

Retraso de crecimiento en la primera infancia en Uruguay

Diferentes miradas sobre un
mismo problema

Elementos para la discusión



Retraso de crecimiento en la primera infancia en Uruguay

Diferentes miradas sobre un mismo problema. Elementos para la discusión.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay.

Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil, RUANDI.

Autores:

Componente cuantitativo

Christian Berón

Florencia Ceriani

Carolina de León

Natalia de Souza

Florencia Köncke

Análisis estadístico

Valentina Colistro

Martín Lavalleja

Componente cualitativo

Carolina de León

Lucía de Pena

Alejandra Girona

Corrección de estilo

Susana Aliano Casales

Diseño y diagramación

Álvaro Yáñez

Primera edición, noviembre de 2023

ISBN: 978-9915-9634-0-2

Nota: En este texto el uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Índice

Introducción	Pág. 4
Determinantes y factores asociados al retraso de crecimiento en niños uruguayos menores de 5 años	Pág. 5
Introducción	Pág. 6
Justificación y marco teórico	Pág. 9
Objetivos	Pág. 19
Metodología	Pág. 20
Resultados y análisis	Pág. 23
Reflexiones finales	Pág. 32
Estudio de profesionales que controlan la salud de niños y niñas en Uruguay sobre las representaciones sociales en relación con el retraso de crecimiento infantil	Pág. 35
Introducción	Pág. 36
Perspectiva conceptual: teoría de las representaciones sociales	Pág. 38
Objetivos	Pág. 40
Metodología	Pág. 41
Resultados y discusión	Pág. 43
Reflexiones finales	Pág. 55
Anexos	Pág. 57
Anexo 1. Caracterización de la población ENDIS 2018	Pág. 58
Anexo 2. Características generales de la población ENLM 2020	Pág. 59
Referencias bibliográficas	Pág. 60

Introducción

El presente informe se estructura en base a dos estudios que abordan el problema de retraso de crecimiento (RC) en la primera infancia, desde diferentes miradas, con el objetivo de contribuir a la discusión en torno a su complejidad y las intervenciones subsecuentes que se implementan en su abordaje.

En primer lugar, se desarrolló un estudio desde una perspectiva cuantitativa, con el análisis de bases de datos secundarias nacionales, con el fin de comprender qué determinantes y factores se asocian al RC en Uruguay. Este trabajo se titula "Determinantes y factores asociados al retraso de crecimiento en niños uruguayos menores de 5 años".

Por otra parte, se implementó un estudio sobre la temática con metodología cualitativa, a través de la teoría de las representaciones sociales sobre el RC, de los profesionales que controlan la salud de niños y niñas en Uruguay. Este segundo trabajo se titula "Estudio de profesionales que controlan la salud de niños y niñas en Uruguay sobre las representaciones sociales en relación con el retraso de crecimiento infantil".

Determinantes y factores asociados al retraso de crecimiento en niños uruguayos menores de 5 años

Christian Berón, Florencia Ceriani,
Carolina de León, Natalia de Souza,
Florencia Köncke, Valentina Colistro,
Martín Lavalleja

Introducción

De acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño, la infancia es una etapa especial, que debe protegerse para que los niños crezcan sanos, aprendan y prosperen. La información disponible constata que “el crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez”. (1)

Sin embargo, millones de niños en el mundo no alcanzan condiciones de vida que les permitan desarrollar su máximo potencial de crecimiento y desarrollo. Nacer en hogares pobres, ambientes inseguros e inestables, así como no acceder a alimentos y cuidados necesarios para su crecimiento físico y cerebral componen un marco no apropiado para su prosperidad.

El crecimiento es un complejo proceso biológico, producto de la interacción de factores endógenos (genéticos, hormonales, metabólicos, receptividad de los tejidos diana) y factores exógenos (nutrición, actividad física e influencias psicosociales). Cuando este se ve afectado, puede evidenciar la presencia de una patología congénita o adquirida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la talla baja o el retraso de crecimiento se define cuando la longitud o altura de un niño se encuentra por debajo de -2 DE, para su edad y sexo, en relación con la media poblacional. (2)

La Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica (ESPE) clasifica en tres categorías las afectaciones del crecimiento en talla, dependiendo de su causa: trastornos del crecimiento primarios, que engloban aquellas que afectan al crecimiento desde etapas tempranas de la vida y que implican defectos intrínsecos en el cartílago de crecimiento; los secundarios, que incluyen cuadros clínicos, generalmente crónicos, que alteran el medio en el cual debe desarrollarse el cartílago de crecimiento, entre ellos se destacan la desnutrición y diversas enfermedades sistémicas, afectaciones psicosociales como depresión, entre otros; por último, la talla baja idiopática, que corresponde a una etiología que no pudo ser determinada. (3)

Los datos nacionales reportados por la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) y por la Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en niños menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (ENLM) ofrecen una fuente de información contundente, que recoge la antropometría de niños y niñas para evaluar su estado nutricional, a partir de los indicadores de la OMS. Estas cuentan con información sobre sus cuidados y el ambiente, pero no incluye datos clínicos que permitan profundizar en otros componentes para categorizar la condición de retraso de crecimiento (RC) en primarios o secundarios.

Este informe se centrará en el estudio de aquellos factores reconocidos como capaces de asociarse con el crecimiento infantil desde el punto de vista exógeno y ambiental, es decir, del RC secundario, ya que se considera que en países como Uruguay este es un indicador de condiciones desfavorables en el entorno de niños y niñas, síntoma de privaciones pasadas y un predictor de perpetuación de la pobreza. (4)

En 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En esta se plasma la necesidad de avanzar hacia la sostenibilidad social, económica y ambiental en todos los Estados miembros de las Naciones Unidas. Esta Agenda 2030 presenta una oportunidad histórica que incluye temas prioritarios como la erradicación de la pobreza extrema, la reducción de la desigualdad en todas sus dimensiones, ciudades sostenibles y cambio climático, entre otros. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que establece la Agenda refuerzan la necesidad de respetar, proteger y garantizar el uso efectivo de los derechos y libertades fundamentales de las personas, como la alimentación, nutrición y salud adecuadas.

En este marco, el ODS2 declara la necesidad de “terminar con todas las formas de hambre y desnutrición de aquí a 2030 y velar por el acceso de todas las personas, en especial los niños y los más vulnerables, a una alimentación suficiente y nutritiva durante todo el año”. (5)

El logro de este objetivo impulsará ciertamente a una mejora de los resultados en todos los ODS. Según el documento normativo de la OMS:

“El retraso del crecimiento está relacionado con las demás metas mundiales de nutrición (relativas a la anemia en las mujeres en edad fecunda, el bajo peso al nacer, el sobrepeso en la infancia, la lactancia materna exclusiva y la emaciación)”. (6)

Por su parte los Objetivos Sanitarios Nacionales de Uruguay se proponen como meta al año 2030 reducir el RC en niños de 0 a 5 años a 2,3%.

La malnutrición, que comprende déficits y excesos nutricionales, afecta diversas dimensiones del desarrollo infantil. La desnutrición o malnutrición por carencia incluye emaciación, el retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal y deficiencias en vitaminas o minerales. La malnutrición, en todas sus formas, representa para los países un alto costo, por las consecuencias que se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida para las personas y sus países. Se estima que el RC puede reducir hasta un 3% del producto bruto interno (PBI) de un país. Por otro lado, las inversiones direccionadas para la reducción del RC generan un gran rendimiento para los países. (4)

El RC evidencia un crecimiento lineal inadecuado. Los niños con RC tienen un mayor riesgo de mortalidad, siendo este responsable del 14% de las muertes infantiles, la disminución de la función motora y cognitiva, así como anomalías del comportamiento y deterioro de la inmunidad. (7) Las consecuencias para la salud a largo plazo incluyen una estatura adulta más baja (8), menor escolaridad (7), reducida capacidad física de trabajo y bajos salarios en la edad adulta (9), mayor riesgo de grasa corporal alta/obesidad y enfermedad cardiovascular (8) y malos resultados perinatales en los hijos de madres con RC. (8) (10)

Según datos publicados en Global Nutrition Reports, Uruguay está “en camino” de cumplir tres objetivos en materia de nutrición materna, infantil y de niños pequeños. Se ha avanzado en la consecución del objetivo de bajo peso al nacer, ya que esta cifra se sitúa en el 7,6%, y está “en camino” de cumplir el objetivo de RC, con un 6,9 % de niños menores de 5 años afectados. (11)

Justificación y marco teórico

El crecimiento depende de factores genéticos y ambientales. Si la información genética es adecuada y el medio ambiente propicio, se darían las condiciones óptimas para obtener un crecimiento y desarrollo de acuerdo al potencial genético familiar y propio. Es así que el crecimiento normal en talla es una expresión de buena salud individual y colectiva y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez de cada país y sus comunidades. De la misma manera, es el RC un firme marcador de riesgo de deficiencias. Las influencias ambientales han ocasionado cambios en la tendencia secular de crecimiento, entendiendo por ésta un movimiento hacia el logro de la talla adulta a edades más tempranas. Estos cambios se generan a lo largo de los siglos y pueden ser positivos o negativos, y no tienen un comportamiento rectilíneo, sino que se observan oscilaciones a través de los decenios. Sin embargo, en la actualidad, en la mayoría de los países se observa una tendencia secular positiva, lo que se asocia con mejores condiciones de vida, a partir de múltiples causas. En épocas anteriores, la talla final se alcanzaba a los 25 años o más tarde aún; en la actualidad, en poblaciones que acceden a una buena nutrición, esta altura máxima se logra a los 18 años, con variaciones entre las mujeres y los varones. (12) En esto incide la disponibilidad de nutrientes, las mejoras en el acceso a la salud, la urbanización y la industrialización, entre otros aspectos. Sin embargo, aún no se conoce en profundidad cómo se da este fenómeno. Algunas hipótesis exponen que se debe a las

variaciones ambientales o a la eliminación de inhibidores del crecimiento. (12) Las medidas de talla, peso y estatura final alcanzadas reflejan de forma exacta el estado de salud de un país y el estado nutricional medio de sus ciudadanos, y son utilizadas como un indicador de desarrollo socioeconómico. De acuerdo con esto, algunos antropólogos físicos, epidemiólogos y, recientemente, historiadores económicos y economistas, han mostrado que la evolución de la estatura tiene bastante relación con las condiciones de vida y de la variabilidad de la especie humana, dependiendo de las circunstancias históricas y los contextos socioeconómicos.

La malnutrición tiene efectos perjudiciales en la salud a lo largo del ciclo de vida, pero cuando esta comienza de forma temprana genera consecuencias particularmente perjudiciales. El desarrollo es una sucesión de períodos o ventanas críticas, que ocurre cuando el fenotipo, que incluye los rasgos observables de una persona, como la estatura, es particularmente sensible a las influencias nutricionales. Detrás de estas ventanas críticas hallamos mecanismos fisiológicos que caracterizan estos períodos. Entre ellos se destacan el crecimiento diferencial de tejidos y órganos, el ajuste hormonal y la variabilidad epigenética, así como las alteraciones del microbioma. (13) Estas últimas se correlacionan con diversas enfermedades, al asociarse con la pérdida de las funciones benéficas o por su alteración por la invasión de microorganismos patógenos. Las enfermedades que se relacionan

más fuertemente con estas alteraciones del microbioma incluyen las cardiovasculares, las autoinmunitarias e inflamatorias crónicas, las infecciones así como modificaciones en la metabolización de los fármacos, entre otras. (13) (14) Estos mecanismos fisiológicos son cruciales y responden a grados inadecuados o excesivos de aporte nutricional en la vida temprana. La sensibilidad fisiológica observada en este período expone con claridad por qué la nutrición y el crecimiento temprano tienen implicaciones importantes para la supervivencia inmediata, la salud a largo plazo y el capital humano.

Resulta fundamental conocer los factores que se asocian con el RC de tipo secundario o asociado a las condiciones de vida en los niños menores de 5 años de Uruguay, y de esta manera generar evidencia que oriente el diagnóstico, más allá de los aspectos antropométricos y clínicos.

Retraso de crecimiento

El RC o talla baja para la edad se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Por definición, se espera que la prevalencia del RC entre los niños que viven en entornos ideales sea de alrededor del 2,3%. (1)

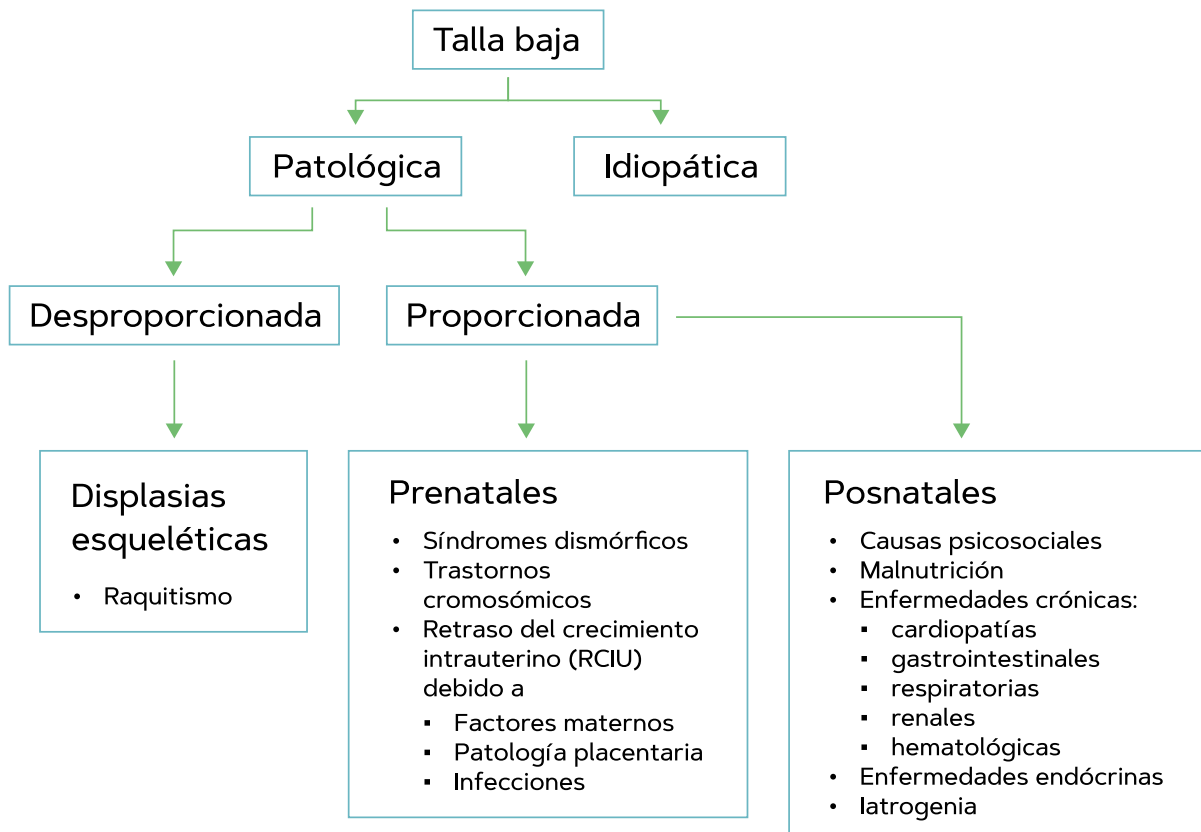
El crecimiento longitudinal es un proceso continuo, pero no lineal, distinguiéndose tres fases en la etapa posnatal:

- **1. lactancia:** caracterizada por un crecimiento rápido durante los dos primeros años de vida;
- **2. infancia:** caracterizada por una velocidad relativamente constante de alrededor de 5-7 cm por año;
- **3. pubertad:** caracterizada por un estirón puberal entre 8-12 cm al año, dependiendo del sexo. (15)

La valoración del crecimiento se basa en el análisis de los cambios que se producen a lo largo del tiempo, en el tamaño, la forma y la composición del organismo. Se trata de un proceso tan complejo que es imposible estudiarlo con precisión en su totalidad. (15)

La terminología utilizada para denominar y clasificar los problemas de RC es variada. Tradicionalmente, en la práctica clínica se ha clasificado en dos tipos: las variantes normales (talla baja familiar y retraso constitucional del crecimiento (RCC) y las patológicas. Actualmente, sin embargo, se prefiere clasificar la talla baja en talla baja patológica y talla baja idiopática. (15) Dentro de este mapa complejo de diagnósticos diferenciales, es importante comprender qué lugar ocupan los problemas ambientales y especialmente nutricionales.

