

ADOLESCENTES: ALIMENTACIÓN Y DESAFÍOS

Escuela de Nutrición

Coordina:

Viviana Santín

Participan:

Adriana Cauci

Alejandra Girona

Vanessa Gugliucci

María Jacqueline Lucas

Pablo Pereira

Valeria Píriz

Fernanda Risso

UNIDAD CENTRAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD

SD

ADOLESCENTES: ALIMENTACIÓN Y DESAFÍOS

Escuela de Nutrición

Coordina:

Viviana Santín

Participan:

Adriana Cauci

Alejandra Girona

Vanessa Gugliucci

María Jacqueline Lucas

Pablo Pereira

Valeria Píriz

Fernanda Risso

Rector de la Universidad de la República: licenciado Rodrigo Arim

Prorrector de Enseñanza: doctor Juan Cristina

Comisión Sectorial de Educación Permanente (CSEP)

doctora Beatriz Brena (Presidente) / magister Ingeniero agrónomo Mario Jaso (Director de la Unidad Central de Educación Permanente - UCEP) / doctora María Cristina Cabrera (Área Tecnologías y Ciencias de la Naturaleza y el Hábitat) / magister licenciada Gabby Recto (Área Salud) / licenciado (ph.d.) Javier Taks (Área Social y Artística) / magister Mario Piaggio (Orden Egresados) / magíster en ciencias Sylvia Corte (Orden Docente) / arquitecta Helena Heinzen (Centros Universitarios del Interior) / arquitecto Roberto Langwagen (Secretaría)

Director del servicio al que pertenece la publicación: Myriam De León Rodríguez

Encargada de Educación Permanente del servicio: Luisa Saravia

Responsable académico de la publicación: María Jacqueline Lucas

Autores de la publicación: Adriana Cauci / Alejandra Girona / Vanessa Gugliucci / María Jacqueline Lucas / Pablo Pereira / Valeria Píriz / Fernanda Risso / Viviana Santín

Evaluadores externos de la publicación: Graciela Ardoino / Agustina Labin

Diseño gráfico original:

Claudia Espinosa / arquitecto Alejandro Folga / arquitecta Rosario Rodríguez Prati

Apoyo en producción editorial del equipo de Ediciones Universitarias:

licenciada Andrea Duré (diagramación de interior)

Ángela Díaz y Nairí Aharonián Paraskevaidis (revisión de textos)

Fecha de publicación: Noviembre de 2024

ISBN: 978-9974-0-2203-4

ESTA PUBLICACIÓN FUE FINANCIADA POR LA
COMISIÓN SECTORIAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE

PRÓLOGO	7
CAPÍTULO 1. OTRAS MIRADAS PARA CONCEPTUALIZAR LA ADOLESCENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN, <i>Adriana Cauci, Pablo Pereira, Fernanda Risso</i>	9
Introducción	9
Evolución sociohistórica de la infancia y adolescencia	10
¿Adolescentes como sujetos de derecho u objetos de intervención?	12
Alimentación en la adolescencia con un enfoque de derecho	14
Consideraciones finales	19
Bibliografía	20
CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIAS: CARACTERÍSTICAS, FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD Y FACTORES DE RIESGO. UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, <i>Valeria Piriz</i>	23
La adolescencia y las adolescencias	23
Características de las adolescencias	27
Factores protectores y de riesgo de la salud	33
Adolescencias como oportunidad	37
Bibliografía	39
CAPÍTULO 3. SISTEMAS ALIMENTARIOS Y ADOLESCENCIAS, <i>Alejandra Girona</i>	43
Bibliografía	50
CAPÍTULO 4. PERCEPCIÓN DEL ROTULADO FRONTAL DE ALIMENTOS POR ADOLESCENTES URUGUAYOS, <i>Débora Fagúndez, Camila Fellay, Daniela Moscatelli, Lucía Otero, Victoria Reyes, Vanessa Gugliucci, Pablo Pereira</i>	55
Adolescencias y alimentación	55
Desarrollo y aplicación en Uruguay	57
Mirada adolescente	58
Análisis de discursos en torno a su uso y percepción	60

Comer es un placer	65
Conclusiones y consideraciones a futuro	66
Bibliografía	68
ANEXO. Categorización de temáticas emergentes en discursos de adolescentes sobre la percepción del rotulado nutricional frontal	73
CAPÍTULO 5. NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE LA ADOLESCENCIA, EMBARAZO ADOLESCENTE Y DEPORTE, <i>Viviana Santín</i>	75
Embarazo adolescente	80
Alimentación en adolescentes que practican deporte	90
Bibliografía	93
CAPÍTULO 6. NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN VEGETARIANA EN LA ADOLESCENCIA <i>María Jacqueline Lucas</i>	99
Introducción	99
Alimentación vegetariana, vegana y dieta basada en plantas	100
Beneficios y riesgos de la alimentación vegetariana en la adolescencia	102
Nutrientes que requieren atención en la planificación de la alimentación de los adolescentes	105
Bibliografía	107
LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS	109
SOBRE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PERMANENTE	111

PRÓLOGO

Prologar una publicación es siempre gratificante. Con la invitación, los autores nos dan un lugar de privilegio desde el cual tomar contacto con la producción. Más aún en este caso, por tratarse de un producto colectivo, que articula diferentes miradas disciplinarias y que sintetiza y sistematiza aprendizajes retroalimentados en su relación con el trabajo en territorio y con la enseñanza.

Sobre el eje de la nutrición, la publicación enlaza diversos aportes en procura de un estudio holístico e integral de la salud de los y las adolescentes. El reconocimiento de esta etapa como fase singular del desarrollo, que se debe abordar como tal, es relativamente reciente en nuestro rubro. Durante muchos años, la medicina osciló entre aproximarse al adolescente como un *niño crecido* o como un *adulto inacabado*; demasiado grande o pequeño para ser uno u otro.

Los y las adolescentes a diario luchan en esta contradicción que les impone el mundo adulto. Se los define como *sujetos en crisis* y se ignora que su devenir pone en crisis muchos aspectos de ese mundo *maduro*, que suele considerarse *el mejor de los mundos posibles*. Su crisis no pertenece a un sujeto aislado, sino al desarrollo que lo involucra e interactúa con todo su entorno: personas, instituciones y discursos. Se trata de un conjunto de dificultades que arrastra los saberes acumulados en varias disciplinas.

El adolescente es construido desde las miradas adultocéntricas como un sujeto desconcertado, aún no ubicado en la posición hegemónica, y, por tanto, poco confiable, tanto en sus actos como en sus opiniones. Abordar esta etapa desde la perspectiva de derechos es superar ese lente asimétrico a través del cual los observamos como seres extraños y comenzar a reconocerlos como sujetos sociales plenos, potenciales interlocutores de los mayores en sus distintos papeles, incluidos los técnicos. Es innumerable la lista de experiencias que han fracasado por ser pensadas e implementadas desde las miradas de adultos que creyeron poder interpretar y jerarquizar las necesidades e intereses de los y las adolescentes sin el requisito de escucharlos antes.

En esta publicación, los y las lectoras encontrarán aportes que suman a una reflexión más amplia sobre las relaciones del mundo adulto y sus instituciones con los adolescentes. Se recorren temas de nutrición, actividad deportiva y salud mental, que permiten revisar y repensar —«poner entre paréntesis», diría Maturana— lo que creemos saber sobre la relación que los jóvenes tienen con su cuerpo, el manejo de los riesgos, el autocuidado y las expresiones de sufrimiento psíquico —frecuentes en esta fase del desarrollo— que se incrementan por el contexto social.

Se trata de un texto vivo. Su lectura invita a tomarlo como un disparador para dialogar con él y sus autores, repensarlo desde nuestras prácticas y avanzar hacia una reformulación de las actitudes y posturas que las personas mayores solemos tener ante quienes atraviesan su más temprana juventud.

Víctor Giorgi
Montevideo, setiembre de 2022

OTRAS MIRADAS PARA CONCEPTUALIZAR LA ADOLESCENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Adriana Cauci¹
Pablo Pereira²
Fernanda Risso³

Introducción

La formación en el campo de la nutrición trabaja desde diferentes perspectivas —colectivas, familiares o individuales— en los distintos momentos del ciclo de la vida, que aportan al desarrollo de las habilidades del profesional. Sin embargo, tradicionalmente, esta disciplina presenta un enfoque desde el área de salud, proveniente de la medicina: trabaja desde una mirada con énfasis en lo somático y fisiológico, tiende a lo biológico como dimensión central de la alimentación y nutrición, y posterga, en ocasiones, los aspectos sociales y culturales que conllevan los sujetos. En este sentido y en el marco de los

-
- 1 Licenciada en Nutrición y profesora adjunta del Departamento de Nutrición Poblacional de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.
 - 2 Magíster en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, licenciado en Nutrición y profesor adjunto del Departamento de Alimentos de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.
 - 3 Licenciada en Nutrición y profesora asistente del Departamento de Nutrición Poblacional de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

procesos de formación, se presenta el desafío de generar procesos dialógicos que relacionen todas las vertientes —el cuerpo, la salud y lo social en interjuego con la nutrición y la alimentación— con el fin de problematizar y conceptualizar aspectos inherentes a las diversas etapas del ciclo de la vida (Pereira, 2018).

Por lo tanto, en este capítulo conceptualizaremos la categoría adolescencia con el propósito de aportar otras miradas necesarias y complementarias para la formación de licenciadas y licenciados en Nutrición. En cuanto a su estructura, se iniciará con un breve repaso sociohistórico de la construcción de la adolescencia como grupo diferenciado y su vinculación con la categoría infancia. En un segundo orden, se planteará desarrollar desde una mirada integral el derecho a la alimentación, que implica un paradigma desde una concepción de la y el sujeto de derecho. Por último, se presentará una serie de reflexiones que contribuyen a problematizar los abordajes ofrecidos y la formación sobre esta categoría social.

