



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

RED EUROPEA DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL PARA DISCAPACIDADES ADQUIRIDAS (ENNEADI)

**EUROPEAN NETWORK IN NUTRITIONAL
EDUCATION FOR ACQUIRED DISABILITIES**

RECOMENDACIONES POLÍTICAS



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

Nº Proyecto: 2020-1-IT01-KA202-008557

Página web del proyecto: <https://www.enneadi.eu/>

Coordinador: FUTURA SOC CONS RL (S. Giovanni in Persiceto - ITALY)

Socios

Universidad de Bolonia – Departamento de estudios de calidad de vida
(ITALIA)

Nueva Opción, Asociación de Daño Cerebral Adquirido de la Provincia de
Valencia (ESPAÑA)

Academia Šiauliai de la Universidad de Vilnius (LITUANIA)

Entidades asociadas

Agencia de Salud Pública de Emilia-Romagna - Unidad de Medicina de
Rehabilitación y Neurorrehabilitación del IRCCS - Instituto de Ciencias
Neurológicas de Bolonia (Italia)

Asociación "Amici di Luca", Bolonia (Italia)

Región Örebro County (Suecia)

Asociación "La RETE" (Italia)

Duración del proyecto: 26 meses (3 de noviembre de 2020 – 2 de enero de
2023)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

Tabla de contenidos

1.	Introducción al proyecto ENNEADI	3
1.1.	Objetivos del proyecto ENNEADI	3
1.2.	Resultados de ENNEADI	3
1.3.	Evidencias científicas y estado del arte	4
1.4.	Datos sobre discapacidad	5
1.5.	Situación de la formación de profesionales en los países participantes	8
2.	Recomendaciones políticas	9
2.1.	Público objetivo	9
2.2.	Beneficios de la formación para los y las profesionales	9
2.3.	Beneficios de la formación para personas con discapacidad y sus comunidades	9
2.4.	Beneficios de la formación para la sociedad, organismos públicos y privados	10
2.5.	Conjunto de recomendaciones	11
3.	Referencias	12
4.	Normativa legal utilizada	13



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

1. Introducción al proyecto ENNEADI

ENNEADI es un proyecto transnacional cofinanciado por el Programa de la UE Erasmus + KA2 – Asociaciones Estratégicas en el ámbito de la Formación Profesional en el marco de la convocatoria EAC/A02/2019.

El proyecto ENNEADI está dirigido principalmente a profesionales que, con diferentes roles, trabajan y asisten a personas con discapacidades adquiridas, con especial atención a las discapacidades neurológicas derivadas de un evento traumático (ej. después de una lesión cerebral o medular).

La condición sedentaria de estas personas requiere que se dedique una atención especial a comportamientos y estilos de vida saludables relacionados con la nutrición, con el objetivo de prevenir enfermedades como sobrepeso y obesidad, diabetes, o enfermedades cardiovasculares.

Por este motivo, es importante aumentar la concienciación de los y las profesionales que trabajan con personas con discapacidad adquirida acerca de la importancia de su papel en relación a la calidad de vida y buenas prácticas alimentarias de estas personas que no son autosuficientes, en particular en la fase crónica en el domicilio.

1.1. Objetivos del proyecto ENNEADI

Permitir a profesionales y otros interesados mejorar su conocimiento en buenas prácticas (a nivel europeo) relacionadas con calidad de vida, bienestar y prácticas nutricionales dirigidas a personas con discapacidad adquirida.

Iniciar una revisión metodológica de nuevos itinerarios de formación dirigidos a una enseñanza abierta, flexible e innovadora para profesionales con diferentes trayectorias educativas y profesionales.

Aumentar la concienciación entre las entidades socias, agentes locales, instituciones y redes europeas acerca de la importancia de prácticas de calidad de vida y buenos hábitos alimentarios para asegurar el bienestar de las personas con discapacidades adquiridas.

1.2. Resultados de ENNEADI

1. Pautas sobre formación y metodologías y prácticas educativas para profesionales que trabajan con personas con discapacidad adquirida, basadas en la investigación científica más reciente en el campo de las ciencias de la vida, salud, calidad de vida, etc.
2. Un curso online dirigido a profesionales sobre hábitos alimentarios preventivos y calidad de vida.
3. Recomendaciones políticas que contribuyan a la promoción de módulos estructurados de formación sobre hábitos alimentarios correctos y saludables para personas con discapacidad

adquirida en las instituciones y entidades que ofrecen formación y cursos de actualización para profesionales.

