

**“ESTADO NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES  
ATENDIDOS POR LAS UNIDADES MÓVILES DE NORTE DE SANTANDER Y SU  
RELACIÓN CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”**

**DAVID CAMILO BUSTOS PORRAS**

**MARIA PAULA CETINA DIAZ**

**Trabajo para optar el título de Especialistas en Seguridad Alimentaria**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE ARQUITECTURA E INGENIERÍAS  
ESPECIALIZACIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA  
VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER**

**2022**

**“ESTADO NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MIGRANTES  
ATENDIDOS POR LAS UNIDADES MÓVILES DE NORTE DE SANTANDER Y SU  
RELACIÓN CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”**

**DAVID CAMILO BUSTOS PORRAS  
MARIA PAULA CETINA DIAZ**

**Directora**

**ND Esp. SANDRA CONSUELO PENAGOS GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE ARQUITECTURA E INGENIERÍAS  
ESPECIALIZACIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA  
VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER**

**2022**

## NOTAS DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma de jurado**

---

**Firma de jurado**

**Villa del Rosario, Norte de Santander, septiembre 12 de 2022**

## **PÁGINA DE DEDICATORIA**

A nuestro hijo Martín, que ha sido la mayor bendición de nuestras vidas y a quien más amamos, a nuestras familias por apoyarnos siempre y a las personas que ya no están entre nosotros, pero siguen siendo el impulso que nos hace luchar cada día.

## CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. MARCO TEÓRICO .....	14
1.2. MARCO REFERENCIAL.....	18
1.3. ESTADO DEL ARTE .....	19
1.4. MARCO LEGAL.....	20
2. OBJETIVOS .....	24
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	24
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.3. DEFINICIÓN DEL ESCENARIO DE LA MUESTRA.....	25
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
4. RESULTADOS Y ANALISIS .....	33
5. CONCLUSIONES .....	70
6. RECOMENDACIONES .....	71
7. BIBLIOGRAFÍA .....	72

## LISTA DE CUADROS E ILUSTRACIONES

Cuadro 1. Variables utilizadas en el estudio.....	23
Imagen 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.....	26
Imagen 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.....	27

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable sexo.....	29
Tabla 2. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable edad.....	30
Tabla 3. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable municipio de atención.....	31
Tabla 4. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	32
Tabla 5. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable nivel de escolaridad.....	33
Tabla 6. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable vinculación a programa de asistencia ICBF.....	34
Tabla 7. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Peso para la Talla.....	35
Tabla 8. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad.....	36
Tabla 9. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador IMC para la Edad. ....	37
Tabla 10. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad. ....	38
Tabla 11. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas y niños de 0 a 59 meses.....	39
Tabla 12. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.....	40
Tabla 13. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN a niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	41
Tabla 14. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN en las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.....	42

Tabla 15. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF de las niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	44
Tabla 16. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.....	45
Tabla 17. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	46
Tabla 18. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	48
Tabla 19. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas y niños de 0 a 5 meses. ....	50
Tabla 20. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	51
Tabla 21. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas y niños de 0 a 5 meses. ....	54
Tabla 22. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	56
Tabla 23. Comportamiento de la variable estado nutricional con respecto a las variables sociodemográficas de las niñas, niños y adolescentes.....	58
Tabla 24. Distribución porcentual de la variable sexo en relación a la variable entrega de AAVN. ....	60
Tabla 25. Distribución porcentual de la variable edad en relación a la variable entrega de AAVN. ....	61
Tabla 26. Distribución porcentual de la variable nivel de escolarización en relación a la variable entrega de AAVN. ....	62
Tabla 27. Distribución porcentual de la variable afiliación al SGSSS en relación a la variable entrega de AAVN. ....	63
Tabla 28. Distribución porcentual de la variable lugar de atención en relación a la variable entrega de AAVN. ....	64
Tabla 29. Comportamiento de la variable entrega de AAVN con respecto a otras variables cualitativas. ....	65

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable sexo.....	29
Gráfica 2. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable edad.....	30
Gráfica 3. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable municipio de atención.....	31
Gráfica 4. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	32
Gráfica 5. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable nivel de escolaridad.....	33
Gráfica 6. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable vinculación a programa de asistencia ICBF.....	34
Gráfica 7. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Peso para la Talla.....	35
Gráfica 8. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad. ....	36
Gráfica 9. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador IMC para la Edad. ....	37
Gráfica 10. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad. ....	38
Gráfica 11. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	40
Gráfica 12. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.....	41
Gráfica 13. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN niñas y niños 0 a 59 meses. ....	42
Gráfica 14. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN en las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.....	43

Gráfica 15. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF de las niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	44.
Gráfica 16. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas y niños de 0 a 59 meses. ....	47
Gráfica 17. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	49
Gráfica 18. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas y niños de 0 a 5 meses. ....	51
Gráfica 19. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	53.
Gráfica 20. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas y niños de 0 a 5 meses. ....	55
Gráfica 21. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años. ....	57
Gráfica 22. Distribución porcentual de la variable sexo en relación a la variable entrega de AAVN. ....	60
Gráfica 23. Distribución porcentual de la variable edad en relación a la variable entrega de AAVN. ....	61
Gráfica 24. Distribución porcentual de la variable nivel de escolarización en relación a la variable entrega de AAVN. ....	62
Gráfica 25. Distribución porcentual de la variable afiliación al SGSSS en relación a la variable entrega de AAVN.....	63
Gráfica 26. Distribución porcentual de la variable lugar de atención en relación a la variable entrega de AAVN. ....	64

## RESUMEN

El estado nutricional del individuo debe considerarse como una situación que hace parte de un contexto, donde interactúan múltiples factores como el empleo, la educación, el ingreso, la propaganda, la salud y la calidad de la vida de las personas; elementos que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto.

**Objetivo:** Describir el estado nutricional de las niñas, y niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años atendidos por las unidades móviles de Norte de Santander y su relación con la seguridad alimentaria. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo, mixto, retrospectivo, de corte transversal: Se analizó base de datos de las unidades móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar denominada “Registro Único de Unidades Móviles -RUUM-”, a lo largo del periodo 2020-2021, en el departamento de Norte de Santander, que contiene información sociodemográfica, antropométrica y de Seguridad Alimentaria de 574 niñas, niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años. **Resultados:** Respecto a las niñas y niños menores de 5 años el 63,3% tienen peso adecuado (P/T), la malnutrición en este grupo tuvo tendencia al exceso de peso (19%). Para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, el 70,1% se encuentra adecuado según indicador IMC/edad. Tuvo más prevalencia el déficit (18,6%) que el exceso (11,3%). Se encontró significancia estadística entre las variables entrega de AAVN, pertenencia a algún programa del ICBF, nivel de escolaridad y municipio de atención ( $p=0,000$ ) frente a la variable estado nutricional, así mismo, la variable entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional es dependiente de las variables edad ( $p=0,000$ ), nivel de escolaridad ( $p=0,000$ ) y lugar de atención ( $p=0,000$ ). **Conclusiones:** Las niñas, niños y adolescentes migrantes, independientemente de su edad, se encuentran en mayor proporción con adecuado estado nutricional según indicadores trazadores. Esta tendencia también ocurre en el indicador Talla para la Edad. La permanencia a algún programa del ICBF, la entrega del AAVN, el nivel de escolaridad y el municipio de atención influyen en el estado nutricional de las niñas, niños y adolescentes. La entrega del AAVN depende únicamente de que las familias focalizadas acepten el acompañamiento por parte de la unidad móvil.

**Palabras clave:** Seguridad alimentaria, Estado nutricional, migración, Alimento de Alto Valor Nutricional

## ABSTRACT

The nutritional status of the individual should be expected as a situation that is part of a context, where multiple factors such as employment, education, income, advertising, health and the quality of life of people interact; elements that have a great impact on the integral functioning of the child and later on in his adult state. **Objective:** To describe the nutritional status of migrant children and adolescents aged 0 months to 17 years served by the mobile units of North of Santander and its relationship with food security. **Materials and methods:** Qualitative, descriptive, mixed, retrospective, cross-sectional study: The database of the mobile units of the Colombian Institute of Family Welfare called "*Unique Registry of Mobile Units -RUUM-*" was analyzed throughout the period 2020 -2021, in North of Santander, which contains sociodemographic, anthropometric and food security information on 574 migrant children and adolescents from 0 months to 17 years of age. **Results:** Regarding girls and boys under 5 years of age, 63.3% have adequate weight (W/T), malnutrition in this group had a tendency to be overweight (19%). For girls, boys and adolescents from 5 to 17 years old, 70.1% are adequate according to the BMI/age indicator. Deficit (18.6%) was more prevalent than excess (11.3%). Statistical significance was found between the variables delivery of AAVN, belonging to an ICBF program, level of schooling and municipality of care ( $p=0.000$ ) compared to the nutritional status variable, likewise, the variable delivery of High Nutritional Value Food is dependent on the variables age ( $p=0.000$ ), level of schooling ( $p=0.000$ ) and place of care ( $p=0.000$ ). **Conclusions:** Migrant children and adolescents, regardless of their age, are in a greater proportion with adequate nutritional status according to tracer indicators. This trend also occurs in the Height for Age indicator. The permanence in a ICBF program, the delivery of the AAVN, the level of schooling and the municipality of care influence the nutritional status of children and adolescents. The delivery of the AAVN depends solely on the targeted families accepting the accompaniment by the mobile unit.

**Keywords:** Food security, Nutritional status, migration, High Nutritional Value Food

## 1. INTRODUCCIÓN

El estado nutricional del individuo debe considerarse como una situación que hace parte de un contexto, donde interactúan múltiples factores como el empleo, la educación, el ingreso, la propaganda, la salud y la calidad de la vida de las personas; elementos que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto. Los estudios sobre la desnutrición en América Latina y en los países en desarrollo, coinciden en la asociación entre el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo, las malas condiciones de higiene y la poca inocuidad de los alimentos, con las altas tasas de desnutrición que aún se presentan, sin descontar la interacción entre la desnutrición y las infecciones que se agravan mutuamente. **(MARTINEZ, Jose William)**. El estado nutricional se mide a través de indicadores antropométricos establecidos en la resolución 2465 de 2016, donde se encuentra el indicador peso/talla, un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/ talla, utilizado en niños y niñas menores de 5 años. Otro indicador importante es IMC/Edad, índice de Masa Corporal, es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado. Siendo estos indicadores los evaluadores del estado nutricional actual del individuo. **(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)**.

Es importante la evaluación del estado nutricional para evidenciar posible malnutrición, ya sea por déficit y/o exceso. En este sentido, se han realizado diferentes estudios a nivel global que para conocer los datos de malnutrición por regiones y países. En 2018, la situación mundial reportó 49 millones de niños menores de 5 años con desnutrición aguda y 149 millones con retraso en talla, la cara de la malnutrición ha variado en los últimos años **(UNICEF)**.

La seguridad alimentaria de acuerdo a las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) se refiere a la disponibilidad, el acceso y aprovechamiento biológico que los hogares y las personas puedan tener de los alimentos. Esta existe cuando las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana; comprende 4 dimensiones: la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad. A nivel mundial los niveles de hambre habían disminuido hasta el año 2017 - 2018, donde se presentó un aumento en la cifra, situándose en 821 millones de personas que no saben cuándo volverán a comer **(MONTROYA SAENZ, Patricia)**. Es importante destacar que el desarrollo humano integral óptimo es aquel que puede alcanzar un individuo, de acuerdo a su potencial genético, bajo las mejores condiciones ambientales posibles y va desde el desarrollo físico, fisiológico y psicológico óptimo hasta una productividad y creatividad plena. Por tanto, el crecimiento infantil se considera como uno de los indicadores de mayor utilidad para evaluar el estado de salud y nutrición, permitiendo medir de forma indirecta la calidad de vida de una población. **(HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Rosa Armenia, et al)**.

Diferentes estudios han señalado que las condiciones de vida especialmente, las precarias y desfavorables para la población infantil influyen directamente en su estado nutricional de manera negativa.

Es así, como se ve la necesidad de contribuir al mejoramiento de la Seguridad Alimentaria de la población a través de diferentes estrategias. En este sentido, el ICBF cuenta con la estrategia de Unidades Móviles donde se realiza acompañamiento nutricional en el marco del derecho a la existencia, a través de acciones individuales y grupales, orientadas a la valoración, diagnóstico y tratamiento nutricional, así como en educación nutricional y la identificación de vulnerabilidades relacionadas con la salud, la nutrición, la alimentación y la seguridad alimentaria.

Por ello, este trabajo pretende describir el estado nutricional de las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos por las unidades móviles de Norte de Santander y su relación con la seguridad alimentaria”

## **1.1. MARCO TEÓRICO**

El estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos. Son tres las causas básicas de los problemas nutricionales (desnutrición proteico-energética, carencias de micronutrientes y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación). Alimentos: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad. El bienestar nutricional depende del contenido de nutrientes de los alimentos que se consumen, en relación con las necesidades que se determinan en función de diversos factores como la edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes. El análisis de la alimentación debe seguir la cadena alimentaria y sus factores relacionados: la disponibilidad estable de alimentos (energía) a escala nacional (hojas de balance), regional y de hogar; el acceso a los alimentos; el consumo y la utilización biológica (se analiza en el factor salud) siendo vitales en este último la inocuidad y calidad de los alimentos.; Salud (utilización biológica): estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud; Que los alimentos sean suficientemente variados, de calidad e higiénicos, permite a cada miembro de la familia beneficiarse desde el punto de vista nutricional y contar con un adecuado estado de salud. En este proceso influyen el control de los ingresos, las limitaciones de tiempo, los hábitos alimentarios y los conocimientos nutricionales. Para que la ingestión de alimentos de por resultado efectos nutritivos deseables, el organismo debe estar libre de enfermedades y principalmente de las infecciones que impactan negativamente la utilización de los nutrientes y la energía alimentaria (sobre todo las enfermedades diarreicas y respiratorias, el sarampión, los parásitos intestinales y el SIDA) ya que el estado de salud influye en la digestión, absorción y utilización biológica de los nutrientes. La interacción infección-consumo insuficiente de alimentos, que hace retardar el crecimiento de los niños, da origen al círculo y relación recíproca malnutrición-infección. Las personas con nutrición deficiente son más susceptibles a las infecciones y cuando se producen son más graves y prolongadas. Las infecciones son de por sí perjudiciales para el estado nutricional, ya que reducen el apetito, y la ingestión de alimentos, y aumentan la demanda metabólica y las pérdidas de nutrientes. Las carencias de micronutrientes, en particular de hierro y vitamina A, reducen la resistencia a las infecciones, mientras que las infecciones parasitarias desequilibran el estado de micronutrientes en el organismo. Por ello se hace necesario mejorar las condiciones de salud ambiental y los servicios de salud para romper el

complejo malnutrición-infección. Cuidados: capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas. Consiste en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los grupos nutricionalmente vulnerables. Los cuidados son especialmente importantes en determinados grupos, en particular los niños en crecimiento, en los cuales debe permitirse, entre otros aspectos, la lactancia materna, destete, y distribución intrafamiliar de alimentos adecuados. Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales. A pesar de que las madres y su educación son el factor principal de los cuidados, se hace necesario el apoyo de toda la familia al ser ésta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional; esto hace imprescindible considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos y recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia. Al nivel de la comunidad es importante disponer de una suficiente organización y prestación de cuidados a los grupos vulnerables, tanto directamente, con la participación de la comunidad para evaluar sus propios problemas y delimitar las medidas apropiadas, como indirectamente, mediante la capacidad de la comunidad de sobrevivir en un ambiente ecológico y económico hostil. Además de la participación comunitaria otros mecanismos vinculados con los cuidados son los programas de alimentación, los subsidios alimentarios y los sistemas de seguridad social. Las personas desposeídas, los refugiados y las personas desplazadas son ejemplos particulares de grupos que dependen de la asistencia exterior para satisfacer sus necesidades nutricionales (malnutrición). **(RESTREPO PINEDA, Jair Eduardo y JARAMILLO JARAMILLO, Juliana).**

El estado nutricional se mide a través de indicadores antropométricos establecidos en la resolución 2465 de 2016, donde se encuentra el indicador peso/talla, un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud/ talla, el cual da cuenta del estado nutricional actual del individuo, siendo este, el indicador más importante para evidenciar el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, IMC/Edad, índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado, que evalúa estado nutricional en niños, niñas y adolescentes de 5-17 años. Es importante la evaluación del estado nutricional para evidenciar posible malnutrición, ya sea por déficit y/o exceso. **(UNICEF).**

El término "malnutrición" significa alteración en las etapas de la nutrición, tanto por defecto/déficit que conlleva a la desnutrición; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad. Es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes. En la práctica clínica, este término también se utiliza para referirse a las situaciones de desnutrición que incluyen un amplio espectro de formas clínicas que vienen condicionadas por la intensidad y duración del déficit, la edad del sujeto y la causa que lo condiciona. Sin embargo, en la actualidad cuando se habla de malnutrición se expresa como malnutrición por déficit a la desnutrición y a la obesidad como malnutrición por exceso. Según la OMS, "la malnutrición es una emaciación o adelgazamiento morbo y/o un edema nutricional incluye también las carencias de micronutrientes y el retraso del crecimiento". Clasificaciones clásicas cualitativas de la desnutrición: *Marasmo o Desnutrición calórica*: desnutrición crónica por déficit/pérdida prolongada de energía y nutrientes. Existe importante disminución de peso por pérdida de tejido adiposo, en menor cuantía de masa muscular y sin alteración significativa de las proteínas viscerales, ni edemas. *Kwashiorkor o Desnutrición proteica*: por disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos en infecciones graves, politraumatismos y cirugía mayor. El panículo adiposo está preservado, siendo la pérdida fundamentalmente proteica, principalmente visceral. *Desnutrición mixta*: o proteico-calórica grave o

Kwashiorkor-marasmático. Disminuye la masa muscular, tejido adiposo y proteínas viscerales. Aparece en pacientes con desnutrición crónica previa tipo marasmo (generalmente por enfermedad crónica) que presentan algún tipo de proceso agudo productor de estrés (cirugía, infecciones). *Estados carenciales*: deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), por disminución de ingesta o pérdida aumentada. Generalmente se asocia alguno de los tipos anteriores. *Desnutrición oculta*: a pesar de acceso a una alimentación saludable, existe una dieta inadecuada, principalmente dada por un bajo consumo de vegetales y frutas. En los niños la falta de nutrientes surge cuando los alimentos ingeridos son hipercalóricos, pero son deficientes en otros nutrientes fundamentales para el crecimiento, como el hierro, el calcio, el fósforo o las vitaminas A y C. La predisposición a padecer desnutrición oculta también se ha observado en las mujeres embarazadas y en los adultos mayores. Se ha considerado como la desnutrición oculta de América latina a la deficiencia de hierro. **(RED-DES)**.

Indicadores del estado de nutrición: Indicadores Antropométricos. - La antropometría es la medición científica del cuerpo humano, sus diversos componentes y del esqueleto. Es una palabra compuesta formada por antropo, que se refiere al ser humano (hombre), y metrología, la ciencia que trata las unidades de medida. La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más comunes en niñas y niños de 0 meses a 5 años que conocemos se encuentran el peso-talla, en adolescentes de 5 a 17 años se encuentra IMC/Edad, dentro de los indicadores antropométricos, los más utilizados han sido las mediciones de peso y talla, pues tienen amplia disponibilidad de equipo, facilidad y precisión en su ejecución, y gozan de aceptación general, este indicador evalúa la desnutrición aguda o de corta duración, el IMC es específico con respecto a la edad y el sexo, la talla edad, es adecuado para niños, es el resultado de la medición de la talla relacionado con la edad, donde se compara con un patrón o tablas de referencia y se obtiene el diagnóstico; este indicador evalúa la desnutrición crónica, de larga duración, y nos da en su caso el retardo en el crecimiento. Para los niños y adolescentes. **(CASTILLO HERNÁNDEZ, Jose Luis y ZENTENO CUEVAS, Roberto)**.

