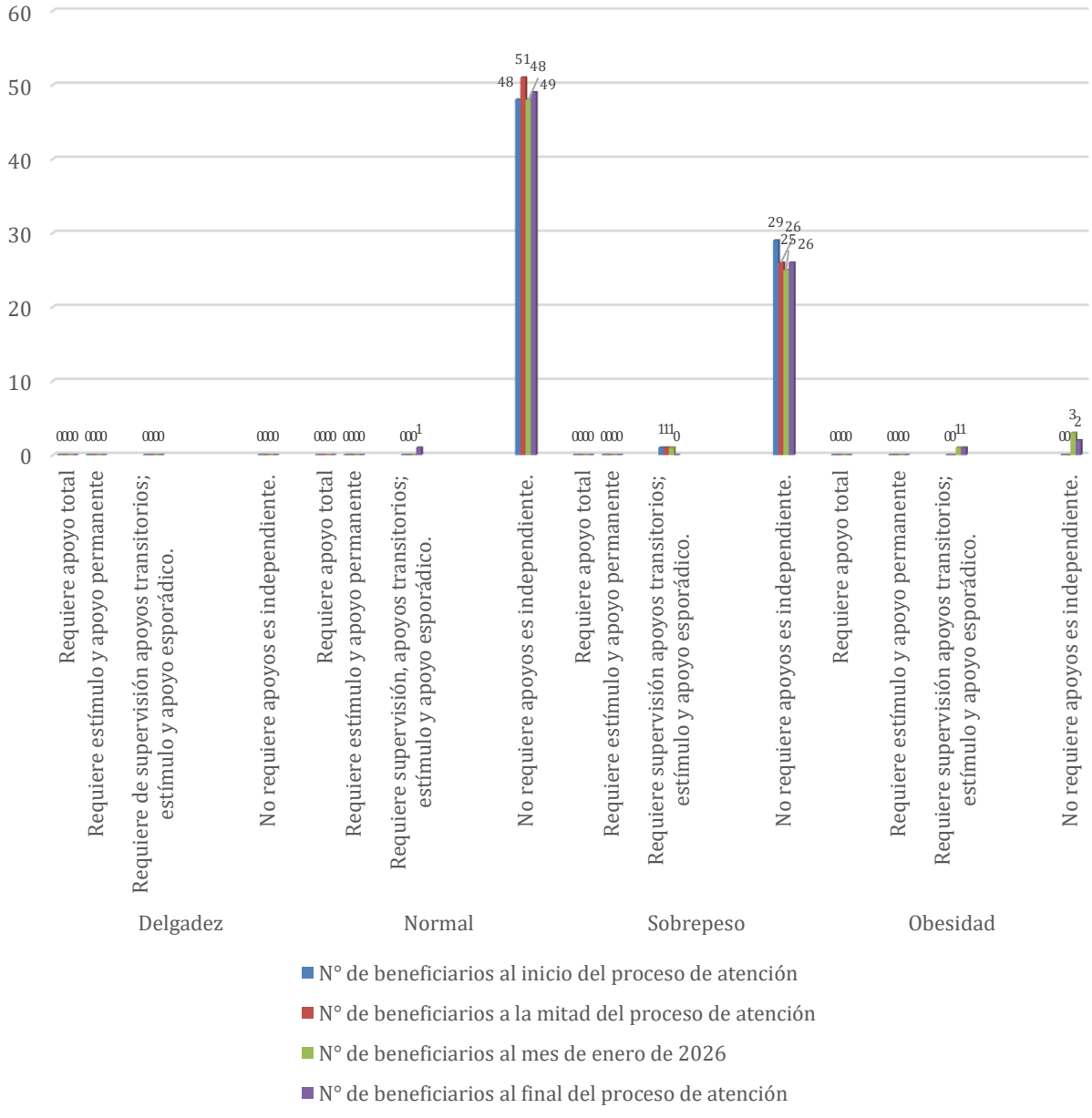
ESTADO NUTRICIONAL	Intensidad del apoyo para para movilidad funcional	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo	0	0	0	0

	esporádico.				
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	0	0
Normal	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	1
	No requiere apoyos es independiente.	48	51	48	49
Sobrepeso	Requiere apoyo total	0	0	0	0
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	1
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	1	1	1	0
	No requiere apoyos es independiente.	29	26	25	26
Obesidad	Requiere apoyo total	0	0	0	1
	Requiere estímulo y apoyo permanente	0	0	0	0
	Requiere supervisión apoyos transitorios; estímulo y apoyo esporádico.	0	0	0	0
	No requiere apoyos es independiente.	0	0	4	2

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

Se propone la siguiente gráfica:

Gráfica 3. clasificación del estado nutricional según intensidad del apoyo para la movilidad funcional



De acuerdo con la gráfica 3, se analiza la relación entre el estado nutricional y la intensidad del apoyo requerido para la movilidad funcional de las personas con discapacidad atendidas,

comparando el comportamiento desde el inicio del proceso, su evolución durante el seguimiento y el estado final al cierre del convenio.

En primer lugar, se evidencia que no se registraron casos de delgadez en ninguno de los momentos evaluados, independientemente del nivel de apoyo requerido para la movilidad funcional, manteniéndose todos los valores en cero durante el proceso. Este comportamiento representa un hallazgo favorable, dado que no se evidencian situaciones de malnutrición por déficit asociadas a limitaciones en la movilidad funcional dentro de la población atendida.