1.3. Evidencias científicas y estado del arte

El derecho a una alimentación adecuada está reconocido en las pautas de seguridad alimentaria de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (Consejo de la FAO, 2004) y el artículo 28 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD de las Naciones Unidas).

En un estudio reciente, Waltz y cols. (2018) entrevistaron a personas con discapacidad sobre su experiencia con la alimentación y la inclusión alimentaria. Las personas encuestadas diferenciaron entre accesibilidad física y accesibilidad social. Por lo general, las primeras barreras mencionadas fueron físicas. Así, los primeros problemas que las personas con discapacidad deben abordar son: 1) la accesibilidad de las instalaciones, 2) la posibilidad de moverse libremente, 3) la presencia de un cuarto de baño disponible.

Además, las personas participantes en el estudio también referían preocupaciones relacionadas con las condiciones ambientales, la iluminación y el sonido y la actitud del personal hacia ellos. Finalmente, mencionaron la experiencia social de salir a comer. La mayoría de las personas habló sobre la calidad de su compañía, la comida en sí y el sentimiento de unión. Los/las encuestados/as destacaron el hecho de que las experiencias relacionadas con la comida, como salir a comer y asistir a eventos sociales, son factores cruciales para la exclusión o la inclusión.

A nivel europeo, la Directiva 2019/882/UE sobre los requisitos de accesibilidad de los productos y servicios se enmarca dentro de las actuaciones de la Unión encaminadas a garantizar los derechos de las personas con discapacidad.

En Italia, la ley que regula la eliminación de barreras arquitectónicas en estructuras privadas abiertas al público (y, por lo tanto, también en restaurantes y bares) es la Ley 104/92, que en el artículo 24 hace referencia a la DM236/89, e indica las características que deben tener los edificios privados abiertos al público para garantizar la accesibilidad, la adaptabilidad y, por tanto, la superación y eliminación de las barreras arquitectónicas. Si bien la atención del legislador hacia los problemas de accesibilidad y la eliminación de las barreras físicas que dificultan la participación de las personas con discapacidad en la vida social es evidente, hace falta la creación de referencias legislativas que aborden el tema de la inclusión en el acceso a la alimentación. Todavía faltan opciones que permitan a las personas con discapacidad utilizar los servicios de restauración de forma independiente, ya que estas quedan a la voluntad de los particulares que deciden organizar sus restaurantes para garantizar la plena accesibilidad de las personas con discapacidad. Algunos ejemplos son aquellos restaurantes que tienen menús disponibles en lenguaje Braille o tamaño de letra más grande en la carta para personas con discapacidad visual.

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades que las personas sin discapacidad de encontrar obstáculos para acceder a una alimentación adecuada (Conferencia de los Estados

Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2015). Las barreras de acceso incluyen barreras físicas, barreras de actitud, trato diferencial e información inadecuada (de Jong y cols., 2013). El deterioro de la capacidad, la falta de apoyo para preparar alimentos o comer, la falta de ingresos adecuados, la falta de transporte u otra ayuda para obtener alimentos, el no poder ingresar y utilizar los comedores públicos, o sentirse incómodo en situaciones públicas relacionadas con la comida (cafeterías, restaurantes, celebraciones y eventos públicos) pueden afectar el acceso (Webber y cols., 2007).

La cantidad y la calidad de los alimentos a los que pueden acceder las personas con discapacidad pueden verse limitadas por estas barreras, incluso en los países occidentales desarrollados (Webber y cols., 2007). Además, el acceso inadecuado a los alimentos también puede producir discapacidad a través de los efectos a largo plazo de la desnutrición, o exacerbar la discapacidad existente (Groce y cols., 2014).

Además del conocido derecho a la inclusión y el acceso adecuado a la alimentación, investigaciones recientes han documentado disparidades en el acceso a los alimentos para las personas con discapacidad e intervenciones limitadas que abordan las desigualdades alimentarias para esta población. Para ser efectivas, estas intervenciones deben ir más allá del individuo y deben incluir un enfoque de sistemas alimentarios que promueva la equidad para las personas con discapacidad, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Holden y Corby revisaron en 2019 la evidencia existente sobre enfoques para garantizar que los programas de nutrición lleguen a las personas con discapacidad. Al respecto, resaltaron que los factores responsables del pobre acceso a programas de nutrición de estas personas se pueden clasificar en cuatro niveles: individual, ambiental, actitudinal e institucional.