Seguridad Alimentaria surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano. Según el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), la Seguridad Alimentaria Nutricional "es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo". Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), desde la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) de 1996, la Seguridad Alimentaria "a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana". En esa misma Cumbre, dirigentes de 185 países y de la Comunidad Europea reafirmaron, en la Declaración

de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial, "el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre." Desde sus inicios, las Naciones Unidas han establecido el acceso a una alimentación adecuada como derecho individual y responsabilidad colectiva. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 proclamó que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación." Casi 20 años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1996) elaboró estos conceptos más plenamente, haciendo hincapié en "el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso la alimentación.", y especificando "el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre". **(FAO).**

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define a un migrante como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia. **(ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI).**

las últimas cifras reveladas por Migración Colombia, que señalan que en el país se encontraban 1'742.927 migrantes venezolanos hasta el 31 de enero de 2021, siendo este el número más alto de venezolanos en Colombia de los últimos siete meses. De este modo, teniendo en cuenta que hasta el 31 de diciembre de 2020 había 1'729.537 migrantes venezolanos en el país, en un mes ingresaron 13.390 venezolanos, en su mayoría de forma irregular, al territorio nacional. Del total de migrantes venezolanos hay 759.584 que se encuentran de forma regular y 983.343 (54 por ciento) están de forma irregular. Entre 2014 y 2020 se ha registrado un crecimiento sostenido del total de migrantes de Venezuela: la variación anual promedio de esta población ha sido de 80,6% y el mayor crecimiento se registra entre 2017 y 2018, donde la variación fue de 167,5%. De esta forma, para 2020 el total de migrantes de Venezuela alcanzó los 2,26 millones de personas. **(DANE).**

En Norte de Santander la cifra de migrantes llegó a 206.415, según el reporte de marzo de Migración Colombia. Luego de Bogotá, sigue siendo uno de los departamentos con mayor número de venezolanos viviendo. Esa cifra representa el 11,40% del total de venezolanos en Colombia. En el último reporte de 2019 de la entidad migratoria, la cifra en la región era de 202.727 migrantes distribuidos en los 40 municipios, siendo Cúcuta la ciudad con mayor concentración: al cierre del 2019 habían 104.981, y para marzo de 2020 la cifra se ubicó en 107.883. Le sigue Villa del Rosario con 39.989 extranjeros del vecino país. Para el último reporte emitido por migración esta cifra en el mismo municipio se ubicaba en 39.709 migrantes. Hay que recordar que Villa del Rosario fue una de las zonas priorizadas por el Gobierno Nacional, junto a Maicao y Soacha, para las atenciones integrales por la emergencia sanitaria por el coronavirus. En el informe de Migración Colombia le siguen Tibú y Pamplona, este último con un 8.533. Siguen Los Patios, Chinácota, Ocaña, El Zulia, Ábrego y Puerto Santander. **(LA FRONTERA).**

Estrategias de Unidades Móviles ICBF: Servicio del ICBF consistente en equipos integrados por cuatro profesionales en Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Maestro en Artes, Pedagogía, Sociología y Antropología de acuerdo con las características regionales, los cuales se movilizan por todo el territorio y acuden en el menor tiempo posible al sitio de llegada de la población en emergencias ocasionadas por el desplazamiento forzado o al lugar de residencia de la población en

etapa de transición o en procesos de retornos o reubicaciones, para contribuir a la garantía y restitución de los derechos y la reparación integral de niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes, madres lactantes, familias indígenas, familias negras, afro descendientes, raizales y palanqueros y familias ROOM, víctimas del desplazamiento forzado SIPOD: Sistema de información de la Población Desplazada, este sistema lo coordina Acción Social, población migrante. Se realiza acompañamiento nutricional en el marco del derecho a la existencia, a través de acciones individuales y grupales, orientadas a la valoración, diagnóstico y tratamiento nutricional, así como en educación nutricional y la identificación de vulnerabilidades relacionadas con la salud, la nutrición, la alimentación y la seguridad alimentaria (SA). **(ICBF, 2016)**. En relación con esta, la estrategia busca contribuir con la SA de las familias desde un enfoque enmarcado en el eje de acceso, a través de la entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN Bienestarina, teniendo en cuenta sus atributos nutricionales y de energía. La Bienestarina, consiste en una mezcla de harinas y/o féculas de cereales (trigo, maíz), harina de soya y leche entera en polvo, con vitaminas y minerales elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y es entregado a la población vulnerable del país, a través de los programas del Instituto. **(ICBF, 2014)**.

## **1.2. MARCO REFERENCIAL**

Según la FAO, el estado nutricional es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. **(FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)**.

Se han realizado diferentes estudios a nivel global que para conocer los datos de malnutrición por regiones y países. En 2018, la situación mundial reportó 49 millones de niños menores de 5 años con desnutrición aguda y 149 millones con retraso en talla, la cara de la malnutrición ha variado en los últimos años **(UNICEF)**.

En Colombia se encuentra la Resolución 2465 de 2016 la cual presenta los patrones de referencia y puntos de corte para realizar la antropométrica del estado nutricional de niños, niñas menores de 5 años, y niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, de acuerdo a los patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, la cual define el estado nutricional como el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. **(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)**.

En el caso de Colombia, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, la desnutrición crónica afecta a 10,8% niños menores de 5 años, y la desnutrición aguda es de 2,3%, por otro lado, el exceso de peso fue de 6,3% en niños de 0 a 4 años, aumentando en comparación con el 2010, donde se encontraba en un 4,9% **(ENSIN, 2015)**.

Según la definición de la Food and Agriculture Organization (FAO, 1996) –entiéndase Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación–, tiene lugar “cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para

satisfacer sus necesidades alimentarias”. **(CARBALLO HERRERA, Arturo Rafael; VILLARREAL GÓMEZ, Alejandro y DEL TORO MARTÍNEZ, John Jairo).**

En Colombia y según el CONPES Social 113 de 2008, la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. En muchas ocasiones, la relación entre la seguridad alimentaria y la migración es directa, cuando las personas no ven otras opciones sino migrar para escapar del hambre. **(CONPES 113).**

La migración y la seguridad alimentaria son de interés para la política pública, ya que Colombia tiene una de las mayores tasas de migración interna en el mundo y dentro del país, uno de cada dos hogares enfrenta inseguridad alimentaria. **(GALVIS ARIAS, Natalia).**

El estudio realizado en 2020 por la Unidad de Análisis de Vulnerabilidad y Mapeo (VAM) del Programa Mundial de Alimentos de la ONU en Colombia encontró más de la mitad de los hogares migrantes se encuentran en situación de inseguridad alimentaria severa o moderada (21.2% y 33.5% respectivamente) en comparación con aproximadamente el 3.3% y el 24% entre los hogares de acogida. La inseguridad alimentaria severa entre la población migrante alcanza sus niveles más altos durante los primeros seis meses y requiere asistencia de emergencia, con rangos que van del 38% en los primeros tres meses al 27% entre los tres meses y los seis meses de su llegada. Solo después de seis meses de permanencia este porcentaje se reduce a la mitad (16%). **(PMA, Programa Mundial de Alimentos).**

### **1.3. ESTADO DEL ARTE**

Según la Agencia de la ONU para Refugiados (ACNUR), para finales del 2019 habían más de 4,6 millones de venezolanos alrededor del mundo y 1.408.055 en Colombia **(ACNUR)**. Gran parte de los venezolanos que emigran a otros países, lo hacen habiendo estado en condición de inseguridad alimentaria en su país. En Venezuela, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) publicada en el 2018, el 80% de los hogares venezolanos contaban con inseguridad alimentaria y el 90% recibía un ingreso insuficiente para la compra de alimentos **(ONU, 2019)**. La situación en la que se encuentra la población venezolana afecta diversos aspectos de sus vidas, incluyendo la seguridad alimentaria, y se refleja en el deterioro del estado nutricional de la población. **(ACNUR)**. Estos procesos se encuentran acompañados de vulneraciones de sus derechos, uno de ellos y de los más importantes, el derecho a una alimentación adecuada y este se ejerce cuando todas las personas tengan una alimentación suficiente, oportuna y adecuada. **(DNP, Departamento Nacional de Planeación)**. El derecho a la alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El derecho a la alimentación adecuada tendrá que alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre. **(RED MEL-CYTED)**.

El aumento en el número de migrantes desde Venezuela ha generado necesidades de atención para esta población en materia de salud, educación, vivienda, agua y saneamiento básico, e inserción laboral, entre otros. Adicionalmente, su incremento acelerado en tan corto tiempo está generando presiones sobre las instituciones encargadas de la atención fronteriza y de migrantes, las cuales no cuentan con la capacidad suficiente para seguir atendiendo a este creciente número de personas. **(DNP, Departamento Nacional de Planeación)**. De ahí la importancia de intervención de organizaciones no gubernamentales quienes cumplen una importante función social como defensores de causas sociales, humanitarias y medioambientales. Sin embargo, no buscan en ningún caso sustituir la acción de los Estados u Organismos Internacionales, sino complementar su labor o ayudar en aquellas áreas donde consideran necesario. Por otro lado, cumplen una función primordial en la resolución de problemas relacionados con el hambre y la malnutrición y promover el derecho a una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada e inocua. Existen diferentes ONG haciendo frente al hambre y la malnutrición algunas de ámbito internacional o nacional. Entre las más destacadas se puede resaltar la labor de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura Programa Mundial de Alimentos quien lidera el esfuerzo internacional para poner fin al hambre y tiene por objetivo lograr la seguridad alimentaria para todos, y al mismo tiempo garantizar el acceso regular a alimentos suficientes y de buena calidad para llevar una vida activa y sana. **(FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura)**. OMS, Acción contra el hambre, UNICEF, Word Visión, Samaritans purse, save the children, quienes también han desempeñado un papel muy importante en la erradicación del hambre y la malnutrición en el mundo.

El Gobierno nacional ha realizado esfuerzos para atender a esta población a corto plazo de carácter urgente. Se hace necesaria entonces una política que trace la ruta para la atención de la población migrante desde Venezuela en el mediano plazo y fortalezca las capacidades del Estado a nivel nacional y territorial. Por lo tanto, En Colombia se diseñó e implementó el CONPES 3950 del año 2018 se buscará establecer e implementar estrategias de atención en salud, educación, primera infancia, infancia y adolescencia, trabajo, vivienda y seguridad, articular la institucionalidad existente y definir nuevas instancias para la atención de la población migrante. **(DNP, Departamento Nacional de Planeación)**. Así mismo, el realizar seguimiento de la situación de alimentación y nutrición, que permita definir acciones que promuevan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo altamente vulnerable. Es ahí, donde se requiere más intervención por parte del Estado y de Entidades públicas que contribuyan al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de esta población. La entidad pública más importante en Colombia es El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar quien a través de la estrategia de “Unidades móviles” en convenio con el programa Mundial de Alimentos, quienes brindan atención humanitaria a población vulnerable, en este caso, población migrante mediante el apoyo alimentario y los primeros auxilios psicosociales en los diferentes Municipios de Norte de Santander enfocado en niños y niñas menores de 5 años.

#### 1.4.MARCO LEGAL

En el ámbito de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el país cuenta con una serie de instituciones y programas, que desde diferentes sectores respaldan este proceso.

**La Ley Marco “Derecho a la Alimentación, Seguridad y Soberanía Alimentaria”** se refiere a un mecanismo legislativo empleado para abordar cuestiones multisectoriales; la legislación marco establece los principios y obligaciones generales y delega en las normas de ejecución y las autoridades competentes la función de definir las medidas específicas que se adoptarán para dar plena efectividad a dichas obligaciones, generalmente dentro de un determinado período de tiempo. Una ley marco para el derecho a la alimentación puede ofrecer una definición precisa del alcance y contenido de este derecho humano y establecer las obligaciones de las autoridades del Estado y el sector privado, así como los mecanismos institucionales necesarios y proporcionar las bases jurídicas para la legislación subsidiaria y otras medidas necesarias que deberán adoptar las autoridades competentes. **(FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura).**

**CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA:** Establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y en cuanto a la oferta y la producción agrícola se establecen los deberes del Estado en esta materia.

**CUMBRE MUNDIAL SOBRE ALIMENTACIÓN 1996 Y 2002:** Renovar el compromiso mundial de eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población. Establece y refuerza los compromisos adquiridos por Colombia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

**LEY 1355 DE 2009 -LEY DE OBESIDAD:** Define a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN, como la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia, establece sus integrantes y funciones. Declara la obesidad como una enfermedad de salud pública que a su vez es causa directa de otras enfermedades y aumenta la tasa de mortalidad de los colombianos. Esta ley también determina: la promoción de una dieta balanceada y saludable, la adopción de programas de educación alimentaria, el establecimiento de mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, la garantía de la disponibilidad de frutas y verduras en establecimientos educativos, la regulación de grasas trans y la vigilancia y el control de la publicidad de bebidas y alimentos en los medios de comunicación.

**DECRETO 2055 DE 2009:** Crea la CISAN, se definen sus integrantes, funciones, funcionamiento de la secretaría técnica, actividades de la misma y periodicidad de reuniones, entre otros.

Entre los principales instrumentos de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional se tienen:

**Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN:** Creada para el fortalecimiento de los mecanismos de gobernabilidad y coordinación de las entidades rectoras de la política (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Departamento Nacional de Planeación). **(DNP, Departamento Nacional de Planeación)**

**Plan Nacional y los planes territoriales de SAN -PNSAN -PTSAN:** Es el conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones que desde el Estado y la sociedad civil tiene como objeto proteger a la población del hambre y alimentación inadecuada, asegurar el acceso a los alimentos y coordinar intervenciones intersectoriales.

**CONPES 113 DE 2008:** Las acciones concretas del Estado incluyen principalmente la formulación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1996-2005, aprobado mediante el documento Conpes 2847 de 1996. El objetivo del plan fue contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana. Somete a consideración del Conpes Social la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. La política es el resultado de un proceso de participación y concertación entre entidades del nivel nacional, departamental y municipal, con organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, universidades y gremios, entre otros, y por lo tanto se constituye en una política de Estado. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después (junio de 2002)”, la cual ratifica los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentación de 1996, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (**CONPES 113**).

**Observatorio Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -OSAN:** Es el sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la SAN que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión de conocimiento para fundamentar el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la SAN, de la política de SAN, de las acciones que buscan garantizarla y de sus propias acciones. (**DNP, Departamento Nacional de Planeación**).

**RESOLUCIÓN 4533 DE 15 DE OCTUBRE DE 2009:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar contenido: instituto colombiano de bienestar familiar. Expide los lineamientos técnico administrativo de las unidades de atención integral y recuperación nutricional para la primera infancia. (**ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**).

**Ley 1098 de 2006:** “código de infancia y adolescencia, este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado. (**ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**).

**Proyecto de Ley de 2014** “Por la cual se crea el Sistema Nacional para la Seguridad Alimentaria Y Nutricional, SINSAN, se crea la Agencia Nacional de Seguridad Alimentaria, y se establecen otras disposiciones”: ARTÍCULO 1º: Objeto. Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto crear el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, - SINSAN-, como una estrategia para erradicar la desnutrición en Colombia y garantizar la soberanía alimentaria, mediante la articulación, orientación, planificación, verificación, coordinación y monitoreo de las políticas, planes, programas, proyectos, acciones y presupuestos gubernamentales, nacionales, departamentales y municipales, destinados a amparar el derecho de todas y todos los Colombianos de contar con alimentos suficientes, inocuos y nutritivos acordes con sus necesidades vitales; y que estos sean accesibles física, económica, social y culturalmente de forma oportuna y permanente. (**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**).

**Resolución 2350 de 2020:** Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones. (**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2350 de 2020**).

**Resolución 2465 de 2016:** Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. (**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**).

**Decreto 216 de 2021:** "Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria". (**MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES**).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir el estado nutricional de las niñas, y niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años atendidos por las unidades móviles de Norte de Santander y su relación con la seguridad alimentaria durante el periodo 2020-2021.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar el estado nutricional por antropometría de las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos por las Unidades Móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Definir los determinantes asociados a la malnutrición en las niñas, niños y adolescentes migrantes.
- Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y dimensión de acceso a los alimentos de las niñas, niños y adolescentes migrantes.

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se analizará base de datos de las unidades móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar denominada “*Registro Único de Unidades Móviles -RUUM-*”, a lo largo del periodo 2020-2021, en el departamento de Norte de Santander, Colombia que contiene información sociodemográfica, antropométrica y de Seguridad Alimentaria (dimensión de acceso) de 574 niñas, niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años.

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativo, descriptivo, mixto, retrospectivo, de corte transversal.

El paradigma cualitativo plantea que su principal objetivo es generar teorías. Según Krause (1995): “la metodología cualitativa se refiere, entonces, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos”. **(RINCÓN CAMARGO, Daniela).**

En el estudio descriptivo, el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo.

Los estudios retrospectivos, analizan una tendencia de cualquier fenómeno que haya acontecido en una población con anterioridad al inicio del estudio.

Los estudios transversales se corresponden con los estudios de corte en el tiempo. **(DE CABO VEIGA, Pablo).**

#### 3.3. DEFINICIÓN DEL ESCENARIO DE LA MUESTRA

La recolección de la información tuvo lugar en los municipios de Cúcuta, El Carmen, Chinácota, Los Patios, Teorama, Villa del Rosario, del departamento de Norte de Santander, sitios que han recibido gran cantidad de población migrante.

Definición del escenario de la muestra

Se tomará información de 574 niñas, niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años, 11 meses, 29 días, de los cuales 246 registros corresponden a niñas y niños de 0 meses a 4 años, 11 meses y 29

días y 328 son adolescentes de 5 a 17 años 11 meses 29 días, identificados en la base de datos de las Unidades Móviles denominada “Registro Único de Unidades Móviles -RUUM-”

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Niñas, niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años, 11 meses, 29 días referenciados en la base de datos de las unidades móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en los periodos 2020-2021, en el departamento de Norte de Santander, Colombia, sin condición de discapacidad y/o víctimas de desplazamiento.

### **3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Niñas, niños y adolescentes colombianos.
- Niñas, niños y adolescentes que tengan algún tipo de discapacidad.
- Niñas, niños y adolescentes víctimas de desplazamiento forzado.

### **3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los datos identificados en la base de datos “Registro Único de Unidades Móviles” se procesarán mediante el software Microsoft Excel 2015 empleando tablas de frecuencia simple, porcentajes y gráficas. El análisis se hará de forma descriptiva. Para determinar la asociación entre variables, se hará análisis inferencial mediante tablas de contingencia en las cuales se realizó análisis de variables politómicas, se determinó la dependencia de las variables teniendo en cuenta la prueba de Chi Cuadrado ( $X^2$ ), considerando en la prueba de hipótesis que las variables son dependientes si el valor  $p$  es menor a  $0,05$ .

La información se presentó en tabla de contingencia y en gráfica de barras para un mayor entendimiento de la misma.

Para el análisis de la información se buscarán referentes bibliográficos sobre el tema.