Evolución sociohistórica de la infancia y adolescencia

Conceptualizar a la adolescencia desde su faceta sociohistórica conlleva un repaso de procesos a través de los tiempos, ya que es un constructo teórico que ha evolucionado hacia diversas concepciones. Podemos partir de que la adolescencia es una etapa de la vida que se inicia en la menarca de la mujer y la primera eyaculación del varón. Es considerada como un momento evolutivo, cuya concepción ha variado a lo largo de la historia y en diferentes lugares. Su denominación deriva del latín *adolescens*, ‘crecer’, que significaba, además, para los imperios romanos «ir creciendo e ir convirtiéndose en adulto» (Amorín, 2008). Definida como tal, está determinada por una serie de cambios biológicos y emocionales que conllevan al desarrollo de dispositivos de protección de la vida para satisfacer necesidades. Sin embargo, en esta etapa, tanto en el ámbito público como privado, las acciones de los adultos se orientan hacia la disciplina y acentúan la transferencia de los valores y normas definidas por cada sociedad.

Tomaremos lo planteado por Susana Quiroga (2004). Ella define a la adolescencia como un

proceso de cambio y, por tal razón, de transición. Tanto para el adolescente como para la familia, es el momento de la vida en que se presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en cualquier otro período anterior de su vida. Su apariencia adulta le requiere que actúe como tal, cuando aún no tiene recursos psíquicos para hacerlo (p. 16).

Por lo tanto, se genera cierto desfase entre la maduración biológica y la habilitación social para convivir con otros y otras, que provoca una desarticulación o reestructuración para encaminarse en el mundo adulto. Por otro lado, sucede que, si bien está dada la maduración biológica, no se le exige como a un adulto. Esto fomenta la infantilización del adolescente e inhibe su autonomía.

La adolescencia culmina de forma difusa. Depende de las concepciones culturales y lo que se espera de un adulto, aunque existen indicadores normativos que tienen que ver con la mayoría de edad que lo habilitan a ciertas posibilidades; por ejemplo, el derecho al voto, el permiso para manejar un vehículo o la habilitación para tomar alcohol, entre otras *conductas adultas*.

Las concepciones de un fenómeno están dadas por diversos discursos desde las instituciones, la academia o la familia (medios de iniciación). Por lo tanto, estas han cambiado de manera considerable y poseen enfoques diversos, según el paradigma que los encuadre. Desde la mirada biológica, hablamos de una etapa de cambios físicos; desde la mirada jurídica, de una etapa de disciplina y protección, entre otras (Lozano Vicente, 2014).

Según la literatura actual, podemos observar que no hay una teoría única y validada sobre el desarrollo adolescente. No obstante, sí se evidencian y contrastan los diferentes enfoques contemporáneos. Las construcciones teóricas existentes usan terminologías comunes —pero no sinónimas— y conceptos que pueden ser contrarios entre sí (Kimmel y Weiner, 1998, p. 55). En tal sentido, al decir de Humberto Acosta (1993), «A la adolescencia se la intenta definir desde muy diversos saberes. Estas definiciones no resultan coherentes entre sí, ya que se apoyan en disciplinas y criterios muy disímiles» (p. 32). Complementado el planteo del autor, traza una línea de interés central para el estudio de esta categoría: «puede resultar mucho más esclarecedor intentar caracterizar un poco lo que es la adolescencia que pretender definirla» (p. 32).

De este modo, la nutrición como disciplina —que desarrolla su ejercicio profesional en una vinculación estrecha con el nexo cuerpo-ali-

mento— deberá construir conceptos que permitan pensar los abordajes sobre la adolescencia. Para esto, dentro las múltiples formas para definir una categoría, es importante posicionarnos desde un paradigma determinado. En este caso, tomamos la perspectiva de las y los sujetos de derecho y lo desarrollaremos en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1989) y el derecho a la alimentación.

¿Adolescentes como sujetos de derecho u objetos de intervención?

La adolescencia representa un campo de estudio de múltiples disciplinas, lo cual implica un alto grado de complejidad a la hora de aproximarse a la observación de este tramo del ciclo vital. Es necesario repensar las formas de hacer y actuar respecto a la adolescencia y analizar sus prácticas y creencias desde su propia cotidianeidad. La sociedad adultocéntrica tiende a describir sus problemáticas mediante la objetivación de esta etapa, con el fin de generar dispositivos de intervención. Sin embargo, es importante considerar que los adolescentes habitan los espacios sobre la base de sus propias formas de pensar y experimentar el mundo y que son sujetos plausibles de derecho.

Las principales declaraciones sobre los derechos humanos tienen sus inicios luego de terminada la segunda guerra mundial, cuando se da una serie de consensos necesarios tras el restablecimiento de la paz. La vida adquiere una mayor relevancia en el plano simbólico de sus dispositivos de protección y las formas en que nos relacionamos con ella, en consecuencia, también se ven afectadas. Estos movimientos dan base contextual para la determinación, años después, de la CDN (ONU, 1989), que incluye la categoría de adolescencia. En tal sentido, se expresa una nueva forma de establecer un cambio de paradigma y se desarrolla una visión desde un enfoque de derecho, lo que conlleva repensar el cuerpo y la vida por fuera de un hecho biológico en sí, despojado del poder que ello implica; el poder sobre la vida y el cuerpo que a lo largo de la historia ha presentado la medicina. Se alcanza un carácter simbólico donde la vida, como tal, implica otras definiciones y complejidades. En el plano jurídico, la CDN fue un inicio para propiciar el marco de trabajo con la infancia. Esta presenta una indiferenciación entre la niñez y la adolescencia e incluye a to-

das las personas menores de dieciocho años —lo cual, en principio, implica un nivel a problematizar que escapa a esta publicación, pero no debe ser dejado de lado—. Pese a estas observaciones, la convención pone en debate la concepción de la y el sujeto de derecho, en contraposición con los paradigmas de caridad, asistencialismo y objetivación, entre otros.

La perspectiva del derecho implica un corrimiento en el ejercicio de los y las profesionales de la salud, que nos invita a repensar nuestras prácticas en el entendido de que los abordajes con otros y otras generan una práctica dialógica, que habilite a copensar las problemáticas de alimentación. En este sentido, la institucionalidad habilitará o no prácticas que tiendan a miradas que integren lo biológico como hecho concreto, centrado en la situación problema: en la persona y en lo que ello implica.

La CDN es un instrumento jurídico que vincula los Estados parte que la ratificaron. Es un texto que «expresa la clara tendencia a traducir en términos de derechos, prácticamente, todo aspecto del universo infantil» (Fanlo Cortés, 2008, p. 160) y adolescente. Según Miguel Cillero Bruñol (1997), «la CDN profundiza la doctrina de los derechos humanos que, en lugar diferenciar sujetos, los considera sin importar su edad, sexo u otra condición» (Cillero Bruñol, 1997, p. 4). Es así que se reafirma en la infancia y adolescencia el derecho a la vida, salud, educación, calidad de vida adecuada, esparcimiento, recreación y cultura. Se menciona el derecho a crecer dentro de su propio entorno cultural, a profesar y practicar su propia religión, a emplear su propio idioma en comunidades minoritarias, a poseer un nombre y nacionalidad, y al acceso a la información, entre otros artículos de carácter fundamental. Se reconoce también el derecho a la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación. La CDN presenta un carácter integral que abarca todas las dimensiones de la vida y desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.

Esta mirada que los establece como sujetos de derecho difiere de la visión imperante sobre la infancia como *objeto de intervención* (Hart, 2006; Reynolds, Nieuwenhuys y Hanson, 2006; Guggenheim, 2005; Bustelo Grafigna, 2005; Pupavac, 2001; citados en Barna, 2012, p. 11). Además, está contrapuesta a la idea predominante de definirlos a partir de su incapacidad jurídica, por lo que les falta para ser adultos o sus necesidades e impedimentos para lograr su desarrollo como objetos de protección (Cillero Bruñol, 1997, pp. 4-5). De la misma manera, Isabel Fanlo Cortés (2008), señala que la CDN representa un hito en la positi-

zación de los derechos de la infancia, puesto que supera la actitud tradicional de indiferencia que el derecho hasta entonces mostraba frente a la minoridad, la cual era percibida como una forma de incapacidad en el sistema jurídico. La CDN inaugura la idea de establecer a los niños y niñas como sujeto titular y autónomo de derecho, en contraposición a la mirada «proteccionista y asistencialista» del Estado (instituciones), familia y adultos (p. 160).

Los adolescentes tienen derecho a desarrollar en forma gradual el ejercicio de sus derechos. De esta forma, se coloca al Estado, la familia y la sociedad como orientadores de ese proceso, lo que constituye el principio de autonomía progresiva. A diferencia de la construcción tradicional que los establece como sujetos dependientes —y a los adultos se les adjudica el poder sobre las niñas, niños y adolescentes— la CDN reconoce una autonomía que es progresiva en forma acorde a la evolución de sus facultades y el reconocimiento de los derechos de participación, libertad de expresión y pensamiento (arts. 5, 12, 13, 14 y 15). La CDN representa una oportunidad para desarrollar un esquema de comprensión de la relación del niño, niña y adolescente con el Estado, las políticas sociales y su participación en la sociedad (Cillero Bruñol, 1997, p. 130).

Alimentación en la adolescencia con un enfoque de derecho

La CDN expresa los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todas las niñas, niños y adolescentes y enmarca al derecho de la alimentación en el párrafo 2c de su artículo 24 (ONU, 1989, p. 20) dentro del combate a enfermedades y malnutrición, en específico, durante la infancia. Lo hace en el campo de la atención primaria en salud mediante el suministro de alimentos nutritivos adecuados y de agua potable (entre otros). En el inciso e del mismo artículo (ONU, 1989, p. 20), se afirma que es necesario garantizar que todos los sectores de la sociedad, incluidos los padres y niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de estos últimos, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y la prevención de accidentes. También alude al acceso a la educación pertinente y al apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

La CDN incluye, además, el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico en el párrafo 1 del artículo 27 (ONU,

1989, p. 21). En el párrafo 2, se traslada dicha responsabilidad a los padres, en caso de que, dentro de sus posibilidades, puedan dar respuesta (ONU, 1989, p. 21). Por otro lado, en el párrafo 3, se agrega: «los Estados Partes, de acuerdo a las condiciones nacionales [...], adoptarán medidas [...] [y] proporcionarán asistencia material [...], particularmente con respecto a la nutrición» (ONU, 1989, p. 21). En el párrafo 4, indica: «los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño» (ONU, 1989, p. 21). La CDN no especifica en forma directa a la alimentación como derecho, sino que lo relaciona con otros derechos fundamentales al vincularlo con la malnutrición como problemática que condiciona el desarrollo y la salud en la infancia y adolescencia. Asimismo, traslada la responsabilidad en el cumplimiento de este derecho entre padres y Estado.