En relación con el estado nutricional normal, se observa que al inicio y a mitad del proceso no se registraban personas con discapacidad clasificadas en las categorías relacionadas con apoyo para movilidad funcional; sin embargo, en los cortes finales se identifican 48 personas independientes para la movilidad y una persona que requiere supervisión y apoyos transitorios al cierre del proceso.
Este comportamiento evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2 presentan adecuados niveles de autonomía funcional para el desplazamiento y la realización de actividades cotidianas, constituyéndose en un factor protector desde el componente nutricional, dado que favorece el mantenimiento del gasto energético y contribuye a la estabilidad del estado nutricional. Asimismo, es importante considerar que gran parte de la población atendida desarrolla actividades ocupacionales, comunitarias y laborales que implican movilidad constante, especialmente las personas vinculadas a Casa Aurora y aquellas que laboran en entornos externos, quienes presentan altos niveles de independencia funcional.

En cuanto a la clasificación de sobrepeso, se evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad se encuentran en la categoría de independientes para la movilidad funcional, pasando de 29 casos al inicio, en el corte intermedio a 26 y al final del proceso nuevamente 26. Adicionalmente, se identifica un caso que al cierre del período requiere estímulo y apoyo permanente para la movilidad funcional. Es importante aclarar que las variaciones observadas no corresponden necesariamente a cambios en la funcionalidad motora de las personas con discapacidad, sino a modificaciones en la clasificación nutricional y a la dinámica poblacional del servicio, incluyendo ingresos y egresos durante el período evaluado.
Respecto al caso de la persona con discapacidad que requiere apoyo permanente para la movilidad funcional y que se encuentra clasificada en sobrepeso, se identificó que presenta amputación bilateral de miembros inferiores por debajo de la rodilla. Aunque cuenta con silla de ruedas para sus desplazamientos y logra manejarla de manera autónoma, también presenta capacidad para desplazarse utilizando sus propios miembros en trayectos cortos y durante algunas actividades específicas dentro del Centro. No obstante, esta conducta no resulta funcionalmente recomendable, debido a que la fricción y presión ejercida sobre los muñones ha favorecido la aparición recurrente de procesos infecciosos e irritación en la zona, situación que puede afectar su movilidad, bienestar físico y participación en actividades cotidianas.

Desde el enfoque técnico nutricional, esta condición funcional puede influir directamente en el balance energético y en la regulación del peso corporal, dado que las limitaciones en la movilidad

reducen parcialmente el gasto energético diario y pueden dificultar la realización de actividad física continua. Sin embargo, la autonomía observada en algunos desplazamientos y actividades cotidianas constituye un factor protector importante para mantener cierto nivel de funcionalidad e independencia.
Asimismo, este caso evidencia la necesidad de desarrollar intervenciones nutricionales individualizadas, ajustadas no solo al estado nutricional, sino también a las condiciones funcionales, la movilidad y el nivel de actividad física real de cada persona con discapacidad.
De igual manera, resulta relevante considerar que algunas personas con discapacidad presentan altos niveles de autonomía y desarrollan actividades laborales externas, lo que implica mayor independencia en la movilidad y en la selección de alimentos fuera del entorno institucional. En estos casos, aunque existe acompañamiento y orientación desde el área de Nutrición, la exposición frecuente a alimentos de alta carga calórica y hábitos alimentarios menos estructurados puede influir directamente en la persistencia del sobrepeso.
Estos hallazgos reflejan que la relación entre movilidad funcional y estado nutricional debe analizarse de manera integral, considerando no solo el nivel de apoyo requerido, sino también las dinámicas ocupacionales, los hábitos alimentarios, la actividad física y las condiciones particulares de cada persona con discapacidad.

Respecto a la clasificación de obesidad, se observa que uno de los casos corresponde a una persona con discapacidad que requiere apoyo permanente para la movilidad funcional, quien migró a esta clasificación durante el proceso de atención, teniendo en cuenta que inicialmente se encontraba en sobrepeso. Las demás personas clasificadas en obesidad continúan siendo independientes para la movilidad funcional, manteniendo adecuados niveles de autonomía para el desplazamiento y la realización de actividades cotidianas.
En este aspecto, resulta especialmente importante mencionar el caso de la persona con discapacidad vinculada laboralmente como voceador del periódico Q'Hubo, quien presentó transición de sobrepeso a obesidad durante el proceso de atención, sin modificaciones en su nivel de movilidad funcional.
De igual manera, se identificó que algunas personas con discapacidad pertenecientes a Casa Aurora y aquellas vinculadas laboralmente fuera del Centro presentan mayor autonomía tanto en movilidad como en alimentación. Aunque esta condición favorece procesos de independencia y participación comunitaria, también representa un reto importante para el control nutricional, debido a la menor supervisión directa sobre los hábitos alimentarios, la selección de alimentos y las dinámicas de actividad física fuera del entorno institucional.