**Cuadro 1. Variables utilizadas en el estudio.**

	<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Categoría</b>
<i>Sociodemográfica</i>	Sexo	Cualitativo	Femenino Masculino	Nominal dicotómica
	Edad	Cuantitativo	Meses	Discreta
	Nivel de escolaridad	Cualitativo	Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media	Nominal- politómica
	Afiliación SGSSS	Cualitativo	Subsidiado Contributivo No afiliado	Nominal- politómica
	Municipio de atención	Cualitativo	Cúcuta El Carmen Chinácota Los Patios Teorama Villa del Rosario	Nominal- politómica
	Pertenencia a programa de ICBF	cualitativo	Desarrollo Infantil en Medio Familiar. HCB tradicional. Centro de Desarrollo Infantil.	Nominal- politómica
<i>Antropométricas</i>	Peso	Cuantitativo	Kg	Continua
	Talla	Cuantitativo	Cm	Continua
<i>Seguridad Alimentaria (dimensión de Acceso)</i>	Entrega de alimento de alto valor nutricional	Cuantitativo	Si No	Nominal Dicotómica

*Fuente: Bustos C., Cetina, Ma., 2022*

A continuación, se describe la metodología que se va a emplear para la ejecución de las actividades de cada uno de los objetivos específicos:

**Objetivo específico 1. Estado nutricional por antropometría de las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos por la Unidad Móvil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.**

Para determinar el Estado nutricional de las niñas, niños, y adolescentes migrantes atendidos por la Unidad Móvil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se realizarán las siguientes actividades:

**- Toma de medidas antropométricas**

**Peso de niños y niñas menores de 2 años**

Se describe el proceso de toma del peso en niñas y niños desde los 0 meses hasta los 2 años utilizando el instrumento antropométrico pesabebés, según lo establece la Resolución 2465 de 2016.

- Asegurar que el pesabebés se encuentre en una superficie lisa, horizontal y plana.
- Verificar que el equipo esté tarado en cero (0).
- Con la ayuda de la acompañante, desvestir al niño o niña. Si esto no fuera posible por motivos de fuerza mayor (falta de privacidad o frío), se debe pesar al niño con ropa ligera.
- Colocar al niño o niña en el centro del platillo, canasta, silla o bandeja de la balanza; no debe apoyarse y ninguna parte de su cuerpo debe quedar afuera.
- Si la balanza es mecánica deben ubicarse las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital simplemente leer el resultado. Para efectos de registro en balanzas mecánicas, el peso se debe aproximar a 10 o 20 gramos según la sensibilidad del equipo.
- Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promediar los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

### **Peso de niñas y niños mayores de 2 años.**

A continuación, se describe el proceso de toma del peso en niños mayores de 2 años utilizando el instrumento antropométrico bascula, según lo establece la Resolución 2465 de 2016.

- Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada o en cero (0).
- Solicitar al usuario que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida.
- Si la balanza es mecánica ubicar las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital, simplemente leer el resultado.
- Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo.
- Bajar al usuario de la báscula o balanza.
- Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

### **Talla de niñas y niños hasta los 2 años.**

A continuación, se describe el proceso de toma de la talla en niños menores de 2 años utilizando el instrumento antropométrico infantómetro, según lo establece la Resolución 2465 de 2016.

Para menores de dos años, sin importar si el niño o niña ya se sostiene en pie, la medición debe hacerse con el niño acostado (posición horizontal) y la medida se denomina LONGITUD, se tomará la longitud con la ayuda de un infantómetro. Antes de iniciar, se debe explicar a la madre o acompañante que se va a medir el tamaño del niño o niña y que requiere de su colaboración para que el niño o niña se sienta tranquilo, para colocarlo correctamente y mantenerlo en la posición adecuada. Los pasos a seguir son:

- Colocar el infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme para evitar que el niño se caiga (por ejemplo, sobre el suelo, piso o mesa estable)
- Cubrir el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño
- Verificar que el niño(a), esté sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
- Acostar el niño boca arriba sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, colocando la mano izquierda en la parte alta de la espalda con el fin de dar soporte a la cabeza y la mano derecha en los muslos, recostándolo suavemente. En ningún momento dejar al niño solo acostado en el infantómetro.
- Solicitar a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro y que tome la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos miren hacia arriba. Sin ejercer mucha presión, trate de mantener la cara del niño recta.
- Tomar ambas rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y correr firmemente con la mano derecha la pieza móvil del infantómetro contra la planta de los pies. Estos deben quedar perfectamente rectos sobre la pieza móvil.
- Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con el infantómetro y en la parte central del cuerpo del instrumento.
- Leer rápidamente sin mover al niño, la cifra que marca la pieza móvil. Asegurarse que la lectura se hace en la escala de centímetros.
- Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

### **Talla en niñas y niños mayores de 2 años.**

A continuación, se describe el proceso de toma de la talla en niños mayores de 2 años utilizando el instrumento antropométrico tallímetro, según lo establece la Resolución 2465 de 2016:

- Poner el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el usuario. - Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies. Verificar que no existan adornos puestos en la cabeza ni zapatos.
- Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no deben estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. La madre o acompañante debe sostener y presionar suavemente con una mano las rodillas y con la otra los tobillos contra la tabla vertical.
- Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza móvil hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta. Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
- Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza móvil ubicándose frente a ella y anotarlo con una aproximación de 0.1 cm. Retirar la pieza móvil de la cabeza del usuario y la mano del mentón.
- Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm. Para que la toma de medidas se lleve a cabo con la mejor aplicación de

la técnica requerida, se recomienda que el responsable de la valoración, cuente con la colaboración de un auxiliar de toma de medidas. En la consulta individual, este rol lo puede cumplir un auxiliar o el acompañante del usuario con la indicación del profesional de la salud que lo esté valorando.

**- Clasificación de diagnóstico nutricional por antropometría:**

Se realiza la clasificación con base en los parámetros de la resolución 2465 de 2016, utilizando los indicadores antropométricos: Peso Talla (P/T) Índice de Masa Corporal Edad (IMC/E) y Talla Edad (T/E).

**Peso para la longitud/talla - P/T:** un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud o con la talla. Da cuenta del estado nutricional actual del individuo.

**IMC para la Edad - IMC/E:** índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado.

**Talla para la Edad - T/E:** Un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo. **(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL).**

Para la determinación del diagnóstico nutricional se tiene en cuenta la siguiente clasificación nutricional de P/T-IMC/E y T/E

**Imagen 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	> +3	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
< -3	Desnutrición Aguda Severa*		
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

**Imagen 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	$\geq -1$	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Retraso en Talla.	
	$< -2$	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	$> +2$	Obesidad	
	$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	
	$\geq -1$ a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Delgadez	
	$< -2$	Delgadez	

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

- **Cargue de la información recolectada en la base de datos**

Los datos obtenidos se cargan de forma digital en el Registro Único de Unidades Móviles -RUUM- que consolida toda la información sociodemográfica, antropométrica y de Seguridad Alimentaria (dimensión de acceso) de las niñas, niños y adolescentes atendidos por las Unidades Móviles.

**Objetivo específico 2. Determinantes asociados a la malnutrición en las niñas, niños y adolescentes migrantes**

Para identificar los determinantes asociados a la malnutrición se tendrán en cuenta las siguientes actividades:

- **Aplicación de prueba estadística para determinar asociación entre variables**

Se realizará análisis estadístico de las variables de Estado Nutricional versus Entrega de Alimento de Alto Valor Nutricional versus la permanencia de las niñas, niños y adolescentes a algún programa del ICBF. Para esto, se empleará análisis inferencial.

- **Revisión bibliográfica**

Se realizará búsqueda de referencias bibliográficas en bases de datos como Scopus, Science direct y Pubmed basada en diferentes estudios sobre Estado Nutricional y Seguridad Alimentaria.

- **Selección de estudios**

Se seleccionaron los estudios o investigaciones que tuvieran mayor similitud con el presente proyecto para garantizar la confiabilidad de la información que se presentará. Esta información se consolidará en una matriz en Excel.

### **Objetivo específico 3. Asociación entre variables sociodemográficas, y dimensión de acceso a los alimentos de las niñas, niños y adolescentes migrantes.**

Para establecer la asociación entre las variables sociodemográficas, estado nutricional y dimensión de acceso se llevará a cabo las siguientes actividades:

- **Aplicación de prueba estadística para determinar asociación entre variables**  
Se realizará análisis estadístico de las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolaridad, afiliación a SGSSS, municipio de atención,) y dimensión Seguridad Alimentaria, dimensión de acceso (variable entrega de AAVN) de las niñas, niños y adolescentes. Para esto, se empleará análisis inferencial.
- **Revisión bibliográfica**  
Se realizará búsqueda de referencias bibliográficas en bases de datos como Scopus, Science direct y Pubmed basada en diferentes estudios sobre Estado Nutricional y Seguridad Alimentaria.
- **Selección de estudios**  
Se seleccionaron los estudios o investigaciones que tuvieran mayor similitud con el presente proyecto para garantizar la confiabilidad de la información que se presentará. Esta información se consolidará en una matriz en Excel.

## 4. RESULTADOS Y ANALISIS

### Resultados del objetivo específico 1. Estado nutricional por antropometría de las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos por la Unidad Móvil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

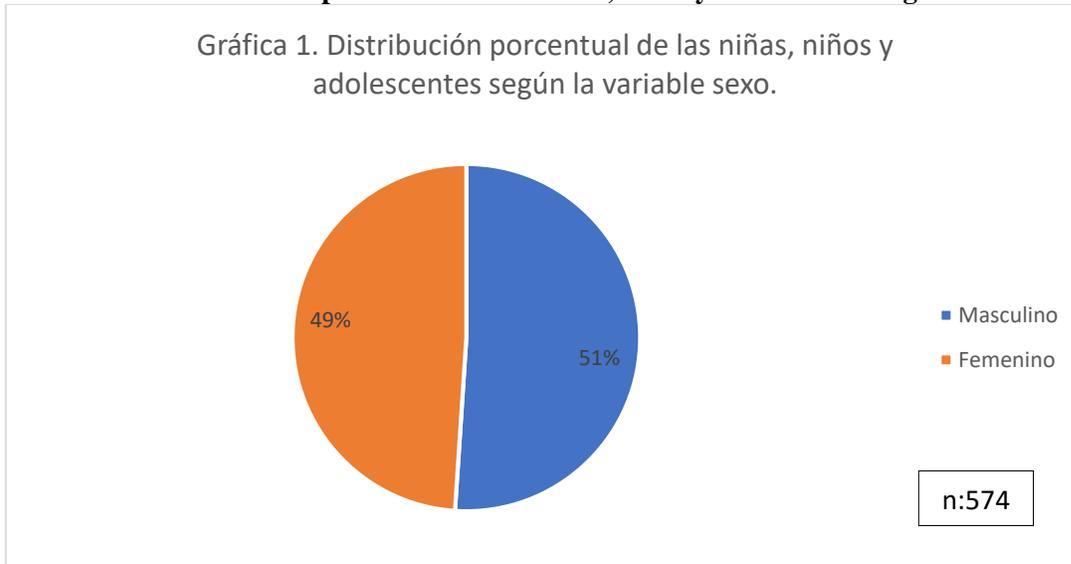
Se presentan los resultados de la caracterización de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, a través de tablas de frecuencia y gráficas de torta y barras. La información corresponde a variables de sexo, edad, lugar de atención, afiliación al SGSSS, nivel de escolaridad, pertenencia a programas del ICBF y estado nutricional por antropometría según indicadores por edad.

**Tabla 1. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable sexo.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	293	51,0%
Femenino	281	49,0%
<b>Total</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 1. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable sexo.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

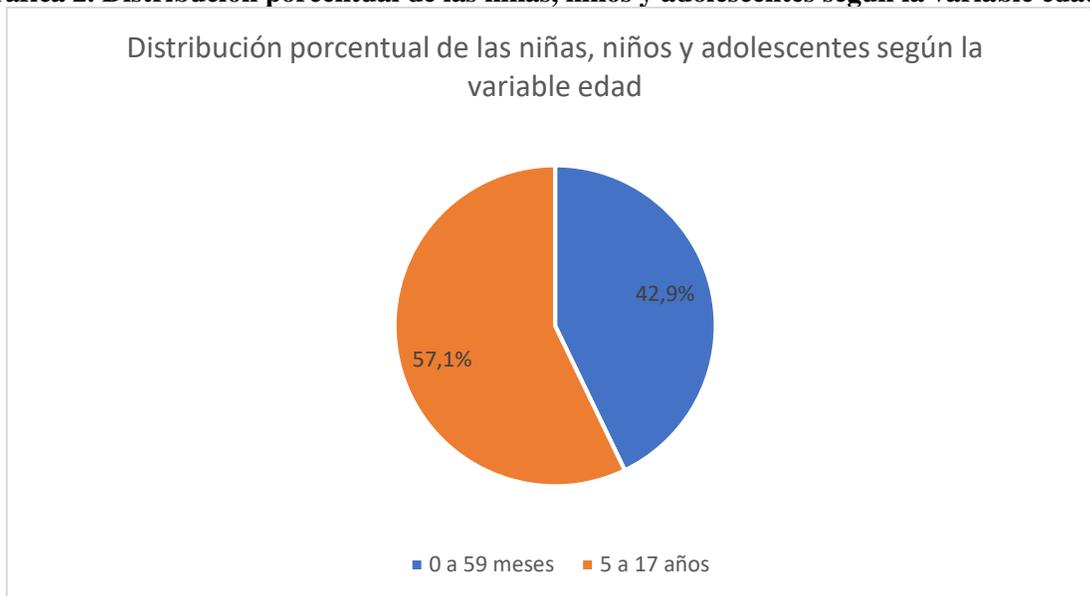
En relación a la variable sexo de las niñas, niños y adolescentes se evidencia que tanto el sexo masculino, como femenino se encuentran en partes equiparables, siendo el 51% masculino y el 49% femenino.

**Tabla 2. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable edad.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 a 59 meses	246	42,9%
60 a 215 meses	328	57,1%
<b>Total</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 2. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable edad.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022:

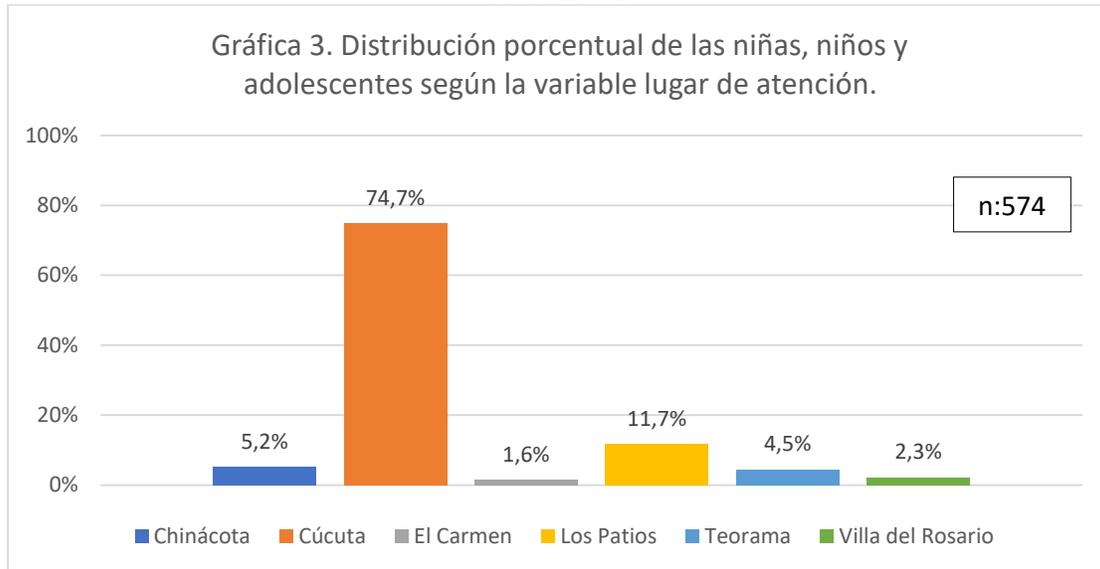
La selección de los rangos de edad se tomó de la resolución 2465 del 2016, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de las niñas, niños y adolescentes. En este sentido, se evidencia que la proporción de niñas y niños de 5 a 17 años es superior (57,1%) a la de niñas y niños menores de 5 años (42,9%)

**Tabla 3. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable lugar de atención.**

Municipio de Atención	Frecuencia	Porcentaje (%)
Chinácota	30	5,2%
Cúcuta	429	74,7%
El Carmen	9	1,6%
Los Patios	67	11,7%
Teorama	26	4,5%
Villa del Rosario	13	2,3%
<b>Total</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 3. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable lugar de atención.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

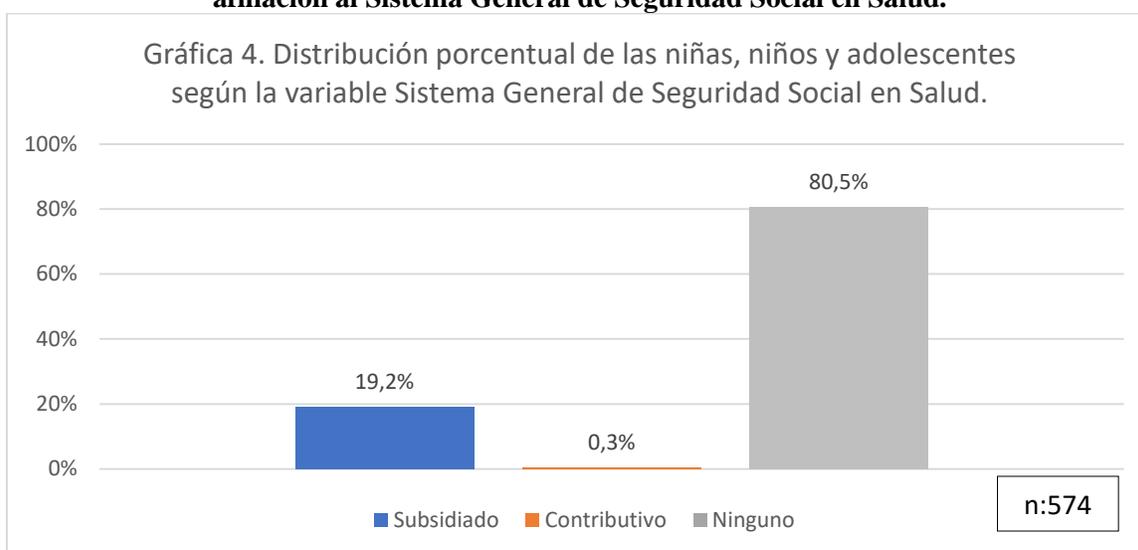
Para la variable municipio de atención se identifica que la mayor proporción de niñas, niños y adolescentes se focalizaron en el municipio de Cúcuta (74,7%), seguidamente en el municipio de los Patios (11,7%) y el restante se distribuyó en los municipios de Chinácota, Teorama, Villa del Rosario y El Carmen.