En particular, se han encontrado varias lagunas en materia de nutrición en personas con discapacidad a nivel estatal e institucional, como los que se mencionan a continuación:

- Falta de pautas a nivel nacional y orientación específica sobre programación nutricional orientada a personas con discapacidad.
- Falta de datos desglosados por edad, género y discapacidad sobre el acceso a programas nutricionales.
- Falta de experiencia técnica en torno a la programación nutricional desde la perspectiva de la discapacidad.
- Falta de formación y sensibilización en identificación e intervención temprana.
- Atención deficiente y falta de seguimiento.

1.4. Datos sobre discapacidad

La necesidad y el valor de las recomendaciones políticas sobre nuevos cursos sobre nutrición y discapacidad se construyen sobre los datos estadísticos y científicos relacionados con la nutrición y la calidad de vida de las personas con discapacidades adquiridas. Las discapacidades adquiridas incluyen principalmente la lesión cerebral traumática (LCT) y la lesión de la médula espinal (LME), actualmente reconocidas como prioridades de salud mundial en vista de la compleja y costosa atención médica que requieren.

A nivel europeo

En Europa, las causas más comunes de lesiones traumáticas son los accidentes de tráfico (41,4 %), las caídas o saltos al agua (34,9 %), las lesiones deportivas y las lesiones violentas (20,1 %). Respecto a las cifras, el número de personas que padecen discapacidades adquiridas en los países europeos sigue siendo elevado, y la proporción de personas con discapacidad difiere entre los países de la UE, encontrando en un extremo a Malta con el porcentaje más bajo (11 %), y, en el otro, a Letonia con el más elevado (39,5 %) (Eurostat, 2020).

Los datos del *Estudio de carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo* (GBD 2016) muestran que en 2016 se produjeron 28 millones de casos nuevos en todo el mundo entre LCT y LME, lo que provocó 8,1 millones y 9,5 millones de años vividos con discapacidades respectivamente. Según el mismo estudio, en 2016 en Europa hubo más de 4,29 millones de nuevos casos de LCT. Además, de 1990 a 2016, la prevalencia de LCT aumentó en un 8,4 %.

Está bien documentado que la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso es mayor en personas que sufren discapacidades adquiridas, como LCT o LME, que en personas sanas. Paralelamente, las personas con discapacidades adquiridas son más propensas a tener resistencia a la insulina, niveles elevados de colesterol LDL y niveles reducidos de colesterol HDL. Todos estos factores se asocian a un mayor riesgo de diabetes tipo II y enfermedades cardiovasculares que empeoran tanto la esperanza de vida como la calidad de vida de estos pacientes. El perfil de lípidos plasmáticos, la obesidad y la resistencia a la insulina son factores modificables a través de los estilos de vida, y, por tanto, la promoción de conductas nutricionales saludables a lo largo del tiempo podría mejorar considerablemente la calidad de vida de personas con discapacidades adquiridas.

Datos en Italia

En Italia, en 2019, el número de personas con discapacidad -o aquellas que padecen problemas de salud, limitaciones graves que les impiden realizar sus actividades habituales- ascendía a 3 millones y 150 mil personas (5,2 % de la población). Esta cifra incluye discapacidades muy diversas, que van desde la máxima dificultad en las funciones básicas de la vida diaria hasta limitaciones mucho más leves, pasando por enfermedades crónicas. El 15 % de las familias italianas están directamente afectadas por esta situación ([ISTAT 2021](#)).

Previamente, CENSIS (Centro Italiano de Investigación para Inversiones Sociales) estimó 4,1 millones de personas con discapacidad en Italia, equivalente al 6,7 % de la población y predecía



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

una tendencia creciente: 4,8 millones (7,9 % de la población) en 2020 y 6,7 millones (10,7 %) en 2040.

En Italia se registraron 86.360 hospitalizaciones agudas en régimen ordinario por ictus en 2019. El 75 % de los pacientes supervivientes tienen algún tipo de discapacidad que, en la mitad de los casos, conduce a la pérdida de la autosuficiencia ([Salute.gov.it](https://www.salute.gov.it)).