Es fundamental aclarar que las variaciones observadas entre sobrepeso y obesidad no reflejan cambios en la autonomía funcional de las personas con discapacidad, dado que quienes presentan limitaciones para la movilidad mantuvieron dicha condición durante todo el proceso de atención. En este sentido, las modificaciones identificadas corresponden principalmente a cambios en la clasificación nutricional asociados a factores como hábitos alimentarios, dinámicas ocupacionales, acceso a alimentos de alta densidad calórica, estilos de vida y movimientos poblacionales dentro del servicio.
No obstante, los casos de sobrepeso y obesidad asociados a limitaciones funcionales o a dinámicas laborales externas constituyen una alerta nutricional importante, dado que pueden

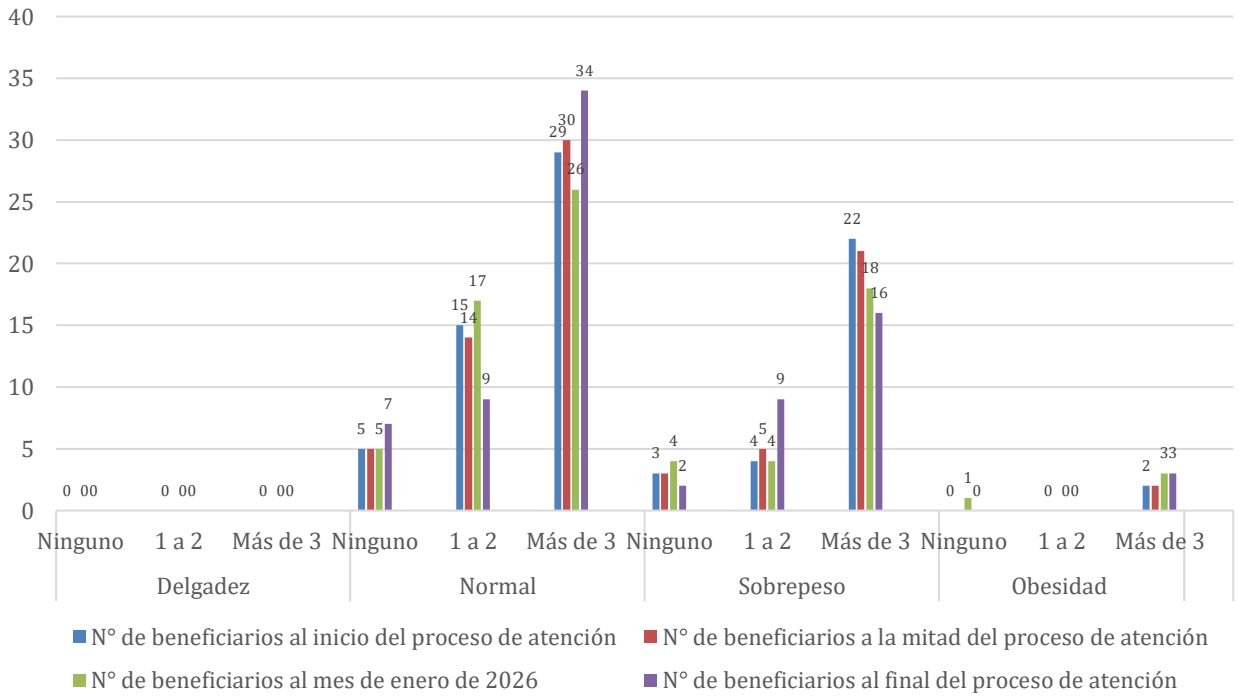
incrementar el riesgo de complicaciones metabólicas, osteomusculares y funcionales a mediano y largo plazo.

Tabla 5. clasificación del estado nutricional según número de medicamentos consumidos

ESTADO NUTRICIONAL	Número de medicamentos consumidos	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Ninguno	0	0	0	0
	1 a 2	0	0	0	0
	Más de 3	0	0	0	0
Normal	Ninguno	5	5	5	7
	1 a 2	15	14	17	9
	Más de 3	29	30	26	34
Sobrepeso	Ninguno	3	3	4	2
	1 a 2	4	5	4	9
	Más de 3	22	21	18	16
Obesidad	Ninguno	0	0	1	0
	1 a 2	0	0	0	0
	Más de 3	2	2	3	3

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

Gráfica 4. clasificación del estado nutricional según número de medicamentos consumidos



En la población atendida en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2 se evidencia un alto consumo de medicamentos, principalmente psicofármacos como antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos y ansiolíticos, los cuales pueden generar interacciones relevantes con el estado nutricional, influyendo sobre el apetito, el metabolismo energético, la absorción de nutrientes, la sensación de saciedad y la composición corporal.

De acuerdo con la gráfica 4, se analiza la relación entre la clasificación del estado nutricional y el número de medicamentos consumidos por las personas con discapacidad durante el proceso de atención, comparando el comportamiento al inicio, durante el seguimiento y al finalizar el convenio.

En primer lugar, se evidencia que no se registran casos de delgadez en ninguno de los momentos evaluados, independientemente del número de medicamentos consumidos, manteniéndose todos los valores en cero durante el proceso. Este comportamiento representa un hallazgo favorable, dado que sugiere que, pese a la presencia de farmacoterapia prolongada y polifarmacia en gran parte de la población, no se han generado estados de malnutrición por déficit atribuibles a interacciones fármaco–nutriente o a disminución significativa de la ingesta alimentaria.

En relación con el estado nutricional normal, se observa que las personas con discapacidad que no consumen medicamentos aumentan de 5 casos al inicio a 7 al final del proceso. Por su parte, quienes consumen entre 1 y 2 medicamentos presentan una disminución de 15 a 9 casos, mientras que las personas con consumo de más de 3 medicamentos aumentan de 29 a 34 casos al cierre del período evaluado. Este comportamiento resulta especialmente relevante, dado que evidencia que, aun en contextos de alta polifarmacia, es posible mantener un estado nutricional adecuado cuando existe seguimiento nutricional continuo, planes alimentarios individualizados y acompañamiento interdisciplinario permanente. No obstante, se reconoce que muchos psicofármacos utilizados en esta población pueden generar efectos secundarios asociados a:

- Incremento del apetito.
- Alteraciones en la percepción de saciedad.
- Somnolencia y disminución del gasto energético.
- Retención de líquidos.
- Alteraciones en el metabolismo de carbohidratos y lípidos.
- Riesgo de resistencia a la insulina y aumento de peso.
- Alteraciones en la absorción de micronutrientes.