**Tabla 4. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Subsidiado</b>	110	19,2%
<b>Contributivo</b>	2	0,3%
<b>Ninguno</b>	462	80,5%
<b>Total</b>	574	100%

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 4. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.**



*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

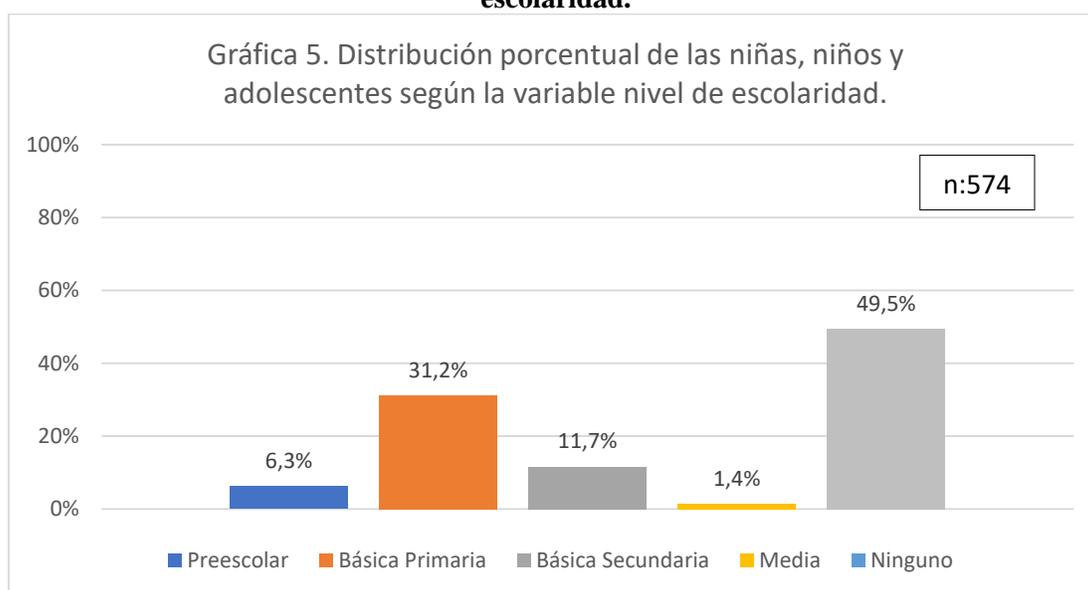
En lo que respecta a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se evidencia que el 80,5% de las niñas, niños y adolescentes no se encuentra vinculado a ningún régimen de salud y solo el 19,2% está afiliado al régimen subsidiado y un 0,3% al régimen contributivo.

**Tabla 5. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable nivel de escolaridad.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Preescolar	36	6,3%
Básica Primaria	179	31,2%
Básica Secundaria	67	11,7%
Media	8	1,4%
Ninguno	284	49,5%
<b>Total</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 5. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable nivel de escolaridad.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

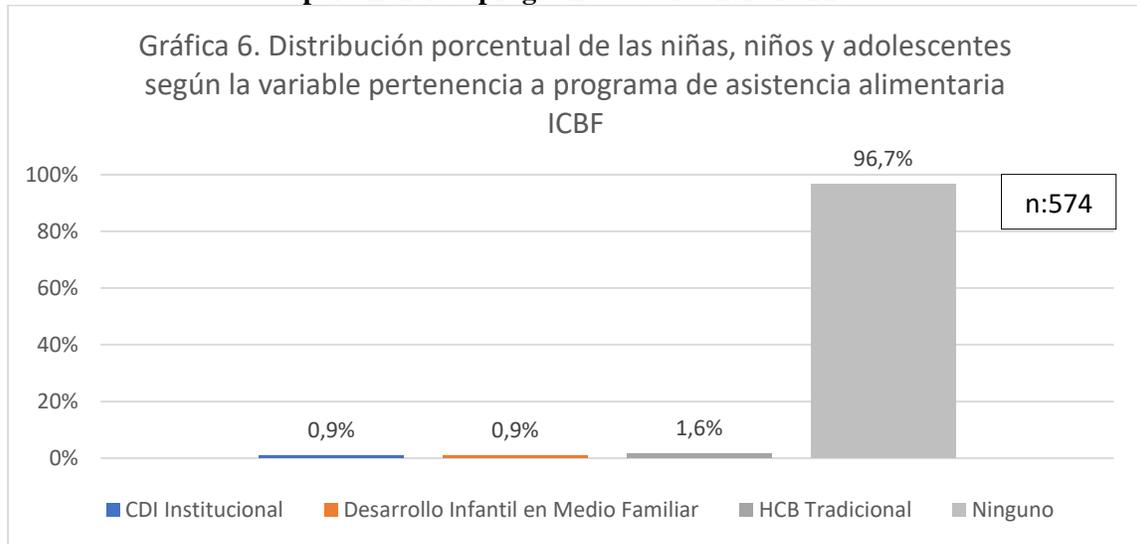
En la gráfica 5 se puede apreciar que la mayor proporción de las niñas, niños y adolescentes se encuentran vinculados al sistema educativo (50,6% distribuidos en los diferentes grados escolares), estando el 31,2% en básica primaria que comprende los grados de 1 a 5, el 11,7% en básica secundaria (de 6° a 9°), el 6,3% en preescolar y el 1,4% en media (10° a 13°). En proporción similar, el 49,5% no se encuentra escolarizado.

**Tabla 6. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable vinculación a programa de asistencia ICBF.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
CDI Institucional	5	0,9%
Desarrollo Infantil en Medio Familiar	5	0,9%
HCB Tradicional	9	1,6%
Ninguno	555	96,7%
<b>Total</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 6. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes según la variable pertenencia a programa de asistencia ICBF.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

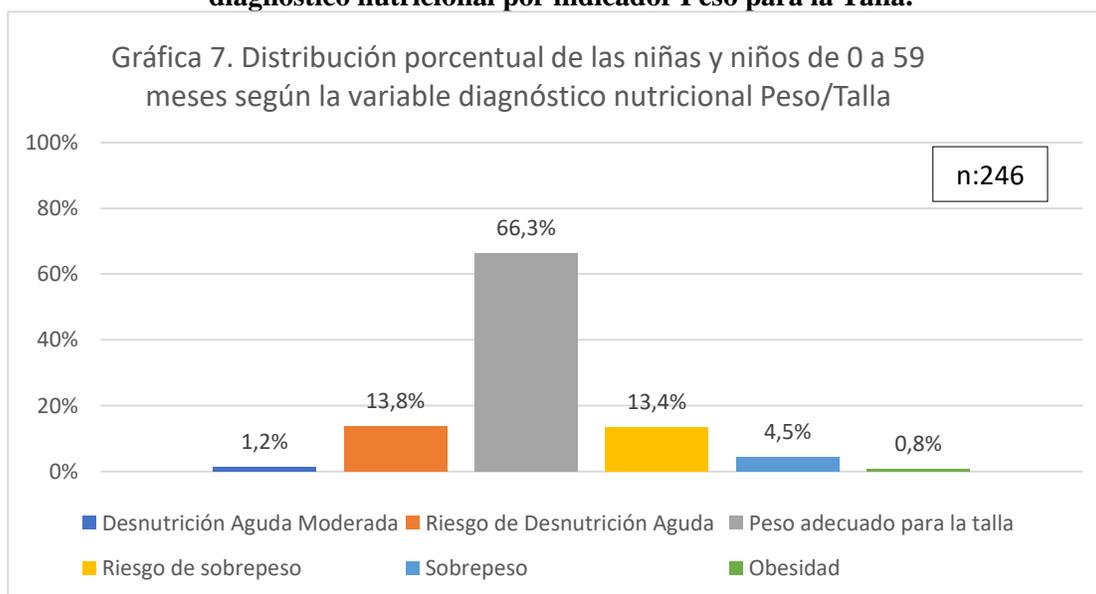
En relación a la vinculación de las niñas, niños y adolescentes a algún programa o modalidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se encuentra que la mayoría de estos no pertenecen a ninguno (96,7%), el 1,6% está vinculado en Hogar Comunitario de Bienestar -HCB-, seguidamente se encuentran los Centros de Desarrollo Infantil -CDI- abarcando el 0,9% y el Desarrollo Infantil en Medio Familiar -DIMF- con 0,9%.

**Tabla 7. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Peso para la Talla.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desnutrición Aguda Moderada	3	1,2%
Riesgo de Desnutrición Aguda	34	13,8%
Peso adecuado para la talla	163	66,3%
Riesgo de sobrepeso	33	13,4%
Sobrepeso	11	4,5%
Obesidad	2	0,8%
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 7. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Peso para la Talla.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

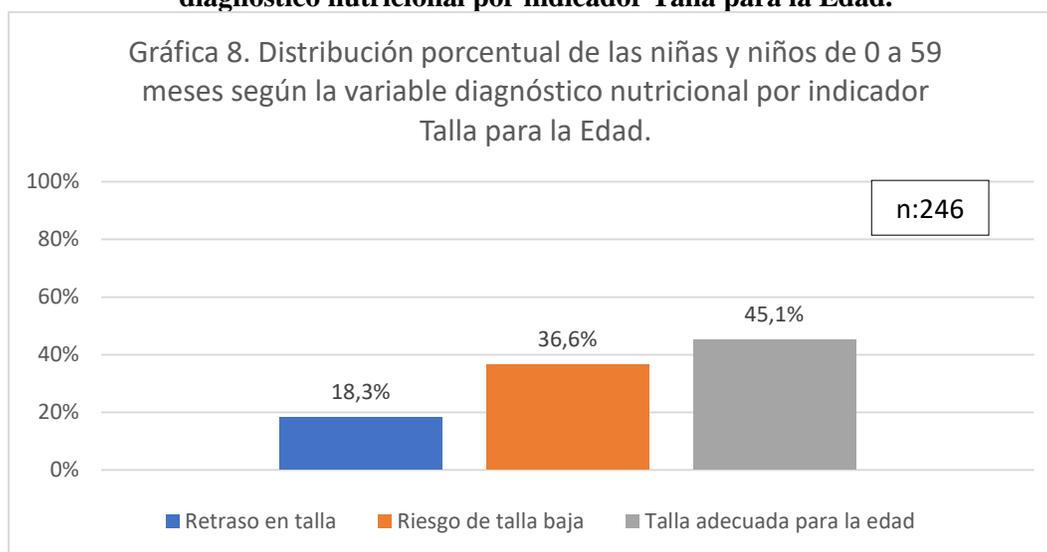
Para la distribución porcentual de las niñas y niños menores de 5 años según la clasificación nutricional por indicador Peso para la Talla (P/T) se identifica que el 66,3% se encuentra dentro de los parámetros normales del indicador, el 13,8% se encuentra en riesgo de desnutrición aguda, el 13,4% se encuentra en riesgo de sobrepeso, el 4,5% está en sobrepeso, el 1,2% tiene desnutrición aguda moderada (3 casos) y en menor proporción se encuentra el diagnóstico de obesidad (0,8%).

**Tabla 8. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Retraso en talla	45	18,3%
Riesgo de talla baja	90	36,6%
Talla adecuada para la edad	111	45,1%
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 8. Distribución porcentual de las niñas y niños de 0 a 59 meses según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

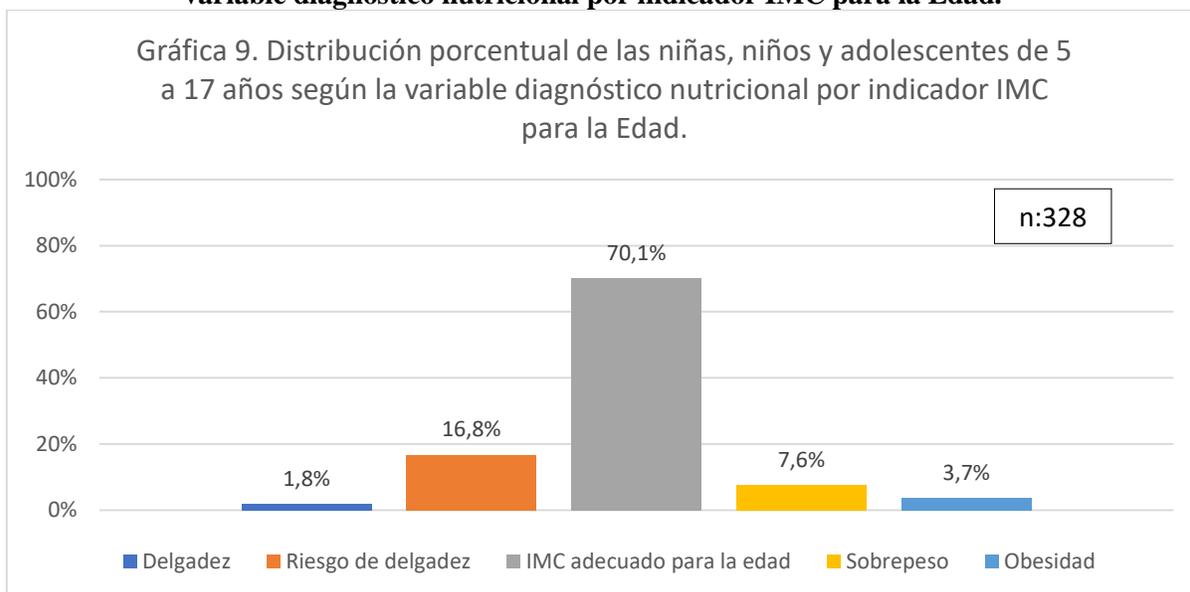
Según la gráfica 8, se puede identificar que para el indicador antropométrico Talla para la Edad de las niñas y niños de 0 a 59 meses, la mayor proporción se encuentra con talla adecuada, seguidamente, un agregado correspondiente al 36,6% tienen riesgo de talla baja y un 18,3% tienen retraso en la estatura.

**Tabla 9. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador IMC para la Edad.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	6	1,8%
Riesgo de delgadez	55	16,8%
IMC adecuado para la edad	230	70,1%
Sobrepeso	25	7,6%
Obesidad	12	3,7%
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 9. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador IMC para la Edad.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

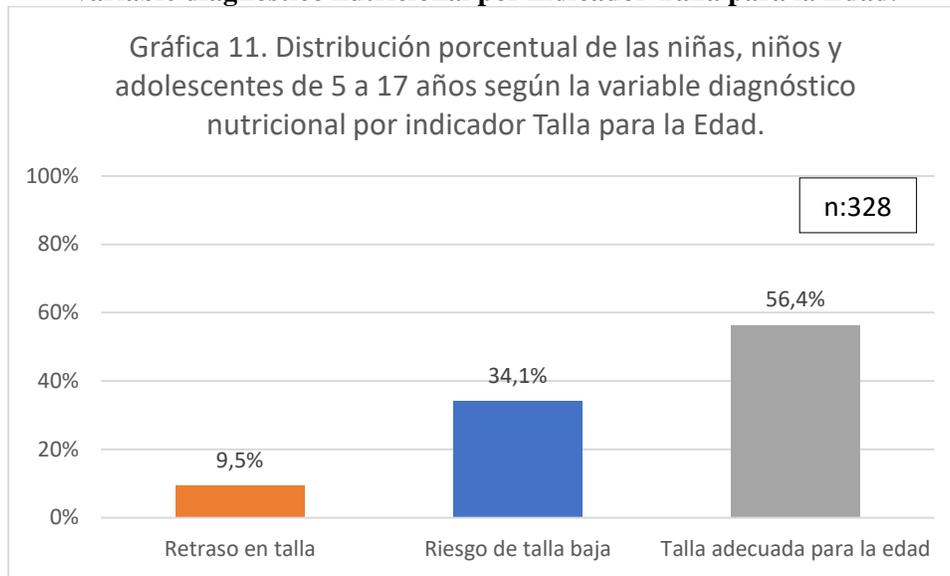
Para la clasificación nutricional de las niñas, niños y adolescentes mayores de 5 años, según el indicador IMC para la edad se identifica que el 70,1% se encuentran dentro de los rangos normales, el 16,8% se encuentra en riesgo de delgadez, el 7,6% está en sobrepeso, el 3,7% en obesidad y el 1,8% tiene un diagnóstico de delgadez.

**Gráfica 10. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad.**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Retraso en talla</b>	31	9,5%
<b>Riesgo de talla baja</b>	112	34,1%
<b>Talla adecuada para la edad</b>	185	56,4%
<b>TOTAL</b>	328	100%

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 10. Distribución porcentual de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años según la variable diagnóstico nutricional por indicador Talla para la Edad.**



*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

Concerniente al diagnóstico nutricional de los adolescentes de 5 a 17 años según el indicador Talla para la Edad, se encuentra que el 56,4% tienen una talla adecuada para la edad, no obstante, el 34,1% tiene riesgo de talla baja y el 9,5% tiene retraso en talla.

**Resultados del objetivo específico 2. Determinantes asociados a la malnutrición en las niñas, niños y adolescentes migrantes.**

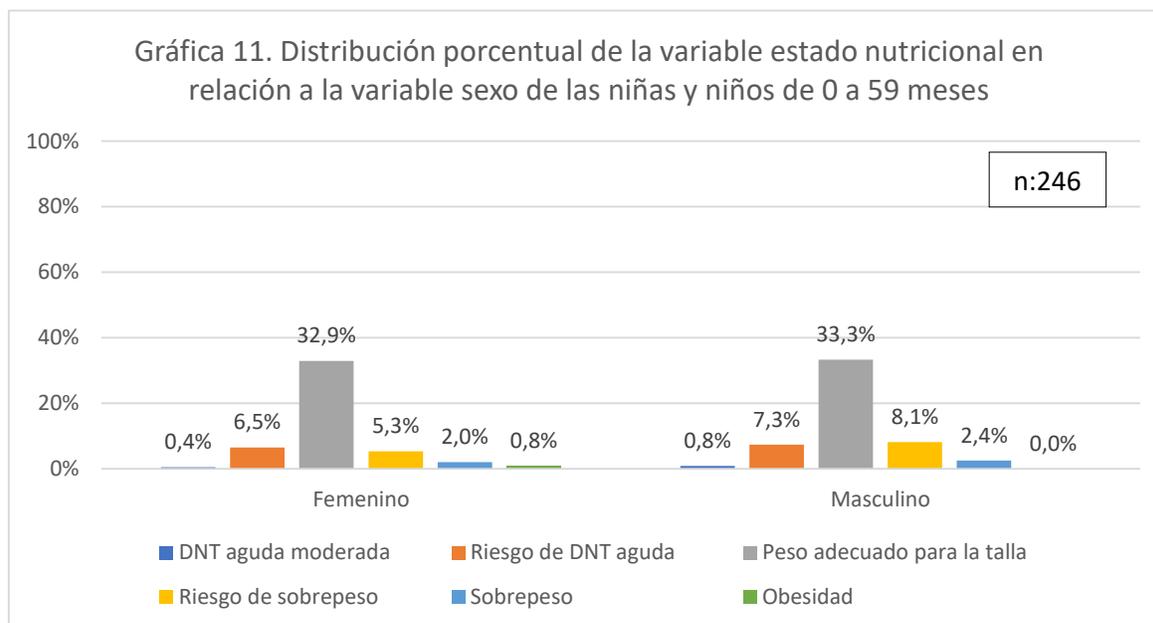
Se presentan los resultados del cruce de variables correspondientes a Estado Nutricional versus Entrega de Alimento de Alto Valor Nutricional y la permanencia de las niñas, niños y adolescentes a algún programa del ICBF. Además, se muestra la dependencia entre variables y su respectivo análisis con base en estudios al respecto.