Datos en Lituania

In **Lithuania** the number of traumatic injuries for 1000 residents has changed. In 2019, there were 1864 cases (0,067%); in 2020, there were 1724 cases (0.062%); and in 2021 the cases were 1419 (0.005%). According to the data of the Institute of Hygiene of Lithuania (2021), it was established that brain injuries of traumatic origin account for about 74,4-82,0 percent, of which even 49,4-62,1 percent are occurring during motor vehicle accidents, 26,7-43,1 percent during falls or jumps into water bodies, and 16,8-22,3 percent during sports injuries. In Lithuania, up to 120 people suffer from brain damage every year, and 24 new cases occur per 1 million inhabitants per year. According to the data of the Health Statistics Portal, more than 58.1% of persons injured in car accidents, domestic injuries, falls or violent crimes were under the influence of alcohol (<https://www.hi.lt/>).

En Lituania, el número de lesiones traumáticas por cada 1.000 residentes ha cambiado. En 2019 se registraron 1.864 casos (0,067 %); en 2020 la cifra fue de 1.724 casos (0,062 %); y en 2021 los casos registrados fueron 1.419 (0,005%). Según los datos del Instituto de Higiene de Lituania (2021), se estableció que las lesiones cerebrales de origen traumático representan alrededor del 74,4-82,0 %, de las cuales incluso el 49,4-62,1 % se producen como resultado de accidentes automovilísticos, 26,7-43,1 % durante caídas o saltos en cuerpos de agua, y 16,8-22,3 % durante lesiones deportivas. En Lituania, hasta 120 personas sufren daño cerebral cada año y se producen 24 nuevos casos por cada millón de habitantes al año. Según datos del Portal de Estadísticas de Salud, más del 58,1 % de las personas lesionadas en accidentes automovilísticos, lesiones domésticas, caídas o delitos violentos estaban bajo los efectos del alcohol (<https://www.hi.lt/>).

Datos en España

En España viven más de 435.400 personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA) de acuerdo con datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia publicada en abril de 2022 por el Instituto Nacional de Estadística (INE). 361.500 personas tienen Daño Cerebral Adquirido a raíz de un ictus, más de un 80%. 73.900 personas como consecuencia de un Traumatismo Craneoencefálico (TCE). Cada año se registran 104.701 nuevos casos de DCA: 99.284 por accidente cerebrovascular, 4.937 por traumatismo craneoencefálico y 481 por anoxia. El 65,03 % de las personas con DCA son mayores de 65 años, cifra que se relaciona con la alta incidencia de ictus en un colectivo en el que la mayoría (52 %) son mujeres. A pesar de este porcentaje, sólo el 44 % del total de personas con DCA que solicitaron una valoración de su dependencia eran mujeres. Este punto sugiere una especial vulnerabilidad de las mujeres con

daño cerebral, que solicitan el reconocimiento administrativo de su discapacidad en menor medida que los hombres, situación que los investigadores relacionan con la edad y factores culturales. En este último caso, haciendo referencia a la tradicional relegación de la mujer de los espacios públicos, que puede influir en la más mínima solicitud por parte de ella, o de su entorno familiar, de este certificado (Europe.eu, 2020).

Riesgos para la salud en personas con discapacidad

People with acquired disability generally show a much higher risk of leading a bad life-style in terms of dietary and health practices, facing obesity and associated secondary conditions, such as cardiovascular diseases, type II diabetes, etc. Bad quality of life is also connected and interrelated with psychological discomfort. Recent research gives evidence on how improving education and awareness on good quality-of-life practices is crucial for human enhancement and improvement of physical and psychological conditions for people with acquired disability. It is clear that general knowledge and awareness on these aspects are not diffuse and equal among those professionals and caregivers that have daily contact with people with acquired disabilities. The specific objective of the ENNEADI project is therefore the design of new educational paths aimed at transferring to professionals those contents that are crucial for improving quality-of-life practices, in particular through correct dietary choices aimed at improving quality of life and preventing the aggravation of health conditions. New educational methodologies and tools presented in Lectures and E-Learning-based modules can be included in personal curricula for a large span of professionals ordinarily working with people with acquired disability.