Cuadro 1. Clasificación talla baja



Fuente: Elaboración propia a partir de algoritmo de Pombo, Castro-Feijóo y Cabanas. (15)

Factores de riesgo para el retraso de crecimiento

Los factores que pueden influir en el RC están presentes desde la vida intrauterina. La restricción del crecimiento intrauterino es consecuencia de múltiples factores, entre los que se destacan un insuficiente espaciamiento entre embarazos, aumento de peso menor al esperado, deficiencias de micronutrientes, infecciones maternas y embarazo adolescente. Los datos disponibles del estado nutricional materno al inicio del embarazo muestran que el 6,5% de ellas presentan bajo peso y que, al finalizar la gestación, esta cifra asciende a 13,9%. (16)

En Uruguay año a año se constata una disminución de los nacimientos, hecho que compromete la tasa de reemplazo. Sin embargo, han mejorado múltiples condiciones que han logrado disminuir la mortalidad infantil que alcanzó un mínimo histórico del 6,8% en 2019. (17) Los progresos en la atención y la coordinación entre niveles de atención fueron claves en la mejora de estos resultados. Al nacer, el estado nutricional del niño está relacionado con el riesgo de padecer retraso del crecimiento antes de los 24 meses. Los niños que nacen con un bajo peso al nacer (<2500 g) o nacen en forma prematura (menos de 37 semanas de gestación) corren un alto riesgo de ver afectado su crecimiento luego del nacimiento. En Uruguay, el bajo peso al nacer alcanza el 8,4% y la prematuridad el 9,4% (18), y los factores que inciden en estos indicadores coinciden con los reportados internacionalmente.

La alimentación inadecuada del recién nacido, incluyendo las prácticas de lactancia materna parcial, el uso inadecuado de sustitutos de la leche materna, también pueden contribuir al RC. La lactancia materna no exclusiva en los primeros 6 meses, así como una incorporación de alimentos complementarios inadecuados en cantidad, calidad y variedad pueden concebirse como factores de riesgo relacionados a la afectación del crecimiento longitudinal.

Es importante recordar que las curvas de crecimiento de la OMS fueron diseñadas a partir de parámetros evidenciados de alimentación y condiciones de vida y cuidados en salud, que aseguraban la expresión del potencial de crecimiento en las diferentes etapas para niños y niñas.

La OMS expresó en 2006, cuando presentó las curvas de crecimiento universales:

“El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es notablemente similar. Por ejemplo, los niños de India, Noruega y Brasil registran patrones de crecimiento similares si se les propor-

cionan las condiciones para un crecimiento sano en la primera infancia. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de las prácticas de lactancia materna y la alimentación complementaria, el medio ambiente y la atención sanitaria, que de los factores genéticos o étnicos.” (19)

La tasa de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses descendió de 65,2% en 2011 a 57,4% en 2019, ubicándose igual que lo reportado en 2007. Esta disminución en la tasa de LME puede atribuirse a una reducción importante (24 puntos porcentuales) en la prevalencia de lactancia exclusiva en el primer mes de vida, desde 2011 a 2019. Sin embargo, se produce un aumento en la prevalencia de LME al sexto mes, aumentando 7,7 puntos desde 2011 a 2019 (de 35,7% a 43,4%). La información recogida deja claro que en Uruguay se reduce la exclusividad de la lactancia, pero aumentan las tasas de lactancia continua al año y a los dos años. (20)

En relación con la alimentación complementaria, los últimos datos señalan que la media de edad a la cual se inicia la alimentación complementaria es de $5,5 \pm 1,1$ meses, valor que se mantiene desde 2011. El estudio específico sobre el consumo alimentario señala que menos del 60% de los niños entre los 6 y 23 meses alcanzan una diversidad alimentaria mínima y el 19% (169 gramos/día) de las ca-

lorías consumidas provienen de ultraprocesados en estas edades tan tempranas de la alimentación complementaria. En mayores de 2 años los productos ultraprocesados representan 46% de las calorías totales consumidas diariamente. (21) (22) Estudios nacionales han señalado que el consumo de ultraprocesados es prácticamente universal en los niños entre los 2 y los 4 años, y este consumo empeora la calidad de la dieta de manera significativa e impide que se cumplan las recomendaciones de la OMS. (23)

La prevalencia de anemia (hemoglobina menor a 11 g/dl) en niños entre 6 y 23 meses en el país se mantiene similar al 2011, situada en el 27,0% (IC 20,5-35%) y como un problema moderado de salud pública para la infancia en el Uruguay. (20) Respecto de la suplementación con hierro medicamentoso la situación es favorable, sin embargo, aún debe trabajarse la adherencia al tratamiento según pauta en niños entre los 18 y 23 meses de edad. (24)

Hasta hace unos pocos años el RC de crecimiento se vinculaba a una alimentación insuficiente en calorías, con un inadecuado balance entre grasas, proteínas e hidratos de carbono, así como un escaso consumo de micronutrientes. En la actualidad se postula el consumo de ultraprocesados como causa emergente del RC, lo que además perpetúa el ciclo de la malnutrición.

Por otra parte, el RC está estrechamente vinculado con la pobreza. El reporte de UNICEF

sobre el *Estado Mundial de la Infancia* en 2019 señala que únicamente el 20% de los niños entre los 6 y los 23 meses que residen en hogares pobres logra una dieta diversa, necesaria para alcanzar un crecimiento saludable. (4) La pobreza afecta el acceso a los alimentos, así como su selección, cantidad y calidad.

Las condiciones para la conservación y elaboración de los alimentos también influyen en el RC, al contribuir a las infecciones intercurrentes generadas por enfermedades transmitidas por los alimentos y por las condiciones de higiene.

En Uruguay, el RC está asociado con el nivel de ingresos y la inseguridad alimentaria. (25) Los hogares de menores ingresos presentan condiciones que pueden incidir y condicionar para desarrollar RC, tales como pisos de tierra, paredes y techos de materiales livianos o de desecho, falta de conexión a la red de agua potable y el saneamiento.

La pobreza infantil (niños menores de 6 años) presentó una disminución gradual pero sostenida desde el año 2008, situándose en 17% antes de la pandemia. (26) Entre el 2020 y el primer semestre del 2022, ascendió a 22,5%, duplicando el promedio nacional que alcanzaba el 10,5%. En este momento, en Uruguay, casi la cuarta parte de las personas en situación de pobreza son niños y niñas menores de 6 años. (26)

En relación con la situación del RC en los menores de 4 años en Uruguay, los últimos datos disponibles sobre son previos a la pandemia y corresponden a dos estudios realizados en 2018 y 2020. Por un lado, la Encuesta de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia (ENLM) evidenció que el 11,5% de los niños menores de 24 meses presenta afectación de su longitud. (20) De estos la tercera parte (3,7%) corresponde a niños con afectación severa (L/E <-3 DS). Los niños de 12 a 23 meses presentan un guarismo superior de RC en relación con los niños de 6 a 11 meses: el 14,1%. También se constataron diferencias según el lugar donde se asisten, si este es público o privado.

Por otra parte, la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) cohorte 2018 indica que de los problemas por déficit nutricional el RC continúan siendo los más relevantes. El 7,3% de los niños de 0 y 4 años presentan algún grado de afectación de su longitud o talla (L-T/E <-2DS), destacándose que el 1% corresponde a casos en que esta es severa (L-T/E <- 3 DS). El RC es más prevalente entre los varones y entre aquellos que residen en el interior del país. (22)

El RC es la consecuencia de múltiples factores, como refiere la serie *The Lancet* sobre la *Doble carga de malnutrición* del 2019 (27), que señala que los sistemas alimentarios no proporcionan dietas saludables, seguras, asequibles y sostenibles para todas las poblaciones. Además, expone con evidencia cómo

las “complejas vías biológicas y sociales interconectadas de todas las formas de malnutrición son difíciles de interrumpir mediante intervenciones aisladas y requieren cambios sociales que puedan ampliarse y mantenerse durante décadas”. (27)

Por todo ello, las chances de prosperar disminuyen para niños y niñas y su entorno. Tal como se mencionó anteriormente, como consecuencia de múltiples factores, sin embargo, dentro de ellos se destacan la mala salud y nutrición de las madres, las prácticas alimentarias inadecuadas y poco diversas, las infecciones reiteradas y la pobreza. En cada factor de riesgo hay oportunidades para la intervención.

Los niños con RC tienen un mayor riesgo de mortalidad. El 14% de las muertes infantiles es atribuido a este, así como la disminución de la función motora y cognitiva, las anomalías del comportamiento y el deterioro de la inmunidad. (7) Las consecuencias para la salud a largo plazo incluyen una estatura más baja (8), menor escolaridad (7), reducida capacidad física de trabajo y bajos salarios en la edad adulta. (9) Por otra parte, en las próximas décadas los niños con RC tendrán una mayor proporción de grasa corporal y visceral, lo que se relaciona con mayor riesgo de enfermedades no transmisibles (8) y peores resultados perinatales en los hijos de madres con talla baja. (8)

Independientemente de si el RC temprano eleva la adiposidad abdominal, es también importante señalar que la desnutrición temprana reduce permanentemente la masa magra, lo que afecta aspectos funcionales vinculados a esta. (27) La fuerza muscular es parte del desarrollo de la función neuromuscular, esencial para las actividades de la vida diaria y a lo largo del curso de la vida. Su afectación, especialmente en la niñez, juega un rol crucial, ya que en este período se adquieren nuevas habilidades. (28) Durante esta etapa la fuerza muscular indica el nivel de desarrollo y su evaluación permite identificar a los niños con riesgo de presentar afectaciones de su crecimiento y el desarrollo motor. (28) Es además el período en el que maduran los demás sistemas, entre ellos el sistema nervioso, el músculo-esquelético y el cardiopulmonar. La fuerza muscular es un importante marcador del perfil cardiometabólico que, al afectarse, limita la realización adecuada y correcta de las actividades diarias, comprometiendo el desempeño a lo largo de la vida. (28)

Sobre las intervenciones

El RC es en gran medida irreversible si no se interviene a tiempo, por eso los esfuerzos deben estar enfocados en su prevención y diagnóstico precoz, así como en su clasificación. Esto implica el involucramiento de múltiples disciplinas y sectores, capaces de dar respuestas integrales, lo cual supone un enorme reto para los países. (6) (29) Es necesario integrar las diversas miradas para intervenir de forma conjunta en un mismo sentido.

Múltiples factores adversos son capaces de acumularse en el mismo niño y pueden irse adquiriendo a lo largo de los primeros años, propiciando que su crecimiento esté por debajo de su potencial. Este cúmulo de factores, alejados de lo recomendado, especialmente en los primeros 1000 días de vida, tiene consecuencias que van más allá del momento vital de cada uno de los niños y niñas que los padecen. La serie *The Lancet* señala que la evidencia ha dejado claro que la promoción de una nutrición adecuada y los esfuerzos por prevenir la desnutrición requieren un abordaje desde perspectivas múltiples. (30)

Sin embargo, se han identificado medidas efectivas para reducir las tasas de RC. En primer lugar, es importante asegurar un crecimiento saludable durante la gestación, previniendo la restricción del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer y la prematuridad. (6)

En Uruguay, el 91% de las mujeres embarazadas cumplen con los controles estableci-

dos por el MSP, lo que señala una oportunidad para promover un embarazo saludable. Al nacer, se deben optimizar las prácticas de lactancia materna exclusiva, que son claves para garantizar el crecimiento y desarrollo saludables del niño. Es importante considerar que en Uruguay el nacimiento de los niños en instituciones de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud es prácticamente universal. La instauración temprana de la lactancia materna y su exclusividad durante 6 meses protege frente a infecciones gastrointestinales que pueden provocar graves deficiencias de nutrientes y causar así RC. Además, la leche materna es una fuente clave de nutrientes y componentes bioactivos durante procesos infecciosos y hay evidencia de que la recuperación es más rápida. De modo similar, la continuación de la lactancia materna durante el segundo año de vida, complementando el consumo de alimentos sólidos, contribuye significativamente a la ingestión de nutrientes e inmunidad, de los que carece la alimentación complementaria de escasa calidad y variedad, en entornos de bajos recursos. (31) (32)

La segunda intervención más eficaz para prevenir el RC durante el período de alimentación complementaria es mejorar la calidad de la dieta infantil. La alimentación de los niños uruguayos dista considerablemente de las recomendaciones nacionales e internacionales. Las instancias de control en salud, pautadas y universales, en Uruguay constituyen un marco de referencia y una oportunidad muy valiosa para intervenir en un adecuado proceso

de alimentación complementaria saludable y segura. Por otra parte, la derivación a especialistas del ámbito de la nutrición y otras disciplinas relacionadas son cruciales en este período de la vida, para acercarse a diagnósticos e intervenciones asertivas. (33) (6) (34)

En tercer lugar, las mejoras en el contexto en que nacen y viven los niños son fundamentales. Los ambientes donde nacen y crecen constituyen factores críticos. Combatir la pobreza infantil, con todas las circunstancias y adversidades que esta trae aparejada, es imprescindible para promover un crecimiento saludable. En este sentido, la transmisión intergeneracional y la perpetuación de los ciclos de pobreza, así como la falta de oportunidades de los referentes del cuidado y sus condiciones educativas, sociales y de salud mental, son fuertes condicionantes.

Experiencias recientes, basadas en programas sensibles capaces de mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios y su uso por grupos poblacionales especialmente vulnerables, han conseguido reducir el RC a nivel país. Estas experiencias se sostienen en la equidad y la reducción de las brechas sociales, donde el compromiso político, la prestación de servicios de calidad e integrados con la participación de las comunidades en los programas y actividades han mostrado ser elementos que contribuyen a estas mejoras. (6)

Sin embargo, en países como Uruguay surge la preocupación de cómo promover el creci-

miento saludable sin generar mayor riesgo de enfermedades futuras, de enfermedades crónicas. (35)

Si el niño crece rápido hasta los 2 años adquiere más masa magra que masa grasa y esto es determinante, porque implica más músculos, huesos, vísceras y masa cerebral. Pero después de los 2 años se invierte esta situación y el crecimiento rápido conlleva un aumento de la masa grasa corporal, es decir que existe un período en cual el crecimiento compensador todavía protege, pero un crecimiento compensador tardío es perjudicial. (35)

Aquellos niños expuestos a RC intrauterino, si ganan peso en forma excesiva luego de los 2 años aumentan drásticamente el riesgo de enfermedades futuras.

Por lo tanto, es imprescindible que las orientaciones sobre las prácticas alimentarias en relación con el momento en que ocurre la ganancia de peso sean determinantes, ya que esas prácticas afectan el riesgo futuro de los niños y la sociedad en su conjunto.

En este sentido surgen varias interrogantes en relación con las intervenciones nutricionales que suelen llevarse a cabo cuando estas situaciones son detectadas.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores que se asocian al RC en niños menores de 5 años de Uruguay.

Objetivos específicos:

Describir la prevalencia de RC en los niños menores de 5 años en Uruguay, según características sociales, ambientales, económicas y de salud de la madre y del niño.

Determinar la asociación entre la presencia de RC y las variables estudiadas.