**Tabla 11. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**

	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	1	0,4%	2	0,8%	3	1,2%
Riesgo de DNT aguda	16	6,5%	18	7,3%	34	13,8%
Peso adecuado para la talla	81	32,9%	82	33,3%	163	66,2%
Riesgo de sobrepeso	13	5,3%	20	8,1%	33	13,4%
Sobrepeso	5	2,0%	6	2,4%	11	4,4%
Obesidad	2	0,8%	0	0,0%	2	0,8%
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>48%</b>	<b>128</b>	<b>52,0%</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 11. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

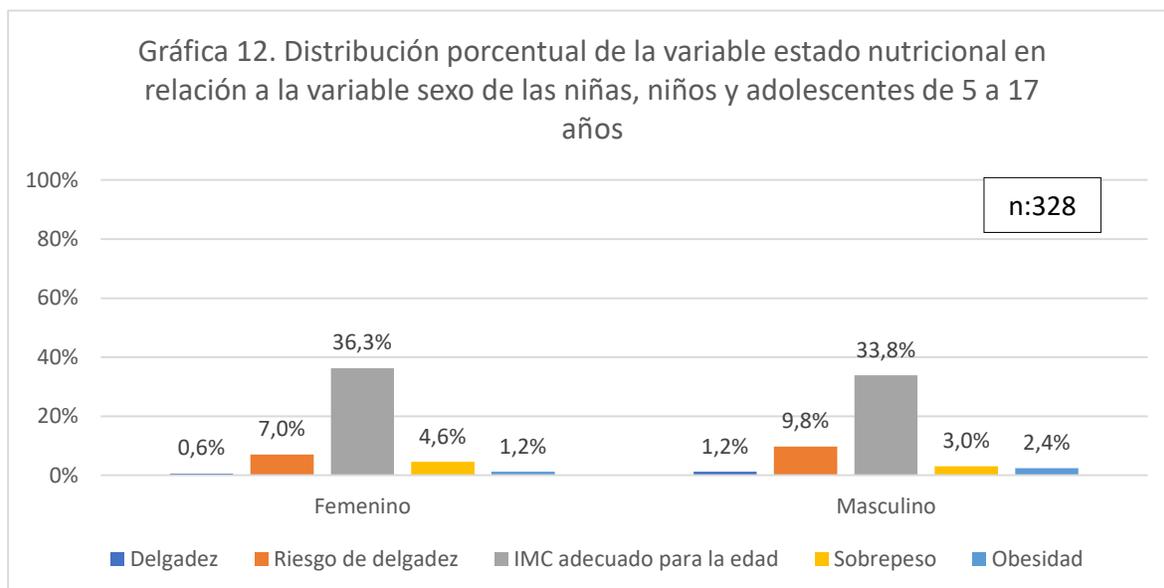
Según la gráfica 11, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con un estado nutricional adecuado es equiparable entre sí, siendo 32,9% para el sexo femenino y 33,3% para el sexo masculino. Esta proporción tuvo la misma tendencia en todas las demás clasificaciones nutricionales. Se resalta para el caso de DNT aguda moderada que 2 casos ocurrieron en niños y 1 caso en una niña.

**Gráfica 12. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**

	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	2	0,6%	4	1,2%	6	1,8%
Riesgo de delgadez	23	7,0%	32	9,8%	55	16,8%
IMC adecuado para la edad	119	36,3%	111	33,8%	230	70,1%
Sobrepeso	15	4,6%	10	3,0%	25	7,6%
Obesidad	4	1,2%	8	2,4%	12	3,7%
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>49,7%</b>	<b>165</b>	<b>50,3%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 12. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable sexo de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

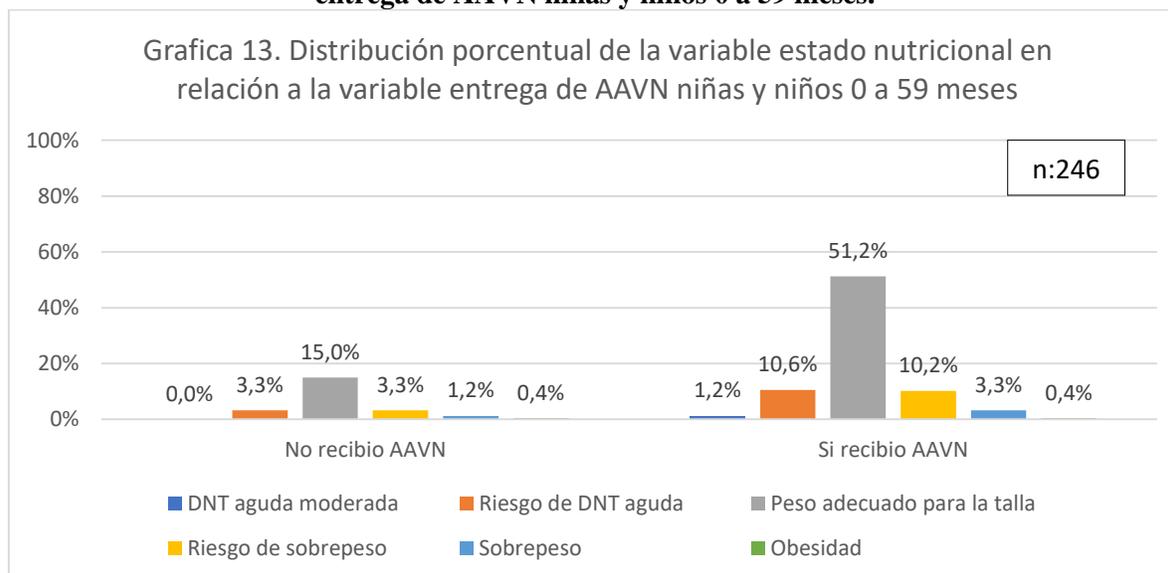
En el caso de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años se evidencia que la distribución porcentual del estado nutricional en relación al sexo, se maneja en valores similares para cada clasificación.

**Tabla 13. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN a niñas y niños de 0 a 59 meses.**

	No recibió AAVN		Si recibió AAVN		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	0	0,0%	3	1,2%	<b>3</b>	<b>1,2%</b>
Riesgo de DNT aguda	8	3,3%	26	10,6%	<b>34</b>	<b>13,8%</b>
Peso adecuado para la talla	37	15,0%	126	51,2%	<b>163</b>	<b>66,3%</b>
Riesgo de sobrepeso	8	3,3%	25	10,2%	<b>33</b>	<b>13,4%</b>
Sobrepeso	3	1,2%	8	3,3%	<b>11</b>	<b>4,5%</b>
Obesidad	1	0,4%	1	0,4%	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>23,2%</b>	<b>189</b>	<b>76,8%</b>	<b>246</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Grafica 13. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN niñas y niños 0 a 59 meses.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

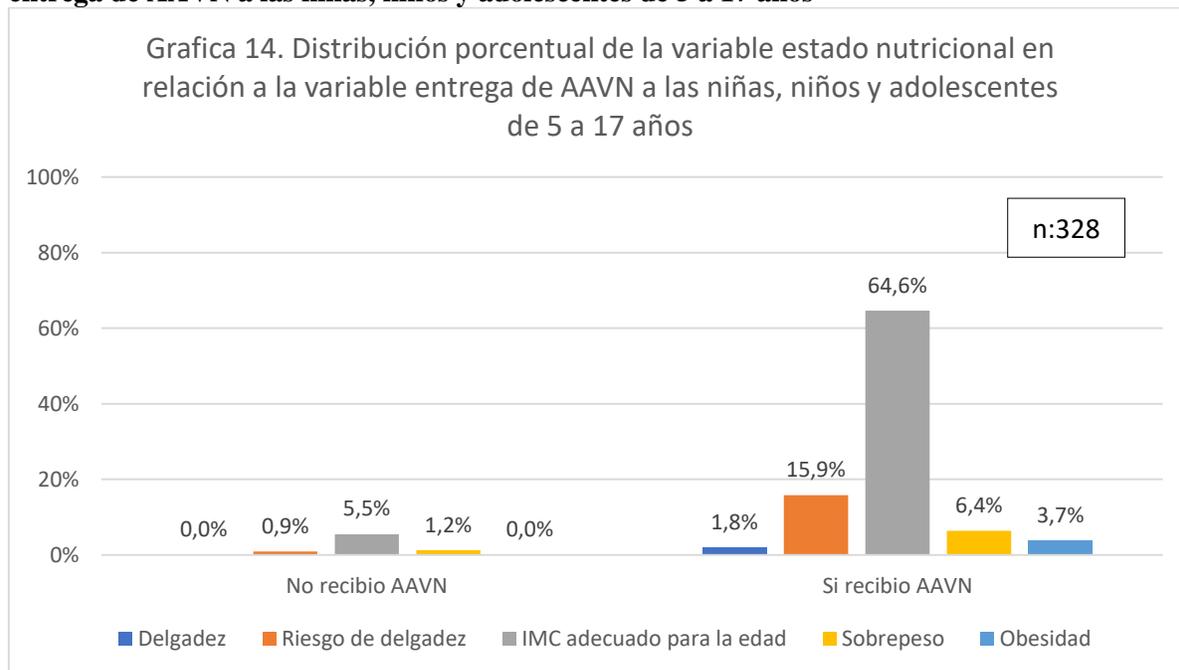
Según la gráfica anterior, el 51,2% de los niñas y niños de 0 a 59 meses con diagnóstico nutricional de peso adecuado para la talla reciben AAVN, no obstante, el 15% que equivalen a 37 niñas, niños de 0-59 meses con el mismo diagnóstico nutricional no reciben AAVN. Especial interés en los niños con DNT, quienes recibieron el AAVN.

**Tabla 14. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN en las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años**

	No recibió AAVN		Si recibió AAVN		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	0	0,0%	6	1,8%	<b>6</b>	<b>1,8%</b>
Riesgo de delgadez	3	0,9%	52	15,9%	<b>55</b>	<b>16,8%</b>
IMC adecuado para la edad	18	5,5%	212	64,6%	<b>230</b>	<b>70,1%</b>
Sobrepeso	4	1,2%	21	6,4%	<b>25</b>	<b>7,6%</b>
Obesidad	0	0,0%	12	3,7%	<b>12</b>	<b>3,7%</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>7,6%</b>	<b>303</b>	<b>92,4%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Grafica 14. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable entrega de AAVN a las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años**



*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

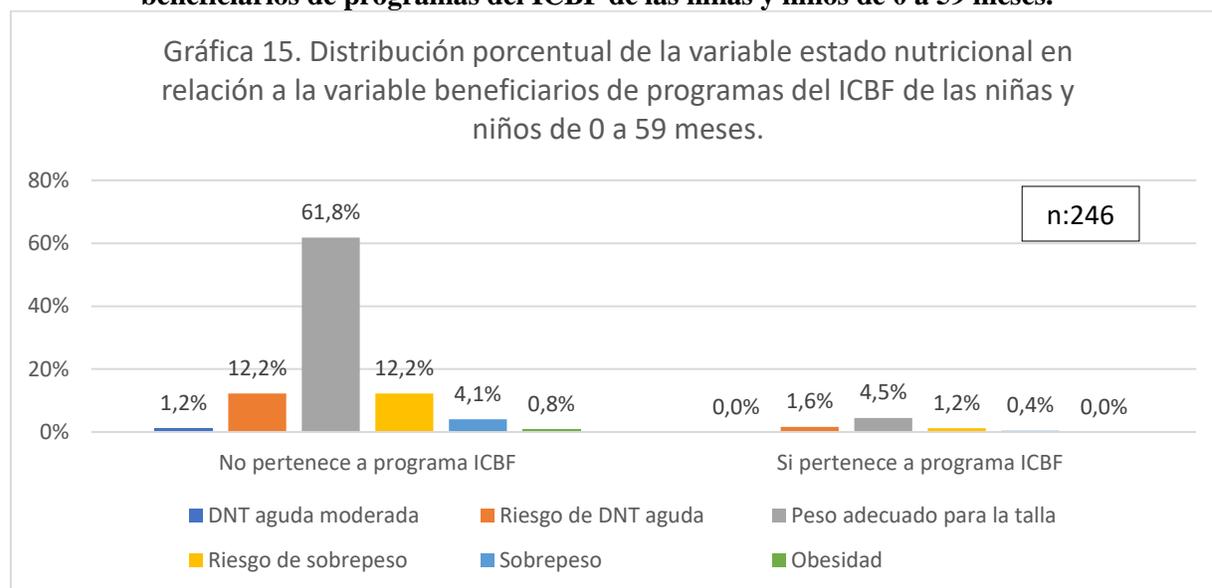
De acuerdo a la gráfica el 64,6% de los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años equivalentes a 212, con diagnóstico nutricional de IMC adecuado para la edad reciben AAVN, sin embargo, el 5,5% (18) que presentan igual diagnóstico nutricional no reciben AAVN. Para los casos de delgadez, todos las niñas, niños y adolescentes recibieron el AAVN.

**Tabla 15. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**

	No pertenece a programa ICBF		Si pertenece a programa ICBF		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	3	1,2%	0	0,0%	<b>3</b>	<b>1,2%</b>
Riesgo de DNT aguda	30	12,2%	4	1,6%	<b>34</b>	<b>13,8%</b>
Peso adecuado para la talla	152	61,8%	11	4,5%	<b>163</b>	<b>66,3%</b>
Riesgo de sobrepeso	30	12,2%	3	1,2%	<b>33</b>	<b>13,4%</b>
Sobrepeso	10	4,1%	1	0,4%	<b>11</b>	<b>4,5%</b>
Obesidad	2	0,8%	0	0,0%	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>92,3%</b>	<b>19</b>	<b>7,7%</b>	<b>246</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 15. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

Como se puede evidenciar en la gráfica anterior el 61,8% equivalentes a 152 niñas, niños de 0 a 59 meses cuyo diagnóstico nutricional es peso adecuado para la talla, no pertenecen a ningún programa del ICBF, sin embargo, el 4,5% que equivalen a 11 niñas y niños 0 a 59 meses cuyo diagnóstico nutricional es igual, si pertenecen a algún programa del ICBF.

**Tabla 16. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable beneficiarios de programas del ICBF en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años**

	No pertenece a programa ICBF		Si pertenece a programa ICBF		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	6	1,8%	0	0,0%	<b>6</b>	<b>1,8%</b>
Riesgo de delgadez	55	16,8%	0	0,0%	<b>55</b>	<b>16,8%</b>
IMC adecuado para la edad	230	70,1%	0	0,0%	<b>230</b>	<b>70,1%</b>
Sobrepeso	25	7,6%	0	0,0%	<b>25</b>	<b>7,6%</b>
Obesidad	12	3,7%	0	0,0%	<b>12</b>	<b>3,7%</b>
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

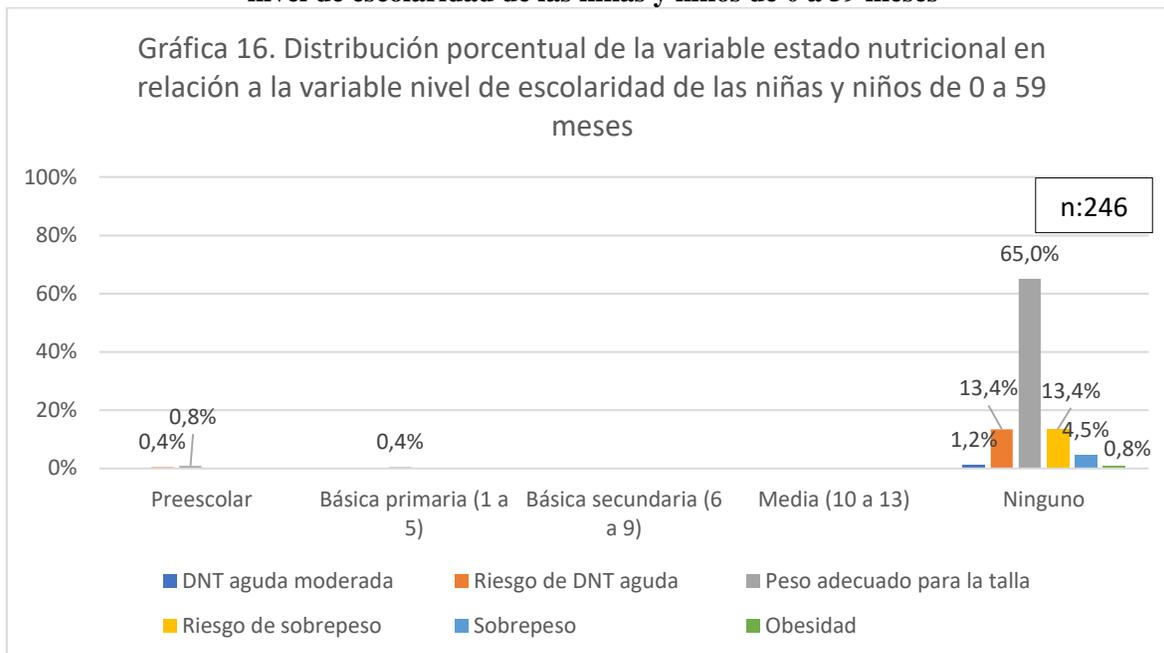
La tabla anterior evidencia que ninguna niña, niño y adolescente de 5 a 17 años está vinculado en algún programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

**Tabla 17. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**

	Preescolar		Básica primaria (1 a 5)		Básica secundaria (6 a 9)		Media (10 a 13)		Ninguno		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	0	0,0%	0	0,0%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	3	1,2%	<b>3</b>	<b>1,2%</b>
Riesgo de DNT aguda	1	0,4%	0	0,0%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	33	13,4%	<b>33</b>	<b>13,8%</b>
Peso adecuado para la talla	2	0,8%	1	0,4%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	160	65,0%	<b>160</b>	<b>66,3%</b>
Riesgo de sobrepeso	0	0,0%	0	0,0%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	33	13,4%	<b>33</b>	<b>13,4%</b>
Sobrepeso	0	0,0%	0	0,0%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	11	4,5%	<b>11</b>	<b>4,5%</b>
Obesidad	0	0,0%	0	0,0%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	2	0,8%	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1,2%</b>	<b>1</b>	<b>0,4%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>242</b>	<b>98,4%</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 16. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas y niños de 0 a 59 meses**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

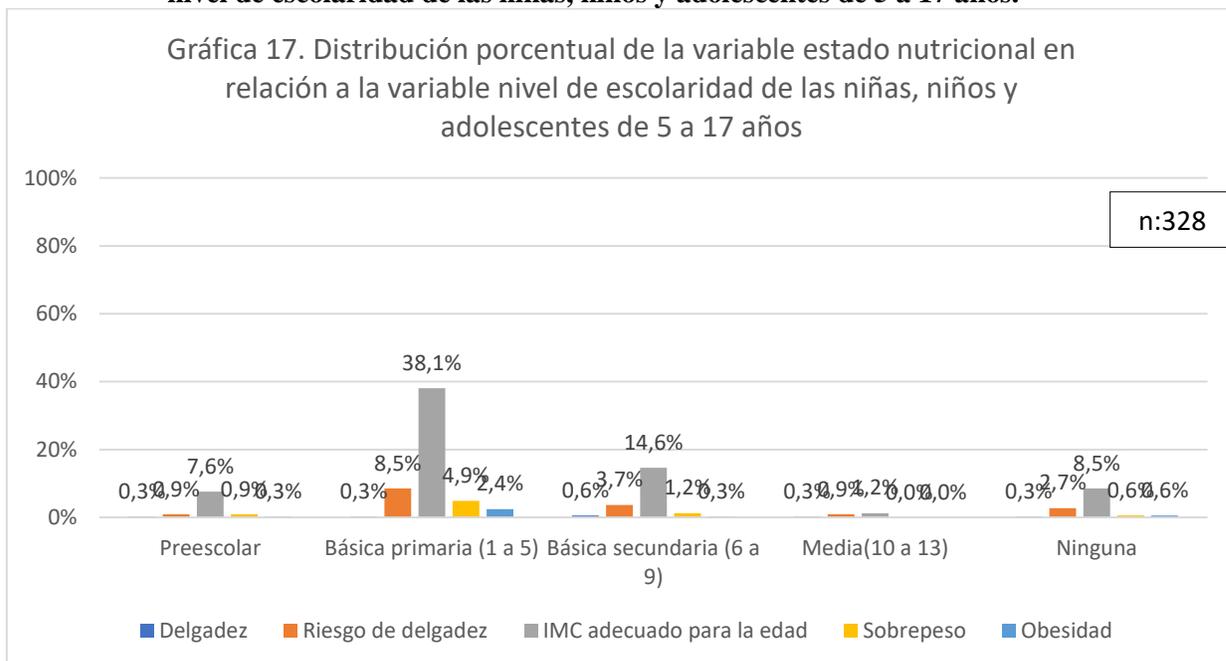
Respecto al estado nutricional y nivel de escolaridad de las niñas y niños de 0 a 5 años se evidencia que aproximadamente el 100% no está vinculado al sistema educativo y así mismo, es en este grupo donde se encuentran todos los niños con algún diagnóstico de alteración del estado nutricional.