Las personas con discapacidad adquirida generalmente presentan un riesgo mucho mayor de llevar un mal estilo de vida en cuanto a prácticas alimentarias y de salud, siendo más propensos a la obesidad y condiciones asociadas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, etc. Además, la mala calidad de vida también está conectada e interrelacionada con el malestar psicológico. Investigaciones recientes proporcionan evidencia de que un aumento de la educación y la conciencia sobre hábitos saludables es crucial para producir una mejora en las condiciones físicas y psicológicas de las personas con discapacidad adquirida. Sin embargo, el nivel de conocimientos generales y la concienciación sobre estos aspectos son difusos homogéneos entre los y las profesionales y cuidadores/as que están en contacto de forma habitual con personas con discapacidad adquirida. El objetivo específico del proyecto ENNEADI es, por tanto, el diseño de nuevos itinerarios formativos destinados a transferir a los profesionales aquellos contenidos que son cruciales para mejorar las prácticas de calidad de vida, en particular a través de elecciones alimentarias correctas destinadas a mejorar la calidad de vida y prevenir el agravamiento de condiciones de salud. Las nuevas metodologías y herramientas educativas que se presentan en los módulos del curso online se pueden incluir en los currículos personales de una gran cantidad de profesionales que trabajan habitualmente con personas con discapacidad adquirida.

1.5. Situación de la formación de profesionales en los países participantes

Como paso previo al inicio del proyecto, se analizó la situación de la formación de los y las profesionales que van a trabajar con personas con discapacidad adquirida en los países socios del proyecto. En concreto, se analizaron 779 universidades: 339 en España, 317 en Italia y 63 en Lituania.

El 42 % de ellas ofrece en sus planes de estudio materias relacionadas con la nutrición, el 31 % incluye formación sobre discapacidad y **solo el 1 %** incluye formación sobre nutrición en personas con discapacidad. Así, este análisis evidencia la falta de formación sobre las necesidades nutricionales de las personas con discapacidad en los currículos oficiales de los y las profesionales que trabajan con este colectivo.

2. Recomendaciones políticas

2.1. Público objetivo

- **Responsables políticos** a nivel institucional, municipal, gubernamental y de la UE, referentes institucionales y actores locales.
- **Profesionales** de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, enfermería, dietética, nutrición, psicología, asistencia social, educación social, trabajo social y especialistas en actividad física preventiva y adaptada, y cualquier profesional que trabaje con personas con discapacidad adquirida.
- **Familiares, cuidadores, personas con discapacidad adquirida.**

2.2. Beneficios de la formación para los y las profesionales

- **Mejora del conocimiento de los profesionales:** Las lecciones y el curso de formación online (<https://elearning.enneadi.eu/>) preparado por los socios del proyecto son flexibles y gratuitos, por lo que los y las profesionales podrán gestionar la dedicación temporal individualmente. De esta manera, se crean oportunidades para elevar las calificaciones profesionales.
- **Competencias mejoradas de los profesionales:** Los y las profesionales que hayan asistido a las sesiones online gratuitas y hayan completado el curso de aprendizaje electrónico



actualizarán los conocimientos específicos de nutrición que se requieren para trabajar con personas con discapacidades adquiridas.

- **Mejora del diálogo entre profesionales de diferentes disciplinas:** Tras la realización del curso, los y las profesionales ampliarán los conocimientos y concienciación de la importancia del trabajo en equipos multidisciplinares.