Construir un modelo predictor de la prevalencia de RC en esta población.

Metodología

Fuentes de información

Para el presente estudio se utilizaron las bases de datos de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) cohorte 2018 y la Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud llevada a cabo en los años 2020 (ENLM). (20) (21)

Población de estudio

En el caso de la ENDIS, se incluyeron todos los niños y niñas que tenían entre 0 y 59 meses en todo el territorio nacional en el momento del relevamiento, en 2018.

En el caso de la ENLM, se incluyó una muestra representativa de los menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos fue realizado utilizando el programa estadístico para R en su versión 3.6.1. y STATA. Para las pruebas estadísticas se consideró un valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo.

Se consideró bajo peso al nacer a quienes pesaron menos de 2500 gramos al momento de nacer y se consideró pretérmino a quienes nacieron antes de la semana 37 de gestación.

Se realizó la valoración antropométrica diferencial en aquellos niños nacidos pretérmino siguiendo las recomendaciones a nivel país. Se

utilizaron las curvas confeccionadas en el Reino Unido (UK WHO Neonatal and Infant Close Monitoring Charts) y aprobadas por la OMS hasta que el niño llegue hasta su fecha probable de parto, es decir, hasta que complete las 40 semanas. A partir de ese momento se deben evaluar por las curvas de la OMS de 2007. Cabe destacar que la corrección de la edad se realizó hasta el primer año para los recién nacidos de 32 a 36 semanas, y hasta los 2 años para los recién nacidos antes de las 32 semanas. (35)

Para el análisis de datos se utilizaron estadísticas descriptivas y analíticas. Para las variables categóricas se reportaron frecuencias en tablas univariadas o en tablas de doble entrada. En el caso de las variables numéricas se calcularon medidas de resumen de tendencia central y de dispersión como: media y desvío estándar.

Para realizar una descripción más detallada, en las bases de ENDIS se crearon 2 grupos según edad. El primer grupo abarca del nacimiento hasta los 23 meses inclusive, y el segundo a partir de los 24 meses y hasta los 4 años inclusive. Esta diferenciación se basa en que el período comprendido entre el embarazo y los primeros 24 meses de vida son descritos como la mayor ventana de oportunidad para intervenir y asegurar un crecimiento y desarrollo saludables. En este documento se presentan los resultados de todo el grupo de niños de 0 a 4 años inclusive, así como su análisis por separado. El análisis se basó en

el modelo teórico, en el cual se integraron las causas estructurales y subyacentes del desarrollo de RC en la primera infancia.

En la base ENDIS, con el objetivo de identificar los determinantes del RC, se utilizó un modelo probit que estima la probabilidad de que un niño menor a 5 años presente RC, entendido como una estatura inferior a más de dos

desvíos estándar de la mediana. En términos formales, se modela la probabilidad con que la variable dependiente, Y, toma el valor 1, es decir, la probabilidad de que el niño tenga RC. Dicha probabilidad se intenta explicar por un conjunto de variables que surgen de características del niño, de la madre y de las condiciones socioeconómicas del hogar, de la siguiente manera:

$$P(Y_i=1)=\Phi(\beta_k X_{ik})$$

$$P(Y_i=0)=1-\Phi(\beta_k X_{ik})$$

donde

$$X_{ik} = (X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{ik}) \quad X_{ik} = (X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{ik})$$

representa el vector de las k variables explicativas del niño i

$$\beta_k \quad \beta_k$$

representan a los ponderadores de cada variable k

$$\Phi \quad \Phi$$

es una función de distribución acumulada de una variable aleatoria normal estándar

En primer término, se estimó un modelo *probit* para estimar la probabilidad de que un niño tenga retraso en talla a partir de diferentes características. En lo relativo a las características del niño, se utilizaron dos variables. En primer lugar, una variable dicotómica que toma el valor 1 cuando el niño tuvo una cantidad de semanas de gestación insuficiente (menor a 37 semanas) y 0 en caso contrario. A su vez, se incluyó una variable que toma el valor 1, cuando el niño tiene de 0 a 24 meses de edad y 0 cuando tiene entre 24 y 48 meses.

En cuanto a las características socioeconómicas, se construyeron quintiles de ingreso per cápita de los hogares a partir de las variables de ingreso relevadas por la ENDIS 2018 y umbrales estimados en la Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2018 del Instituto Nacional de Estadística (INE). (36) (37) En particular, se incluyó una variable que indica la pertenencia del hogar al primer quintil de ingreso per cápita de los hogares. Por último, se incluyeron tres variables dicotómicas relativas a las ca-

racterísticas de la madre: una de ellas indica si la madre presenta una baja talla (inferior a 1,5 m), otra indica si la madre tenía 40 años o más al momento del parto y una última variable indica la condición de madre fumadora durante el embarazo.

Por otra parte, para la base de datos de la ENLM, se aplicó una regresión lineal múltiple donde la variable dependiente es el valor Z (estadístico con distribución normal standard $N(\mu=0, \sigma=1)$) para el indicador talla/edad y dentro de las variables explicativas (independientes) se incluyeron variables vinculadas al niño, al embarazo y al contexto socioeconómico de la década. Estas fueron incluidas teniendo en cuenta el marco teórico. El valor Z para la talla/edad fue calculado con el programa Anthro, el cual refiere a las tablas OMS de 2007. (38)

El modelo de regresión lineal múltiple responde a la siguiente ecuación general:

$$y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots \dots \dots \beta_n x_n$$

donde

β_1 es el coeficiente estimado para la variable i

x_1 es el vector correspondiente a la variable i para todas las observaciones

n es la cantidad de variables explicativas

y es la variable dependiente (en este caso el valor Z de talla/edad)

Resultados y análisis

Los resultados presentados a continuación brindan una aproximación a las características de los niños entre 0 a 59 meses de dos bases de datos correspondientes a encuestas nacionales, realizadas en 2018 y 2020. En primer lugar, se analizarán los resultados de los niños y niñas con RC detectados en la base de datos de ENDIS 2018 y luego los niños con esta misma condición, según indicadores antropométricos, pertenecientes a la base de datos de la ENLM.

Del total de niños estudiados en la ENDIS, 40,1% tenía 23 meses o menos y el 48,7% de ellos era del sexo femenino. El 7,5% nació con bajo peso y, similar a lo que reportó el MSP en 2018, el 8,1% nació prematuros. El 6,8% de los niños presentó RC al momento de la encuesta (Tabla 1).

El 44,8% de los niños residía en Montevideo. El 43,9% vivía en hogares que presentaron algún grado de inseguridad alimentaria.

Con respecto a las características maternas, el 63,1% de las madres tenía 1 o más trabajos al momento de la encuesta; el 46% tenían 30 años o más al momento del nacimiento de este hijo, siendo el 63,5% multíparas, es decir, ya tenían uno o más hijos. Por su parte, se destaca que un 4,4% de las madres presentaba una talla menor o igual a 1,499 m.

En relación con los controles de salud durante la gestación, un 14,3% de las mujeres controló su embarazo por primera vez luego de las 14

semanas de gestación. A su vez, un 12,3% de las madres mantuvo el hábito tabáquico durante el embarazo (Anexo 1).

El análisis bivariado permitió visualizar algunas particularidades. El RC fue mayor en los varones, entre quienes nacieron prematuramente, y en aquellos que tuvieron bajo peso al nacer (Tabla 1).

Con respecto a las características maternas, se destaca que un mayor porcentaje de niños con RC provenía de madres con talla baja (menor a 1,5 m).

El RC se presentó con mayor frecuencia en hijos de mujeres mayores de 40 años al momento del parto y en los niños cuyas madres mantuvieron el hábito tabáquico durante la gestación. Existe suficiente bibliografía que permite afirmar que fumar durante el embarazo disminuye el crecimiento del bebé antes del nacimiento, aumenta el riesgo de prematuridad, puede dañar los pulmones y el cerebro y eleva el riesgo de padecer muerte súbita luego de nacido. (39)

Asimismo, se observó mayor prevalencia de RC en hijos de quienes accedieron tardíamente al primer control de embarazo (> 14 semanas).

La planificación y el control tempranos y oportunos del proceso de la gestación permiten desarrollar acciones protectoras vinculadas a la salud materna e infantil, tanto en el corto

como en el mediano y largo plazo. Según la pauta actual, el MSP sugiere que la primera consulta se realice ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12-14 semanas de amenorrea. (40) Es necesario garantizar el acceso al cuidado de la salud de las mujeres en edad fértil y de las mujeres que sospechan un posible embarazo, para poder alcanzar la adherencia al primer nivel de atención en salud y brindar, de forma integral, una atención interdisciplinaria, que cumpla con todo lo expresado en las pautas emitidas en relación con la vigilancia nutricional, los estudios paraclínicos y la suplementación con ácido fólico y hierro, de acuerdo a la pauta del MSP. (40)

Este estudio ha demostrado que el quintil de ingreso per cápita del hogar tiene una relación inversa con el RC. A menor ingreso el RC es más prevalente (Tabla 2). Es bien sabido que los hogares con niños, especialmente niños pequeños, son los que engrosan la población que vive por debajo de la línea de pobreza.

Aquellos niños menores de 5 años que viven en hogares con inseguridad alimentaria moderada o severa presentaron casi tres puntos porcentuales más de prevalencia de RC que los que viven en hogares con seguridad alimentaria.

Acceder a alimentos saludables de forma sostenida y asegurar la cantidad suficiente de estos son condiciones ambientales protectoras de la afectación del crecimiento, y dada su relación probada con las condiciones de pobreza, otros aspectos ambientales estarían incidiendo en esta diferencia.

Por otro lado, llama la atención que igualmente en hogares con seguridad alimentaria existe una prevalencia mayor de RC de la esperada. Esto muestra la complejidad y multicausalidad de este problema y la necesidad de un análisis en diferentes niveles, tanto económico, como ambiental y biológico.

Tabla 1. Asociación de variables con RC, base ENDIS, 2018

Variables		RC	
		Sí	No
Sexo (%)	Femenino	6,2	93,8
	Masculino	7,4	92,6
Semanas de gestación	Pretérmino	12,5	87,5
	A término	6,3	93,7
Peso al nacer (g)	<= 2499	17,3	82,7
	2500 a 2999	12,3	87,7
	3000 a 3999	8,0	95,0
	>= 4000	0,5	99,5
Quintiles de ingresos	1	8,0	92,0
	2	5,9	94,1
	3	5,9	94,1
	4	4,8	95,2
	5	4,4	95,6
Seguridad Alimentaria	Seguridad	6	94,0
	Inseguridad leve	7,5	92,5
	Inseguridad moderada-severa	8,7	91,3
Lugar residencia	Montevideo	6,5	93,5
	Interior	7,0	93,0
Edad materna al momento del nacimiento (en años)	14-17	6,5	93,5
	18-24	9,3	90,7
	25-29	6,0	94,0
	30-34	4,8	95,2
	35-39	5,3	94,7
	40 y más	12,5	87,5
Cantidad de hijos al momento del nacimiento	Primípara	7,0	93,0
	Múltipara	6,9	93,1
Talla materna (mts)	Talla baja (< 1, 499m)	22,3	77,7
	Talla normal (≥ 1,50m)	6,1	93,9
Nivel educativo materno	Primaria incompleta	6,5	93,5
	Primaria completa	6,7	93,3
Primer control de embarazo (semanas)	≤ 14	6,6	93,4
	15-28	7,9	92,1
	29-41	8,2	91,8
	Otros (no consulta/no indicado)	17,2	82,8
Hábito tabáquico durante gestación	Sí	10,4	89,6
	No	6,3	93,7

Fuente: estimación propia basada en ENDIS cohorte 2018.

A partir del análisis de probabilidad de que un niño tenga RC a partir de diferentes características, los datos señalan que todos los coeficientes incluidos resultaron positivos y, a excepción de la variable “madre fumadora” y “quintil de ingresos”, significativos a un nivel de 95%.

Es decir, que haber sido prematuro, ser menor a 24 meses de edad y que la estatura de la madre sea menor o igual a 1,499 metros, tenga 40 años o más o que sea fumadora influyen positivamente en la probabilidad de que un niño presente RC (Tabla 2).

Tabla 2. Estimación de modelo probit para RC, 2018

Regresión probit

Número de observaciones = 2.263

Log pseudoprobabilidad = -40101.389

Wald chi2(6) = 54.61

Variable dependiente: RC

Prob > chi2 = 0.000

Pseudo R2 = 0.053

Variables independientes	Coefficientes	Error estándar robusto	z	P> z	[Intervalo de confianza al 95%]	
Semanas de gestación insuficientes	0,31579	0,130784	2,41	0,016	0,0594588	0,5721213
Edad menor a 24 meses	0,33582	0,084824	3,96	0	0,1695679	0,502072
Primer quintil	0,151009	0,089069	1,7	0,09	-0,0235633	0,3255821
Talla de la madre <1.499 m	0,718211	0,154637	4,64	0	0,4151273	1,021295
Madre de 40 años o más	0,393591	0,166909	2,36	0,018	0,0664555	0,720727
Madre fumadora	0,170406	0,11846	1,44	0,15	-0,0617714	-0,0617714
Constante	-1,857705	0,079906	-23,25	0	-2,014319	-1,701091

Fuente: estimación propia basada en datos ENDIS cohorte 2018.

Con el objetivo de indagar en la intensidad relativa con la que estos distintos factores inciden en esta probabilidad se presentan los efectos parciales (Tabla 3).

En lo relativo a las características del niño, se estima que haber tenido una gestación inferior a 37 semanas, es decir, nacer prematuro, aumenta la probabilidad de presentar RC en un 3,8%. Por otra parte, tener menos de 24 meses de edad aumenta esta probabilidad en 4%.

En lo referente a la condición socioeconómica del hogar, se halló que la pertenencia a hogares del primer quintil de ingreso per cápita aumenta en un 1,8% la probabilidad para los niños de tener RC.

Por último, dentro de aquellas variables asociadas a características de la madre se encuentra que la baja talla materna aumenta en 8,6% la probabilidad de RC de sus niños, mientras que tener 40 años o más y fumar durante el embarazo aumentan esta probabilidad en 4,7% y 2%, respectivamente.

Tabla 3. Efectos parciales de variables explicativas del retraso de talla, 2018

Efectos marginales condicionales

Número de observaciones = 2.263

Modelo VCE: Robusto

Probabilidad (RC), predicción en la media

Variables independientes	dy/dx	Error estándar met. Delta	z	P> z	[Intervalo de confianza al 95%]	
Semanas de gestación insuficientes	0,0377663	0,0155395	2,43	0,015	0,0073095	0,0682232
Edad menor a 24 meses	0,0401618	0,0097417	4,12	0	0,0210684	0,0592552
Primer quintil	0,0180597	0,0107427	1,68	0,093	-0,0029957	0,0391151
Talla de la madre <1.499m	0,0858932	0,0185986	4,62	0	0,0494407	0,1223457
Madre de 40 años o más	0,0470708	0,0198694	2,37	0,018	0,0081276	0,0860141
Madre fumadora	0,0203794	0,0140305	1,45	0,146	-0,0071199	0,0478787

Fuente: estimación propia basada en datos ENDIS cohorte 2018.

Tanto la literatura como los hallazgos presentados sugieren que los factores que operan sobre el RC están condicionados por la edad del niño. Es decir, que dependiendo de su edad los diferentes factores influyen en mayor o menor medida sobre el fenómeno de estudio. En este sentido, se estimaron modelos independientes para los niños mayores y menores de 2 años, intentando identificar qué factores cobran mayor relevancia en cada etapa dentro de los primeros años de vida (Tabla 4).

Los modelos estimados para cada tramo de edad muestran que las características genéticas, biológicas y comportamentales de la madre resultan más importantes al momento de explicar la probabilidad de tener RC en los primeros 24 meses de vida. En este grupo, dichas características resultaron significativas al 90%, mientras que los factores socioeconómicos no resultaron significativos para este grupo de niños. Especialmente la edad y la talla materna al momento del nacimiento, así como haber fumado durante la gestación, son los factores que aumentan la probabilidad de RC en este tramo de edad.