Es preciso enfatizar que la nutrición es un componente del derecho a la alimentación, así como también del derecho a la salud. Es por esto que una nutrición adecuada es necesaria para garantizar el crecimiento, el desarrollo y una adecuada calidad de vida de las personas en los distintos momentos de su ciclo vital. Acceder al tratamiento adecuado para prevenir o atender patologías que puedan afectar a la nutrición —como, por ejemplo, infecciones gastrointestinales y otras, metabólicas, como la enfermedad celíaca— son imprescindibles para lograr el disfrute del derecho a la salud. Promover modos de vida saludables —entre las cuales está la promoción de formas de alimentación adecuada; la prevención, detección temprana, tratamiento y seguimiento de desnutrición aguda y crónica; y la reducción de la mortalidad infantil— son acciones que el Estado debe desplegar para garantizar el derecho a la salud (Filardi, 2011, p. 74).

El derecho a la alimentación puede ser considerado un derecho básico. Sin él no puede asegurarse la vida, la dignidad humana ni el disfrute de otros derechos humanos (Gordillo y Gómez, 2005, p. 45). Dicho de otro modo: si la alimentación no es adecuada en todos sus términos, puede afectar el goce de la educación, la salud y la vida. Frente a esta última, es preciso afirmar que cuando las personas no se alimentan de forma adecuada enfrentan el riesgo de muerte por hambre, desnutrición u otras enfermedades resultantes de este desbalance en la nutrición (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH], 2010, p. 7).

Tal como lo señalan Marcos Filardi (2011) y la OACDH (2010), es una obligación básica del Estado asegurar el correcto funcionamiento y

alcance de un sistema de seguridad social y trabajo como medios fundamentales para acceder a un mínimo indispensable de prestaciones, bienes y servicios que les garantice a las personas y sus familias los derechos a la alimentación, atención en salud, vivienda), acceso al agua potable y al saneamiento y educación, entre otros. Las prestaciones sociales deben ser suficientes para garantizar el acceso a una alimentación adecuada y el resto de los derechos fundamentales. El derecho a la educación, sobre todo en la infancia y la adolescencia, se ve vulnerado cuando un niño, niña o adolescente padece hambre o desnutrición. La capacidad de aprendizaje se ve afectada en estos casos, y tanto el cansancio provocado por una alimentación inadecuada como su disminuida capacidad de atención pueden desvincularlos del sistema educativo. El trabajo infantil se encuentra asociado a estas situaciones de vulneración de derechos básicos (alimentación, vivienda y educación, entre otros). Están, por tanto, expuestos a las más graves formas de explotación infantil.

Filardi (2011, p. 75) señala que el Estado debe garantizar el derecho a la educación, en el cual está comprendido, además, la instrucción en materia nutricional y de derechos humanos. Añade que es necesario tener acceso a una alimentación adecuada en las escuelas y evitar la interferencia de los intereses de la agroindustria en el формирование de sus hábitos de consumo. El contenido básico del derecho a la alimentación adecuada es establecido en el documento de las Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CDESC], ONU, 1999). Hace especial énfasis en los siguientes aspectos: la disponibilidad en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos (sin sustancias nocivas y aceptables para una cultura determinada) y la accesibilidad en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El derecho a la alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El derecho a la alimentación adecuada tendrá que alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre tal como se dis-

pone en el párrafo 2 del artículo 11, incluso en caso de desastre natural o de otra índole (p. 3).

Por otra parte, se plantea que todos deben tener acceso a los alimentos, incluidos los individuos físicamente vulnerables (niños, enfermos, personas con discapacidad o de edad avanzada), a quienes puede resultar difícil trasladarse y que demandan una dieta adecuada que no comprometa en modo alguno sus otras necesidades básicas, tales como las matrículas escolares, los medicamentos o el alquiler (OACDH, 2010, pp. 3-4).

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera solo por la conciencia o la ideología, sino que, según Michel Foucault (1977, pp. 5-6), se socializa al cuerpo como poseedor de la fuerza productiva, por lo que el poder se ejerce también sobre él, que aparece como realidad biopolítica; con la medicina como estrategia que lleva lo individual al mundo de lo colectivo y de la institucionalización de las prácticas sanitarias. Cabe analizar bajo este lente a las prácticas y políticas sociales médicas, de promoción en salud, de alimentación y de nutrición. Según Diana Fandiño (2018), bajo el paradigma conductual-individualista se promueven los estilos de vida saludables y la construcción de sujetos sociales útiles a la estructura económica (alejados de aquel con capacidad de controlar sus condiciones de vida y ejercer su derecho a la salud).

Mabel Gracia Arnaiz (2007) afirma que se ha dado un progresivo proceso de medicalización del comportamiento alimentario, por el cual una buena parte de los motivos pragmáticos o simbólicos que articulan la selección del sustento y su consumo se ha sustituido por otros de orden nutricional. En contextos de relativa abundancia, la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, basada en la restricción y promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de pautas sobre cómo, cuándo y con quién hacerlo. Se justifica con el objetivo de una nutrición sana, exenta de riesgos para la salud. Por tanto, según la autora, estaría empezando a normalizarse en la vida cotidiana. Se describen las prácticas alimentarias de riesgo porque «los saberes expertos las han objetivado y cuantificado» (§ 12), y es esperable que los sujetos las perciban. La autora señala que hay condicionantes estructurales —tales como el entorno económico y político, el sistema de valores y creencias, y la posición que (por razones de género, clase, edad o grupo étnico) se ocupa en una estructura social particular— que afectan a las personas y determinan si un comportamiento es preferible o evitable. Los hábitos ali-

mentarios no escapan a estos aspectos, por lo que no se encuentran determinados de modo exclusivo por la preocupación por la salud o la enfermedad. De la misma manera, el proceso salud-enfermedad y las acciones que buscan resolver estos problemas están sociohistóricamente determinados por procesos económicos, políticos e ideológicos de carácter estructural (Fandiño, 2018).

A partir de las nociones de biopolítica de Foucault, podemos identificar categorías de poder y gobierno relacionadas con la alimentación. Por ejemplo, se señala que las dietas (conjunto de alimentos que son consumidos en un determinado período de tiempo), se encuentran asociadas con diversas relaciones asimétricas de poder (Cabrera, Hernández, Zizumbo y Arriaga, 2019). Esto se explica con el fenómeno de mercantilización de la alimentación, el cual determina relaciones de explotación, entre otras, que priorizan al capital. Las dinámicas de los alimentos y las relaciones que los atraviesan —desde su producción hasta su consumo— permiten comprender las manifestaciones del capitalismo, los cambios y las transformaciones que han ocurrido a lo largo de la historia. Es en este sentido que, a partir de las tecnologías del poder que señala Foucault (2000), podemos incluir las prácticas sanitarias institucionalizadas (Fandiño, 2018), las dietas y los regímenes alimentarios (Cabrera *et al.*, 2019) entre los productos de la modernidad, junto al capitalismo aplicado al control de la vida.

En este sentido, podemos considerar que la adolescencia está atravesada por múltiples formas de control, que pasan desde el plano corporal al plano simbólico y viceversa. Esta condición implica pensar con cuidado la forma de trabajo y relacionamiento con esta categoría social. El trabajo se deberá plantear desde una relación sujeto-sujeto que nos permita generar formas dialógicas de abordaje e interpelar nuestros papeles como profesionales.

Consideraciones finales

Como cierre de este capítulo, ofrecemos algunas reflexiones que consideramos insoslayables a la hora de vincularnos con adolescentes durante nuestra labor.

La adolescencia, al igual que otras categorías sociales, está atravesada, entre otros, por las características de la sociedad a la que pertenece y los sistemas de control (interacción entre mercado, comunidad y familia). Las intervenciones disciplinarias en salud, en ocasiones, resultan ser un brazo ejecutor de prácticas de control y disciplina vinculadas al higienismo. En el caso de la nutrición, la dieta saludable se transforma en una suerte de ética nutritiva que opera como un mecanismo regulador de la ingesta. Esto cobra especial relevancia en una etapa del ciclo vital en la que desafiar lo normativo conlleva a nuevos significados; una práctica propia de la construcción de subjetividades del sujeto. En consecuencia, el abordaje desde el enfoque del derecho a la alimentación como paradigma rector de las intervenciones vinculadas a ella y la nutrición facilita el acercamiento con la adolescencia, ya que se los considera sujetos autónomos —actores y actrices protagonistas de su alimentación, con una historia y decisiones propias— y este es un enfoque que favorece a los posibles procesos de diálogo que potencien este derecho.

Al decir de Paulo Freire (2006), es necesario considerar al otro y entenderlo en su contexto para poder accionar en conjunto con la sociedad hacia una construcción en red que no reproduzca un modelo individualista que segregue y expulse de los espacios colectivos. No obstante, construir desde la comunidad sin duda implica tiempos y ritmos diferentes que propicien el desarrollo de las metodologías planificadas en conjunto para lograr ser parte de un proceso que haga efectivo el derecho a la alimentación.