Por esta razón, las personas con discapacidad con consumo de múltiples medicamentos requieren vigilancia nutricional permanente, con el fin de prevenir desviaciones progresivas hacia sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la clasificación de sobrepeso, se identifica una mayor concentración de personas con discapacidad que consumen más de 3 medicamentos, pasando de 22 casos al inicio a 16 al final del proceso. Paralelamente, se observa un aumento en quienes consumen entre 1 y 2 medicamentos, pasando de 4 a 9 casos al cierre del período evaluado.
Desde el análisis técnico, esta disminución en el grupo de polifarmacia puede relacionarse con varios factores tales como: migración de algunas personas hacia estado nutricional normal, egresos o traslados institucionales, cambios en esquemas farmacológicos, variaciones poblacionales durante el convenio.
Sin embargo, continúa evidenciándose una relación importante entre sobrepeso y consumo elevado de medicamentos, especialmente psicofármacos asociados a incremento del apetito, disminución del gasto energético basal y alteraciones metabólicas, factores que dificultan el control del peso corporal incluso cuando se implementan estrategias dietoterapéuticas. Asimismo, es importante considerar que algunas personas de Casa Aurora y aquellas vinculadas laboralmente fuera del Centro presentan mayor autonomía tanto en movilidad como en alimentación, lo que implica mayor exposición a alimentos adquiridos en contextos comunitarios y menor supervisión directa sobre los hábitos alimentarios. Esta condición puede potenciar los efectos metabólicos asociados a la farmacoterapia y dificultar la adherencia a los planes alimentarios establecidos.

En cuanto a la clasificación de obesidad, se evidencia que al inicio y a la mitad del proceso los casos correspondían exclusivamente a personas con discapacidad que consumían más de 3 medicamentos, aumentando de 2 a 3 casos al final del período evaluado. Asimismo, durante el corte intermedio se registró un caso de obesidad en una persona que no consumía medicamentos; sin embargo, este caso no se mantiene al cierre del proceso.

Desde el análisis técnico, la coexistencia entre obesidad y polifarmacia constituye un factor de riesgo metabólico importante, dado que algunos tratamientos farmacológicos pueden favorecer:

- Aumento progresivo de peso.
- Alteraciones metabólicas.
- Dislipidemias.
- Resistencia a la insulina.
- Sedentarismo secundario a somnolencia o disminución de actividad física.

Estos hallazgos evidencian cómo las interacciones entre farmacoterapia, hábitos alimentarios, dinámicas laborales y estilos de vida pueden influir significativamente en el desarrollo de malnutrición por exceso en las personas con discapacidad.

En conclusión, de acuerdo con la gráfica 4, se evidencia que la polifarmacia constituye un factor relevante dentro del análisis nutricional de la población atendida, especialmente en los casos de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, también se demuestra que, mediante seguimiento nutricional continuo, intervención interdisciplinaria y educación alimentaria permanente, es posible mantener estados nutricionales adecuados aun en presencia de consumo elevado de medicamentos.

Los resultados resaltan la necesidad de continuar fortaleciendo: el seguimiento nutricional individualizado, la articulación con el componente médico y terapéutico, la vigilancia frente a interacciones fármaco–nutriente, las estrategias educativas orientadas a alimentación saludable y estilos de vida activos y el acompañamiento a personas con alta autonomía alimentaria y laboral.

.

Tabla 6. Clasificación del estado nutricional según modificación dietaría en consistencia

Basado en el manual dietario asociado a la línea técnica del programa de nutrición y salubridad dentro del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2, se ofrecen los siguientes tipos de dieta de acuerdo con la modificación en consistencia:

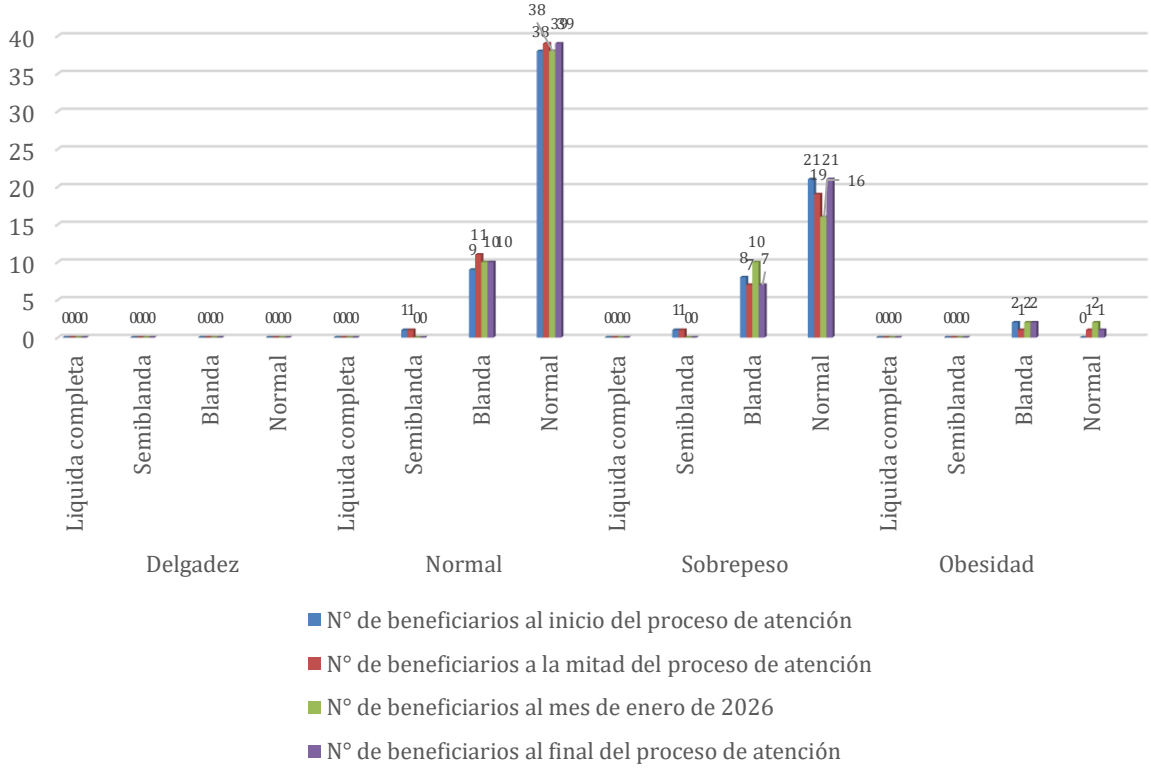
ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en consistencia	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0
Normal	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	1	1	0	0

	Blanda	9	11	10	10
	Normal	38	39	38	39
Sobrepeso	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	1	1	0	0
	Blanda	8	7	10	7
	Normal	21	19	16	21
Obesidad	Liquida completa	0	0	0	0
	Semiblanda	0	0	0	0
	Blanda	2	1	2	2
	Normal	0	1	2	1

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

Se propone la siguiente gráfica:

Gráfica 5. Clasificación del estado nutricional según modificación dietaria en consistencia



De acuerdo con la gráfica 5, se analiza la relación entre la clasificación del estado nutricional y la modificación dietaria en consistencia de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte, comparando el comportamiento desde el inicio del proceso, su evolución durante el seguimiento y el estado final al cierre del convenio.

El análisis de esta gráfica permite evaluar la adecuación de la textura de los alimentos en relación con las necesidades funcionales, masticatorias, deglutorias y clínicas de la población atendida, teniendo en cuenta que las modificaciones en consistencia forman parte de las estrategias individualizadas orientadas a garantizar una ingesta segura, suficiente y adecuada.

No se registran personas con discapacidad clasificadas en delgadez que requieran modificación en la consistencia de la dieta, manteniéndose todos los valores en cero durante el período evaluado. Asimismo, no se identifican dietas líquidas completas en ninguno de los grupos nutricionales, lo cual constituye un hallazgo favorable desde el enfoque nutricional y funcional, dado que no se evidencian alteraciones severas de deglución o condiciones clínicas que comprometan significativamente la ingesta alimentaria.

En relación con el estado nutricional normal, se observa que la mayoría de las personas con discapacidad consume dieta de consistencia normal, pasando de 38 casos al inicio a 39 al final del proceso, comportamiento que refleja estabilidad en las capacidades masticatorias y deglutorias de la población.
Paralelamente, se identifica un grupo de personas que requiere dieta blanda, pasando de 9 casos al inicio a 10 al final del período evaluado. Desde el análisis técnico, estas modificaciones en consistencia responden principalmente a necesidades individuales relacionadas con: condiciones odontológicas, dificultades masticatorias leves, procesos de tolerancia alimentaria, preferencias alimentarias específicas y condiciones funcionales particulares. Asimismo, se registra un único caso con dieta semiblanda al inicio y a mitad del proceso, el cual no se mantiene al cierre del convenio. Esta variación no debe interpretarse como una mejoría funcional atribuible exclusivamente a la intervención nutricional, sino que en nuestro caso está relacionada con movimiento poblacional, puesto que la persona fue trasladada a otro centro.

En cuanto a la clasificación de sobrepeso, se evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad consume dieta de consistencia normal, pasando de 21 casos al inicio a 21 nuevamente al final del proceso, aunque con una disminución transitoria en el corte intermedio. Paralelamente, las dietas blandas presentan variaciones, pasando de 8 casos al inicio a 7 al final del período evaluado.
Este comportamiento evidencia que las modificaciones en consistencia no se encuentran directamente asociadas al exceso de peso, sino a necesidades funcionales específicas de cada persona con discapacidad. En este sentido, la consistencia de la dieta no constituye un factor determinante en la aparición del sobrepeso, el cual se relaciona en mayor medida con factores como: autonomía alimentaria, hábitos alimentarios en contextos comunitarios y laborales, consumo de alimentos de alta densidad calórica, actividad física y polifarmacia e interacciones fármaco–nutriente.

Respecto a la clasificación de obesidad, se evidencia que dos personas con discapacidad requieren dieta blanda tanto al inicio como al final del proceso, mientras que las dietas de consistencia normal aumentan progresivamente, pasando de 0 casos al inicio a 1 al cierre del período evaluado.
Estas variaciones responden principalmente a movimientos poblacionales y migración entre clasificaciones nutricionales, más que a modificaciones en las condiciones funcionales de masticación o deglución. De igual manera, no se registran personas con obesidad que requieran dietas semiblandas o líquidas completas, lo que indica que, aun en presencia de malnutrición por exceso, la población conserva adecuada funcionalidad oral y capacidad para consumir alimentos de consistencia convencional.
Es fundamental precisar que los cambios observados en la modificación dietaria en consistencia no deben interpretarse como mejorías o deterioros funcionales, sino como el resultado de: ajustes individualizados del plan alimentario, necesidades clínicas y funcionales particulares, migración entre clasificaciones nutricionales, movimientos poblacionales durante el convenio y adaptaciones orientadas a garantizar tolerancia y adherencia alimentaria.