Está bien documentado que la salud y el estado nutricional materno antes, durante y después del embarazo influye en las etapas iniciales del crecimiento y desarrollo del niño. La altura del niño tiene un fuerte componente intergeneracional. Los niños nacidos de madres más bajas, en promedio, son más bajos. Entre las múltiples correlaciones que se ha demostrado que están asociadas con el riesgo de

RC en la infancia la altura materna es la más fuerte. La altura alcanzada por la madre, determinada tanto por su propia genética como por su historia de crecimiento, se transmite a sus hijos. Esto señala que el RC comienza en el útero y se manifiesta entre los 2 y 3 años de edad. (7) Tal como lo refiere Mericq, es necesario observar y tener en cuenta la talla de los padres y esta debería ser tomada en cuenta al momento de analizar el RC en niños. (42)

Por su parte, el consumo de tabaco es también un factor clave de la desigualdad en los primeros años de vida. La exposición al humo del tabaco afecta negativamente a cada una de las etapas de la reproducción de los seres humanos. Específicamente durante el embarazo el consumo de tabaco, incluido el tabaco sin humo, aumenta el riesgo de complicaciones graves como abortos, muerte prenatal, embarazos ectópicos, partos prematuros y malformaciones congénitas. A esto se suma mayor riesgo de muerte súbita del lactante. El humo del tabaco contiene sustancias tóxicas que se han vinculado con afecciones múltiples. Los estudios recientes señalan que el tabaquismo durante el embarazo causa un tercio de las muertes infantiles entre los hogares más desfavorecidos. En los niños pequeños también se han constatado repercusiones en su salud y desarrollo, al estar expuestos a humo de tabaco. Adicionalmente, el consumo de tabaco en adultos del hogar contribuye a la inseguridad alimentaria y el hambre al impactar en la distribución del presupuesto del hogar. (42)

Por otra parte, en los niños de 2 años y más características de la madre, como tener 40 años o más y ser fumadora, pierden peso como variables explicativas y dejan de resultar significativas en el modelo. En contraste, la variable relativa al nivel socioeconómico resulta significativa, indicando que las condiciones del entorno aumentan su incidencia a medida que los niños son más grandes. Es contundente que a medida que crecen, la exposición a aspectos exógenos o ambientales, como es el entorno socioeconómico, afectivo y de cuida-

dos, pasa a ser más relevante que los sucesos prenatales, como sucede en los primeros dos años. En Uruguay, históricamente, según datos del INE se evidencian claras diferencias según la edad, los niveles de pobreza más altos corresponden a los menores de 6 años, seguidos de los que tienen entre 6 y 12 años. (41)

Es necesario mencionar que las condiciones de haber sido prematuro y la baja talla de la madre son significativas al 90% para ambos tramos de edad.

Tabla 4. Estimaciones para menores y mayores de 2 años, 2018

Variables	Menores de 2 años			2 años y más		
	Coefficientes	p valor	Efecto parcial	Coefficientes	p valor	Efecto parcial
Semanas de gestación insuficientes	0,316	0,083	0,051	0,315	0,094	0,029
Primer quintil	-0,099	0,411	-0,016	0,411	0,003	0,038
Talla de la madre <1.499m	0,806	0,000	0,129	0,647	0,003	0,059
Madre de 40 años o más	0,373	0,080	0,060	0,384	0,149	0,035
Madre fumadora	0,379	0,020	0,061	-0,031	0,863	-0,003

Fuente: estimación propia basada en datos ENDIS cohorte 2018.

Con respecto a los hallazgos en el estudio de la base de datos de la ENLM, del total de niños menores de 24 meses valorados un 12,1% presentó RC, mientras que un 29,8% riesgo de RC. Se destaca que la media de puntaje z del indicador longitud/edad fue de $-0.37 (\pm 0.05)$.

El 5,4% de los niños nació de manera prematura, por lo que la valoración antropométrica se ajustó por edad corregida. (34)

Con respecto a las características socioeconómicas, más de la mitad de niños (54,9%) pertenecían a familias de un bajo nivel socioeconómico. Por su parte, un 35,7% se atendía en el subsector público de salud (Anexo 2).

El resultado del modelo aplicado muestra que, tras el ajuste de las variables independientes, la edad del niño y la presencia de anemia durante el embarazo son las variables que resultan significativas, con una confianza del 95%.

Para la edad del niño (hasta los 24 meses) se observa que a medida que esta aumenta, las chances de presentar RC se incrementan, es decir, que el valor z para el indicador longitud/talla para edad se hace más pequeño. Este resultado muestra como el RC es un problema que se profundiza con el correr del tiempo, durante la trayectoria de cada niño, mostrando la importancia de las acciones tempranas y oportunas para prevenir su aparición y su persistencia.

Asimismo, que la madre haya tenido anemia durante la gestación también aumenta las chances de presentar RC en el niño. Aquellos niños cuyas madres tuvieron anemia durante el embarazo tienen incrementadas las chances de presentar RC (Tabla 5).

En Uruguay, según datos del Sistema Informático Perinatal, en el año 2019 el 3,3% de las mujeres embarazadas presentaron anemia antes de las 20 semanas de gestación y 15,6% luego de las 20 semanas, con porcentajes mayores entre las adolescentes embarazadas. (43)

Los resultados de este análisis van en sintonía con lo hallado en el estudio y los modelos aplicados a la base de datos ENDIS 2018. En niños menores de 2 años, algunas características maternas y del embarazo (presencia de anemia) son variables de gran peso en relación con la presencia de RC, no asociándose aún a aspectos del ambiente de la misma manera que en años posteriores.

Tabla 5. Resultado del Modelo Lineal, ENLM 2020

Variable	Coefficientes (IC95%)
(Intercept)	0.85 (0.35, 1.35)
Varón	-0.01 (-0.27, 0.25)
Edad del niño	-0.07 (-0.10, -0.05)
Bajo nivel socioeconómico	0.06 (-0.24, 0.35)
Atención en salud sector público	-0.06 (-0.41, 0.28)
Alimentación complementaria inadecuada	-0.18 (-0.45, 0.08)
Anemia durante el embarazo	-0.29 (-0.59, 0.00)
El niño recibió suplemento de hierro	0.05 (-0.29, 0.38)

Fuente: estimación propia basada en la ENLM 2020.

En suma, y reuniendo todos los resultados obtenidos de los diferentes análisis de las bases de datos disponibles en Uruguay, durante los dos primeros años de vida son la edad del niño, la edad materna mayor de 40 años, la talla materna, la anemia durante el embarazo y el tabaquismo materno los factores que

aumentan la probabilidad de presentar RC en estos dos primeros años de trayectoria vital extrauterina. A partir del tercer año de vida cobran preponderancia sobre estos factores, los factores socioeconómicos, ya que son los que aumentan la probabilidad de RC.

Reflexiones finales

El objetivo de este estudio es aportar evidencia relacionada con la definición del problema, su complejidad y multicausalidad, así como determinantes ambientales y nutricionales que puedan explicar la situación, a partir de los últimos datos recogidos por la ENDIS en 2018 y la ENLM en 2020. De esta forma, se puede comenzar a problematizar sobre el RC en la infancia, discutir si se necesitan otros insumos para caracterizar el problema, interpelar el propósito de las intervenciones una vez que es detectado. Y, sobre todas las cosas, fortalecer con evidencia las líneas de acción para propiciar que los niños y niñas con potencial para crecer puedan hacerlo saludablemente.

El RC es un indicador significativo de salud y desarrollo infantil para los países de acuerdo a la OMS. Las causas son diversas y pueden explicarse comprendiendo la complejidad que implica su diagnóstico desde las perspectivas clínicas individuales y poblacionales o epidemiológicas.

Si bien la evidencia refiere a que existen causas de tipos biológicas y genéticas, estas no explican la prevalencia del problema. Las causas de tipos exógenas o ambientales, estructurales o asociadas a las condiciones de vida desde la vida intrauterina, son las que potencialmente pueden explicar el RC en los primeros años de vida.

Los resultados alcanzados marcan una clara línea de acción. Se considera fundamental para la prevención del RC salir de la mirada

reduccionista del problema con enfoque únicamente desde la mirada biologicista, para abordarlo de manera holística teniendo en cuenta los múltiples determinantes sociales que se asocian a este problema e incluso asociados a las prácticas de los equipos de salud en relación con sus representaciones sociales.

Los datos obtenidos ponen de manifiesto nuevamente la importancia del abordaje integral del bienestar de la mujer, durante su embarazo e incluso en etapas previas, con el fin de poder intervenir para su propio bienestar, previniendo la incidencia de enfermedades no transmisibles o carencias nutricionales que, a su vez, influirá en la salud del niño.

Respecto de las características maternas relacionadas con el RC de los niños, se reconocen algunas que no son modificables, como la talla y la edad al momento del parto, pero deben ser tenidas en cuenta y valoradas a la hora de los diagnósticos e intervenciones. Otros factores, sin embargo, como el hábito tabáquico y el control tardío del embarazo (posterior a semana 14), el aumento de peso insuficiente durante este, la anemia gestacional, la prevención de la restricción del crecimiento intrauterino y los partos prematuros, en gran medida pueden ser prevenibles a través de acciones sistematizadas y estrategias consensuadas, intervenciones nutricionales basadas en la evidencia, desarrollo de estrategias conjuntas dentro y desde el equipo de salud de los diferentes niveles de atención para proteger la salud materna durante la gestación y en el pe-

ríodo del puerperio. Hay evidencia que muestra a nivel mundial una tendencia a postergar la maternidad en las mujeres de clase media y alta. (44) (45)

Este estudio demuestra que hay determinantes relacionados con el impacto de la vida intrauterina y algunas condiciones maternas, como la edad, la talla, la presencia de anemia, el hábito de fumar durante el embarazo, que podrían explicar la probabilidad de presentar RC antes de los 2 años. Los resultados dejan a la luz la perspectiva de trayectoria de cada niño. Luego de los 2 años, los determinantes que explican este RC son de índole socioeconómico, poniendo el peso del ambiente extrauterino por encima ya de lo anterior, lo que orienta sobre aspectos que, de no modificarse, continuarán sumando riesgo de crecer de forma inadecuada.

Teniendo en cuenta los hallazgos y las evidencias presentadas, con un enfoque centrado en factores determinantes del RC en los primeros 5 años de vida, se hace necesario discutir las acciones que se implementan actualmente hacia mujeres embarazadas, niños y niñas pequeños. En el caso específico de los niños y niñas, pareciera necesario afinar las prácticas e intervenciones que se desarrollan habitualmente, tomando como referencia la evidencia teórica presentada sobre la necesidad de hacer un diagnóstico adecuado, observando las condiciones maternas y gestacionales, donde queda demostrado que vale la pena intervenir. Evaluar adecuadamente los indicadores

antropométricos, sí, pero no únicamente estos, sino incluir una mirada de trayectoria, valorando antecedentes prenatales, genéticos, y agregar la observación, el examen físico, la velocidad de crecimiento, la realización de un abordaje interdisciplinario, una adecuada valoración de las prácticas alimentarias y nutricionales, la adherencia a la suplementación, las infecciones intercurrentes, la evaluación del ambiente, de la inseguridad alimentaria, de los ingresos per cápita del hogar, entre otros aspectos.

Los aspectos mencionados anteriormente parecieran dejar en claro que no alcanza con una intervención lineal y simple, sino que es necesario un análisis complejo de este problema, antes de determinarlo y así poder seguir caminos que sean más acertados e individualizados. Tal como lo menciona Victora 2008, 2012, y la serie de la revista *The Lancet* sobre la triple carga de la malnutrición (8) (27) (35), es necesario desarrollar estrategias multipropósito. En lo que respecta a los aspectos nutricionales, es claro que se hace necesario mejorar las condiciones ambientales y referentes a las prácticas alimentarias desde el inicio luego del nacimiento, y de la alimentación complementaria, entendiendo que lo que se requiere es densidad de nutrientes críticos suficientes para crecer, sin implicar estas acciones, un exceso de energía o calorías de escasa calidad, que favorecen un aumento de peso acelerado, mientras se espera que mejore el crecimiento. Aún queda por profundizar en las representaciones sociales y prácticas desarrolladas por

los equipos de atención en salud y las intervenciones llevadas a cabo. Aumentar calorías en la dieta de los niños, con suplementos basados únicamente en el aporte energético, sin valoraciones profundas del consumo de nutrientes críticos (micronutrientes) y de preocupación (productos ultraprocesados con exceso de azúcares, grasas saturadas, sodio) no es una intervención basada en la evidencia.

En suma, en Uruguay la pobreza infantil ha descendido notoriamente entre el año 2006 y el 2020. En este mismo período la natalidad ha descendido drásticamente y los niños que nacen tienen mejores oportunidades de sobrevivir, sin embargo, la prematurez y el bajo peso al nacer oscilan en cifras que rondan el 9% y 8%, respectivamente, desde el 2015. El RC en menores de 24 meses se mantiene en cifras similares desde el 2007, situándose en 11%.

Con relación a las prácticas vinculadas a la alimentación en los últimos años han descendido las tasas de lactancia exclusiva en menores de 6 meses. El aporte energético (en calorías) medido es suficiente para la gran mayoría de los niños, sin embargo, el origen de estas no proviene de alimentos con suficientes nutrientes necesarios para un crecimiento saludable. Adicionalmente, la inclusión de productos ultraprocesados desde el inicio de la alimentación complementaria, entre los niños de 6 a 59 meses es alarmante, y son una fuente calórica importante sin nutrientes de calidad y con consecuencias para el RC, el sobrepeso y la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

Por último, la anemia en niños menores de 2 años continúa siendo un problema moderado de salud pública, que no logra modificarse. Es en este contexto, y tal como se señala en la evidencia y las recomendaciones internacionales, el RC requiere un abordaje intersectorial. Uruguay requiere nuevas estrategias con una mirada multi e intersectorial, así como la ampliación de acciones que han demostrado ser efectivas. Estas deben estar dirigidas al universo de todas las personas gestantes y sus hijos e hijas.

Mejorar la identificación de casos que requieren un especial seguimiento y evaluación con las consiguientes intervenciones realizadas en este tiempo serán oportunidades aprovechadas. Sin embargo, estas mejoras no serán suficientes para gran parte de los niños si no se mejora el contexto familiar y el ambiente donde crecen y se desarrollan.

A la luz de los resultados, es fundamental continuar investigando el tema en el país, para contar con más elementos para la toma de decisiones respecto a las políticas públicas para la prevención y reducción del RC.

Nuestra mejor opción es invertir ahora en los niños y niñas y así evitar que nuestro mundo sea aún más desigual y dividido.

Tomado de Anthony Lake.
Reducir las diferencias: el poder de invertir en los niños más pobres (Unicef, 2017).