Bibliografía

- ACOSTA, H. (1993). Nuestros adolescentes: el salto al vacío de una generación. *Revista Educación y Pedagogía*, 5(10-11), 31-42. Recuperado de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2902/1/AcostaHumberto_nuestrosadolescentessaltovaciogeneracion.pdf
- ALPÍZAR, L., y BERNAL, M. (2003). La construcción social de las juventudes. *Última Década*, 11(19), 105-123. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362003000200008>
- AMORÍN, D. (2008). *Cuadernos de psicología evolutiva. Apuntes para una posible psicología evolutiva*. Tomo I. Montevideo: Psicolibros.
- BARNA, A. (2012). Convención Internacional de los Derechos del Niño. Hacia un abordaje desacralizador. *Kairós: Revista de Temas Sociales*, 16(29). Recuperado de <http://www.revistakairos.org/wp-content/uploads/Barna.pdf>
- CABRERA, A. G., HERNÁNDEZ, O. G., ZIZUMBO, L., y ARRIAGA, E. G. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: problematizando las dietas. *Revista Mexicana de Sociología*, 81(2), 417-441. Recuperado de <http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v81n2/324-v81n2a7>
- CILLERO BRUÑOL, M. (1997). El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. *Justicia y Derechos del Niño*, (9). Recuperado de http://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/el_interes_superior.pdf
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CDESC), ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1999). Observación general 12: El derecho a una alimentación adecuada, documento de las Naciones Unidas, E/C.12/1999/5 de 12 de mayo de 1999.
- FANDIÑO, D. (2018). El rol productivo de las políticas de promoción de la salud. En Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, *8.ª Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de http://www.clacso.org.ar/conferencia2018/presentacion_ponencia.php?ponencia=201852232351-303-pi
- FANLO CORTÉS, I. (2008). Los derechos del niño y las teorías de los derechos: introducción a un debate. *Justicia y Derechos del Niño*, (9).
- FILARDI, M. E. (2011). El Estado como garante del derecho humano a la alimentación adecuada. En M. K. DE GORBAN *et al.*, *Seguridad y soberanía alimentaria* (1.ª ed.) (pp. 65-82). Buenos Aires: Colección Cuadernos.
- FOUCAULT, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- FOUCAULT, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/m-foucault-defender-la-sociedad.pdf>

- FREIRE, P. (2006). *Pedagogía de la indignación* (2.^a ed.). Madrid: Morata.
- GORDILLO, G., y GÓMEZ, H. (2005). *Conversaciones sobre el hambre. Brasil y el derecho a la alimentación*. Ciudad de México: CEDRSSA. Recuperado de http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/cedrssa/lix/conv_sham_brader_alim.pdf
- GRACIA ARNAIZ, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49(3), 236-242. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300009&lng=es&tlng=es
- KIMMEL, D. C., y WEINER, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- LOZANO VICENTE, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, 22(40), 11-36. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/195/19531682002.pdf>
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OACDH) (2010). *El derecho a la alimentación adecuada. Folleto informativo*, 34. Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Ginebra: ONU. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- PEREIRA, P. (2018). Construcción del modelo de alimentación saludable y su implicancia en la configuración de la subjetividad de la infancia y la familia. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 13(2), 341-361. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/33244>
- PERINAT, A. (Coord.) (2003). *Los adolescentes en el siglo xxi. Un enfoque psicosocial*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- QUIROGA, S. (2004). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Eudeba.

ADOLESCENCIAS: CARACTERÍSTICAS, FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD Y FACTORES DE RIESGO. UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Valeria Píriz¹

La adolescencia y las adolescencias

Reflexionar sobre adolescencia(s) implica entender el contexto de su surgimiento como ciclo vital, las vicisitudes históricas que le han otorgado distintos atributos, las producciones académicas que han surgido de su estudio y las características que la definen en determinada cultura y contexto socioeconómico. Asimismo, pensar este ciclo desde la psicología de la salud (Morales Calatayud, 2009) requiere partir de una noción integral de salud (De Lellis, Saforcada y Mozobancyk, 2010),² de la complejidad de la etapa —en clave de

1 Magíster en Psicología y Educación, licenciada en Psicología y profesora asistente del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República.

2 «Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental, el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas (entidad bio-psico-sociocultural) y sus ambientes humanos (entidad psico-sociocultural, bio-fisicoquímica y economicopolítica), teniendo en cuenta que estos componentes

género y generaciones— y de su análisis desde una perspectiva de la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012).

La fase de la adolescencia surge en la Modernidad de la sociedad occidental. Fue la respuesta a las necesidades emergentes del momento sociohistórico: se necesitaba contar con un grupo poblacional que se preparase para ejercer el papel de *adulto* en el mundo de la industrialización. Los avances tecnológicos de esa época requerían el aprendizaje y la capacitación previa a la inserción en el mercado laboral en las clases medias y medias-altas. De acuerdo con esto, primero se *adolentizaban* los varones de las clases sociales más acomodadas (Ramos Brum, 2015, p. 16), quienes se preparaban para ocupar su lugar de «herederos» en la educación (Bourdieu y Passeron, 2009) y para ostentar puestos de decisión en el mundo del trabajo. Luego, la adolescencia llegó a los jóvenes de clase obrera. Por fenómenos como los embarazos a corta edad y la inclusión laboral temprana por motivos económicos, en el sector popular se provocaba un pasaje repentino entre la niñez y la adultez (Amorín, 2008). De este modo, en el contexto de la Revolución Industrial, los varones y las mujeres pobres fueron capacitados para ser mano de obra calificada y quedaron excluidos de la educación, a la cual accederían más adelante. Podría decirse, entonces, que los varones de clases desfavorecidas se *adolentizaron* al acceder a la capacitación para ser obreros calificados y las mujeres lo hicieron con la sanción y reprobación social del casamiento a corta edad, lo cual conllevaba a su preparación para ocupar un papel como adultas mujeres «madresposas» (Ramos Brum, 2015). En nuestro país, este ciclo vital también surge de acuerdo con las necesidades de la época moderna, a finales del siglo xix y principios del siglo xx. José Pedro Barrán (1995) plantea que el adolescente es una «invención social»:

este «ser inventado», con deseo sexual y sin capacidad biológica, era una naturaleza de por sí enferma, que convocaba a todos los cuidados y vigilancias de las autoridades sociales y agentes represores de la época; policía [...], médico [...], maestro [...], sacerdotes [...], legisladores [...], familias... (p. 61).

Dina Krauskopf (2007) repasa el origen de la adolescencia y plantea que Stanley Hall fue uno de los primeros en teorizar sobre ella en 1904.

integran, a su vez, el complejo sistema de la trama de la vida» (Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental, Universidad de Buenos Aires, 2014).

La asoció al concepto de crisis y la definió como una edad dramática y tormentosa, marcada por el despertar sexual, los cambios de humor y los conflictos con la familia y la escuela (Hall, 1904). A medida que se profundiza en la conceptualización de esta etapa, se la comienza a ver como un período turbulento desde una mirada moral que le teme al desarrollo prematuro. Krauskopf (2007) plantea que es así como se establecen rasgos normativos de lo esperable y lo precoz en la adolescencia. La autora hace una paráfrasis de Joseph F. Kett (1993): denota que un proceso de maduración con raíces biológicas fue el sustento para una definición de todo un grupo etario. También resalta que esa equiparación con el conflicto no tiene asiento científico, sino que se basa en el temor a la precocidad y en la necesidad de controlar a un sector de la población que no se podía encuadrar dentro de lo esperable para la época. Es decir: aquellos jóvenes que estaban al margen de la escuela y del mundo del trabajo conformaban las primeras «bandas contraculturales» (Krauskopf, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define a la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo humano y como una fase de transición entre la niñez y la adultez. Plantea que ocurre entre los diez y los diecinueve años —con un fuerte énfasis en lo biológico— y menciona que el pasaje a esta etapa está marcado por la pubertad y la cronología. De esta manera, se invisibilizan tanto las características propias de este ciclo como las diferencias que se manifiestan entre los sujetos, dada la determinación social, histórica, económica y cultural, y no solo los procesos biológicos como determinantes. Esta mirada hegemónica —que plantea tales aspectos normativos y performativos— excluye la diversidad propia de los sujetos y de los contextos sociohistóricos (Ramos Brum, 2015).

En este capítulo se adopta una noción plural del término y se destaca la singularidad con la que cada sujeto y colectivo transita este ciclo de vida. Se entiende al sujeto desde un enfoque heterogéneo y no universal. Por tal motivo, se empleará el concepto de *adolescencias*, que pretende reflejar la diversidad y pluralidad de esta población y de los acontecimientos que enfrentará durante su trayecto por este ciclo. De este modo, es entendido como un proceso subjetivo, singular (Espinosa y Koremblit, 2008) y como una construcción determinada desde lo sociocultural (Viñar, 2009).

Las características de cada adolescente son el resultado de las múltiples interacciones entre individuo y colectivo, en que los distintos aspectos —el sexo, el género, la edad, el nivel socioeconómico, el

lugar de procedencia y residencia, la ascendencia étnico-racial y la orientación sexual— se articulan de forma compleja. Más allá de esta particularidad dada por la interacción entre cada sujeto, comunidad y momento histórico, las adolescencias tienen en común las siguientes características generales (Ramos Brum, 2015):

- El proceso de transformación y cambios en todos los niveles.
- El camino hacia la autonomización, individuación e independencia (Winnicott, 1963), en que los adultos, el contexto y los pares juegan un papel fundamental para facilitar u obstaculizar su tránsito por este trayecto.
- La elaboración de duelos: por el cuerpo, identidad, papel parental, mundo de la infancia (Aberastury y Knobel, 1971) y por el futuro (Sujoy y Selener, 1998).
- La búsqueda permanente de modelos para identificarse, que provoca la idealización de figuras del mundo de la música o de las redes sociales.
- La relevancia del grupo de pares y de los espacios propios de organización (educación formal y no formal).
- El ejercicio nuevo de la sexualidad.

En este procesamiento subjetivo y singular (Espinosa y Koremblit, 2008) los adultos referentes juegan un papel importante, dado que tienen que facilitar la bienvenida a la madurez (Gagliano, 2005), pero desde la confrontación generacional (Winnicott, 1993). En otras palabras, deben establecer límites claros, asumir su responsabilidad y brindar seguridad a los adolescentes para que crezcan en ambientes propicios. Donald Winnicott (1993) plantea la confrontación generacional como uno de los trabajos centrales de esta etapa —en la que están implicados tanto adolescentes como adultos—, que conlleva cierto monto necesario de agresividad para crecer (Klein, 2014; Winnicott, 1993). Alejandro Klein (2014) retoma las ideas de Winnicott cuando expresa:

La confrontación parece ser algo más intenso que un diálogo fuerte: esta sería una contraposición de posiciones, pues contiene algo del choque, algo de lo agresivo en juego (Klein, 2003), aunque sin llegar a la violencia como filicidio o parricidio (Winnicott, 1972) (Klein, 2014, p. 171).