En conclusión, de acuerdo con la gráfica 5, se evidencia que la mayoría de las personas con

discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2 conservan adecuada funcionalidad masticatoria y deglutoria, predominando las dietas de consistencia normal y blanda. Asimismo, los resultados reflejan una adecuada adaptación individualizada de la consistencia dietaria según las necesidades funcionales de cada persona. No obstante, se resalta la necesidad de continuar fortaleciendo el seguimiento nutricional individualizado y el trabajo interdisciplinario.

- Tabla 7. clasificación del estado nutricional según Modificación dietaría en macronutrientes

Basado en el manual dietario asociado a la línea técnica del programa de nutrición y salubridad dentro del Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2, se ofrecen los siguientes tipos de dieta de acuerdo con la modificación en macronutrientes.

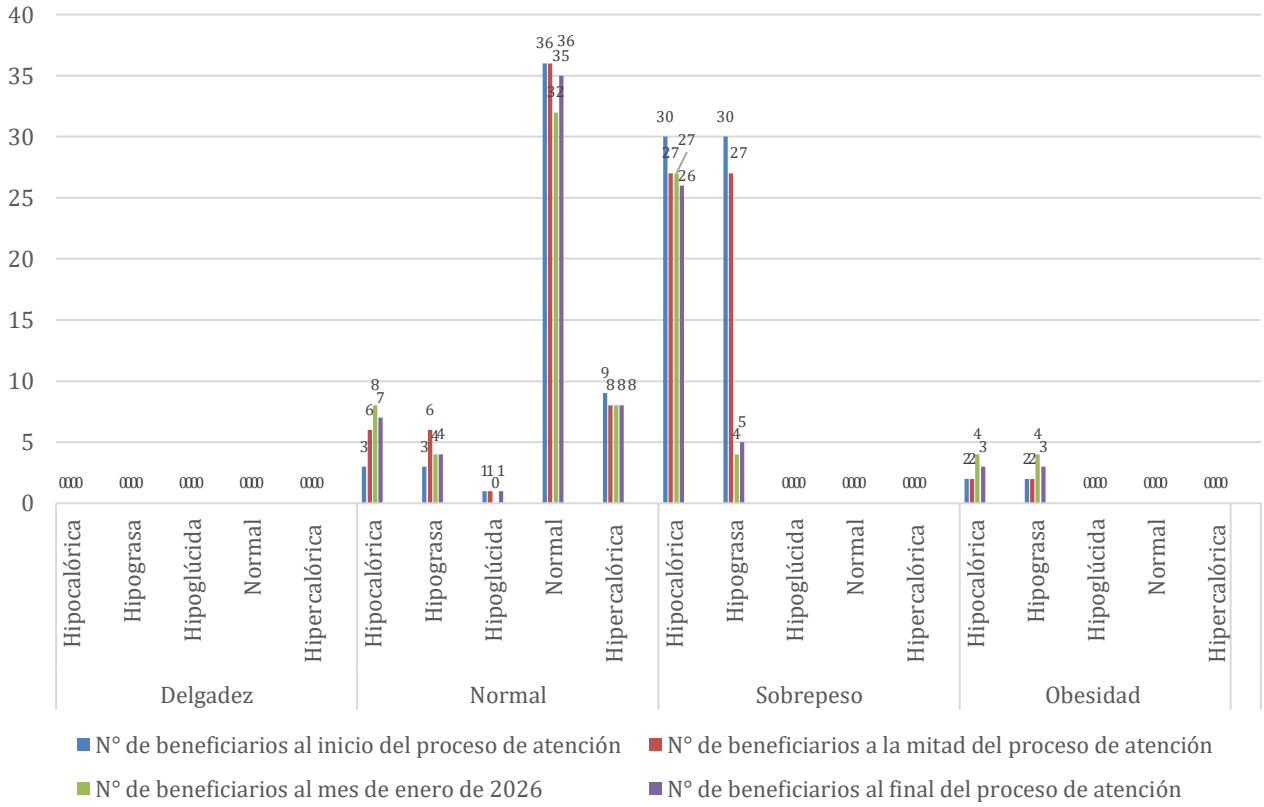
ESTADO NUTRICIONAL	Modificación dietaría en macronutrientes	N° de beneficiarios al inicio del proceso de atención	N° de beneficiarios a la mitad del proceso de atención	N° de beneficiarios al mes de enero de 2026	N° de beneficiarios al final del proceso de atención
Delgadez	Hipocalórica	0	0	0	0
	Hipograsa	0	0	0	0
	Hipoglúcida	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0	0
Normal	Hipocalórica	3	6	8	7
	Hipograsa	3	6	4	4
	Hipoglúcida	1	1	0	1
	Normal	36	36	32	35
	Hipercalórica	9	8	8	8
Sobrepeso	Hipocalórica	30	27	27	26
	Hipograsa	30	27	4	5
	Hipoglúcida	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0

	Hipercalórica	0	0	0	0
Obesidad	Hipocalórica	2	2	4	3
	Hipograsa	2	2	4	3
	Hipoglúcida	0	0	0	0
	Normal	0	0	0	0
	Hipercalórica	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos subdirección para la discapacidad: 14/05/2026

Se propone la siguiente gráfica:

Gráfica 6. clasificación del estado nutricional según modificación dietaria en macronutrientes



De acuerdo con la gráfica 6, se analiza la relación entre la clasificación del estado nutricional y la modificación dietaria en macronutrientes de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte, permitiendo identificar los ajustes realizados en los planes alimentarios según las necesidades clínicas, metabólicas, funcionales y nutricionales de la población durante el proceso de atención.