Estudio de profesionales que controlan la salud de niños y niñas en Uruguay sobre las representaciones sociales en relación con el retraso de crecimiento infantil

Carolina de León, Lucía de Pena,
Alejandra Girona

Introducción

La primera infancia, caracterizada por una rápida evolución física, cognitiva, lingüística, social y afectiva, es la etapa de la vida más vulnerable para las personas. (46) Cuando los niños y las niñas crecen y se desarrollan en contextos de privación afectiva, falta de cuidados, violencia, malnutrición por déficit y exceso, entre otras adversidades, pueden sufrir daños físicos y mentales, muchos de ellos irreparables. (47)

En Uruguay, históricamente, los principales problemas nutricionales en la primera infancia eran la desnutrición y el RC, sin embargo, en las últimas décadas estos problemas han sido desplazados progresivamente por la obesidad, la cual, además, afecta a todos los grupos etarios sin distinción de sector social perteneciente. (16) (22) Si bien la malnutrición por exceso es el problema nutricional más relevante en la primera infancia, la malnutrición por déficit aún continúa afectando a un número importante de niños y niñas menores de 36 meses, siendo el RC y la anemia dos problemas relevantes y sobre los que existe evidencia contundente de su magnitud. (20) Específicamente el RC o talla baja para la edad se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. (48)

La malnutrición se ha investigado tradicionalmente desde un enfoque cuantitativo mediando la situación y las causas que la provocan y mayormente desde una perspectiva médica. (49) Algunos se centran en la medición de desnutrición, la inseguridad alimentaria y las deficien-

cias de micronutrientes, y otros en el sobrepeso, la obesidad y la alimentación excesiva. (27) Sin embargo, a través de la rápida transición nutricional una proporción cada vez mayor de personas está expuesta a diferentes formas de malnutrición que coexisten durante el curso de la vida, en donde directamente sufren de una doble carga de malnutrición (UN Standing Committee on Nutrition) (50). Cabe destacar que esta doble carga de problemas nutricionales se produce a todos los niveles: país, región, comunidad e individuos. (51)

Un enfoque de investigación diferente basado en el carácter humanista de las ciencias de la salud se está desarrollando cada vez con más fuerza en América Latina: la investigación cualitativa. (52) A través de esta se busca identificar y comprender los significados que las personas y las comunidades les otorgan a los procesos de salud y enfermedad. Profundizar en estos resulta importante, ya que podría colaborar a la mejora de la calidad del cuidado y de la relación entre los profesionales de salud y los usuarios de salud. (53)

A nivel regional, algunos estudios cualitativos se han desarrollado colocando fundamentalmente a las madres como sujetos de estudio. Sin embargo, en Argentina, Labadie (54) indagó sobre el significado que tenían las madres y otros informantes claves en relación con la desnutrición concluyendo que la complejidad de los procesos de alimentación y nutrición están ligados a múltiples causas que se encuentran indisolublemente unidas y que no son reconocidas por los suje-

tos de estudio. En consecuencia, plantea que las soluciones de la desnutrición infantil deberían ser variadas y abarcar acciones que incidan en diferentes niveles (globales, locales, familiares, individuales) y que den respuestas integrales a la desnutrición infantil, y que esta es una problemática emergente no solo de las condiciones de vida, sino que es objeto de construcción de los conjuntos sociales. (54)

Por otra parte, Molina Pacheco (55) en Guatemala informa que entre los profesionales de la salud existe una percepción formalizada y estandarizada acerca de las dimensiones y proporciones corporales y que estas son aprendidas a partir de las diferentes modalidades de percepción y formas de clasificación que son propias de las diferentes clases y grupos sociales. La mirada legítima sobre el volumen, el peso y la estatura, y también formas, maneras y posición corporales constituyen un campo en el que se articulan valores y RS, de las cuales depende la clasificación que se hace de las personas a partir de indicadores antropométricos. (55)

Al comparar las RS sobre el fenómeno de desnutrición crónica infantil en diferentes profesionales de la salud, se observó que existe una mirada biologicista hacia la desnutrición infantil, sin encontrar, independientemente de los sujetos de estudio, otros significados o sentidos asociados a dicha deficiencia nutricional. (55)

En Uruguay no se han reportado hasta el momento estudios cualitativos en términos generales, ni en particular a partir de la teoría de las

representaciones sociales (TRS) vinculados a los problemas nutricionales desnutrición o, en su defecto, RC por parte de los profesionales que controlan la salud de los niños y niñas.

La presente investigación propone, por tanto, conocer las representaciones asociadas a los conceptos “problemas nutricionales” y “retraso del crecimiento” que poseen los profesionales que controlan la salud de los niños y las niñas en Uruguay, como forma de aportar insumos a la comprensión de la problemática. El equipo investigador considera que es necesario conocer los significados y la forma organizativa de los términos seleccionados, así como las potenciales asociaciones con otras situaciones que marcan las intervenciones clínicas y nutricionales dirigidas hacia la población infantil y sus responsables del cuidado.

Como se ha mencionado, el área de estudio planteada suele abordarse desde un enfoque biologicista y cuantitativo, por esta razón los investigadores hacen énfasis en la relevancia del método cualitativo, que habilita un análisis reflexivo y crítico de los fenómenos estudiados e indaga, para esto, sobre las representaciones que circulan en relación con los dos objetos de estudio. Tanto el RC como los problemas nutricionales poseen una fuerte vinculación con el diagnóstico médico, su terminología e ideas que las atraviesan y las representaciones acerca del riesgo para la salud que generan. (56) Estas concepciones podrían estar explicando las formas de abordaje, la interpretación, las intervenciones realizadas y los logros alcanzados.

Perspectiva conceptual: teoría de las representaciones sociales

La TRS constituye una presunción fundamental e ineludible en el campo de la psicología social, dedicada al estudio del sentido común, que según Rateau y Lo Monaco “presta atención al hecho de que acudimos cotidianamente a conocimientos y atribuciones ingenuas para explicar y comprender el mundo que nos rodea”. (57) Según estos autores, las representaciones sociales pueden ser concebidas como sistemas de opiniones, de conocimientos y de creencias de una cultura determinada, una categoría o un grupo social y están vinculadas a fenómenos sociales en contexto.

Para Moscovici (58), las representaciones sociales consolidan el moldeamiento de conductas en la medida en que crean realidades compartidas, particularmente en el campo profesional. Esto se traduce en prácticas profesionales legitimadas y naturalizadas por el grupo de profesionales que desarrolla las intervenciones y por los propios sujetos destinatarios de la intervención. (58)

Desde esta perspectiva, el referencial teórico y metodológico de las representaciones sociales posibilita la comprensión de nuevas dimensiones de las prácticas profesionales que no son evidentes, sino que son de difícil aprehensión, porque son la expresión de aspectos implícitos e inconscientes contruidos por el colectivo profesional para aportar sentido a las problemáticas que aborda y operar sobre ellas. El material del que se nutren las representaciones sociales no proviene de forma exclusiva del conocimiento científico disciplinar, sino que proviene, ade-

más, del vasto campo cultural conformado por mitos, creencias y valores que circulan a diario entre los grupos sociales y que se refuerzan por los medios de comunicación. (59)

Las representaciones sociales remiten al interjuego individual-social como constructor de discursos y prácticas sociales (60), en tanto operan como sistemas de referencia a partir de los cuales se interpretan los hechos y clasifican las circunstancias, los fenómenos y las personas. (61) Indagar acerca de las representaciones sociales que sostienen las prácticas permite hacer visibles algunas aristas de la trama de esas prácticas.

Los sujetos comprenden e interpretan de manera diferente la situación en la que se encuentran, por tanto, la representación que elabora un individuo y grupo sobre lo que debe llevar a cabo y las formas de definir los objetos es lo que interesa comprender a través de la TRS. (56) Las representaciones sociales se objetivan y anclan bajo variadas formas complejas, ya que para estos autores son:

“Imágenes que condensan un conjunto de significados; son sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede a la gente, e incluso dar un sentido a lo inesperado. Al mismo tiempo son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes nos relacionamos o forman parte del objeto de estudio”. (56)

Desde un enfoque estructuralista la representación social está constituida por un conjunto de creencias, informaciones, a propósito de un objeto dado, y este conjunto de elementos es organizado y estructurado. (62) Abric propone para el estudio de las representaciones sociales la teoría del núcleo central, colocando el foco en el conjunto de elementos cognitivos que constituyen la representación. Estos elementos se reagrupan en una estructura que el autor denomina "núcleo central", mientras que otros elementos ubicados bajo

la dependencia del núcleo se denominan "elementos periféricos". Según Abric, las representaciones sociales funcionan como una entidad, pero con dos componentes de diferentes estatus, diferentes pero complementarios y en donde el núcleo central es estable e independiente del contexto, mientras que el sistema periférico tiene que ver, según Rateau y Lo Monaco, con las coyunturas cotidianas que permiten la adaptación de la representación social a los contextos sociales. (57)

Objetivos

Objetivo general:

Explorar las representaciones sociales de los especialistas en pediatría, de los especialistas en medicina familiar y comunitaria y de los respectivos posgrados en relación con el RC en niños y niñas en Uruguay.

Objetivos específicos:

Identificar los componentes centrales de la representación social del RC.

Identificar los componentes periféricos de la representación social del RC.

Comprender la incidencia de las representaciones sociales del RC en las prácticas médicas profesionales.

Metodología

Tipo de estudio

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, exploratorio, de carácter explicativo, basado en la TRS en su enfoque estructural.

Sujetos de investigación

- Especialistas en pediatría.
- Especialistas en medicina familiar y comunitaria.
- Posgrados de pediatría.
- Posgrados de medicina familiar y comunitaria.
- Muestra: arbitraria.

Criterios de inclusión

- Quienes desarrollen su actividad profesional en el subsector público o privado.
- Con residencia en Uruguay.

Criterios de exclusión

- Quienes no hayan obtenido su título profesional en el Uruguay.

Procedimiento de recolección de datos

Se contactó a las personas participantes de la investigación por medio de sus instituciones de pertenencia: Sociedad Uruguaya de Pediatría, Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas de Pediatría y Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

En primera instancia se envió un correo electrónico a las sociedades científicas y a las

unidades académicas referidas a efectos de solicitar una reunión para dar a conocer los objetivos y el alcance de la investigación. A continuación, se solicitó colaboración para difundir la investigación entre los integrantes de sus colectivos. En una segunda instancia se reforzó la difusión de la investigación por diferentes vías, como ser las redes sociales de RUANDI, UNICEF y de las integrantes de este equipo de investigación.

Técnicas de recolección de datos

El acceso a las representaciones sociales en su enfoque procesual se obtuvo a través de la aplicación de técnica de asociación libre de palabras (TALP). Esta técnica proyectiva verbal permite revelar las representaciones que las personas tienen sobre sí mismas, el mundo y aquellos con los que interactúan socialmente a diario. (63) Consiste en presentar a las personas un estímulo verbal y solicitarles que respondan inmediatamente con la primera palabra que se les ocurra, sin pensarlo demasiado. Se presentaron dos términos evocadores para la asociación. La consigna ofrecida fue: "Escribe cinco palabras que vengan a tu mente cuando lees: problemas nutricionales" y a continuación: "Escribe cinco palabras que vengan a tu mente cuando lees retraso del crecimiento". El tiempo máximo sugerido para que las personas entrevistadas respondan o escriban sus respuestas no podía exceder los tres minutos.

La participación en la investigación se efectivizó a través de un link con acceso a un for-

mulario Google Form. El formulario presentó los objetivos y el alcance de la investigación y relevó la voluntad de participación a través de un consentimiento informado digital. Se solicitó información sobre las características sociodemográficas: sexo, edad, lugar de residencia, profesión y años de desempeño profesional, a efectos de caracterizar la población participante en el estudio.

Cabe destacar que el uso de esta técnica requiere de la participación de un número importante de participantes, en primera instancia se definió un mínimo de 80 participantes para otorgar validez a los resultados, finalmente se alcanzó un total de 110.

Análisis de datos

Se procesaron los datos provenientes de las evocaciones en el *software* libre *Openevoc 0.94*, que permite identificar el núcleo central y el sistema periférico a partir del análisis de la frecuencia y el orden de las evocaciones. Para el análisis, cada palabra se escribió en su formato original, en una planilla Excel, en el orden de que las palabras fueron recordadas (corpus evocado). Se calculó, mediante el uso del *software*, la frecuencia simple de

ocurrencia de cada palabra, el promedio ponderado de ocurrencia de cada palabra según el orden de evocación y el promedio de los órdenes ponderados del conjunto de términos evocados (Rangmot). Para el caso de la organización del contenido TALP de acuerdo a un criterio de prototipicidad se cruzaron dos indicadores, la frecuencia de aparición de cada ítem con la puntuación centralidad-periferia (escala de puntuación). (64) (65) Posteriormente, en base en estos valores se realizó la construcción del "cuadro de cuatro casas o cuadrantes". En él se especifica que: i) en el cuadrante superior izquierdo se encuentran los componentes del núcleo central (palabras más evocadas -alta frecuencia- y enunciadas en el primer lugar), ii) en el cuadrante superior derecho se ubica la primera periferia con términos con mayor frecuencia e inferior posición de evocación, iii) en el cuadrante inferior izquierdo se ubica la denominada zona de contraste, con los elementos que poseen una frecuencia débil, y un rango de aparición elevado y iv) en el cuadrante inferior derecho se ubica la segunda periferia, con componentes baja frecuencia y alto orden de evocación. (65) (66) (67)

Resultados y discusión

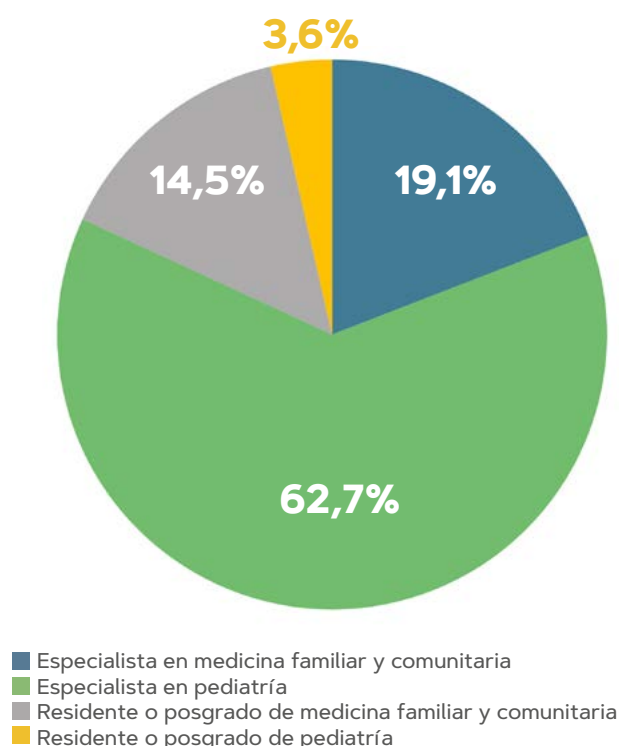
Caracterización de la población que participó del estudio

A continuación, se presenta el perfil de los profesionales que controlan la salud de niños y niñas, que aceptaron participar del estudio y culminaron el cuestionario.

Respondieron a la TALP a través del cuestionario autoadministrado un total de 110 per-

sonas, de los cuales 61,8% eran especialistas en pediatría, el 19,1% especialistas en medicina familiar y comunitaria. El 14,5% de los que respondieron eran residentes o posgrados de medicina familiar y comunitaria, mientras que 2,7% de las respuestas provienen de residentes o posgrados de pediatría (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de los profesionales de la salud que controlan la salud de niños y niñas según especialidad

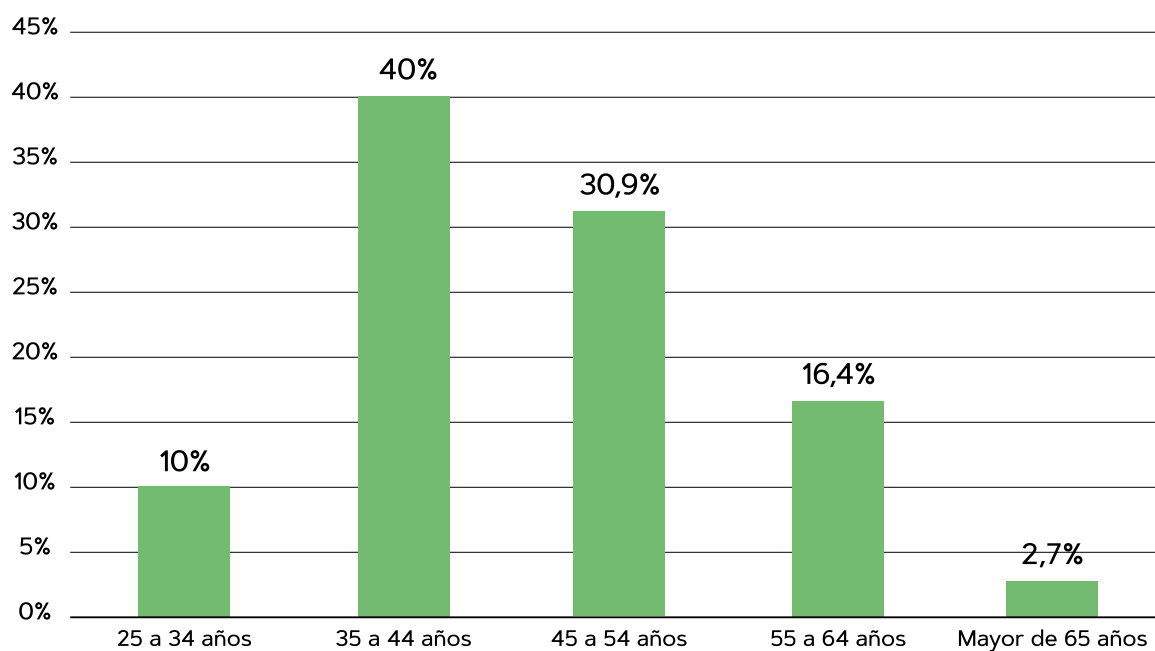


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el estudio.