**Tabla 18. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**

	Preescolar		Básica primaria (1-5)		Básica secundaria (6-9)		Media (10 a 13)		Ninguno		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	1	0,3%	1	0,3%	2	0,6%	1	0,3%	1	0,3%	6	1,8%
Riesgo de delgadez	3	0,9%	28	8,5%	12	3,7%	3	0,9%	9	2,7%	55	16,8%
IMC adecuado para la edad	25	7,6%	125	38,1%	48	14,6%	4	1,2%	28	8,5%	230	70,1%
Sobrepeso	3	0,9%	16	4,9%	4	1,2%	0	0,0%	2	0,6%	25	7,6%
Obesidad	1	0,3%	8	2,4%	1	0,3%	0	0,0%	2	0,6%	12	3,7%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>10,1%</b>	<b>178</b>	<b>54,3%</b>	<b>67</b>	<b>20,4%</b>	<b>8</b>	<b>2,4%</b>	<b>42</b>	<b>12,8%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 17. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable nivel de escolaridad de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

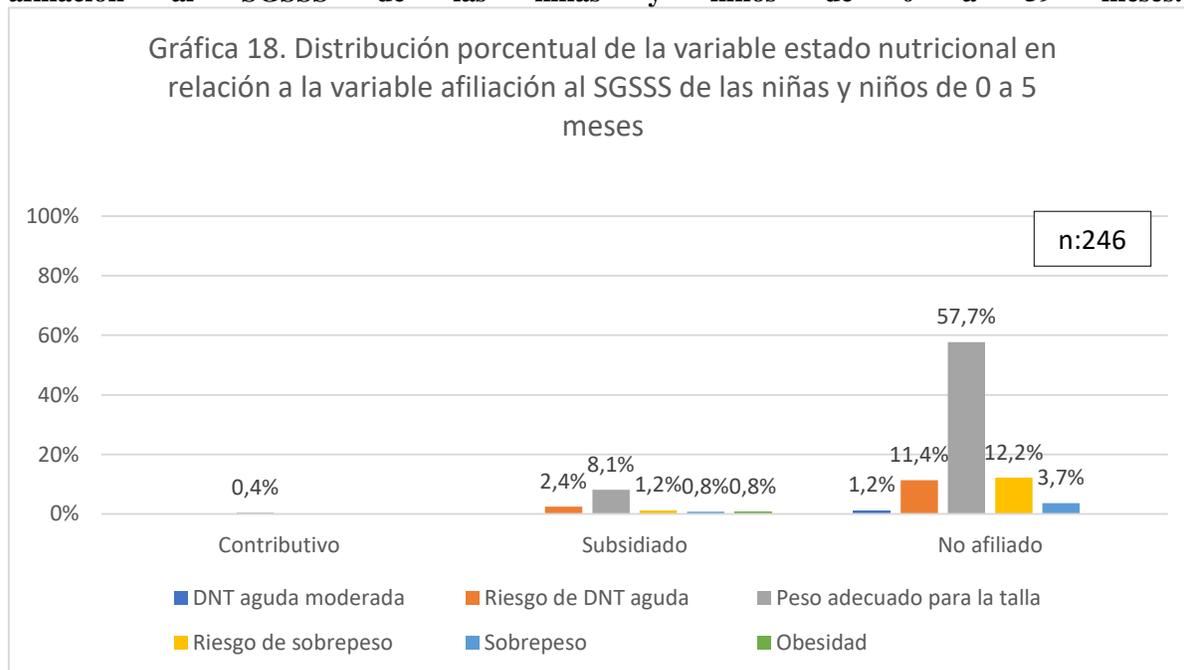
Para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años se identifica que la mayor proporción de la muestra se encuentra en quienes cursan la básica primaria, ubicándose el 38,1% en adecuado estado nutricional. Esta tendencia se ve reflejada en cada grado escolar.

**Tabla 19. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas y niños de 0 a 5 meses.**

	<b>Contributivo</b>		<b>Subsidiado</b>		<b>Ninguno</b>		<b>Total</b>	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	0	0,0%	0	0,0%	<b>3</b>	1,2%	<b>3</b>	<b>1,2%</b>
Riesgo de DNT aguda	0	0,0%	6	2,4%	<b>28</b>	11,4%	<b>34</b>	<b>13,8%</b>
Peso adecuado para la talla	1	0,4%	20	8,1%	<b>142</b>	57,7%	<b>163</b>	<b>66,3%</b>
Riesgo de sobrepeso	0	0,0%	3	1,2%	<b>30</b>	12,2%	<b>33</b>	<b>13,4%</b>
Sobrepeso	0	0,0%	2	0,8%	<b>9</b>	3,7%	<b>11</b>	<b>4,5%</b>
Obesidad	0	0,0%	2	0,8%	<b>0</b>	0,0%	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,4%</b>	<b>33</b>	<b>13,4%</b>	<b>212</b>	<b>86,2%</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 18. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas y niños de 0 a 59 meses.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

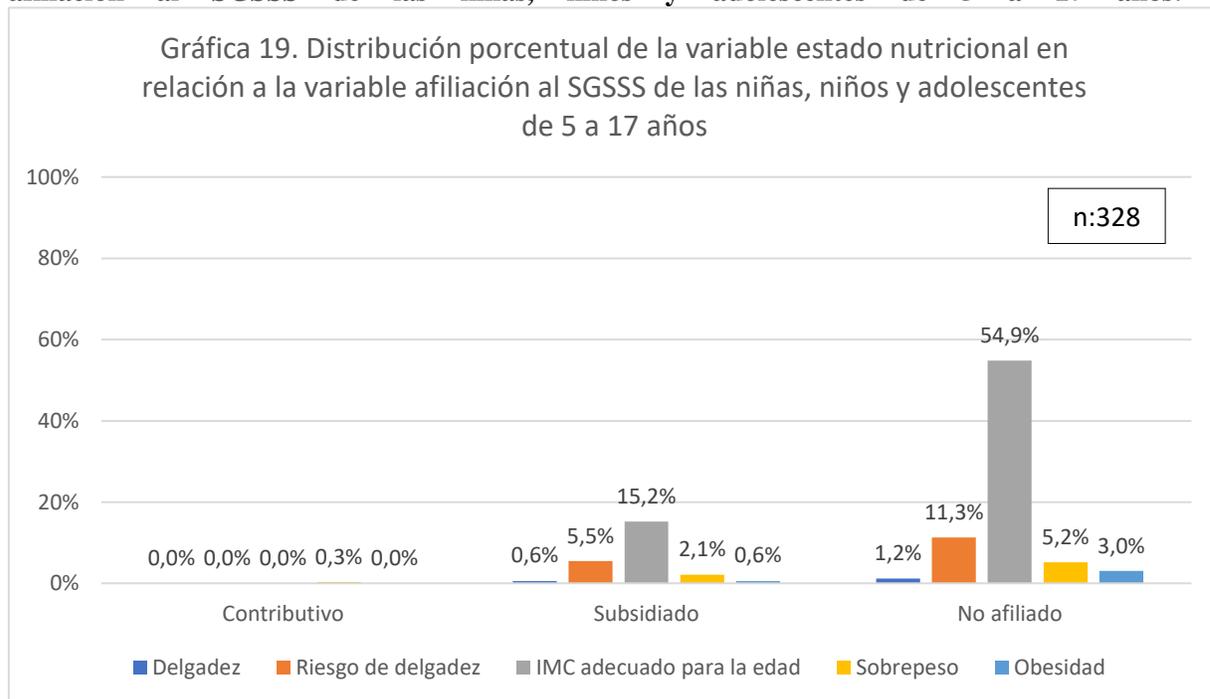
En relación a la afiliación al SGSSS frente al estado nutricional de las niñas y niños de 0 a 59 meses se puede evidenciar que es en el grupo de los no afiliados donde se encuentra la mayor proporción de niños que tienen peso adecuado (57,7%) y a la vez, algún tipo de malnutrición por déficit (12,6%) y exceso (15,9%). Es en este grupo donde se encuentran todos los casos de desnutrición Aguda moderada.

**Tabla 20. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**

	<b>Contributivo</b>		<b>subsidiado</b>		<b>No afiliado</b>		<b>Total</b>	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Delgadez	0	0,0%	2	0,6%	<b>4</b>	1,2%	<b>6</b>	<b>1,8%</b>
Riesgo de delgadez	0	0,0%	18	5,5%	<b>37</b>	11,3%	<b>55</b>	<b>16,8%</b>
IMC adecuado para la edad	0	0,0%	50	15,2%	<b>180</b>	54,9%	<b>230</b>	<b>70,1%</b>
Sobrepeso	1	0,3%	7	2,1%	<b>17</b>	5,2%	<b>24</b>	<b>7,6%</b>
Obesidad	0	0,0%	2	0,6%	<b>10</b>	3,0%	<b>12</b>	<b>3,7%</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0,3%</b>	<b>79</b>	<b>24,1%</b>	<b>248</b>	<b>76%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 19. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable afiliación al SGSSS de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

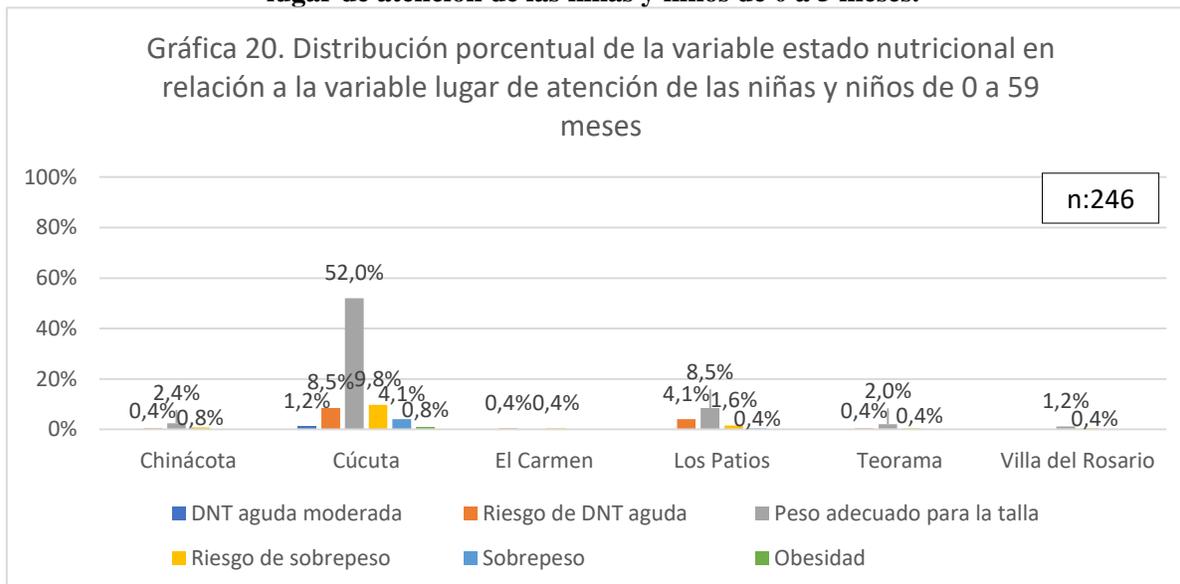
Para la distribución de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años en relación a la afiliación al SGSSS y el estado nutricional se puede evidenciar que los adolescentes no afiliados son quienes abarcan la mayor proporción y a su vez, donde se encuentran las cifras más altas de malnutrición tanto por deficiencias como por exceso.

**Tabla 21. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas y niños de 0 a 5 meses.**

	Chinácota		Cúcuta		El Carmen		Los Patios		Teorama		Villa del Rosario		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Los Patios	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
DNT aguda moderada	0	0,0%	3	1,2%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<b>3</b>	<b>1,2%</b>
Riesgo de DNT aguda	1	0,4%	21	8,5%	<b>1</b>	0,4%	10	4,1%	1	0,4%	0	0,0%	<b>34</b>	<b>13,8%</b>
Peso adecuado para la talla	6	2,4%	128	52,0%	<b>0</b>	0,0%	21	8,5%	5	2,0%	3	1,2%	<b>163</b>	<b>66,3%</b>
Riesgo de sobrepeso	2	0,8%	24	9,8%	<b>1</b>	0,4%	4	1,6%	1	0,4%	1	0,4%	<b>33</b>	<b>13,4%</b>
Sobrepeso	0	0,0%	10	4,1%	<b>0</b>	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	<b>11</b>	<b>4,5%</b>
Obesidad	0	0,0%	2	0,8%	<b>0</b>	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<b>2</b>	<b>0,8%</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>3,7%</b>	<b>188</b>	<b>76,4%</b>	<b>2</b>	<b>0,8%</b>	<b>36</b>	<b>14,6%</b>	<b>7</b>	<b>2,8%</b>	<b>4</b>	<b>1,6%</b>	<b>246</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma.,2022*

**Gráfica 20. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas y niños de 0 a 5 meses.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

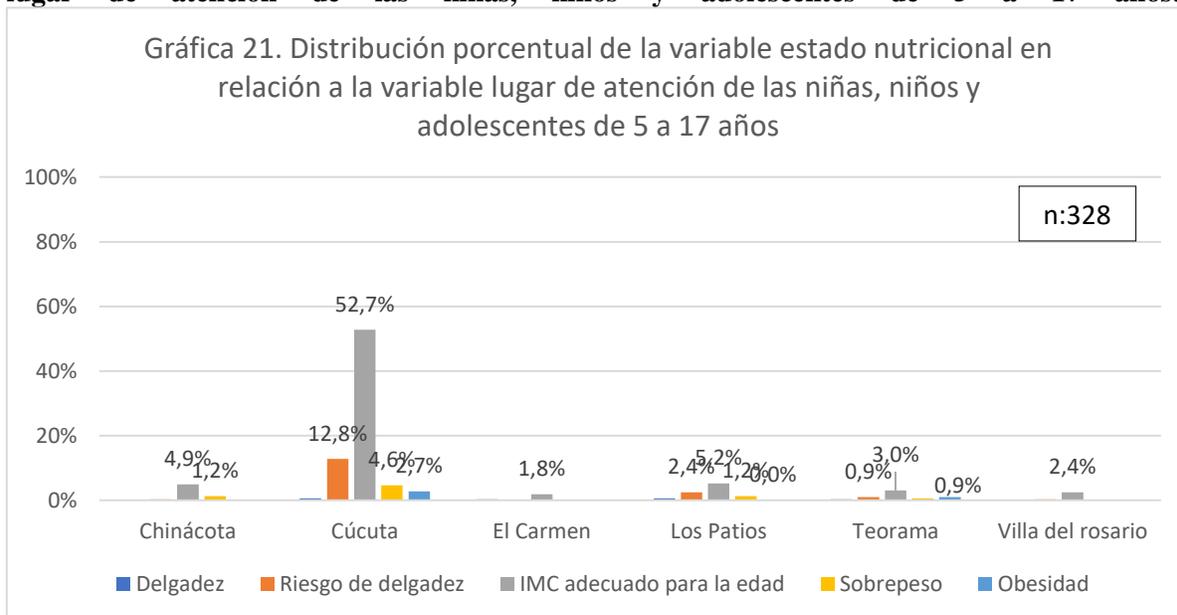
En relación al lugar de atención, se puede evidenciar que Cúcuta es el municipio donde se identifica la mayor proporción de niñas, niños y adolescentes con malnutrición, principalmente por exceso. No obstante, es en Cúcuta donde se identificaron todos los casos de DNT Aguda Moderada.

**Tabla 22. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**

	Chinácota		Cúcuta		El Carmen		Los Patios		Teorama		Villa del Rosario		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)								
Delgadez	0	0,0%	2	0,6%	1	0,3%	2	0,6%	1	0,3%	0	0,0%	6	1,8%
Riesgo de delgadez	1	0,3%	42	12,8%	0	0,0%	8	2,4%	3	0,9%	1	0,3%	55	16,8%
IMC adecuado para la edad	16	4,9%	173	52,7%	6	1,8%	17	5,2%	10	3,0%	8	2,4%	230	70,1%
Sobrepeso	4	1,2%	15	4,6%	0	0,0%	4	1,2%	2	0,6%	0	0,0%	25	7,6%
Obesidad	0	0,0%	9	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,9%	0	0,0%	12	3,7%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>6,4%</b>	<b>241</b>	<b>73,5%</b>	<b>7</b>	<b>2,1%</b>	<b>31</b>	<b>9,5%</b>	<b>19</b>	<b>5,8%</b>	<b>9</b>	<b>3%</b>	<b>328</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 21. Distribución porcentual de la variable estado nutricional en relación a la variable lugar de atención de las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.**



*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

En la gráfica anterior se puede identificar que Cúcuta siendo el lugar con mayor proporción de niñas, niños y adolescentes atendidos es quien abarca la mayor cantidad de muestra clasificada con IMC adecuado y a su vez, con malnutrición por exceso y déficit.

**Tabla 23. Comportamiento de la variable estado nutricional con respecto a las variables sociodemográficas de las niñas, niños y adolescentes.**

		DNT aguda moderada	Riesgo de DNT aguda	Peso adecuado para la talla	Riesgo de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	Delgadez	Riesgo de delgadez	IMC adecuado	Sobrepeso	Obesidad	Total	X <sup>2</sup>	p
Sexo	F	1	16	81	13	5	2	2	23	119	15	4	281	4,841	0,774
	M	2	18	82	20	6	0	4	32	111	10	8	293		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>574</b>		
Entrega de AAVN	NO	0	8	37	8	3	1	0	3	18	4	0	82	28,67	0,000
	SI	3	26	126	25	8	1	6	52	212	21	12	492		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>574</b>		
Beneficiario de algún programa del ICBF	NO	3	30	152	30	10	2	6	55	230	25	12	555	27,64	0,000
	SI	0	4	11	3	1	0	0	0	0	0	0	19		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>574</b>		
Nivel de escolaridad	Básica primaria (1 a 5)	1	0	125	8	0	0	1	28	0	16	8	179	377	0,000
	Básica secundaria (6 a 9)	2	0	48	1	0	0	0	12	0	4	1	67		
	Media (10 a 13)	1	0	4	0	0	0	0	3	0	0	0	8		
	Ninguno	1	3	28	4	11	2	160	9	33	2	2	272		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>574</b>		
Afiliación al SGSSS	Contributivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	24,98	0,07
	No afiliado	3	28	142	30	9	0	4	37	180	26	10	462		
	Subsidiado	0	6	20	3	2	2	2	18	50	9	2	110		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>574</b>		
Lugar de atención	Chinácota	0	1	6	2	0	0	0	1	16	4	0	30	59,62	0,023
	Cúcuta	3	21	128	24	10	2	2	42	173	15	9	429		
	El Carmen	0	1	0	1	0	0	1	0	6	0	0	9		
	Los patios	0	10	21	4	1	0	2	8	17	4	0	67		
	Teorama	0	1	5	1	0	0	1	3	10	2	3	26		
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>163</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>230</b>	<b>25</b>	<b>121</b>	<b>574</b>		

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

La grafica 23 permite evidenciar la existencia de dependencia entre las variables entrega de AAVN, pertenencia a algún programa del ICBF, nivel de escolaridad y estado nutricional. Este resultado se relaciona con el planteamiento de **(GIL, Juan Carlos, et al)**. quienes concluyen que la pertenencia de las niñas y niños a distintos programas del ICBF (Hogar Comunitario y Desayunos Infantiles) tiene impacto positivo en su estado nutricional, específicamente en el indicador Peso para la Talla, que da reflejo del estado actual del beneficiario y que a su vez tiene relación directa con la alimentación actual dentro del programa donde se incluye la entrega del AAVN en diferentes formas. Otros autores, como **(BERNAL, Raquel, et al)**. encontraron efectos positivos sobre la desnutrición crónica y la desnutrición global de aproximadamente 2 y 3 puntos porcentuales. Estos efectos están circunscritos a los niños de edades entre los 25 y 48 meses de edad. El estudio no encontró efectos positivos sobre los indicadores antropométricos de niños pequeños (entre los 0 y 24 meses) o niños grandes mayores de 4 años.