El análisis de esta gráfica permite evidenciar cómo el Programa de Alimentación y Nutrición implementa intervenciones dietoterapéuticas individualizadas, orientadas no solo al tratamiento de la malnutrición por exceso, sino también a la prevención de riesgos metabólicos asociados a la farmacoterapia, la autonomía alimentaria y las condiciones funcionales de las personas con discapacidad.

En primer lugar, se observa que no se registran personas con discapacidad clasificadas en delgadez que requieran modificaciones dietarias en macronutrientes, manteniéndose todos los valores en cero durante todo el período evaluado.

En relación con el estado nutricional normal, se evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad mantiene una dieta normal o normocalórica, registrándose 36 casos al inicio y a mitad del proceso, disminuyendo a 35 al cierre del convenio.
No obstante, también se identifican ajustes preventivos importantes dentro de esta clasificación nutricional. Las dietas hipocalóricas aumentan de 3 casos al inicio a 7 al final del proceso, mientras que las dietas hipograsa presentan variaciones, pasando de 3 a 4 casos al cierre. Asimismo, las dietas hipercalóricas disminuyen levemente de 9 a 8 casos, y las dietas hipoglúcidas se mantienen en valores mínimos.
Desde el enfoque técnico nutricional, estos ajustes responden principalmente a:

- Prevención de ganancia de peso.
- Presencia de factores de riesgo metabólico.
- Diagnósticos asociados como dislipidemias o alteraciones metabólicas.
- Riesgo derivado de la polifarmacia y el uso prolongado de psicofármacos.
- Necesidad de evitar migración hacia sobrepeso u obesidad.

En este sentido, aunque las personas con discapacidad mantienen una clasificación nutricional normal, se realizan modificaciones preventivas en macronutrientes con el fin de controlar el aporte energético y disminuir factores de riesgo asociados al metabolismo.

En cuanto a la clasificación de sobrepeso, se evidencia que la totalidad de las personas con discapacidad cuenta con dieta hipocalórica durante todo el proceso de atención, pasando de 30 casos al inicio a 26 al final del período evaluado. Paralelamente, las dietas hipograsa disminuyen significativamente, pasando de 30 casos al inicio a 5 casos al cierre del convenio.
Desde el análisis técnico, esta variación no corresponde a una suspensión de la intervención nutricional, sino a ajustes individualizados en la distribución de macronutrientes, orientados a:

- Mejorar la adherencia al plan alimentario.
- Optimizar el balance energético.
- Adaptar el manejo nutricional según evolución clínica y metabólica.
- Ajustarse a cambios poblacionales e ingresos o egresos institucionales.

Asimismo, resulta importante considerar las dinámicas particulares de algunas personas con discapacidad pertenecientes a Casa Aurora y aquellas vinculadas laboralmente fuera del Centro, quienes presentan mayor autonomía en la selección y preparación de alimentos.

Respecto a la clasificación de obesidad, se evidencia que todas las personas con discapacidad cuentan con dieta hipocalórica e hipograsa durante los diferentes momentos evaluados, pasando de 2 casos al inicio a 3 casos al cierre del convenio.

Este comportamiento resulta coherente con las necesidades terapéuticas de esta clasificación nutricional y con los hallazgos observados en las gráficas anteriores, donde se identificaron casos asociados a:

- Alta autonomía alimentaria.
- Dinámicas laborales externas.
- Consumo frecuente de alimentos de alta densidad calórica.
- Polifarmacia.
- Riesgo metabólico aumentado.

Es importante precisar que las variaciones observadas en las modificaciones dietarias en macronutrientes no deben interpretarse como cambios automáticos en la adherencia o en la efectividad del tratamiento nutricional, sino como parte de un proceso dinámico de ajuste individualizado influenciado por: evolución clínica y nutricional, farmacoterapia, autonomía funcional y alimentaria, dinámicas comunitarias y laborales, movimientos poblacionales del servicio.

En conclusión, de acuerdo con la gráfica 6, se evidencia que el Programa de Alimentación y Nutrición implementó modificaciones dietarias coherentes con la clasificación nutricional y las necesidades clínicas de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2.

Los resultados reflejan un abordaje técnico, flexible e individualizado, orientado al mantenimiento del estado nutricional adecuado, al control de la malnutrición por exceso, a la prevención de complicaciones metabólicas, al fortalecimiento de hábitos alimentarios saludables y a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

.

- **Conclusiones generales**

- El análisis integral de la situación alimentaria y nutricional de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2 evidencia que, durante todo el proceso de atención comprendido entre mayo de 2025 y mayo de 2026, se mantuvo la ausencia de casos de delgadez, lo cual refleja una adecuada cobertura del componente alimentario, seguimiento nutricional oportuno y efectividad de las estrategias preventivas implementadas desde el Programa de Alimentación y Nutrición, orientadas a prevenir la malnutrición por déficit y garantizar una ingesta adecuada según las necesidades individuales de la población atendida.