Este trabajo central requiere que los adultos puedan soportar, a pesar de la paradoja, el ser desafiados, amados y odiados por los jóvenes.

Al mismo tiempo, deben mantener límites firmes, resistir la agresividad que el crecer conlleva y permitir que los adolescentes ejerzan la confrontación sin temor a convertirse en objeto de actos vengativos de su parte (Anfusso e Indart, 2009).

Este aspecto fundamental de la adolescencia —el cual, bien ejercido, es un factor protector de la salud— implica a todos los adultos que trabajan con esta población, no solo a sus figuras parentales. Por lo tanto, interpela, también, a todos los profesionales y agentes del campo de la salud y de la educación.

Características de las adolescencias

Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (1971), autores clásicos y referentes en el mundo de la psicología y la psicología evolutiva, desde el psicoanálisis conceptualizan el *síndrome de la adolescencia normal*. Entre las características generales de esta etapa, mencionan que el principal proceso es la búsqueda de la identidad adulta, para la cual se apuntalan en las relaciones parentales —ya introyectadas por el sujeto en las primeras fases de la vida— para verificarlas con las posibilidades que el entorno le ofrece en su nueva realidad. Plantean, además, la importancia de los pares en esta búsqueda y en el camino hacia la exogamia que todo adolescente debe transitar. Es importante destacar cómo algunos de los conceptos vertidos por estos autores siguen vigentes hoy y cómo otros ya están perimidos y desactualizados, lo cual también denota cómo la noción de salud en la adolescencia y sus características están sujetas a la coyuntura sociocultural e histórica.

Autores como Krauskopf (1999) ponen énfasis en la importancia del contexto, dado que la adolescencia implica la interacción con los entes del entorno. En esta etapa se produce la mayor intensidad en la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales (qué es lo que el medio les habilita o inhabilita) y las fortalezas y desventajas que el medio ofrece para esta población. Destaca el concepto de resiliencia y la relevancia de que se promuevan, desde las prácticas y políticas sociales, factores protectores de salud que generen apoyos para que los adolescentes puedan crecer y desarrollarse de manera saludable en esta interacción permanente entre lo individual y lo colectivo. Esta autora divide a la adolescencia en tres subetapas: temprana, media y tardía, pero entiende que las

características de cada una pueden solaparse y sucederse de forma simultánea, sin olvidar la singularidad del ciclo completo en cada sujeto y momento sociohistórico.

Adolescencia temprana

En la subetapa temprana, entre los diez y los trece años, aparecen los cambios biológicos con la pubertad y una nueva forma de vinculación con su propio físico. Se genera la reestructuración de la autoimagen y del esquema corporal (Schilder, 1958). Se manifiesta la vergüenza ante este último y ante la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Por tal motivo, es relevante que los adultos acompañen la angustia que conlleva la reestructuración. Todo ello trae consigo el duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres de la niñez —antes más benevolentes y ahora más exigentes—. Esto implica, asimismo, el cuestionamiento y la desidealización de estas figuras, y así comienza a manifestarse una ambivalencia entre la dependencia e independencia respecto a la familia.

A pesar de los duelos, los adolescentes también manifiestan júbilo por las nuevas adquisiciones corporales (Urribarri, 1990; Kancyper, 2013). Es una alegría en permanente ambigüedad, puesto que convive con su aflicción e inseguridad. No obstante, en suma, transitan la etapa con entusiasmo, lo cual muchas veces desconcierta aún más a los adultos que los rodean.

Las pérdidas y adquisiciones que hemos mencionado los hacen más vulnerables ante los demás y más permeables a los comentarios de su entorno. Es importante que los adultos los acompañen, a pesar de la ambivalencia, dado que este cambio tan radical ubica a los adolescentes en una posición de particular fragilidad.

Junto con la reestructura y el cambio de esquema comienzan también las preocupaciones, no solo por el cuerpo, sino por la opinión de sus pares, los medios de comunicación y las redes sociales. Si sumamos esto a las fluctuaciones de ánimo esperables de esta etapa (irritabilidad, euforia, tristeza o angustia), podríamos estar frente a signos de alerta o factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación.

La influencia de estas opiniones está asociada a la forma en que el adolescente vive su cuerpo y lo internaliza. De acuerdo con Paul Schilder (1958), la imagen corporal es inconsciente, propia de cada sujeto; es la fotografía que la mente posee del propio físico y el modo

en que se manifiesta. Durante la reestructuración, la opinión de los pares y los medios sobre lo que es un modelo perfecto, válido o socialmente aceptado ejerce una fuerte influencia sobre los adolescentes y puede desembocar en trastornos de la alimentación y otras problemáticas de salud. Por tal motivo, se debe tener presente que estos factores aparecerán en la subetapa temprana y que pueden significar un riesgo.

Por último, los pares también comienzan a tener una relevancia en el camino hacia la exogamia, con una tendencia a las relaciones grupales del mismo sexo. En lo relativo al conocimiento, el pensamiento concreto (Piaget, 1972) todavía es el predominante.

Adolescencia media

Según Krauskopf (1999), en la subetapa media, entre los catorce y los dieciséis años, comienza en mayor medida el conflicto en el hogar; se abandona la ambivalencia para que prevalezca la confrontación. La autora menciona el duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado en el que se depositaron ciertas expectativas, pero que se ha convertido en alguien diferente. Esto genera una frustración significativa en los adolescentes, dado que muchas veces —y es saludable que así sea— no pueden cumplir con los mandatos familiares. Representa un dolor para los adultos, que niegan los procesos de cambio y la autonomía que los jóvenes empiezan a adquirir.

En esta subetapa comienza el deseo del adolescente por afirmar su atractivo sexual y social. Esto también es relevante para entender la situación de vulnerabilidad en relación con determinadas imágenes corporales idealizadas o de aceptación generalizada. Como se mencionó en la subetapa anterior, la necesidad de pertenecer a un grupo de pares y de ser aceptado en la comunidad puede causar que se someta a algunas cuestiones y prácticas que desemboquen en el riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación. Esto se relaciona de forma directa con la preocupación por la apariencia física y la influencia de los medios de comunicación sobre la autoimagen, la autoestima y el autoconcepto (Páramo, 2011).

Varios estudios (Graell Berna, Villaseñor Montarroso y Faya Barrios, 2015; Rivarola, 2003; Rivarola y Penna, 2006) han demostrado el impacto de los factores socioculturales en los trastornos de la alimentación durante la adolescencia. Por ejemplo, hay investigaciones que evidencian que los adolescentes sobreestiman su peso (muestran

una brecha entre el peso real y el percibido; el último, por lo general, es mayor que el primero). Además, la influencia de los medios de comunicación y la rapidez con que determinados modelos ideales son promovidos por las redes se vieron profundizadas durante la pandemia de COVID-19 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2020).

En cuanto a la sexualidad, aparecen impulsos emergentes y la consecuente exploración de nuevas experiencias. Este deseo los hace susceptibles a tomar riesgos, no solo en la sexualidad, sino en todos los aspectos, por el sentimiento de omnipotencia predominante de la etapa. Una vez más, se ven en una situación de vulnerabilidad, dado que no prevén las consecuencias de sus decisiones. Empiezan a generarse las amistades entre diferentes sexos y entran en escena las primeras parejas, su idealización y el sufrimiento que conllevan las primeras rupturas sentimentales, que es necesario comprender y no subestimar desde una mirada adultocéntrica.

En cuanto a los aspectos cognitivos, aparecen las operaciones formales (Piaget, 1972), que les permiten pensar de manera hipotética-deductiva, aprender, simbolizar, abstraerse y vincularse de otras formas. Es una subetapa de cuestionamiento de todo lo anterior en la que surgen nuevos intereses durante la búsqueda de otros modelos identificatorios.

Este proceso psíquico y cognitivo conlleva un desgaste energético importante. El mundo adulto espera que el adolescente lo resuelva tan solo con el pasaje entre la educación primaria y la secundaria; sin embargo, es un proceso lleno de vicisitudes, sufrimientos, alegrías y un gran esfuerzo psicológico que insume un tiempo considerable. Por eso es importante para que los adultos referentes sean pacientes, que sostengan y acompañen estos procesos de cambio y que comprendan que no se trata de trayectos lineales ni breves.

Adolescencia tardía

La subetapa tardía, entre los diecisiete y los diecinueve años, es caracterizada por Krauskopf (1999) como el ciclo en que sucede la reafirmación del proceso de búsqueda de la identidad. Hay una reestructuración de las relaciones familiares, las cuales devienen más «adultas» y menos confrontativas. El adolescente empieza a sentir mayor responsabilidad de sus actos —*locus* de control interno a partir del advenimiento del pensamiento formal (Piaget, 1972)— y

entiende que existe una relación entre las acciones y sus consecuencias. Los mecanismos de defensa que utiliza son la racionalización, la intelectualización y la sublimación, también relacionadas con este progreso cognitivo.

En consonancia con los cambios evolutivos, también se exploran nuevas opciones en el plano social: se buscan afinidades en los grupos de pertenencia en lo educativo, lo laboral y lo comunitario. En el avance de la elaboración de la identidad, el adolescente establece relaciones de pareja más diferenciadas —no tan simbióticas como en la subetapa media— y comienza a desarrollar la capacidad de autocuidado y cuidado mutuo.

Como se mencionó en párrafos anteriores, es relevante resaltar que Krauskopf (1999) sostiene que estas subetapas no dependen solo de la edad y, por lo tanto, de acuerdo con el tránsito de cada individuo en un determinado momento sociohistórico y cultural, pueden acontecer en diferentes edades o de forma simultánea.