La dependencia entre el estado nutricional y el lugar de atención está determinada en gran medida por que el departamento de Norte de Santander es el segundo a nivel nacional que tiene mayor acogida de los migrantes venezolanos (14,3%). **(DANE, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA)**. y Cúcuta al ser la capital, es el principal municipio de llegada de la población migrante, en este sentido, Los Patios, al estar ubicado a escasos minutos de la capital es el segundo municipio de mayor acogida **(DANE 2021)**, por tal motivo, son estos municipios donde se encuentran la mayor proporción de la muestra.

En relación al estado nutricional asociado al nivel de escolarización, algunos estudios realizados demuestran que el estado nutricional posee efectos sobre el aprendizaje y la productividad de los individuos, por lo que el análisis de su comportamiento es de gran interés para el crecimiento y desarrollo económico. El consumo energético y de nutrientes se considera en la literatura económica como una inversión en capital humano. Estudios en Brasil señalan que una mayor escolaridad puede disminuir el riesgo de padecer obesidad, ya que los individuos pueden tomar mejores decisiones sobre su dieta. **(CEBALLOS MINA, Owen Eli y GUADARRAMA GÓMEZ, Humberto)**. Según la FAO, los escolares y adolescentes necesitan una buena dieta para crecer, desarrollarse, protegerse de las enfermedades y tener la energía para estudiar, aprender y ser físicamente activos.**(FAO)**.

**Resultados del objetivo específico 3. Asociación entre variables sociodemográficas y dimensión de acceso a los alimentos de las niñas, niños y adolescentes migrantes.**

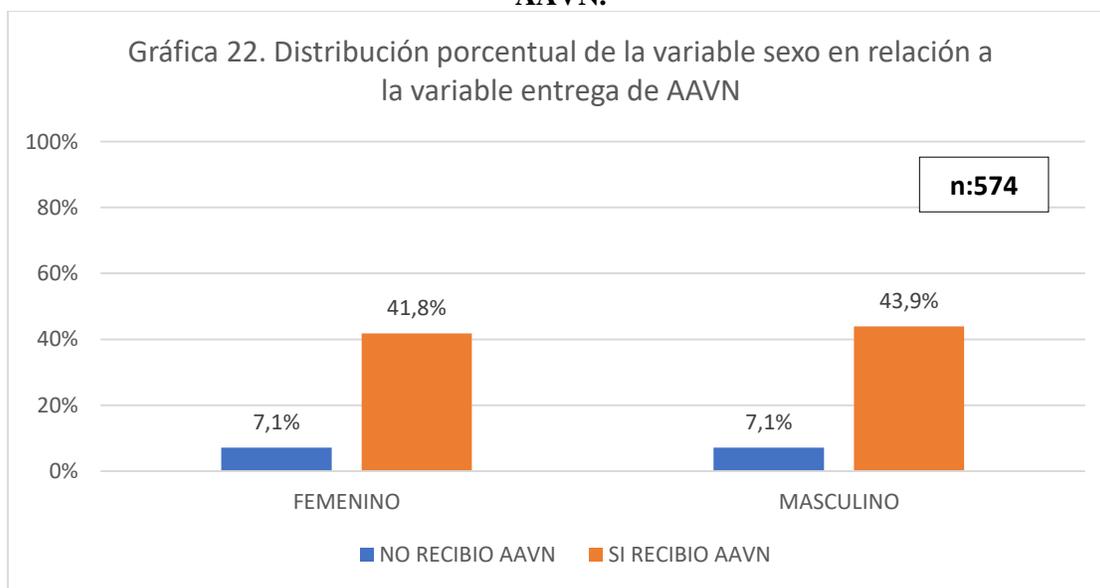
Se presentan los resultados del cruce de variables correspondientes a Entrega de AAVN como variable dependiente versus las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de escolarización, afiliación al SGSSS). Además se presenta la tabla que establece la dependencia entre las variables mencionadas y su respectivo análisis con base en referentes bibliográficos

**Tabla 24. Distribución porcentual de la variable sexo en relación a la variable entrega de AAVN.**

	SI RECIBIO AAVN		NO RECIBIO AAVN		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	240	41,8%	41	7,1%	<b>281</b>	<b>48,9%</b>
Masculino	252	43,9%	41	7,1%	<b>293</b>	<b>51,1%</b>
<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>85,7</b>	<b>82</b>	<b>14,2%</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 22. Distribución porcentual de la variable sexo en relación a la variable entrega de AAVN.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

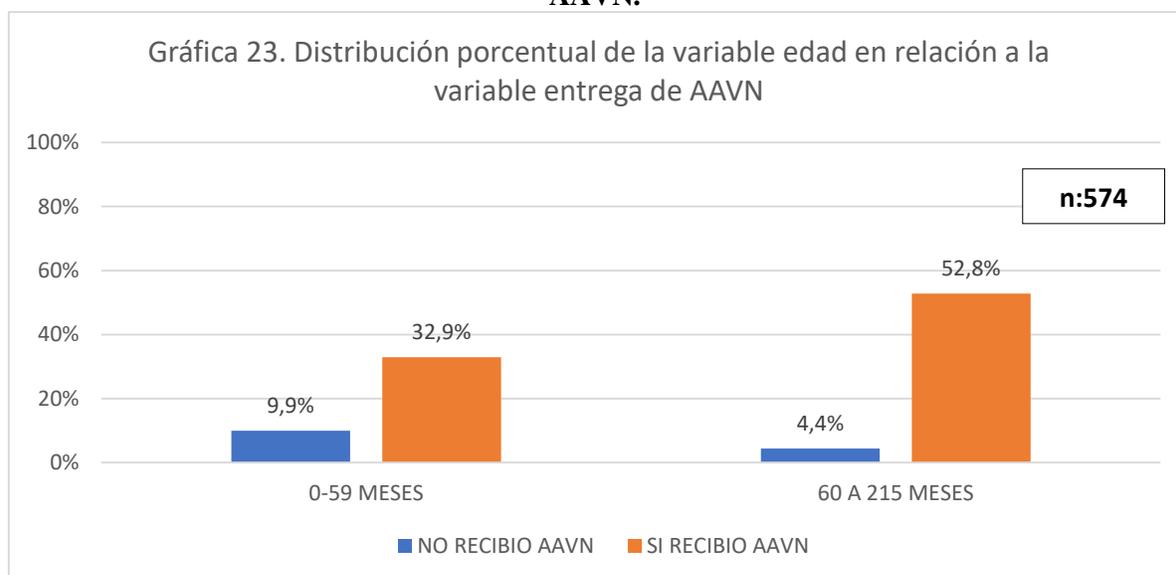
La gráfica 22 evidencia que la entrega del AAVN se hizo en las mismas proporciones tanto para el sexo masculino (41,8%) como para el sexo femenino (43,9%). La misma proporción se evidencio en las niñas, niños y adolescentes que no recibieron el AAVN, siendo esta de 7,1% en ambos sexos.

**Tabla 25. Distribución porcentual de la variable edad en relación a la variable entrega de AAVN.**

	SI RECIBIO AAVN		NO RECIBIO AAVN		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-59 meses	189	32,9%	57	9,9%	<b>246</b>	<b>42,8%</b>
60 a 215 meses	303	52,8%	25	4,4%	<b>328</b>	<b>57,2%</b>
<b>Total</b>	<b>492</b>	<b>85,7%</b>	<b>82</b>	<b>14,3%</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

**Gráfica 23. Distribución porcentual de la variable edad en relación a la variable entrega de AAVN.**



*Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022*

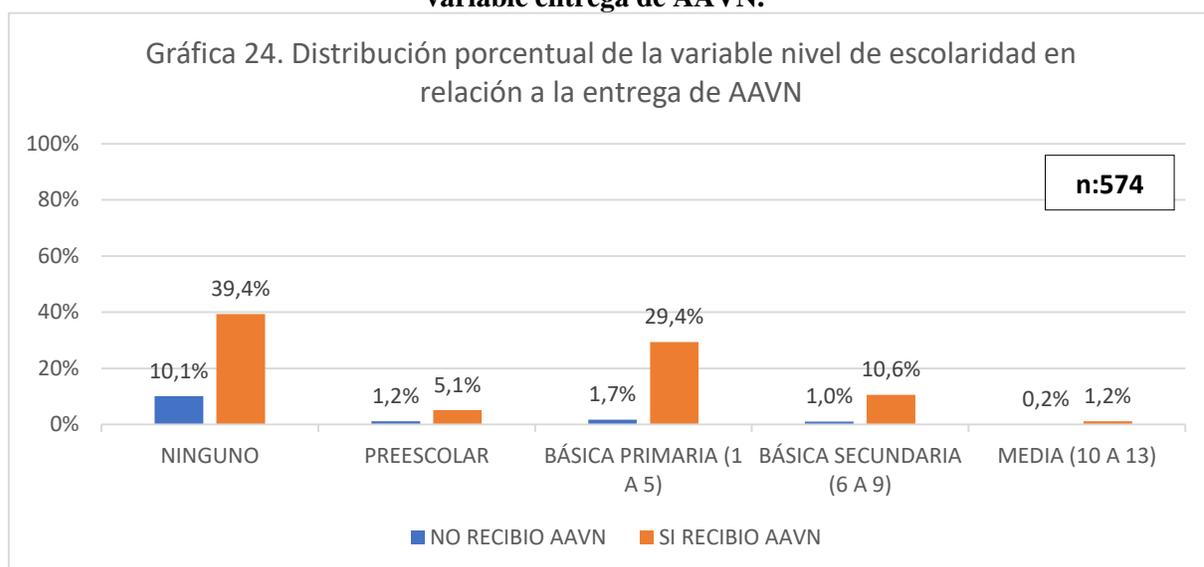
Se identifica mediante la gráfica 23 que los adolescentes de 60 a 215 meses son quienes recibieron en mayor proporción el AAVN (52,8%) y tan solo el 4,4% de este grupo no lo recibió. En el caso de las niñas y niños de 0 59 meses, el 32,9% recibió la ayuda alimentaria y el 9,9% no lo recibió.

**Tabla 26. Distribución porcentual de la variable nivel de escolarización en relación a la variable entrega de AAVN.**

	NO RECIBIO AAVN		SI RECIBIO AAVN		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	58	10,1%	226	39,4%	<b>284</b>	<b>40,5%</b>
Preescolar	7	1,2%	29	5,1%	<b>36</b>	<b>6,3%</b>
Básica primaria (1 a 5)	10	1,7%	169	29,4%	<b>179</b>	<b>31,3%</b>
Básica secundaria (6 a 9)	6	1,0%	61	10,6%	<b>67</b>	<b>11,6%</b>
Media (10 a 13)	1	0,2%	7	1,2%	<b>8</b>	<b>14%</b>
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>14,3%</b>	<b>492</b>	<b>85,7%</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 24. Distribución porcentual de la variable nivel de escolarización en relación a la variable entrega de AAVN.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

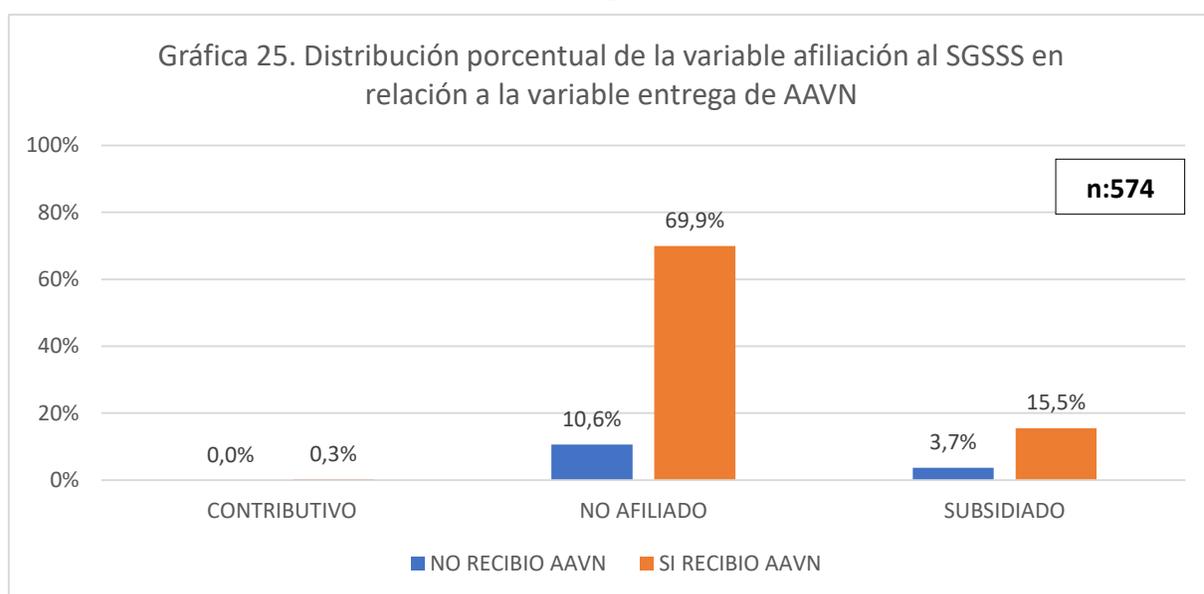
Se encontró que para la variable escolarización, las niñas niños y adolescentes que no se encontraron vinculados al sistema educativo fueron quienes recibieron en mayor proporción el AAVN (39,4%), en este mismo grupo, se identificó que el 10,1% no recibió. En relación a la básica primaria, se identificó que es el segundo grupo donde los niños se beneficiaron en gran proporción con la entrega del complemento alimentario (29,4%), en contraparte, el 1,7% no lo recibió. Para la básica secundaria se evidencia que se hizo entrega a un 10,6% de la población y el 1% no recibió el AAVN. Los grados preescolar y media fueron quienes recibieron el complemento en menor medida.

**Tabla 27. Distribución porcentual de la variable afiliación al SGSSS en relación a la variable entrega de AAVN.**

	NO		SI		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Contributivo	0	0,0%	2	0,3%	<b>2</b>	<b>0,3%</b>
No afiliado	61	10,6%	401	69,9%	<b>462</b>	<b>80,5%</b>
Subsidiado	21	3,7%	89	15,5%	<b>110</b>	<b>19,2%</b>
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>14,3%</b>	<b>492</b>	<b>85,7%</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 25. Distribución porcentual de la variable afiliación al SGSSS en relación a la variable entrega de AAVN**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

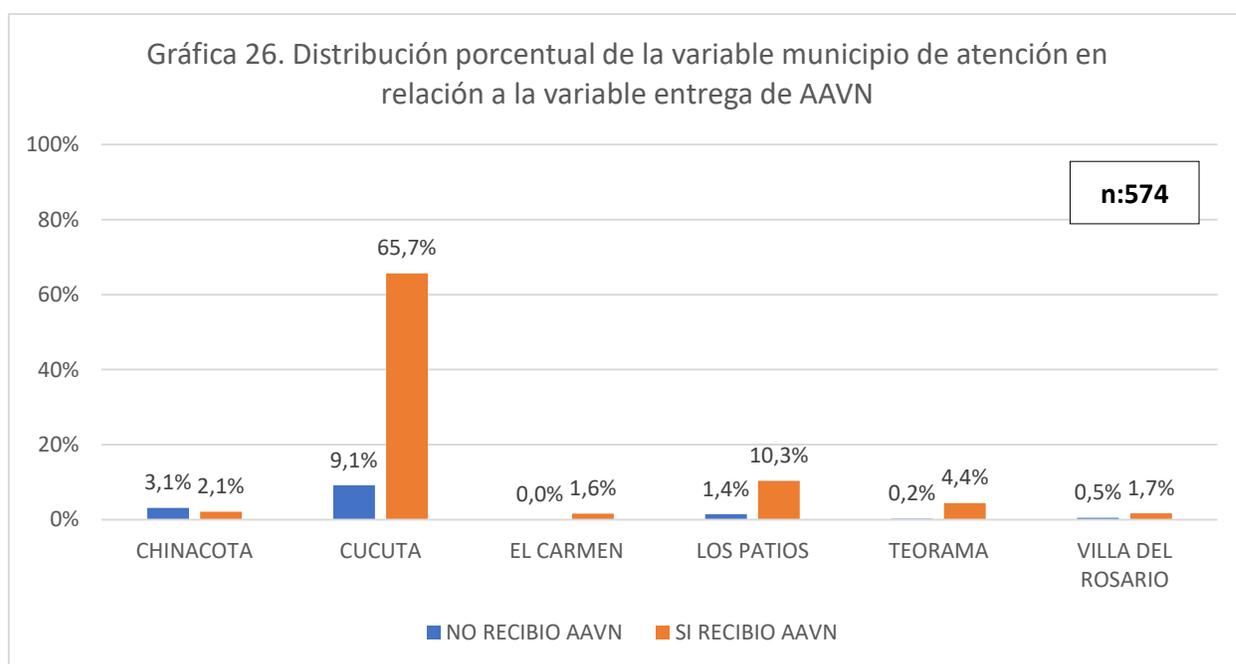
Mediante la gráfica 25, se puede identificar que las niñas, niños y adolescentes que no se encontraban afiliados al Sistema Genara de Seguridad Social en Salud SGSSS fueron quienes recibieron el AAVN en mayor proporción y tal solo el 10,6% de estos niños no recibieron dicho alimento. Con respecto al régimen subsidiado se encontró que el 15,5% recibió el complemento nutricional y el 3,7 no lo recibió, y en relación al régimen contributivo, se identificó que fueron quienes en menor proporción recibieron.

**Tabla 28. Distribución porcentual de la variable lugar de atención en relación a la variable entrega de AAVN.**

	NO		SI		Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Chinácota	18	3,1%	12	2,1%	<b>30</b>	<b>5,2%</b>
Cúcuta	52	9,1%	377	65,7%	<b>429</b>	<b>74,7%</b>
El Carmen	0	0,0%	9	1,6%	<b>9</b>	<b>1,6%</b>
Los Patios	8	1,4%	59	10,3%	<b>67</b>	<b>11,7%</b>
Teorama	1	0,2%	25	4,4%	<b>26</b>	<b>4,5%</b>
Villa del Rosario	3	0,5%	10	1,7%	<b>13</b>	<b>2,3%</b>
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>14,3%</b>	<b>492</b>	<b>85,7%</b>	<b>574</b>	<b>100%</b>

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

**Gráfica 26. Distribución porcentual de la variable lugar de atención en relación a la variable entrega de AAVN.**



Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

En perspectiva a la gráfica 26, se puede evidenciar que el lugar de atención donde se mayormente se hizo entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional fue Cúcuta (65,7%), aquí mismo, el 9,1% de las niñas, niños y adolescentes no recibieron Bienestarina Mas. Seguidamente, se encuentra el municipio de Los Patios entregando el complemento al 10,3%, en contraparte, tan solo el 1,4% de los usuarios de este municipio no recibieron este alimento. En relación a los municipios de Teorama, Chinácota, Villa del Rosario y El Carmen, fueron los sitios donde menos Bienestarina se entregó.