2.3. Beneficios de la formación para personas con discapacidad y sus comunidades

- **Mejora de la calidad de vida de los y las pacientes:** El aumento de la calidad nutricional de los y las pacientes con discapacidad adquirida contribuirá a la reducción de la necesidad de tomar determinados fármacos y medicamentos y/o de rehospitalizaciones. Por otro lado, desde el punto de vista económico, la prevención del empeoramiento de los síntomas con una nutrición adecuada y el reconocimiento de los beneficios de ciertos alimentos contribuirá a la mejora de los problemas relacionados con el aparato digestivo y de la fragilidad, suponiendo un ahorro económico de los costes de tratamiento de patologías secundarias a medio-largo plazo.
- **Mejora de la calidad de vida de la familia:** La prevención del empeoramiento de los síntomas con una nutrición adecuada contribuirá a la calidad de vida familiar tanto en términos económicos como de disponibilidad de tiempo para satisfacer las necesidades individuales.
- **Reducción de factores de riesgo para enfermedades crónicas:** Una nutrición adecuada y el reconocimiento de los beneficios de ciertos alimentos pueden reducir el riesgo de aparición de enfermedades crónicas, así como el uso de fármacos o medicamentos adicionales.
- **Reducción del riesgo de reingreso hospitalario:** La adquisición de nuevos conocimientos sobre mecanismos de regulación de la nutrición podría reducir los síntomas asociados al empeoramiento del estado de salud del/la paciente, reduciendo así el riesgo de reingreso hospitalario.
- **Costes reducidos para los sistemas de atención médica y seguridad social:** La posibilidad de mejorar la nutrición de los y las pacientes con discapacidad adquirida reducirá la necesidad de recurrir a otras estrategias para estabilizar o ralentizar la aparición de enfermedades crónicas, así como el uso de medicamentos complementarios. Esto supone una reducción de los gastos de la seguridad social.



2.4. Beneficios de la formación para la sociedad, organismos públicos y privados

- **Mayor inclusión social de las personas con discapacidad:** Debido a la disminución de los problemas en la alimentación, las personas con discapacidad adquirida tendrán más opciones de participar activamente en la vida social (asistencia a centros de día, unidades educativas, actividades de ocio, etc.).
- **Reduced costs for health care systems and social insurance by investing in training and prevention:** The presented e-learning courses do not require large financial investments, as they can be implemented using existing human and IT resources. Another benefit for health and social care systems is that by applying new knowledge in the practice, the money could be saved for rehabilitation, treatment and development of additional services in the improvement of life quality of people with acquired disability.
- **Reducción de los costes para los sistemas de atención médica y seguridad social al invertir en formación y prevención:** El curso online presentado no requiere grandes inversiones económicas, ya que puede implementarse utilizando los recursos humanos y tecnológicos existentes. Otro beneficio para los sistemas de salud y atención social es que el ahorro económico producido por la aplicación práctica de nuevos conocimientos podría destinarse a rehabilitación, tratamiento y desarrollo de servicios adicionales, repercutiendo en la calidad de vida de las personas con discapacidad adquirida.

2.5. Conjunto de recomendaciones

Informamos a los responsables políticos de la situación de la nutrición en personas con discapacidad:

- Solo el 1% de las Universidades analizadas en los tres países participantes del proyecto incluye formación sobre nutrición en personas con discapacidad.
- Existe, por tanto, una brecha de formación sobre nutrición en los y las profesionales que trabajan con personas con discapacidad.
- No se han encontrado pautas nacionales y orientación específica sobre programación nutricional en personas con discapacidad.
- No existen datos nutricionales en personas con discapacidad, por lo que no es posible cuantificar el problema. Mediante la generación de baterías de recogida de datos normalizados en hospitales y centros en las diferentes fases de las discapacidades adquiridas se generaría un punto de partida.



- No existen datos desglosados por edad, género y discapacidad sobre el acceso a la programación nutricional.
- Hay una falta de conocimientos técnicos en torno a la programación nutricional desde la perspectiva de la discapacidad.
- Falta formación y sensibilización en identificación e intervención temprana.
- Hay una atención nutricional deficiente y falta de seguimiento.

Por lo tanto, los responsables políticos deben ser conscientes de las siguientes necesidades y demandas:

- La importancia de la prevención y la relación Intestino - Cerebro - Comportamiento como factor decisivo en la rehabilitación.
- La importancia de mejorar las competencias multidisciplinares de los y las profesionales implicados en la gestión de la discapacidad y de aumentar las competencias profesionales.
- La necesidad de incorporar el perfil del dietista en el equipo de rehabilitación.
- La necesidad de incorporar la valoración y seguimiento nutricional en la monitorización de la salud del sujeto con DA.
- La importancia de incorporar formación básica obligatoria en nutrición y formación más específica según el perfil profesional.
- La importancia de recomendar a las ONG, instituciones municipales y cualquier entidad cuyas actividades estén relacionadas con la calidad de vida de las personas con discapacidad adquirida, que inicien cambios en la ampliación de los servicios para personas con discapacidad adquirida en los espacios sociales (establecimientos de restauración, accesibilidad a instalaciones adecuadas para comer y comer).
- La importancia de sentar las bases para la difusión de la plataforma de formación online en diferentes contextos educativos de profesionales, ofreciéndola a las instituciones de salud y asistencia social, unidades educativas y otras entidades para fomentar la realización del curso formativo como un primer paso que permita, más adelante:
 - o Identificar cursos de formación avanzada,
 - o Incluir en los itinerarios formativos cursos de actualización para profesionales,