Síndrome de la adolescencia normal

De modo breve, se repasan las características de lo que Aberastury y Knobel (1971), en su texto fundante, denominaron *síndrome de la adolescencia normal*. Muchas coinciden con las planteadas por Krauskopf (1999) y por diversos autores que teorizan sobre este ciclo. Según Aberastury y Knobel (1971), en la adolescencia se manifiestan mecanismos de defensa asociados a la psicosis. Un ejemplo de esto son los procesos de despersonalización que se vinculan a la adquisición del nuevo físico, el nuevo esquema corporal y la reestructuración de la autoimagen. Asimismo, se observan otros comportamientos, como la sobreidentificación masiva, la huida fóbica y la contrahuida fóbica. Todos ellos son propios de la psicosis y también son esperables en la adolescencia; es por tal motivo que los autores asocian el término *normal* a este conjunto de signos.

A continuación, se mencionan de modo sucinto una serie de características que dan cuenta de un proceso de desarrollo saludable. El planteo de los autores (Aberastury y Knobel, 1971) no pretende ser normativo, sino que busca identificar el *síndrome* y orientar a los agentes de la salud cuando estas cuestiones no se observan o se prologan e intensifican en el tiempo.

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad: el adolescente comienza a preguntarse e intenta responderse interrogantes tales como ¿quién soy?, ¿qué deseo?, ¿adónde voy?
- Tendencia grupal: importancia de los pares.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear: mecanismos de defensa predominantes en este ciclo de la vida.
- Duelo por la identidad infantil (mundo social de la niñez): el anterior cuerpo y los padres de la infancia. Conlleva la tristeza de sentir que se perdieron los privilegios del niño y ahora se esperan nuevas exigencias y responsabilidades.
- Adaptación a la nueva autoimagen corporal.
- Separación progresiva de los adultos de referencia y confrontación: desidealización de las figuras parentales.
- Desubicación temporal.
- Evolución sexual: oscilación entre la actividad masturbatoria y la exploración de la sexualidad con otros.
- Actitud social reivindicatoria.
- Labilidad emocional y fluctuaciones del estado de ánimo: impulsividad o pasaje al acto sin mediar la reflexión. Como se mencionó, esta conducta coloca a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad. El sentimiento de omnipotencia e inmortalidad que caracteriza el ciclo impulsa a esta población a creerse invencible, lo cual implica riesgos de exposición en varios sentidos.
- Mecanismos de defensa: racionalización, intelectualización y negación (propia de los duelos).
- Pensamiento abstracto, dominado por el pensamiento hipotético deductivo. Operaciones formales (Piaget, 1972).
- Egocentrismo: enfocado en sí mismo y en el proceso de adaptación que implica esta nueva manera de ser y estar en el mundo.

Factores protectores y de riesgo de la salud

Desde la psicología de la salud (Morales Calatayud, 2009) y de la salud colectiva (De Lellis, Saforcada y Mozobancyk, 2010), este apartado invita a que los profesionales y agentes de la salud promuevan un desarrollo integral del joven mediante su participación activa, su empoderamiento y la apreciación de sus contribuciones para los procesos de salud-enfermedad-atención. Asimismo, se considera la heterogeneidad de las adolescencias. Se apuesta por los factores de desarrollo positivo (protectores de la salud) y se reducen los de riesgo³ (que los exponen a vulnerabilidades).

Es importante resaltar que el enfoque de conductas y factores de riesgo siempre debe ser comprendido como patrones de comportamiento que son determinados por la interacción entre las características particulares del sujeto, su historia personal, su biografía, los intercambios con la comunidad y los determinantes sociales de la salud (De Lellis, Da Silva, Duffy y Schittner, 2011). Así como es imposible pensar las adolescencias sin considerar estos conceptos, tampoco es posible concebir la determinación social que tienen tanto los comportamientos de riesgo como los factores protectores de la salud (Hortonedá, 2015). Conocerlos y reconocerlos en la primera etapa de la juventud permite que desde nuestro campo de intervención instrumentemos prácticas de prevención a través del diagnóstico precoz y la detección oportuna. Asimismo, la previsión y el tratamiento deben basarse en los factores de desarrollo positivo (Grunbaum y Misol, 2015; Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011).

Como conductas o factores de riesgo en este ciclo, se relevan (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015, 2017):

- Consumo de sustancias: para identificar esta conducta como problemática, es importante comprender (a través de las entre-

3 Se entiende como factor de riesgo a aquellas conductas o situaciones que reflejan una probabilidad de que se genere un daño en el proceso de salud-enfermedad (Senado Dumoy, 1999). Por tanto, es cualquier característica o circunstancia que expone a un sujeto o a un colectivo a la posibilidad de desarrollar una problemática de salud. Estos factores están localizados en los sujetos, las familias, las comunidades y los ambientes, y entienden a la salud desde la perspectiva de sus determinantes sociales (Castro, 2013). Así como existen estos factores, también están los que protegen la salud y fortalecen ese proceso de relativo equilibrio en todos los niveles antes mencionados, que favorecen el desarrollo la producción de una salud positiva (Saforcada, 2012).

vistas con la población de nuestro estudio) las características del consumo: asiduidad, sustancia (siempre la misma o variación), lugar, situación social (compañía o aislamiento), motivación (sentimiento de pertenencia u otra causa) y asociación (determinados estados de ánimo).

- Violencia e impulsividad: acción sin mediación del pensamiento y de la simbolización. Lleva a tomar decisiones riesgosas y se asocia al sentimiento de omnipotencia e inmortalidad ya mencionado.
- Desvinculación escolar: en los espacios educativos puede encontrarse con sus pares y con adultos referentes distintos a sus figuras parentales. Allí el adolescente puede descubrirse con otros y adoptar nuevas formas de ser y estar en el mundo. Si estos espacios sociales no existen, el camino hacia la independencia, la exogamia y la autonomía se ve dificultado.
- Desresponsabilización de las figuras parentales o referentes: es imposible pensar la adolescencia sin adultos que se encarguen y estén dispuestos a acompañar los procesos inherentes a la etapa. Ellos son el agente necesario para la confrontación generacional y el ejercicio de la maduración.
- Experimentación sexual frecuente y sin planificación: escaso uso de anticonceptivos y métodos de prevención de enfermedades venéreas. También se asocia a los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad.

Entre los factores de protección de la salud, se mencionan (MSP, 2015, 2017):

- Diálogo intergeneracional: importancia de sentirse escuchados y valorados por el mundo adulto.
- Afecto con sus referentes: sostener los rituales que hacen al reconocimiento de su existencia, su trayecto en la vida y sus logros, tales como los festejos de cumpleaños, pasajes de ciclos educativos, graduaciones y aprobaciones de exámenes o pruebas, entre otros.
- Relaciones de compañerismo y amistad con pares: son imprescindibles para el trabajo de la etapa. Si no están presentes, es muy importante indagar la situación del adolescente y activar las prácticas de prevención que correspondan a su caso particular.
- Persistencia en el sistema educativo (formal o no formal).

- Límites claros, precisos y sin violencia: es importante que comprenda los motivos de los límites establecidos desde una confrontación adulta y *sana*. Esto involucra a todos los referentes que trabajan e interactúan con ellos; no solo las figuras parentales, sino también los docentes y agentes de la salud, entre otros.
- Vida con proyectos: de acuerdo con Susana Grunbaum (2022), tener una vida con proyectos durante la adolescencia significa tener un presente poblado de alternativas culturales, lúdicas, deportivas y afectivas que promueven los intercambios y la participación con sus pares y les permite tomar decisiones, argumentar y discutir para poder concretar pequeñas o grandes realizaciones. Tener estos proyectos lo habilita a transitar los duelos y continuar en la búsqueda y coconstrucción de su identidad.
- Consulta de control con profesionales de la salud: el carné de salud adolescente es una herramienta fundamental para la prevención; promueve el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.
- Actividad física, recreativa, cultural y participación en grupos sociales: le permiten *sentirse parte*, ejercitar sus habilidades colectivas e identificarse con sus pares.

En la línea de la psicología de la salud, Francisco Morales Calatayud (2009) menciona que los índices de mortalidad en este grupo etario están en aumento, sobre todo los asociados a accidentes. En la actualidad y en nuestro país esto sigue vigente. El suicidio se suma como otra de las principales causas de mortalidad en los jóvenes. Incrementó un 25 % en los primeros meses de 2022 y los grupos más afectados fueron los adolescentes y los adultos mayores (MSP, 2022).

Entre las problemáticas de salud más frecuentes en la adolescencia, Morales Calatayud (2009) señala: el comienzo de prácticas negativas para la salud a largo plazo, como el tabaquismo o la ingesta de bebidas alcohólicas y de drogas; el aumento de riesgo en la accidentalidad; las dificultades en adaptarse a las nuevas maneras en que se estructuran el medio social, familiar y escolar, y la aparición de problemas asociados a la toma de decisiones sin mediar la reflexión.

El autor plantea las siguientes acciones y prácticas que pueden instrumentarse para la prevención en sus distintos ámbitos:

- Diagnósticos que permitan comprender las conductas más frecuentes entre los adolescentes y que tienen un impacto negativo en su salud.

- Caracterización de los condicionantes sociales y ambientales que las favorecen.
- Diseño de estrategias para abordar estas conductas desde la educación y la comunidad.
- Capacitación y asesoramiento del personal docente y sanitario que trabaja con esta población para brindar técnicas que se puedan aplicar para prevenir riesgos y promover el bienestar mediante el fortalecimiento de los factores de salud positiva, entre otros.