**Tabla 29. Comportamiento de la variable entrega de AAVN con respecto a otras variables cualitativas.**

		NO RECIBIO AAVN	SI RECIBIO AAVN	Total	<i>p</i>
<b>Sexo</b>	Femenino	240	41	<b>281</b>	<i>0,419</i>
	Masculino	252	41	<b>293</b>	
	Total	<b>492</b>	<b>82</b>	<b>574</b>	
<b>Edad</b>	0-59 meses	189	57	<b>246</b>	<i>0,000</i>
	60 a 215 meses	303	25	<b>328</b>	
	Total	<b>492</b>	<b>82</b>	<b>574</b>	
<b>Nivel de escolaridad</b>	Ninguno	58	226	<b>272</b>	<i>0,000</i>
	Preescolar	7	29	<b>36</b>	
	Básica primaria (1 a 5)	10	169	<b>179</b>	
	Básica secundaria (6 a 9)	6	61	<b>67</b>	
	Media (10 a 13)	1	7	<b>8</b>	
	Total	<b>82</b>	<b>492</b>	<b>574</b>	
<b>Afiliación al SGSSS</b>	Contributivo	0	2	<b>2</b>	<i>0,2406</i>
	No afiliado	61	401	<b>462</b>	
	Subsidiado	21	89	<b>110</b>	
	Total	<b>82</b>	<b>492</b>	<b>574</b>	
<b>Lugar de atención</b>	Chinácota	18	12	<b>30</b>	<i>0,000</i>
	Cúcuta	52	377	<b>429</b>	
	El Carmen	0	9	<b>9</b>	
	Los patios	8	59	<b>67</b>	
	Teorama	1	25	<b>26</b>	
	Villa del Rosario	3	10	<b>13</b>	
	<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>492</b>	<b>574</b>	

Fuente: Bustos, C., Cetina, Ma., 2022

En relación al comportamiento de la variable entrega de AAVN se identifica que esta es dependiente de las variables edad ( $p=0,000$ ), nivel de escolaridad ( $p=0,000$ ) y el municipio de atención ( $p=0,000$ ). No se encontró dependencia con la variable sexo ( $p=0,419$ ) y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS ( $p=0,2406$ ).

Esta dependencia, no se ve reflejada en la dinámica de la estrategia de Unidades Móviles, ya que la entrega del AAVN, responde principalmente a la vinculación efectiva de los usuarios a la estrategia, siendo el único requisito, que haya niñas, niños y adolescentes desde los 0 meses hasta los 17 años y que las familias tengan condiciones de vulnerabilidad derivadas principalmente de la coyuntura del conflicto armado. Aunque se incluyen aquellas familias afectadas por desastres antropogénicos, y/o recientemente población migrante. (ICBF).

La entrega del AAVN está sujeta al lineamiento de la estrategia, que establece la entrega de 4 unidades de Bienestarina Mas por núcleo familiar y no por niño. En casos particulares y dependiendo del juicio del profesional de nutrición con base en el estado nutricional por antropometría, signos clínicos asociados y apetito, se pueden entregar más unidades.

## 5. CONCLUSIONES

- En el presente proyecto, se evidencia que las niñas, niños y adolescentes migrantes atendidos, independientemente de su edad, se encuentran en mayor proporción con adecuado estado nutricional según indicadores trazadores Peso para la Talla e IMC para la Edad. Esta tendencia también ocurre en el indicador Talla para la Edad.
- El Municipio que presenta mayor focalización de población de estudio, es Cúcuta, siendo este, uno de los municipios con mayor población migrante a nivel Nacional, ya que por sus características de ubicación geográfica colinda con el vecino país Venezuela, y debido a esto, el municipio, es uno de los que mayor prioridad tiene para la atención por parte de las unidades móviles, en Norte de Santander.
- Se encontró que la mayoría de niñas, niños y adolescentes migrantes de 0 meses a 17 años no se encuentran con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de esta situación la estrategia de Unidades móviles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realiza atención a esta población ya que es considerada vulnerable.
- El Alimento de Alto Valor Nutricional se consolida como un alimento con características nutricionales importantes, y su entrega contribuye a la seguridad alimentaria de las familias, niñas, niños, adolescentes y núcleo familiar, especialmente en aquellos hogares más vulnerables, a través de programas o modalidades del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar.
- Se puede evidenciar el comportamiento de la variable Estado Nutricional con respecto a las variables Entrega de Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN ( $p=0,000$ ), la vinculación a algún programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF ( $p=0,000$ ), nivel de atención ( $p=0,000$ ) y lugar de atención ( $p=0,000$ ) encontrando que estas variables son dependientes.
- El comportamiento de la variable entrega de Alimento de Valor Nutricional es dependiente de la edad ( $p=0,000$ ), nivel de escolaridad ( $p=0,000$ ) y municipio de atención ( $p=0,000$ ) y no presenta dependencia con la variable sexo ( $p=0,419$ ) y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ( $p=0,2406$ ).

## **6. RECOMENDACIONES**

- Tener en cuenta proyectos elaborados desde el ámbito académico universitario ya que son una herramienta valiosa para identificar problemáticas relacionadas con la seguridad alimentaria, especialmente en población migrante.
- Tomar como referencia los hallazgos encontrados en este estudio y similares para que las diferentes dependencias de orden nacional, departamental y municipal, diseñen e implementen políticas, planes, proyectos, programas, relacionadas con la seguridad alimentaria.
- Incentivar a la investigación de este tipo de proyectos en la estrategia de Unidades móviles y otros programas o modalidades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en los diferentes Departamentos de Colombia, para que puedan servir como insumo en la planeación de acciones de mejora en la implementación de estrategias, programas y/o modalidades para fortalecer el tema de seguridad alimentaria como eje de atención a la población beneficiada.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

MARTINEZ, Jose William. Caracterización del estado nutricional y los factores de riesgo individuales y sociales de los jóvenes menores. Investigaciones Andina [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.redalyc.org/pdf/2390/239017515004.pdf>>.

-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2465 de 2016. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)>.

- UNICEF. Los rostros de la Malnutrición. Nutrición [página web]. Disponible en Internet: <[https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_faces-of-malnutrition.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_faces-of-malnutrition.html)>.

-MONTROYA SAENZ, Patricia. Alimentación, Nutrición y Salud. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<http://www.oda-alc.org/documentos/1341945107.pdf>>

- HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Rosa Armenia, et al. Estado nutricional y seguridad alimentaria del hogar en niños y jóvenes de zonas suburbanas de Caracas. Revista Cielo [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522011000100004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522011000100004)>

- RESTREPO PINEDA, Jair Eduardo y JARAMILLO JARAMILLO, Juliana. Percepción de líderes sociales y representantes de organizaciones públicas y privadas sobre la migración y los inmigrantes venezolanos en el municipio de Maicao (La Guajira, Colombia). Revista del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones [página web]. [Consultado el 20, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://doi.org/10.14422/mig.i49.y2020.005>>

-MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021. Migración [página web]. [Consultado el 20, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>>

- RINCÓN CAMARGO, Daniela. Caracterización de la seguridad alimentaria y nutricional de la población migrante, atendida por la organización acción contra el hambre en Bogotá, año 2019. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias carrera Nutrición y Dietética [página web]. (19, noviembre, 18). [Consultado el 21, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46125/TESIS%20FINAL%20REPOSITORIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

- UNICEF. Venezuela: aumenta la prevalencia de la desnutrición infantil en medio de una crisis económica cada vez más profunda. (21, junio, 2021). Disponible en Internet: <<https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/venezuela-aumenta-laprevalencia-desnutricion-infantil-tesis-economica-profunda>>

-AGENCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS ACNUR. Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: ACNUR y OIM. UNHCR [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2022]. Disponible en Internet: <<https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de%20venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>>

-ONU. Venezuela, un país de alto riesgo para la seguridad alimentaria de acuerdo a la FAO. Examen ONU venezuela [página web]. [Consultado el 22, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/venezuela-un-pais-de-alto-riesgo-para-la-seguridad-alimentaria-de-acuerdo-a-la-fao>>

- ACNUR .Agencia de la ONU para los Refugiados. Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones: ACNUR y OIM. UNHCR [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2022]. Disponible en Internet: <<https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de%20venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>>

--CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Consejo nacional de política económica y social república de Colombia departamento nacional de planeación [página web]. [Consultado el 22, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3950.pdf>>

-RED-DES. Observación general N° 12: El derecho a una alimentación adecuada (artículo 11). Red internacional para los Derechos Economicos, Sociales y Culturales [página web]. [Consultado el 22, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-12-derecho-una-alimentacion-adecuada-articulo-11>>

-CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Consejo nacional de política económica y social república de Colombia departamento nacional de planeación [página web]. [Consultado el 22, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3950.pdf>>

- FAO. Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Población migrante [página web]. [Consultado el 23, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<http://www.fao.org/about/es/>>.

--CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Consejo nacional de política económica y social república de Colombia departamento nacional de planeación [página web]. [Consultado el 22, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3950.pdf>>

-PICO JARAMILLO, Alba Rocío. Seguridad Alimentaria y Nutricional de familias migrantes venezolanas con asistencia alimentaria en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia [página web]. [Consultado el 21, junio, 2021]. Disponible en Internet: <<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78054/1023885705.2020.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

- UNICEF. Los rostros de la Malnutrición. Nutrición [página web]. Disponible en Internet: <[https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_faces-of-malnutrition.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_faces-of-malnutrition.html)>.
- (RED MEL-CYTED). Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el desarrollo. Métodos de valoración del estado nutricional. En: Revista Cielo. 2010. vol. 25, p. 57-66. ISSN 0212-1611.
- CASTILLO HERNÁNDEZ, Jose Luis y ZENTENO CUEVAS, Roberto. Valoración del Estado Nutricional. Instituto de Salud Pública Universidad Veracruzana. [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>>.
- FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Salud y Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<http://www.fao.org/3/am401s/am401s04.pdf>>.
- ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI. Población migrante. Migrante, Alcaldía de Santiago de Cali [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/146578/poblacion-migrante/>>
- DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Población Migrante Venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE [página web]. (12, septiembre, 2021). Disponible en Internet: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul-2021-nota-estadistica-poblacion-migrante-venezolana-panorama-con-enfoque-de-genero.pdf>>
- LA FRONTERA. Norte de Santander tiene 206.415 migrantes. La frontera [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://estoyenlafrontera.com/regularizacion-migratoria/norte-de-santander-tiene-206415-migrantes.>>.
- ICBF. procedimiento para la atención por las unidades móviles a familias en situación de emergencia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/p6.p\\_procedimiento\\_atencion\\_por\\_unidades\\_moviles\\_a\\_familias\\_situacion\\_emergencia\\_v1.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/p6.p_procedimiento_atencion_por_unidades_moviles_a_familias_situacion_emergencia_v1.pdf)>
- ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Alimento de alto valor Nutricional. Bienestarina [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla\\_bienestarina\\_2014.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla_bienestarina_2014.pdf)>
- FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Salud y Nutrición. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [página web].

[Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<<http://www.fao.org/3/am401s/am401s04.pdf>>.

-- UNICEF. Los rostros de la Malnutrición. Nutrición [página web]. Disponible en Internet:  
<[https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_faces-of-malnutrition.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_faces-of-malnutrition.html)>.

-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2465 de 2016. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)>.

-ENSIN 2015, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. situación alimentaria y nutricional de la población. Ministerio de salud y protección social [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>>.

-CARBALLO HERRERA, Arturo Rafael; VILLARREAL GÓMEZ, Alejandro y DEL TORO MARTÍNEZ, John Jairo. LA ETIQUETA NUTRICIONAL, POLÍTICA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA. En: Investigación y Desarrollo. 2011. vol. 20, no. 1. ISSN 0121-3261

-CONPES 113. Consejo Nacional de Política Económica y. Social. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistema de Información de tendencias informativas en America Latina, Departamento Nacional de Planeación [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<[https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/co\\_0442.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_0442.pdf)>

-GALVIS ARIAS, Natalia. Universidad de los Andes. En: Migración y seguridad alimentaria en Colombia. 2019. ISSN 2215-7816.

-PMA, Programa Mundial de Alimentos. Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (ESAE) para Población Migrante de Venezuela y Hogares de Acogida en Departamentos Fronterizos. Migrantes [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<<https://www.refworld.org/es/pdfid/5e56ed924.pdf>>

-DNP, Departamento Nacional de Planeación. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Departamento Nacional de Planeación [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/políticas-sociales-transversales/Paginas/seguridad-alimentaria-y-nutricional.aspx>>

--CONPES 113, Consejo Nacional de Política Económica y. Social. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistema de Información de tendencias informativas en America Latina, Departamento Nacional de Planeación [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet:  
<[https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/co\\_0442.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_0442.pdf)>

-DNP, Departamento Nacional de Planeación. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Departamento Nacional de Planeación [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/políticas-sociales-transversales/Paginas/seguridad-alimentaria-y-nutricional.aspx>>

-ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resolución 4533 de 15 de Octubre de 2009. Legislación Colombiana [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[https://xperta.legis.co/visor/legcol/legcol\\_76d639bf74069032e0430a0101519032](https://xperta.legis.co/visor/legcol/legcol_76d639bf74069032e0430a0101519032)>

-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2350 de 2020. Lineamiento técnico para el manejo integral de Atención a la Desnutrición Aguda Moderada y Severa en niños de 0 a 59 meses de Edad [página web]. (12, septiembre, 2021). Disponible en Internet: <<http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/san/UNICEF%20MSPS%20RESOLUCION%202350%20DE%202020%20VERSION%20AMIGABLE.pdf>>

--MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2465 de 2016. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)>.

-MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Decreto 216 de 2021. Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20216%20DEL%201%20DE%20MARZO%20DE%202021.pdf>>.

-ICBF. Bienestarina Más ®. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.icbf.gov.co/bienestarina-mas-r-0>>

-PEÑARANDA PEDRAZA, Eddy. Caracterización del estado nutricional de los niños menores de 5 años, inscritos en los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Bogotá 2015. Universidad Autónoma de Manizales [página web]. [Consultado el 25, julio, 2022]. Disponible en Internet: <[https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización\\_estado\\_nutricional\\_niños\\_menores\\_5\\_años\\_inscritos\\_programas\\_instituto\\_colombiano\\_bienestar\\_familiar\\_ICBF\\_Bogotá\\_2015.pdf](https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización_estado_nutricional_niños_menores_5_años_inscritos_programas_instituto_colombiano_bienestar_familiar_ICBF_Bogotá_2015.pdf)>.

- PASCAZI BIANCONE, Chiara Marisol. Caracterización del estado nutricional y prácticas alimentarias en niños migrantes menores de 5 años. organización acción contra el hambre en Bogotá D.C. marzo del 2020. Pontificia Universidad Javeriana [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/49699>>.

-RINCÓN CAMARGO, Daniela. Caracterización de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población migrante, atendida por la Organización Acción Contra el Hambre en Bogotá, año 2019. Organización Acción Contra el Hambre [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021].

Disponible en Internet:  
<<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46125/TESIS%20FINAL%20REPOSITORIO.pdf?sequence=1>>

-PEÑARANDA PEDRAZA, Eddy. Caracterización del estado nutricional de los niños menores de 5 años, inscritos en los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Gogotá 2015. Universidad Autónoma de Manizales [página web]. [Consultado el 25, julio, 2022]. Disponible en Internet:<[https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización\\_estado\\_nutricional\\_niños\\_menores\\_5\\_años\\_inscritos\\_programas\\_instituto\\_colombiano\\_bienestar\\_familiar\\_ICBF\\_Bogotá\\_2015.pdf](https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización_estado_nutricional_niños_menores_5_años_inscritos_programas_instituto_colombiano_bienestar_familiar_ICBF_Bogotá_2015.pdf)>.

-DANE. La información del DANE en la toma de decisiones regionales. Cúcuta, Norte de Santander [página web]. [Consultado el 16, agosto, 2022]. Disponible en Internet:<<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210319-InfoDane-Cucuta-Norte-de-Santander.pdf>>.

-DANE, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Población Migrante Venezolana en Colombia, un panorama con enfoque de género. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE [página web]. (12, septiembre, 2021). Disponible en Internet: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/jul-2021-nota-estadistica-poblacion-migrante-venezolana-panorama-con-enfoque-de-genero.pdf>>

-DANE. Encuesta Pulso de la Migración. El 24,2% de los migrantes que llegaron a Colombia desde Venezuela vivieron por primera vez en Bogotá, de acuerdo con la Encuesta Pulso de la Migración [página web]. (12, abril, 2022). [Consultado el 16, agosto, 2022]. Disponible en Internet:<<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pulso-migracion/comunicado-pulso-migracion-ene22-feb22.pdf>>.

--ICBF. Bienestarina Más @. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [página web]. [Consultado el 12, septiembre, 2021]. Disponible en Internet: <<https://www.icbf.gov.co/bienestarina-mas-r-0>>

-ICBF. Informe de Gestión ICBF 2021. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [página web]. [Consultado el 16, agosto, 2022]. Disponible en Internet: <[https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe\\_de\\_gestion\\_icbf\\_2021\\_revsgd\\_.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informe_de_gestion_icbf_2021_revsgd_.pdf)>.

-PEÑARANDA PEDRAZA, Eddy. Caracterización del estado nutricional de los niños menores de 5 años, inscritos en los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Gogotá 2015. Universidad Autónoma de Manizales [página web]. [Consultado el 25, julio, 2022]. Disponible en Internet: <[https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización\\_estado\\_nutricional\\_niños\\_menores\\_5\\_años\\_inscritos\\_programas\\_instituto\\_colombiano\\_bienestar\\_familiar\\_ICBF\\_Bogotá\\_2015.pdf](https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/584/1/Caracterización_estado_nutricional_niños_menores_5_años_inscritos_programas_instituto_colombiano_bienestar_familiar_ICBF_Bogotá_2015.pdf)>.

-PEREZ SUAREZ, Sandra. Caracterización de la niñez y adolescencia migrante en Colombia. Informe de niñez migrantes, proyecto semana [página web]. [Consultado el 16, agosto, 2022].

Disponible en Internet:  
<[https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1619180458\\_informeninezmigrante.pdf](https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1619180458_informeninezmigrante.pdf)>.

-VELASCO DÁVILA, Doménica Alejandra y ZAVALA VARELA, Karla Daniela. Valoración antropométrica y dietética a niños migrantes de nacionalidad venezolana en etapa preescolar y escolar que asisten a la Fundación Nausan en la ciudad de Guayaquil en el periodo de mayo – septiembre 2021. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2022]. Disponible en Internet: <<http://201.159.223.180/bitstream/3317/16914/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-452.pdf>>.

-BERNAL, Raquel, et al. Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF. Universidad de los Andes [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2022]. Disponible en Internet: <<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/8120/dcede2009-16.pdf>>.

-CUCALÓN RAMÍREZ, María Gabriela. Estudio Comparativo de Impacto de dos Alimentos Complementarios Fortificados en el Estado Nutricional en niños de 12 a 36 meses en el Distrito Metropolitano de Quito. Universidad San Francisco de Quito [página web]. [Consultado el 16, agosto, 2022]. Disponible en Internet: <<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/675/1/99490.pdf>>

-GIL, Juan Carlos, et al. Estado Nutricional, parasitario y hematológico en niños de dos programas de Atención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En: Universidad de Antioquia. Medellín. 2008. vol. 10, no. 2, p. 165-175. ISSN 0124-4108.

-LOPEZ TORRES, Carolina. Estado nutricional y perfil sociodemográfico de los estudiantes de la Escuela “Popular claretiana” NEIVA – 2013. [Consultado el 16, agosto, 2022]. Disponible en Internet: <<https://repositoriousco.co/bitstream/123456789/1268/1/TH%20M%200281.pdf>>.

CEBALLOS MINA, Owen Eli y GUADARRAMA GÓMEZ, Humberto. Efectos de la escolaridad en el consumo de calorías y nutrientes de las familias mexicanas. Universidad Autónoma Metropolitana, Mexico [página web]. [Consultado el 16, octubre, 2022]. Disponible en Internet: <<https://www.redalyc.org/journal/118/11865534001/html/>>.