La mayoría de los participantes del estudio pertenecen al género femenino (88,2%) y el 11,8% al género masculino. Esta predominancia del género femenino coincide con los procesos de feminización de la medicina en los últimos lustros, tal como se describe en el estudio sobre el perfil de la profesión médica en Uruguay. (68)

La media de edad es de 45 años DS + - 0,94 años. El rango de edades es de 27 a 77 años. El 40% de los participantes tenía entre 35 y 44 años. Un tercio de ellos (30,9%) entre 45 y 54 años (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de los profesionales según la edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el estudio.

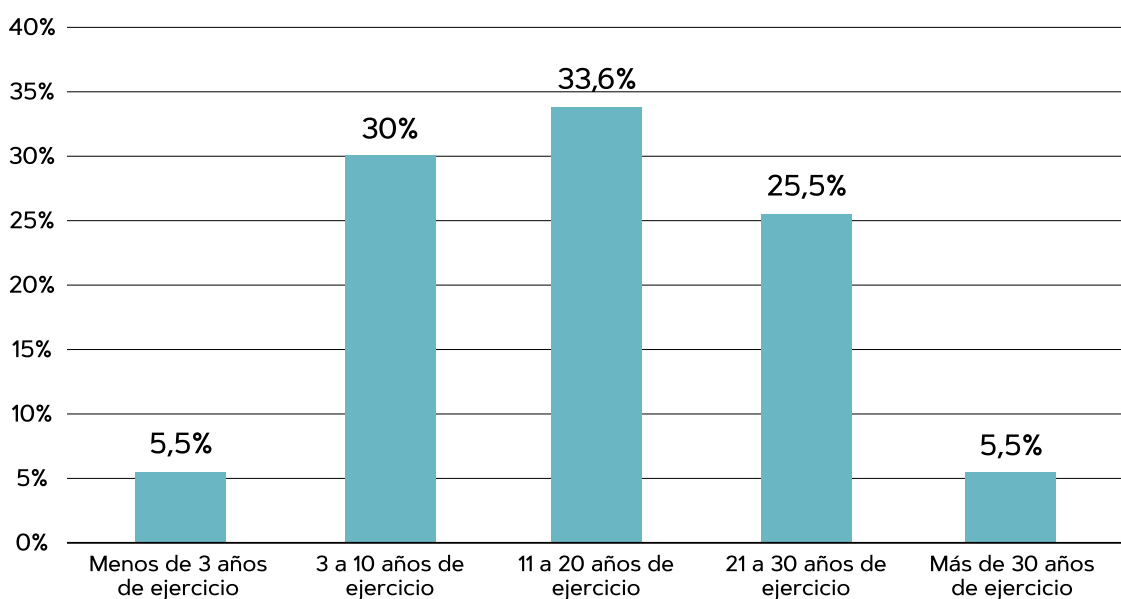
En relación con la región geográfica donde ejerce de forma predominante su profesión, el 79% lo hace en Montevideo, mientras que el 21% lo hace en el interior del país, donde desempeña principalmente su trabajo. Dentro de los que respondieron en el interior, los departamentos referidos fueron, en orden de frecuencias, Canelones, Colonia, Maldonado, Soriano, Salto, Treinta y Tres, Florida, Río Negro, Paysandú y Rocha.

Al interrogar sobre el subsector en el que desempeña la mayor parte de su trabajo, el 61,9% de las personas trabaja de forma predominante en el sector público de salud, mientras que el 39,1% se desempeña principalmente en el subsector privado.

Respecto al nivel de atención en salud en el que se desempeñan las personas participantes, el 76,4% lo hace en el primer nivel de atención en salud, 9,1% en el segundo nivel y el 14,5% en el tercero.

Más de un tercio (33,6%) tiene entre 11 y 20 años de ejercicio profesional, mientras que una proporción similar ejerce la disciplina desde hace 3 a 10 años y un 25% lo desde hace 21 a 30 años. Un 5,5% ejerce su profesión hace menos de 3 años y otro 5,5% hace más de 30 años. El tiempo de ejercicio asocia aspectos de la experiencia vivida, de los recorridos y transformaciones de las prácticas profesionales (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de los profesionales de la salud que controlan a niños y niñas según los años de ejercicio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el estudio.

Análisis de la estructura de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre problemas nutricionales en la infancia y el RC

La perspectiva teórico-metodológica de las representaciones sociales permite explorar la realidad subjetiva de los sujetos y muestra el sistema de referencias que posee como guía de acción o práctica. (58) Varios autores reconocen que las representaciones sociales están constituidas por varias dimensiones: la información y el conocimiento; las creencias y opiniones; actitudes y valores y las prácticas sociales. (58) (61) (62)

Esta investigación se basa en la corriente teórica metodológica de Abric. De esta manera, el foco de estudio se colocó en los aspectos estructurales de las representaciones sociales que hacen referencia a su estructura, contenido y organización. (62)

De acuerdo con este enfoque, las representaciones sociales son:

"[...] conjuntos cognitivos, organizados de forma específica, y regidos por reglas de funcionamiento. La comprensión de los mecanismos de intervención de las representaciones en las prácticas sociales supone, por tanto, que la organización interna de la representación sea conocida". (62)

Término inductor: problemas nutricionales

Para el término inductor "problemas nutricionales", el número de evocaciones totales fue de 540, de las cuales 150 fueron diferentes. Los puntos de corte definidos para este análisis corresponden a una frecuencia mínima de 1, una frecuencia media de 4 y un rango u orden de evocación de 2.4. Esto último se vincula con la media de posición de cada palabra en el corpus analizado (Tabla 1).

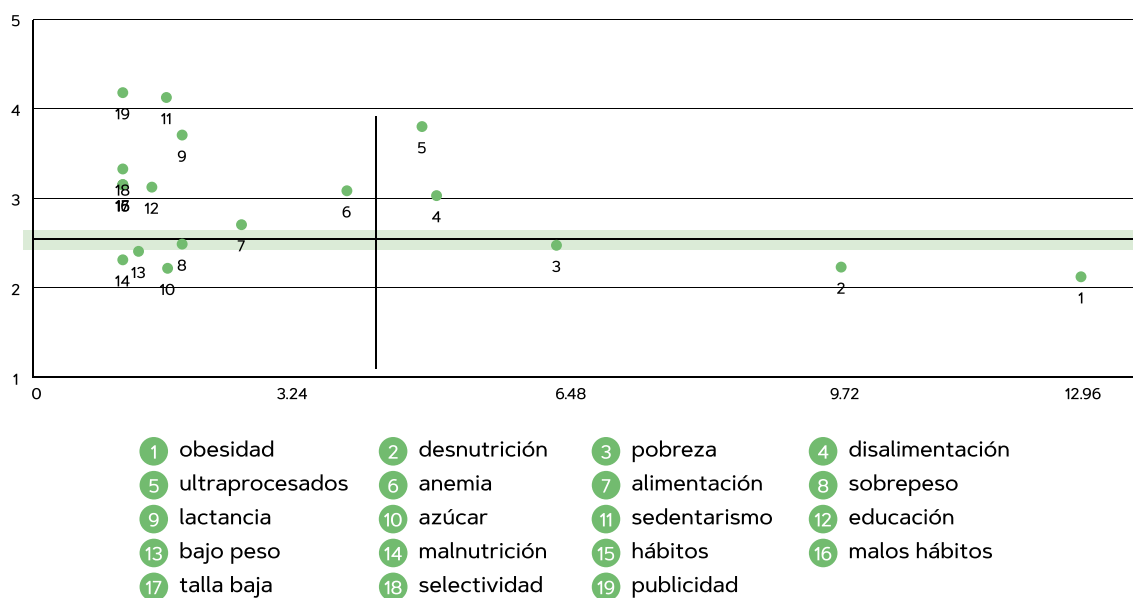
En la siguiente tabla se pueden apreciar los resultados del análisis prototípico, el cual reúne el conjunto de evocaciones de todos los profesionales participantes.

Tabla 1. Cuadro de los cuatro cuadrantes para el término inductor “problemas nutricionales”

<p>Núcleo central</p> <p>Frecuencia ≥ 4 OME < 2.4</p> <p>Obesidad (F=12.96, OME=2.11) Desnutrición (F=10, OME=2.24)</p>	<p>Primera periferia</p> <p>Frecuencia ≥ 4 OME ≥ 2.4</p> <p>Pobreza (F=6.48, OME=2.49) Disalimentación (F=5, OME=3.04) Ultraprocesados (F=4.81, OME=3.81)</p>
<p>Zona de contraste</p> <p>Frecuencia < 4 OME < 2.4</p> <p>Azúcar (F=1.67, OME=2.22) Malnutrición (F=1.11, OME=2.33)</p>	<p>Segunda periferia</p> <p>Frecuencia < 4 OME ≥ 2.4</p> <p>Anemia (F=3.89, OME=3.1) Alimentación (F=2.59, OME=2.71) Sobrepeso (F=1.85, OME=2.5) Lactancia (F=1.85, OME=3.7) Sedentarismo (F=1.67, OME=4.11) Educación (F=1.48, OME=3.13) Bajo peso (F=1.3, OME=2.43) Hábitos (F=1.11, OME=3.17) Malos hábitos (F=1.11, OME=3.17) Talla baja (F=1.11, OME=3.17) Selectividad (F=1.11, OME=3.33) Publicidad (F=1.11, OME=4.17)</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recabados en el estudio.

Ilustración 1. Distribución de las evocaciones para el término inductor “problemas nutricionales”



Fuente: OpenEvoc 0.94 (66)

Los datos obtenidos (Ilustración 1) permiten visualizar los elementos centrales que constituyen el núcleo central de las representaciones sociales, que son: obesidad y desnutrición. Estos términos se ubican en el cuadrante que se caracteriza por contener evocaciones de alta frecuencia y bajo orden medio y son los elementos claves que permiten representar al objeto de estudio. El núcleo central para los y las profesionales participantes está constituido por los aspectos que valoran e identifican como puntos limitantes y constitutivos de los problemas nutricionales. En definitiva, estos dos elementos son los más compartidos acerca de la representación evocada. Es probable que la persistencia de los elementos

del núcleo represente una tendencia cultural importante que trasciende la historia y las experiencias de los sujetos de estudio.

Al decir de Abric:

“El núcleo central es el elemento esencial de toda representación constituida y que puede, de algún modo, ir más allá del simple marco de objeto de la representación para encontrar directamente su origen en valores que los superan, y que no necesitan aspectos figurativos, esquematización, ni concreción”. (62)

Es necesario tener en cuenta que solamente los elementos que se consideren absolutamente esenciales para estructurar las representaciones sociales de los problemas nutricionales pueden considerarse componentes del sistema central. Asimismo, cabe destacar que el núcleo central constituye el elemento esencial de la representación y que este determina la significancia y la organización interna del sistema. (69) La palabra "obesidad" se destaca por tener la mayor frecuencia de evocaciones, sin embargo, "desnutrición" se presenta como la segunda evocación de núcleo a escasa distancia de la primera. En cuanto al orden de evocación, "obesidad" también es priorizada por los profesionales y presenta un mayor orden de evocación.

Cabe recordar que el núcleo central representa aquello ligado a la memoria colectiva e histórica de los profesionales médicos y cuyas representaciones sociales están fuertemente enraizadas a su memoria. Además, este núcleo deja ver aquello que se ha mantenido estable, que da coherencia y que ha resistido a los cambios. La importancia de lo hallado también deja al descubierto cómo este núcleo genera la significación de la representación y determina su organización cognitiva. (70)

Para Abric, al formar la representación de un objeto, el sujeto construye o reconstruye un sistema cognitivo basado en su sistema de valores que, a su vez, depende de su historia, trayectoria y contexto en el cual está inmerso. (69) Las representaciones sociales acerca

de los problemas nutricionales en la infancia pueden ser consideradas desde su visión funcional, lo cual, según Alves, permite a las personas dar sentido a sus conductas y comprender la realidad a través de su propio sistema de referencias y, por tanto, adaptarse y definir su lugar. (70) Históricamente los problemas nutricionales se han clasificado de acuerdo con el discurso médico preponderante en términos dicotómicos: obesidad o desnutrición, lo cual en cierta manera ha hecho que se invisibilicen otros problemas nutricionales que pueden estar presentes en la infancia no de forma aislada.

Estas representaciones son, según la TRS, manifestaciones del pensamiento social y, de acuerdo con Abric, este pensamiento social se necesita para garantizar la identidad y continuidad de un grupo social. (69) En definitiva, estas dos evocaciones representan las creencias colectivamente construidas e históricamente determinadas que son "innegociables", es decir, que no pueden ser puestas en cuestión por su carácter rígido y resistente.

Es así que el núcleo central, según esta teoría, está fuertemente marcado por la memoria colectiva del grupo y por el sistema de normas prevalentes en los sujetos. Estos elementos, obesidad y desnutrición, son los que otorgan homogeneidad al grupo. La confirmación del núcleo central está dada por la propiedad que tienen estos dos elementos de ser un componente esencial de las representaciones sociales, es decir, por la propiedad de darle signi-

ficación a toda la organización estructural. La obesidad y la desnutrición forman parte de las creencias y opiniones de los sujetos y están ligadas a la memoria colectiva y a la historia del grupo participante, y estas representaciones son pocos sensibles a la modificación del contexto social inmediato.

Los otros elementos que conforman la estructura de las representaciones sociales son los llamados elementos periféricos, que constituyen el componente operatorio y se organizan alrededor del núcleo central. Según Alves tienen un papel fundamental en la funcionalidad y dinámica de las representaciones, por su dotación de sentido y significado al núcleo central. (70) Los elementos ubicados en la periferia se encargan de dar significado a los elementos del núcleo central y, a diferencia del sistema central, este es más sensible al contexto inmediato. (71)

Este sistema periférico se caracteriza por soportar la heterogeneidad del grupo, es flexible, se transforma y permite la integración de las experiencias e historias individuales. Los elementos que constituyen el sistema periférico son la primera periferia, segunda periferia y la zona de contraste.

Al analizar lo obtenido se observa cómo los sujetos relacionan una serie de elementos vinculados a su actuar cotidiano, su identidad y pertenencia social, en donde integran información nueva y contradictoria provenientes del entorno social. (62) La primera periferia

con elementos de alta frecuencia y alto valor medio de orden de mención es aquella que promueve la interfaz entre la realidad concreta y el sistema central y, como se mencionó anteriormente, posee la característica de soportar la heterogeneidad y las contradicciones del grupo. Estos elementos para los profesionales participantes están vinculados a “pobreza”, “disalimentación” y “ultraprocesados”.