En resumen, para un diagnóstico diferencial y para la implementación de una estrategia de prevención pertinente es importante:

- Conocer la historia del adolescente.
- Percibir la asiduidad con la que una conducta se produce y su causa.
- Identificar hechos traumáticos que puedan estar en tránsito (dueños reales y simbólicos, pérdida de seres queridos, entre otros).
- Asociar los riesgos de vida a la toma de decisiones correspondiente.
- Detectar síntomas de depresión (tristeza, angustia, falta de amigos o de grupos de referencia).
- Observar posibles conductas de auto- y heteroagresión (cortes, pasajes al acto, entre otras) o reocupación por síntomas físicos, problemas corporales o molestias psicosomáticas.
- Indagar sobre posibles dificultades en la alimentación y el sueño.
- Analizar la existencia de posibles problemas para concentrarse y vincularse con los objetos de aprendizaje en el ámbito educativo.
- Reconocer síntomas de ansiedad, fobias, preocupaciones por la identidad o la orientación sexual, y, por supuesto, intentos de autoeliminación. Estos últimos siempre requieren la activación de los protocolos existentes y su acompañamiento (MSP, 2022). En relación con la alimentación, entre las conductas y signos que requieren atención, pueden mencionarse (Graell Berna *et al.*, 2015):
- Cambios en los patrones de alimentación: saltarse comidas («comí en lo de un amigo/a») para evitar el momento de la ingesta o que se los observe mientras lo hacen, ayunos prolongados de doce o veinticuatro horas, «jugar» con la comida en el plato y levantarse de la mesa más pronto de lo esperable (esto último

puede asociarse tanto a una conducta evitativa o fóbica del momento como a la provocación del vómito posterior a la ingesta).

- Preocupación excesiva por la imagen: preguntar cómo se ve o hacer comentarios.
- Espontaneidad sobre el físico personal o ajeno en referencia al peso.
- Aparición repentina o incremento del interés por la actividad física.
- Revisión del propio peso con asiduidad.
- Vómitos sin causa orgánica aparente, pérdida de peso significativa.
- Tristeza o euforia intermitente, que, si bien son parte de la etapa de nuestro estudio, cobran sentido en relación con los demás signos y síntomas.

Dado que todas estas conductas son parte de lo esperable en las adolescencias, es importante que los profesionales de la salud estemos atentos para visualizar cuándo requieren particular atención o una perspectiva diferencial. Para ello, es transcendental conocer la frecuencia y permanencia en el tiempo de los comportamientos y si se asocian a situaciones particulares o son repentinos. De ahí la importancia del trabajo interdisciplinario: la interconsulta permite llegar a diagnósticos diferenciales que permitan hacer intervenciones oportunas. Por eso, la atención a través de un equipo con especialistas de distintas áreas deviene, asimismo, en un factor protector de la salud, dado que impulsa evaluaciones y tratamientos rápidos y eficaces, que deriven en buenos pronósticos para esta población en particular.

Adolescencias como oportunidad

Comprender las adolescencias como un ciclo repleto de transformaciones y cambios en el que se necesita del acompañamiento de los pares, figuras parentales, adultos referentes y agentes de la salud permitirá abordarlas desde una perspectiva de la psicología de la salud (Morales Calatayud, 2009) y de la gestión de salud positiva (Saforcada, 2012).

Se trata de una etapa con el potencial para que se generen —desde el ambiente— los adultos y las políticas públicas, al igual que nuevas chances de ser y vincularse con el mundo, con los otros y consigo

mismo. En ese camino hacia la autonomía, conoce otros ejemplos a seguir, desidealiza algunos modelos e idealiza otros, un proceso que abona su búsqueda y construcción de identidad. En este período de segundo nacimiento (Gagliano, 2005) y resignificación, el sujeto tiene la posibilidad de remover arquetipos del pasado para acceder a un reordenamiento y a la confirmación de la identidad, que se configura cuando los paradigmas parentofiliales y fraternales no resueltos son confrontados con «lo depositado por los otros significativos» (Kancyper, 2013).

Las adolescencias son una oportunidad clave para generar salud positiva (Saforcada, 2012). Debemos apoyar desde la psicología —sobre todo, como otro agente dentro de un equipo interdisciplinario— al adolescente para que se forjen esos procesos de resignificación y reestructuración de su biografía (Kancyper, 2013). Es una responsabilidad y una práctica fundamental de promoción de salud y de prevención, no solo del personal sanitario y de las políticas públicas, sino de todas las generaciones adultas.

Bibliografía

- ABERASTURY, A., y KNOBEL, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- AMORÍN, D. (2008). *Apuntes para una posible psicología evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- ANFUSSO, A., e INDART, V. (2009). El proceso adolescente. En *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?* Montevideo: Psicolibros.
- BARRÁN, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Tomo 3: La invención del cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BOURDIEU, P., y PASSERON, J. C. (2009). *Los herederos: los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- CASTRO, R. (2013). De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los «determinantes» sociales de la salud-enfermedad. *Ideas*, 4(1), 15-40. <https://doi.org/10.20396/ideas.v4i1.8649396>
- CÁTEDRA I DE SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2014). *Programa de la asignatura*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- DE LELLIS, M., DA SILVA, N., DUFFY, D., y SCHITTNER, V. (2011). Factores de riesgo para la salud de los adolescentes: investigación y promoción de la salud en establecimientos secundarios de enseñanza. *Anuario de Investigaciones*, xviii, 339-347. Recuperado de <https://www.re-dalyc.org/pdf/3691/369139947038.pdf>
- DE LELLIS, M., SAFORCADA, E., y MOZOBANCYK, S. (2010). Salud pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas. En *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* (pp. 19-42). Buenos Aires: Paidós.
- ESPINOSA, R., y KOREMBLIT, M. (2008). Adolescencia y tecnocultura: aproximación al estudio de las culturas juveniles y las nuevas formas de lazo social desde una perspectiva psicoanalítica. *Psicoanálisis*, xxx(2-3), 247-268. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Espinosa-KorembLit.pdf>
- GAGLIANO, R. (2005). Esferas de la experiencia adolescente. Por una nueva geometría de las representaciones intergeneracionales. *Anales de la Educación Común*, 1(1-2), 204-212. Recuperado de <https://cendie.abc.gob.ar/revistas/index.php/revistaanales/article/download/220/2182/483>
- GRAELL BERNA, M., VILLASEÑOR MONTARROSO, A., y FAYA BARRIOS, M. (2015). Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (Ed.), *Curso de Actualización Pediatría 2015* (pp. 423-430). Madrid: Lúa Ediciones 3.0.

- GRUNBAUM, S. (2022). *Más que construir un proyecto de vida, las adolescentes tienen que tener una vida con proyectos*. Recuperado de: <https://codajic.org/mas-que-construir-un-proyecto-de-vida-las-adolescentes-tienen-que-tener-una-vida-con-proyectos/>
- GRUNBAUM, S., y MISOL, S. (2015) Salud mental en la adolescencia. EN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel* (pp. 89-98). Montevideo: MSP-UNFPA-OPS/OMS. Recuperado de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf
- HALL, S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*. Nueva York: Appleton.
- HORTONEDA, Y. (2015). Control de salud adolescente. EN MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel* (pp. 34-49). Montevideo: MSP-UNFPA-OPS/OMS. Recuperado de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf
- KANCYPER, L. (2013). Adolescencia: el fin de la ingenuidad. *Querencia*, (14), 45-55. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/158>
- KETT, J. F. (1993). Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 664-672.
- KLEIN, A. (2014). Exploración de las ideas de Winnicott sobre la adolescencia y el conflicto de generaciones. *Estudios de Psicología*, 31(2), 169-178. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/BdCBbY4rfW6GKjYtBJDPdxC/>
- KRAUSKOPF, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004
- (2007). Sociedad, adolescencia y resiliencia en el siglo XXI. En M. M. MUNIST, E. N. SUÁREZ OJEDA, D. KRAUSKOPF, y T. J. SILBER (Comps.), *Adolescencia y resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.
- KRAUSKOPF, D. (2015). Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. *Última Década*, 23(42), 115-128. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362015000100006
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2015). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. Montevideo: MSP-UNFPA-OPS/OMS. Recuperado de https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf
- (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. Montevideo: MSP-UNFPA-OPS/OMS. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2022). *Guía de posvención del suicidio con adolescentes*. Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-presento-Guia-de-Postvencion-por-Suicidio-con-Adolescentes-13987>
- MORALES CALATAYUD, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatún.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2016). *Salud del adolescente*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- PÁRAMO, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- PIAGET, J. (1972). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- RAMOS BRUM, V. (2015). Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. En A. LÓPEZ GÓMEZ (Coord.), *Adolescencia y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)* (pp. 15-29). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República-UNFPA. Recuperado de <https://uruguay.unfpa.org/es/publicaciones/adolescentes-y-sexualidad-investigaci%C3%B3n-acciones-y-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica-en-uruguay-0>
- RIVAROLA, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 14(7-8), 149-161. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400808.pdf>
- RIVAROLA, M. F., y PENNA, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280205.pdf>
- SAFORCADA, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37), 7-22. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>
- SCHILDER, P. (1958). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- SENADO DUMOY, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
- SUJOY, O., y SELENER, G. (1998). Las vicisitudes de la adolescencia en el escenario clínico. *Malestar en los Vínculos*, 21(1), 159-177. Recuperado de <https://www.aappg.org/wp-content/uploads/1998-N%C2%BA1.pdf>

- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2020). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- URRIBARRI, R. (1990). Sobre adolescencia, duelo y *a posteriori*. *Revista Psicoanalítica Argentina*, 42(4), 179-181.
- VIGNOLO, J., VACAREZZA, M., ÁLVAREZ, C., y SOSA, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- VIÑAR, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- WINNICOTT, D. (1963). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- (1993). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

SISTEMAS ALIMENTARIOS Y ADOLESCENCIAS

Alejandra Girona¹

Los sistemas alimentarios actuales se caracterizan por provocar injusticias: junto a la producción abundante de alimentos coexisten el hambre y la malnutrición en sus múltiples caras (High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition [HLPE], 2017). Si bien la oferta en el mundo es amplia, no siempre es adecuada, tal como queda en evidencia con el crecimiento acelerado de la disponibilidad de productos de mala calidad nutricional en las últimas décadas (Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition [Glopan], 2016). De esta manera, las características de los sistemas alimentarios guardan relación estrecha con las tendencias de malnutrición e inseguridad (Rapallo y Rivera, 2019).