- Se observa una tendencia favorable hacia el mantenimiento del estado nutricional normal, así como una reducción parcial y progresiva de los casos de sobrepeso durante diferentes

momentos del proceso de atención. Estos resultados evidencian el impacto positivo de las intervenciones nutricionales individualizadas, el ajuste de planes alimentarios, las modificaciones dietarias y el acompañamiento interdisciplinario permanente. Sin embargo, el comportamiento observado en la obesidad debe interpretarse de forma contextualizada, teniendo en cuenta la migración de personas con discapacidad entre clasificaciones nutricionales, el ingreso y egreso de participantes y las dinámicas funcionales, laborales y comunitarias presentes en la población.

- El análisis relacionado con la intensidad del apoyo requerido para la alimentación y la movilidad funcional evidencia que la mayoría de las personas con discapacidad atendidas presentan altos niveles de independencia funcional, condición que se mantuvo estable durante el proceso. No obstante, también se identificaron casos particulares que requieren apoyos permanentes para la movilidad, asociados a condiciones físicas específicas, como amputación bilateral de miembros inferiores, lo cual resalta la necesidad de mantener intervenciones nutricionales y funcionales individualizadas, articuladas con procesos terapéuticos y de rehabilitación.

- Se identificó que algunas personas con discapacidad pertenecientes a Casa Aurora y aquellas vinculadas laboralmente fuera del Centro presentan mayor autonomía en la preparación y selección de alimentos, así como en la gestión de algunos tiempos de comida. Aunque esta condición favorece procesos de independencia y participación comunitaria, también representa un reto importante para el control nutricional, debido a la mayor exposición a alimentos de alta carga calórica, menor supervisión alimentaria y dificultades en la adherencia a las recomendaciones nutricionales establecidas desde el área de Nutrición.

- Dentro del análisis poblacional, resulta especialmente relevante el caso de la persona con discapacidad vinculada laboralmente como voceador del periódico Q'Hubo, quien presentó migración de sobrepeso a obesidad durante el proceso de atención. Durante el seguimiento nutricional se evidenció consumo frecuente de alimentos de alta densidad calórica adquiridos durante la jornada laboral, situación que favoreció el aumento progresivo del peso corporal y la aparición de molestias osteomusculares y dolores articulares asociados al exceso de peso. Este caso evidencia la influencia significativa que pueden tener las dinámicas laborales y comunitarias sobre el estado nutricional, aun cuando exista acompañamiento nutricional institucional.

- En relación con la farmacoterapia, se identifica una alta prevalencia de consumo de medicamentos, principalmente psicofármacos, constituyéndose en un factor determinante dentro de la evolución nutricional de la población atendida. La interacción fármaco–nutriente representa un elemento clave, especialmente en los casos de sobrepeso y obesidad, debido a sus efectos sobre el apetito, el metabolismo energético, la percepción de saciedad, la retención de líquidos y el riesgo de alteraciones metabólicas. A pesar de

ello, el seguimiento nutricional continuo permitió mantener estados nutricionales adecuados en una proporción importante de las personas con discapacidad.

- Respecto a las modificaciones dietarias en consistencia, se evidenció predominio de dietas de consistencia normal y blanda, acorde con las necesidades funcionales y clínicas de la población. Los ajustes realizados respondieron principalmente a condiciones individuales de tolerancia alimentaria, funcionalidad masticatoria y adaptación dietaria, más que a deterioros funcionales asociados al proceso nutricional. Asimismo, no se registraron casos que requirieran dietas líquidas completas, lo cual constituye un hallazgo favorable desde el punto de vista funcional y nutricional.

- En cuanto a las modificaciones dietarias en macronutrientes, se evidenció coherencia entre la clasificación nutricional y el manejo dietoterapéutico implementado. Las dietas hipocalóricas e hipograsa fueron utilizadas principalmente en personas con sobrepeso y obesidad, mientras que en las personas con estado nutricional normal se realizaron ajustes preventivos orientados a disminuir el riesgo de alteraciones metabólicas y prevenir migraciones hacia malnutrición por exceso. Estos resultados reflejan un abordaje técnico, flexible e individualizado, adaptado a las necesidades clínicas y funcionales de cada persona con discapacidad.

- De manera transversal, se resalta el desarrollo permanente de estrategias IEC de promoción de prácticas saludables en alimentación, nutrición y actividad física, implementadas mensualmente a las personas con discapacidad, en proceso activo. Estas estrategias abordaron temáticas relacionadas con hábitos alimentarios saludables, control del exceso de peso, alimentación en contextos laborales y comunitarios, control de porciones, actividad física adaptada y prevención de complicaciones metabólicas, fortaleciendo procesos de sensibilización y educación nutricional dentro y fuera del entorno institucional.

El análisis poblacional evidencia que el Programa de Alimentación y Nutrición desarrolló un abordaje integral, preventivo y técnicamente pertinente, que permitió mantener condiciones nutricionales favorables en la mayoría de las personas con discapacidad atendidas en el Centro Integrarte Atención Interna Grupo 2. No obstante, los resultados también resaltan la necesidad de continuar fortaleciendo el seguimiento nutricional individualizado, la articulación interdisciplinaria, las estrategias educativas y el acompañamiento en contextos comunitarios y laborales, con el fin de consolidar resultados sostenibles, prevenir complicaciones metabólicas y mejorar la calidad de vida de la población atendida a mediano y largo plazo.