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

- Incluir el curso online de forma obligatoria u opcional en ciertos programas de estudio de centros de formación profesional y universidades.
- La importancia de apoyar concretamente la plataforma online creada en el proyecto para alcanzar los beneficios antes mencionados: <https://elearning.enneadi.eu/>

3. Referencias

- Bonnielin K. Swenor, *Disability inclusion: A missing ingredient for food system equity*, Global Food Security, Volume 31, 2021, 100584, <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100584>.
- Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2015). Report of the Eighth Session. New York: United Nations.
- De Jong, J. M., den Exeter, A. P., & Hulst, E. H. (2013). *Economische gevolgen van ratificatie van het VN Verdrag Handicap*. Rotterdam: SEOR, Universiteit van Rotterdam.
- FAO Council. (2004). *Voluntary guidelines to support the progressive realisation of the right to adequate food in the context of national food security*. Rome: FAO Council.
- Jenny Holden and Nick Corby, *Disability and nutrition programming: evidence and learning*, Disability Inclusion Helpdesk Report No.6, (London: Disability Inclusion Helpdesk, 2019).
- Groce, N., Challenger, E., Berman-Bieler, R., Farkas, A., Yilmaz, N., Schultink, W. & Kerac, M. (2014). *Malnutrition and disability: Unexplored opportunities for collaboration*. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 308–314.
- Waltz et al (2018) *Social Inclusion* (ISSN: 2183–2803) 2018, Volume 6, Issue 1, Pages 51–60 DOI: 10.17645/si.v6i1.1160.
- Webber, C. B., Sobal, J., & Dollahite, J. S. (2007). *Physical disabilities and food access among limited resource households*. *Disability Studies Quarterly*, 27(3).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

4. Normativa legal utilizada

Las recomendaciones políticas están estrechamente ligadas con la **legislación de la Unión Europea**:

- [“Nutrition, overweight and obesity – EU strategy”](#) (Fecha de la última revisión: 13/03/2017)
- [“European Disability Strategy for 2021-2030”](#), que contiene tres áreas principales: los derechos de las personas con discapacidad, vida independiente y autonomía, y no discriminación e igualdad de oportunidades.
- [European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020](#)
- [European Association for the Study of Obesity](#)
- [WHO World report on disability \(2011\)](#)

Leyes italianas sobre discapacidad e inclusión: La “Federación Italiana para la superación de la discapacidad” (FISH) tiene, en su página web, una sección con un listado completo de normativas sobre discapacidad: (<https://www.handylex.org/category/norme/>). El derecho a una alimentación adecuada está reconocido en las pautas de seguridad alimentaria de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (Consejo de la FAO, 2004) y el Artículo 28 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD de las Naciones Unidas). La Ley 68/1999 prevé la evaluación de las competencias laborales de las personas con discapacidad. La ley que regula la eliminación de barreras arquitectónicas en estructuras privadas es la Ley 104/92 art. 24 referido a DM236/89.

Las principales **leyes de Lituania** según las cuales se organiza la vida de las personas con discapacidad son:

- [Ley de la República de Lituania sobre la integración social de las personas con discapacidad](#)
- [Ley Alimentaria de la República de Lituania](#), 14-12-2019. No. VIII-1608 Vilna
- [Ley de Salud Pública de la República de Lituania](#) 01-04-2016 Nr. Ix-886 Vilnius

In **Spain** such Law providing support for persons with disability are actual

Por último, la **legislación en España** que regula la discapacidad y la inclusión está compuesta por:



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

- [Real Decreto Legislativo 1/2013](#), de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- [Ley 51/2003](#), de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- [Ley 39/2006](#), de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- [Real Decreto 173/2010](#), de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
- [Ley 6/2022](#), de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.
- [Real Decreto 888/2022](#), de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Lead Partner



Partners



Associated partners