La evidencia marca que muchos de los elementos que aparecen en este cuadrante están asociados a los problemas nutricionales prevalentes, que en este caso son la obesidad y la desnutrición. Estos elementos vendrían a completar el núcleo central de la representación y si bien es evidente que, por el criterio de centralidad del análisis prototípico, los términos “obesidad” y “desnutrición” son los únicos elementos del núcleo de la representación, no se pueden descartar los términos presentes en la primera periferia, que tienen para muchos una alta frecuencia de evocación. Estos elementos periféricos son los de mayor relevancia y, al igual que la zona de contraste, resultan adyacentes y complementarios del núcleo central, representando una zona variable, ambigua y con potencial desequilibrante, por cuanto se compone de elementos en tránsito que con el tiempo pueden pasar a constituir la centralidad.

La segunda periferia de la representación asegura de forma parcial la estabilidad de la representación social, confiriendo una pro-

tección para el núcleo central (baja frecuencia y alto orden media). Está constituida por 12 elementos, los cuales expresan diferentes y variadas dimensiones asociadas a los problemas nutricionales para un grupo de profesionales. Sin duda representan una visión más compleja de los problemas identificados. Cabe destacar que en este cuadrante se observan las contradicciones o heterogeneidades del grupo, en donde aparece un número mayor de evocaciones. En relación con las evocaciones surgidas se destacan dos dimensiones o grupos de evocaciones en los que aparecen otros problemas nutricionales, como “anemia, bajo peso, sobrepeso y talla baja” y otro grupo en el que se visualizan aspectos más vinculados a lo nutricional propiamente dicho, como “alimentación, lactancia y hábitos”.

Los dos elementos de la zona de contraste, evocaciones que fueron mencionadas en los primeros lugares por un pequeño número de profesionales (baja frecuencia y bajo orden medio), fueron “azúcar y malnutrición”. Por su ubicación, estas evocaciones son irrelevantes para las representaciones sociales sobre problemas nutricionales, sin embargo, su configuración puede significar la existencia de subgrupos de sujetos portadores de una representación diferente, es decir que podría considerarse como una estructura importante de la representación social de una minoría, siendo, al mismo tiempo, un complemento de la primera periferia.

Término inductor: retraso del crecimiento

Para el segundo término inductor el número de formas semánticas totales fue de 535, de las cuales 231 fueron diferentes. Los puntos de corte definidos para este análisis corresponden a una frecuencia mínima de 1, una frecuencia media de 4 y un rango u orden de evocación de 2.3, lo cual corresponde con la media de posición de cada palabra en el corpus analizado (Tabla 2, Ilustración 2).

La salud y la enfermedad son construcciones culturales que incluyen diferentes dimensiones ideológicas, políticas y económicas, por tanto, para entender ambos fenómenos es necesario, además, comprender las relaciones que se generan entre estas circunstancias y los grupos e individuos. (72) En este sentido la TRS es una buena herramienta para adentrarse desde la perspectiva sociocultural al análisis de las representaciones vinculadas con el RC infantil.

Cuando se representa socialmente un objeto, lo desconocido o problemático, se integra en perspectivas familiares del mundo. (58) A decir de Araya conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). (59) Para estos profesionales su representación acerca del RC coloca en el núcleo las evocaciones “talla baja” y “desnutrición”, estas les dan significación a los elementos de la representación y los organiza. (62) (69)

El núcleo central compuesto por “talla baja” y “desnutrición” está determinado por la naturaleza del objeto representado, la relación entre los sujetos y dicho objeto y por el sistema de valores y normas sociales que rigen su entorno. Cabe hacer notar que ambos elementos forman parte de un mismo grupo de palabras que habitualmente son concebidas como sinónimos en el ámbito médico.

Estas evocaciones están ubicadas en un nivel axiomático de la estructura de las representaciones y se encuentran relacionadas a la cultura o ideas primitivas en la organización de las creencias sobre el fenómeno social. Este núcleo les otorga a estos sujetos ciertas características como estabilidad, resistencia y normatividad. La talla baja objetivó la mayor frecuencia de mención con un 10% de frecuencia, sin embargo, la distancia con el segundo elemento no es importante. Estos dos elementos conforman, así, lo fuertemente arraigado en estos sujetos y están fuertemente vinculados a su visión funcional del mundo, que les permite conferir sentido a sus conductas y entender el RC a través de su propio sistema de referencias. Es importante destacar la función del núcleo central, en tanto, tiene una función consensual para estos sujetos que, además de otorgar homogeneidad al grupo, establece un carácter normativo de las significaciones que comparten.

En forma paralela se visualiza una periferia en donde sus elementos se encuentran en constante vínculo con el núcleo, por tanto

su organización, presencia, valor y función se encuentran determinados por este, entre más cercanos al núcleo, mayor será su papel en la concreción del significado de la representación y entre más alejado se encuentren del centro, aclararán y justificarán la significación de dicha representación. (73) La periferia para este autor es el nivel pragmático de las prácticas cotidianas, y el espacio de las negociaciones entre lo ideal y la oportunidad en el encuentro y entre el orden de lo simbólico y las condiciones materiales.

En este caso la pobreza, único elemento de la primera periferia, si bien presenta alta frecuencia de evocación para los sujetos, este elemento no fue ubicado dentro del núcleo central, debido a que la media del orden de su evocación fue alta, es decir que el rango promedio de evocación excedió el criterio de corte determinado. Sin embargo, un elemento periférico sobresaliente, como puede ser este, puede revelar un tema nuevo en una representación social en transformación. (74)

En relación con la segunda periferia, es decir, aquellas evocaciones que cuentan con un bajo orden de frecuencia y bajo orden de mención, aparece en una dimensión en donde se incluyen otros problemas nutricionales y herramientas para su definición “anemia”, “bajo peso”, “curvas de crecimiento” y otra dimensión vinculada a aspectos del amplio campo de la nutrición humana, como “disalimentación” y “alimentación”.

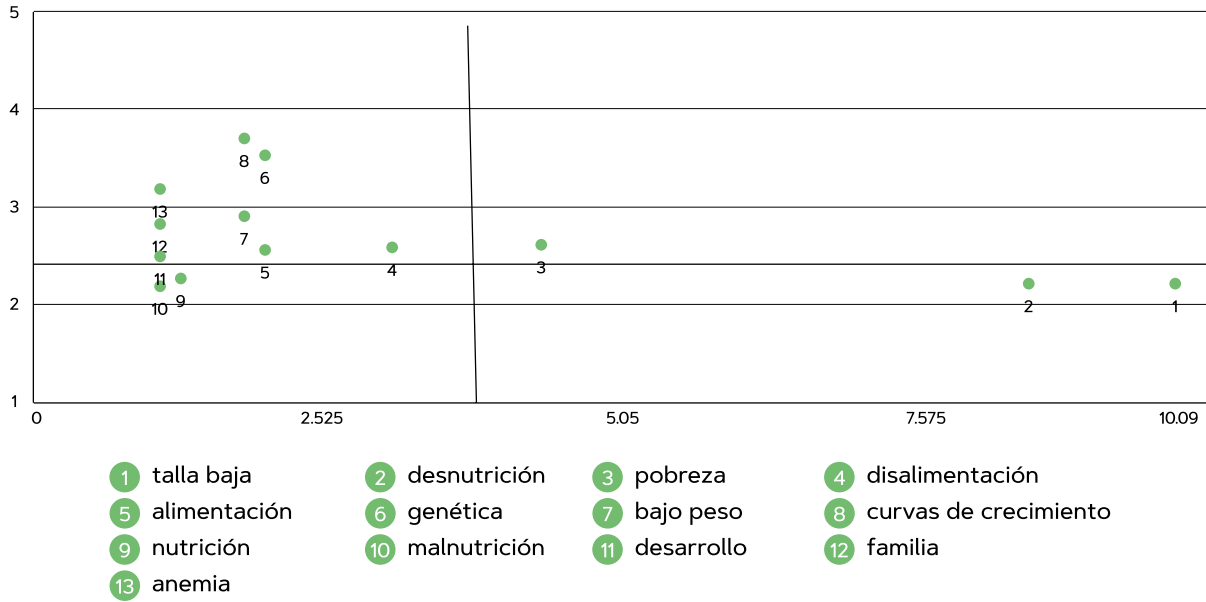
Por último, elementos que son importantes para un grupo menor de profesionales porque los ubican en los primeros lugares de sus evocaciones representan al RC con la “nutrición” y

“malnutrición”, contenidos a través de los que este grupo vehiculiza su visión del objeto estudiado.

Tabla 2. Cuadro de los cuatro cuadrantes para el término inductor “retraso de crecimiento”

<p>Núcleo central</p> <p>Frecuencia ≥ 4 ome < 2.3</p> <p>Talla baja (F=10.09, OME=2.2) Desnutrición (F=8.79, OME=2.23)</p>	<p>Primera periferia</p> <p>Frecuencia ≥ 4 OME ≥ 2.3</p> <p>Pobreza (F=4.49, OME=2.58)</p>
<p>Zona de contraste</p> <p>Frecuencia < 4 OME < 2.3</p> <p>Nutrición (F=1.31, OME=2.29) Malnutrición (F=1.12, OME=2.17)</p>	<p>Segunda periferia</p> <p>Frecuencia < 4 OME ≥ 2.3</p> <p>Disalimentación (F=3.18, OME=2.59) Alimentación (F=2.06, OME=2.55) Genética (F=2.06, OME=3.55) Bajo peso (F=1.87, OME=2.9) Curvas de crecimiento (F=1.87, OME=3.7) Desarrollo (F=1.12, OME=2.5) Familia (F=1.12, OME=2.83) Anemia (F=1.12, OME=3.17)</p>

Ilustración 2. Distribución de evocaciones para el término inductor "retraso del crecimiento"



Fuente: OpenEvoc 0.94 (66)

Reflexiones finales

Desde la TRS, el presente estudio constituye un aporte innovador a nivel nacional acerca de los sentidos que elaboran los y las profesionales intervinientes en torno a los problemas nutricionales y el RC en la infancia. Avanzar desde la TRS a partir de la corriente estructural permite sumar elementos de análisis de objetos de estudio seleccionados, en donde el concepto de desviación y normalidad siempre está presente.

Más allá de los diversos elementos heterogéneos que aparecen para los términos inductores seleccionados, y de la clasificación de los cuerpos y la búsqueda de asociaciones que tratan de explicar los fenómenos estudiados, aparecen atributos característicos de la forma en que se construye la perspectiva clínica de los problemas estudiados. Las representaciones sociales sobre los problemas nutricionales se afirman sobre principios epistemológicos tradicionales y desde esta perspectiva se constituye el sentido común del saber médico histórico dominante, que permite la universalización de los diagnósticos y, consecuentemente, una identificación común de los casos a intervenir.

El campo disciplinar de la nutrición humana se basa fundamentalmente en una perspectiva hegemónica que, con un enfoque mayoritariamente neopositivista, ha generado un modelo disciplinar fragmentado al momento de definir y abordar los problemas de salud que aquejan a la sociedad. En esta primera aproximación de estudio y sin posibilidades de generar hi-

pótesis, puede observarse la reducción de los problemas nutricionales a un problema vinculado a la ciencia biológica o a una representación causal fragmentada, como podría ser la objetivación de la desnutrición como estado nutricional alterado o un consumo alimentario inadecuado y, por tanto, una solución del problema que es individual y familiar, en donde básicamente no puede faltar una recomendación alimentario-nutricional.

En este estudio prevalece una mirada mayoritariamente vinculada a la tradición epistemológica con perspectiva clínico-biológica y en donde no se visualiza un enfoque multicausal basado en una perspectiva sistémica, aun cuando aparecen algunos elementos representados en el RC, como la pobreza y la familia, evocaciones que según las investigadoras son claves para comprender el estado nutricional de los niños y niñas o para pensar las intervenciones diarias o construir políticas públicas en el campo de la nutrición humana. Las ausencias de elementos también dicen sobre la organización, jerarquía y orden de las representaciones en lo social, afines a los objetos de estudio seleccionados.

La falta de una perspectiva integral sociocultural y ecológica suele aparecer como un primer obstáculo, en especial para el abordaje de la malnutrición. Ningún profesional de la salud puede resolver la mayoría de los factores que se vinculan con la malnutrición por déficit o por exceso y que afectan a niños y niñas, elementos que aparecen en las organizaciones

jerárquicas de las representaciones sociales en los profesionales. Es necesario repensar desde qué perspectiva quieren abordarse los problemas alimentarios nutricionales en un mundo globalizado, en donde no pueden dejarse de lado las diferentes culturas, y entornos alimentarios en donde surgen los problemas nutricionales.

De acuerdo con los elementos surgidos es necesario traspasar la mirada tradicional de los problemas nutricionales y las expresiones de desviaciones clínico-biológicas que clasifican mediante un puñado de indicadores antropométricos. El diagnóstico nutricional es para Herkovits necesariamente un juicio moral que jerarquiza la realidad somática de acuerdo a criterios valorativos basados en el saber biomédico. (75) (76) Las representaciones sociales fuertemente arraigadas al diagnóstico y la clasificación de los cuerpos implican, en sí mismas, una jerarquización valorativa de los profesionales, con variados o heterogéneos significados posicionados en la periferia de la organización de las representaciones y en donde consensuadamente comparten unas pocas evocaciones ligadas a aspectos culturales históricos y que los homogenizan como grupo. Un aspecto importante es que las representaciones siempre son guía para la acción, por tanto, lo que se recoge a través de estos dos estímulos está vinculado a la información y el conocimiento; las creencias y opiniones; actitudes y valores y, sobre todo, a las prácticas sociales y visión del mundo que las determina. Por tanto estas representaciones

son una orientación para la práctica de los profesionales y posiblemente los elementos encontrados den pistas sobre hacia dónde estas se dirigen.

Lo hallado muestra cómo, si bien los problemas alimentarios son complejos, las representaciones que priman son concretas y esperables. Los escenarios no siempre permiten problematizar sobre los múltiples determinantes históricos y sociales de los procesos alimentario-nutricionales que se expresan dialécticamente como fenómenos de salud y enfermedad, sin embargo, es cada vez más necesario generar nuevas propuestas de abordaje de la situación epidemiológica de la población y que superen el abordaje clínico-biológico tradicional que separa la nutricional de la alimentación.

Este estudio permitió, a través de la TRS, una primera aproximación a la percepción y valoración de los problemas nutricionales, las patologías que se identifican y, sobre estas, algunas evocaciones vinculantes. Al mismo tiempo permitió conocer cómo se representa para los profesionales el RC.

Una segunda etapa de profundización desde un enfoque cualitativo permitiría ahondar en los procesos de generación de las representaciones sociales en torno a los objetos de estudio seleccionados.

Anexos

Anexo 1. Caracterización de la población ENDIS 2018

Variables	FR (%)	
Edad (meses)	0-23	40,1
	Mayor a Igual 24	59,9
Sexo	Femenino	48,7
	Masculino	51,3
RC	Sí	6,8
	No	93,2
Semanas de gestación	Pretérmino (37 o menos)	8,1
	A término (38 o más)	91,9
Peso al nacer (gramos)	< 2499	7,5
	2500-2999	17,8
	3000-3999	66,3
	4000 o más	8,4
Seguridad alimentaria	Seguridad alimentaria	56,1
	Inseguridad alimentaria leve	27,4
	Inseguridad alimentaria moderada-severa	16,5
Lugar residencia	Montevideo	44,8
	Interior	55,2
Edad materna al momento del nacimiento (años)	14-17	4,5
	18-24	27,5
	25-29	21,9
	30-34	25,5
	35-39	16,3
	40 y más	4,2
Estado nutricional materno al momento de la encuesta (IMC)	Bajo peso (< 18,5 kg/m ²)	2,9
	Normopeso	41,8
	Exceso de peso (>= 25Kg/m ²)	55,3
Talla materna (metros)	Talla baja (menor a 1,499 m)	4,4
	Talla normal (mayor o igual a 1,50 m)	95,6
Trabajo materno	No trabaja	36,9
	1 o más trabajos	63,1
Primer control de embarazo (semanas)	Menor igual 14	85,7
	15-28	12,3
	29-41	1,5
	Otros casos (no consulta / no indicado)	0,5
Hábito tabáquico durante gestación	Sí	12,3
	No	87,7

Fuente: Estimación propia basada en ENDIS 2018.

Anexo 2. Características generales de la población ENLM 2020

Variables		FR %	IC 95%
Retraso de crecimiento	Sí	12,1	9,9-15
	No	87,9	85,3-90
Riesgo de RC	Sí	29,8	26,7-33
	No	70,2	66,9-73"
Edad (meses)	Menor 6	25,4	23,1-28
	6-11	24,9	22,3-28
	12-17	24,4	21,6-28
	18 a 23	25,2	22,2-29
Sexo	Masculino	51,6	48,4-55
	Femenino	48,4	45,1-52
Prematurez	Prematuro	5,4	4,1- 7
	No prematuro	94,6	92,9-96
Nivel socioeconómico	Bajo	54,9	52,3-58
	Medio-alto	45,1	42,4-48
Sector salud	Público	35,7	33,9-38
	Privado	64,3	62,4-66

Fuente: Estimación propia basada en ENLM 2020.

Referencias bibliográficas

1. OMS (2006). *Patrones de crecimiento infantil de la OMS*. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternalInfantil/docs/Patrones_Nota1.pdf>.
2. López, J.; Ariza, A. (2021). Short stature of undetermined and increasingly less idiopathic aetiology. *Rev. Esp. Endocrinol. Pediatr.*, 12(1). Disponible en: <<https://www.endocrinologia-pediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=674&idlangart=ES>>.
3. Aguirre, M.; Reyes, Y.; Ramírez, M.; Lara, M.; Bariceño, Y.; Paoli, M. (2013). Enfoque diagnóstico inicial del paciente con talla baja. Protocolo del Servicio de Endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, 11(3). Disponible en: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102013000300008>.
4. UNICEF (2019). *El Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación - América Latina y el Caribe*. Disponible en: <<https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n>>.
5. Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Disponible en: <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>>.
6. OMS (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre retraso del crecimiento*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf>.
7. Weise, A. (2012). *Objetivos mundiales de nutrición de Weise AS WHA para 2025: informe sobre políticas de retraso del crecimiento*. Disponible en: <<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>>.
8. Victora, C.; Adair, L.; Fall, C.; Hallal, P.; Martorell, R.; Richter, L. (2008). Desnutrición materna e infantil: consecuencias para la salud del adulto y el capital humano. *Lancet*, 371(9609), pp. 340-357.
9. De Onis, M.; Blössner, M.; Borghi, E. (2012). Prevalencia y tendencias del retraso del crecimiento entre niños en edad preescolar, 1990-2020. *Salud Pública Nutr.*, 15(1), pp. 142-148.
10. Huey, S.; Mehta, S. (2016). Stunting: The Need for Application of Advances in Technology to Understand a Complex Health Problem. *eBioMedicine*, 6, pp. 26-27.
11. Country Nutrition Profiles. Global Nutrition Report. Disponible en: <<https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/latin-america-and-caribbean/south-america/uruguay/>>.

12. Agrelo, F.; Pascual, L.; Lobo, B.; Sabulsky, J. (1999). Talla final de mujeres de Córdoba, Argentina, y exploración de la tendencia secular (1978-1988). *Rev. Panam. Salud Pública*, 5(1).
13. Gómez-López A. (2019). Microbioma, salud y enfermedad: probióticos, prebióticos y simbióticos. *Biomedica*, 39(4), pp. 617-621.
14. Moreno del Castillo, M.; Valladares-García, J.; Halabe-Cherem, J. (2018). *Microbioma humano*, 61(6). Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.22201.fm.24484865e.2018.61.6.02>>.
15. Pombo, M.; Castro-Feijóo, L.; Cabanas, P. (2011). El niño de talla baja. *Protoc. Diagn. Ter. Pediatr.*, 1, pp. 236-254.
16. Ministerio de Salud Pública (2016). *Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional. Revisión para la elaboración de la Guía Alimentaria para la población uruguaya*. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_Situacion%20alimentario%20y%20nutricional.pdf>.
17. Ministerio de Desarrollo Social (2019). Tasa de mortalidad infantil según departamento de residencia materna. Total país. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/tasa-mortalidad-infantil-segun-departamento-residencia-materna-total-pais>>.
18. MSP (2021). Certificado de Nacido Vivo.
19. PAHO (2006). Se publica nuevo patrón de crecimiento infantil. Disponible en: <<https://www3.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060502a.htm>>.
20. Carrero, A.; Ceriani, F.; de León, C.; Giroña, A. (2020). *Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud 2020*. Disponible en: <<https://www.unicef.org/uruguay/media/4321/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Lactancia,%20Prácticas%20de%20Alimentación%20y%20Anemia%20en%20menores%20de%2024%20meses%20.pdf>>.
21. Ministerio de Desarrollo Social (comp.) (2021). *Principales resultados del análisis de la encuesta de estimación de la ingesta alimentaria en niños de 6 meses a 4 años. ENDIS 2018: Mejores datos, mejor alimentación*. MIDES, MSP, MEC, INE, INAU, ANEP. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Principales%20resultados%20del%20análisis%20de%20la%20encuesta%20de%20estimación%20de%20la%20ingesta%20alimentaria%20en%20niños>>.

22. Garibotto, G.; Martínez, N.; Núñez, S. (2020). *Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud cohorte 2018*. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Primeros%20resultados%20de%20la%20Encuesta%20de%20Nutrici%2C%20Desarrollo%20Infantil%20y%20Salud_%20cohorta%202018.pdf>.
23. Berón, C.; Toledo, C.; Köncke, F.; Klaczko, L.; Carriquiry, A.; Cediell, G.; Gomes, F. (2002). Productos procesados y ultraprocesados y su relación con la calidad de la dieta en niños. *Rev. Panam. Salud Pública*, 46(67). Disponible en: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56141/v46e672022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
24. Ministerio de Salud Pública (2014). *Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro*. Disponible en: <<https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2014-Recomendaciones-Deficiencia-Hierro.pdf>>.
25. Berón, C.; Ceriani, F.; Köncke, F.; de León, C.; De Souza, N. (2022). *El consumo de nutrientes y alimentos en la primera infancia: evidencia para abordar la triple carga de la malnutrición en Uruguay. Datos previos a la pandemia de COVID-19*. RUANDI, UNICEF. Disponible en: <https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=268>.
26. Instituto Nacional de Estadística (2022). *Estimación de la pobreza por el método del ingreso. Primer semestre 2022*. Disponible en: <https://www3.ine.gub.uy/boletin/informe_pobreza_1er_semestre2022.html>.
27. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (2019). *Serie Lancet 2019 sobre la Doble Carga de la Malnutrición*. Disponible en: <<https://www.incap.int/index.php/es/todas-publicaciones-2/554-the-lancet-la-doble-carga-de-la-malnutricion/file>>.
28. Negro, D.; Cuervo, N.; Ramírez, D.; Rodríguez, L.; Sánchez, L.; Serrano, M. (2020). Evaluación de la fuerza muscular en niños: una revisión de la literatura. *Archivos de Medicina*, 20(2), pp. 449-460.
29. Organización Mundial de la Salud (2014). *Retraso del crecimiento en la niñez: retos y oportunidades*. Disponible en: <<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-GRS-14.1>>.

30. The Lancet (2019). *A future direction for tackling malnutrition*, 395(10217). Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33099-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33099-5)>.
31. Organización Panamericana de la Salud (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Disponible en: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49355>>.
32. MSP, UNICEF, RUANDI (2017). *Norma Nacional de Lactancia Materna*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>>.
33. Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (2020). *Marco conceptual para la implementación de buenas prácticas de alimentación y nutrición de niños y niñas desde el nacimiento a los 6 años. Recomendaciones para centros de educación infantil, centros de cuidados y programas de proximidad*. Disponible en: <<https://www.dgeip.edu.uy/documentos/2021/varios/3430/Marco-conceptual-prac-de-alimen-Mayo-21.pdf>>.
34. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social-Uruguay Crece Contigo (2015). *Evaluación del crecimiento del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 5 años de edad*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20evaluación%20crecimiento%200%20a%205%20años.pdf>>.
35. Victora, C. (2012). Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Arch. Argent. Pediatr.*, 110(4), pp. 311-317.
36. Instituto Nacional de Estadística (2018). Encuesta Continua de Hogares. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/ech_2018.pdf>.
37. Instituto Nacional de Estadística (2018). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Nueva edición 2018.
38. Organización Mundial de la Salud. Child growth standards. Disponible en: <<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>>.

39. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Tabaquismo, embarazo y bebés. Disponible en: <<https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/taquismo-embarazo.html#:~:text=El%20tabaquismo%20disminuye%20el%20crecimiento,menudo%20tienen%20problemas%20de%20salud.&text=El%20tabaquismo%20puede%20da%C3%B1ar%20los,en%20desarrollo%20de%20su%20beb%C3%A9>>.
40. Ministerio de Salud Pública (2014). *Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>>.
41. Observatorio de los Derechos de Niñez y Adolescencia del Uruguay (2021). *Inciden- cia de la pobreza en niños, niñas y adoles- centes en Uruguay. Una mirada comparada entre 2019 y 2020*. Disponible en: <[https:// www.cdnuruguay.org.uy/noticias/inciden- cia-de-la-pobreza-en-nin%CC%83os-nin%C- C%83as-y-adolescentes-uruguay-una-mira- da-comparada-entre-2019-y-2020/](https://www.cdnuruguay.org.uy/noticias/inciden- cia-de-la-pobreza-en-nin%CC%83os-nin%C- C%83as-y-adolescentes-uruguay-una-mira- da-comparada-entre-2019-y-2020/)>.
42. Organización Mundial de la Salud (2021). Nurturing Care for early childhood development. Tobacco control to improve child health and development. Disponible en: <<https://www.who.int/publications/i/ item/9789240022218>>.
43. MSP (2019). Sistema Informático Perinatal.
44. Varela, C.; Pardo, I.; Lara, C.; Nathan, M.; Tenenbaum, M. (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproduc- tivo*. Disponible en: <[https://www5.ine.gub.uy/ documents/Demograf%C3%ADayEESS/PDF/ Demograf%C3%ADa/Atlas_fasciculo_3_Fe- cundidad.pdf](https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADayEESS/PDF/ Demograf%C3%ADa/Atlas_fasciculo_3_Fe- cundidad.pdf)>.
45. Nathan, M. (2015). La lenta transición hacia un régimen de fecundidad tardía en Uruguay: los cambios en la edad al primer hijo entre 1978 y 2011. *Revista Latinoamericana de Po- blación*, 9(17), pp. 37-60.
46. Lo, S.; Das, P.; Horton, R. (2017). A good start in life will ensure a sustainable future for all. *Lancet*, 389(10064), pp. 8-9. Dispo- nible en: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140- 6736\(16\)31774-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140- 6736(16)31774-3)>.
47. UNESCO (2010). Conferencia Mundial sobre Atención y Educación de la Primera Infancia: construir la riqueza de las naciones. Disponible en: <<https://siteal.iiep.unesco.org/investiga- cion/3212/conferencia-mundial-atencion-edu- cacion-primera-infancia-aepi-construir-rique- za>>.

48. Organización Panamericana de la Salud (2011). Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos de salud 2011. Disponible en: <https://ais.paho.org/chi/brochures/2011/bi_2011_esp.pdf>.
49. BRAIER, L. (1997). *Fisiopatología y clínica de la nutrición*. Buenos Aires: Panamericana.
50. UNSCN (2020). The UNSCN 2016–2020 Capturing the learnings from its final years. Rome.
51. Popkin, B. M.; Corvalan, C.; Grummer-Strawn, L. M. (2020). Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet*, 395(10217), pp. 65-74. Disponible en: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32497-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3)>.
52. De Souza Minayo, M. C. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 13(4), pp. 561-575. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.942>>.
53. Ribeiro J, Souza DN de, Costa AP. (2016). Qualitative research in the area of health: the whys and wherefores. *Cien. Saude Colet.*, 21(8): 2324. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.15612016>>.
54. Labadie, S. (2010). *Condicionantes epidemiológicos y representaciones sociales de la desnutrición infantil en la Comunidad Moco-ví*. Tesis para obtener el grado de Maestría. Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Córdoba, Argentina. Disponible en: <https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Labadie_sirley.pdf>.
55. Molina Pacheco, A. (2013). *Representaciones sociales de la desnutrición crónica infantil en la aldea San José Nacahuil, San Pedro Ayampuc*. Tesis doctoral, Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en: <http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3484.pdf>.
56. Moscoloni, N.; Satriano, C. (2002). Construcción y tratamiento del “dato” en un estudio sobre desnutrición infantil. *Cinta de Moebio*, 13, pp. 93-114. Disponible en: <<https://www.moebio.uchile.cl/13/moscoloni.html>>.
57. Rateau, P.; Lo Monaco, G. (2013). La teoría de las representaciones sociales. Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *Revista CES Psicología*, 1(1), pp. 22-42. Disponible en: <<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2615/1820>>.
58. Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

59. Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. San José de Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
60. Oberti, P. (2015). El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales. *Fronteras*, 8, pp. 157-165.
61. Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: S. Moscovici (1986). *Psicología social. Vol. II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. París: Paidós.
62. Abric, J. (2013). *Prácticas sociales y representaciones*. México DF: Ediciones Coyoacán.
63. Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representações sociais* (2ª ed). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
64. Martiarena, N. R. (2011), El estudio de las representaciones sociales de docentes universitarios sobre el uso de un aula virtual: aplicación del modelo de Abric. *Anuario Digital de Investigación Educativa*, 22. Disponible en: <<http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/adiv/article/view/3724>>.
65. Oliveira, D.; Marques, S.; Gomes, M.; Teixeira, M. (2005). Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. En: A. Moreira; B. Camargo; J. Jesuíno y S. Nóbrega (eds.) (2005). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (573-603). UFPB: Joao Pessoa.
66. Sá, C. (2001). Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. *Psicologia*, XV(1), pp. 177-204.
67. Sant'Anna, H. (2013). *OpenEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em representações sociais. Psicología social: desafíos contemporáneos*, pp. 94-103.
68. González Mora, F.; Barbero, M.; Barrero, G.; Batthyany, K. (2018). *La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay*. Colegio Médico del Uruguay.
69. Abric, J. A. (1998). abordagem estrutural das representações sociais. En: A. Moreira; D. Oliveira (org.). *Estúdios interdisciplinares de representação social*. Goiania: AB.
70. Alves Mazzotti, A. (2002). A abordagem estrutural das representações sociais. *Revista Psicologia da Educação*, 14-15, pp. 17-37.

71. Karent Saenz, D. (2015). *Representaciones sociales sobre el consumo. Hacia una estrategia de educación ambiental en la colonia 18 de Marzo de Minatitlán, Veracruz*. Instituto de Investigaciones en Educación. Maestría en Investigación Educativa. Universidad Veracruzana.

72. Bennett, P.; Weinman, J.; Spurgeon, P. (eds.) (1990). *Current developments in health psychology*. Harwood Academic Publishers.

73. Flament, C. (1986). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. En: W. Doise; A. Palmori (ed.) (1986). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel. Paris: Delachaux et Niestlé.

74. Flament, C. (1995). Approche expérimentale de type psycho-physique dans l'étude d'une représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, pp. 67-76.

75. Herkovits, D. (2012). Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9). Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900034>>.

76. Herkovits D. (2007). Práxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, pp. 191-209.