La seguridad alimentaria entraña que todas las personas en todo momento tengan «acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana» (Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996, citada en Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2006, p. 1). Cuando esto no sucede, las personas experimentan deferentes grados de inseguridad. Conforman la

1 Doctora en Ciencias de la Salud, magíster en Psicología Social, licenciada en Nutrición, profesora agregada del Departamento de Nutrición Básica y coordinadora del Observatorio del Derecho a la Alimentación de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

seguridad alimentaria y nutricional (corolario del derecho a una alimentación adecuada) la disponibilidad de alimentos; el acceso físico, económico y social; la utilización biológica, y el consumo alimentario (Observatorio del Derecho a la Alimentación, 2021). La Unicef (2019) advierte que una gran cantidad de niños, adolescentes y jóvenes ingieren escasos alimentos saludables. En el contexto mundial actual, estos son cada vez más costosos, mientras que los menos beneficiosos y poco —o nada— nutritivos (alto procesamiento, ricos en azúcares, sodio, grasas saturadas y aditivos) son cada vez más accesibles (FAO, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola [FIDA], OMS, PMA y Unicef, 2022).

El cambio climático, la pérdida de biodiversidad y los daños al agua, aire y suelo empeoran las perspectivas nutricionales de niños, adolescentes y jóvenes (FAO, FIDA, OMS, PMA y Unicef, 2022). Determinantes como la pobreza, la indigencia, la desigualdad, la industrialización de la agricultura (cada vez más presente) y la migración del campo a la ciudad han cambiado la forma de producir y relacionarse con los alimentos. Estos movimientos han generado la pérdida de la diversidad alimentaria y la soberanía con consecuencias humanas y ambientales negativas (Clark, Springmann, Hill y Tilman, 2019). Por otra parte, según Sidney Mintz (2003), la sociedad se enfrenta a nuevos consumidores, alimentos y comportamientos. El estilo de vida, los entornos actuales y la falta de tiempo para cocinar y comer en el hogar conspiran contra la dieta balanceada y fomentan la adquisición de comida rápida fuera y dentro del domicilio (Monteiro *et al.*, 2018). Claude Fischler (1995) apunta a la presencia de un cambio en que se observa la desaparición y sustitución de comestibles y un proceso de protagonismo de nuevos elementos que afectan a todo el sistema alimentario, tanto en sus prácticas como en su valoración o significado. La industrialización, la publicidad engañosa e intensa y la mayor disponibilidad de alimentos —no siempre adecuada en calidad— también han promovido esta transición (Monteiro *et al.*, 2018).

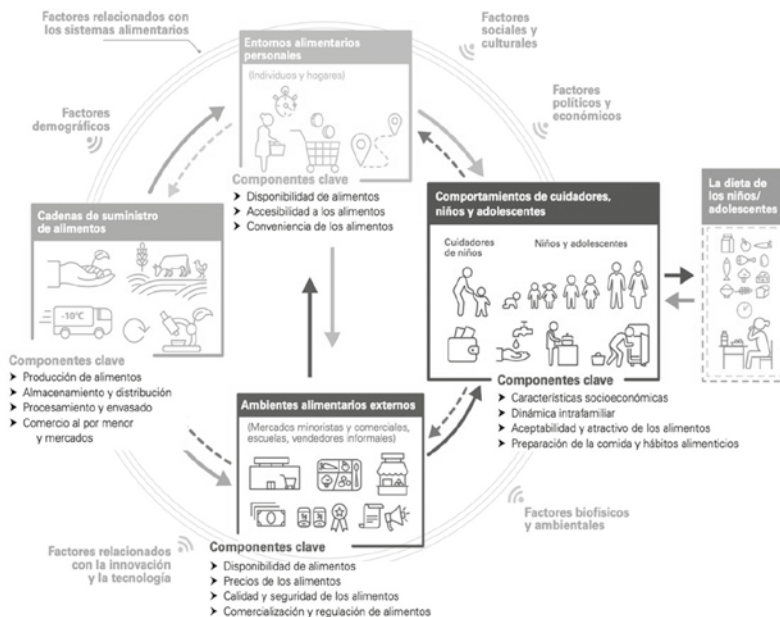
Como consecuencia, la malnutrición en el mundo y en todas sus formas (retraso del crecimiento, deficiencias de vitaminas y minerales, emaciación y sobrepeso) recae, principalmente, en niños, adolescentes y jóvenes, en especial, en aquellos pertenecientes a los estratos más carenciados y excluidos. Esta perspectiva perpetua el ciclo de pobreza e inseguridad alimentaria a través de las generaciones (Unicef, 2019). No obstante, también está presente cuando se seleccionan productos baratos y de mala calidad. Si esto se vuel-

ve crónico, se prolonga el ciclo en todos los estratos sociales y, una vez más, el sector más afectado es el de la pobreza. En contextos de inseguridad alimentaria, la comensalidad puede traducirse en cocinar una sola vez por día y compartir la comida en grupo solo en fines de semana. En los entornos más seguros, en general, se pica-tea con frecuencia en el hogar (frente a la televisión, por ejemplo), al pasar por el quiosco, en el cine, mientras se camina o incluso al manejar (MSP, 2016).

En las dos primeras décadas del siglo **xxi**, según Unicef (2019), el número de niños menores de cinco años con retraso del crecimiento en el mundo alcanzó los 149 millones, con consecuencias que pueden mantenerse durante todo el ciclo vital. Mientras tanto, la cifra del sobrepeso sigue creciendo: en niños y adolescentes, en 2018, se ubicaba en un 20 %, con la particularidad de que cada vez en mayor medida alcanza a los sectores de escasos recursos (Unicef, 2019). Cabe destacar que, en el año 2000, el 10,3 % de la población mundial entre cinco y diecinueve años presentaba sobrepeso (Unicef, 2017). En Uruguay, la cifra de sobrepeso en adolescentes de trece a quince años se ubica en un 36,3 % y la de obesidad alcanza el 10,7 % (OMS, 2019a).

Por tanto, es muy relevante la comprensión del impacto presente y futuro de los sistemas alimentarios sobre la seguridad. Este último concepto no solo está vinculado a la salud y bienestar de las personas, sino también al contexto ambiental, económico y sociocultural en el que circulan los productos (Hu, 2002; Rapallo y Rivera, 2019; FAO, 2016). También se asocia a las políticas públicas, la investigación, la producción, la cadena de suministros, la ecología, la economía y los entornos en donde nacen y viven las personas (figura 1). El peso de todos estos elementos recae sobre la seguridad alimentaria, la malnutrición en el mundo y el futuro del planeta (Steffen, Crutzen y McNeill, 2007).

Figura 1. Marco de Innocenti sobre sistemas alimentarios para niños y adolescentes



Fuente: Unicef (2019).

Mejorar la nutrición antes de alcanzar la adultez requiere que los sistemas proporcionen alimentos sustanciosos, inocuos, asequibles y sostenibles (Unicef, 2019). Nicoletta Diasio (2009) indica que el estudio de las características de la alimentación en la adolescencia permite comprender cómo esta población se ubica a sí misma a partir del reconocimiento de pertenencia al grupo etario y por compartir objetos, jerga, afinidades y preferencias. Los cambios en los gustos —incluidos los de comestibles— conducen al adolescente, según Diasio (2009), a reformulaciones identitarias, experimentaciones y búsqueda de sentidos propios. En esta etapa, que transcurre entre los diez y los diecinueve años (Bueno, 1998), el joven piensa en cómo vive su cuerpo y busca un lugar y sentido en el mundo al que pertenece, pero sus reflexiones sobre estos dos aspectos oscilan entre su realidad y sus deseos (López García, 2003). La imagen corporal que construye a partir de ello influye de forma directa en todo el proceso de comer: qué, cómo, dónde y con quién (Bourdieu, 1991).

Los comportamientos alimentarios han sufrido cambios en los últimos tiempos, al igual que el valor y el lugar que se le otorga al cuerpo, en que la salud, la estética y el placer son algunos de los factores que influyen al momento de elegir un producto para su consumo

(Meléndez Torres, Cañez de la Fuente y Frías Jaramillo, 2012). Para comprender la estrecha relación que existe entre comportamientos y sistemas es necesario recordar que la alimentación es definida como «un proceso voluntario y consciente, susceptible de ser socializado y, como tal, presenta la síntesis de tres factores: biológicos, culturales y el medio» (Medina, 1996, p. 22). Dicho de otro modo, nunca tiene solo un sentir biológico, sino que pone en juego representaciones sociales, significados y suposiciones acerca de los alimentos, que, según Patrick Etiévant y colaboradores (2010), se manifiestan en distintas conductas individuales y colectivas en un contexto sociohistórico particular. Para Jesús Contreras y Mabel Gracia Arnaiz (2005), el comportamiento alimentario es un

conjunto de representaciones, creencias, conocimientos y prácticas heredadas o aprendidas, asociadas a la alimentación y que son compartidas en una cultura o grupo social determinado, articulan la función de las prácticas alimentarias en función de los significados y definiciones sociales de relación entre los individuos (p. 28).

En el contexto actual, muchos adolescentes y jóvenes ingieren una cantidad reducida de alimentos saludables y una más abundante de productos poco adecuados. En paralelo, hay una pérdida cultural de las comidas tradicionales.

De acuerdo al informe sobre patrones dietéticos comparados con la ingesta de referencia por región, se observa que en América Latina y el Caribe el consumo de lácteos, pescados, vegetales, frutas, legumbres, granos integrales y nueces se ubica por debajo del límite saludable recomendado. Solo superó el umbral establecido (100) el consumo de carne roja, tubérculos, huevos y aves de corral (Willett *et al.*, 2019). Este tipo de dieta está vinculada al avance de las enfermedades no transmisibles con predominio de la baja ingesta de ácidos grasos poliinsaturados, calcio y fibra (OMS, 2019b). A este patrón alimentario predominante se le suman los productos ultraprocesados (PUP), que están pensados para ser consumidos en cualquier momento del día y en cualquier lugar, además de ser fáciles de transportar (Cohen y Farley, 2008). Los PUP tienen un diseño que los hace muy atractivos y su publicidad promueve el consumo al sugerir que son saludables para niños y adolescentes.

Existe una vasta evidencia sobre la importancia de mantener una adecuada nutrición durante las etapas críticas de crecimiento y desarrollo, en especial durante los primeros seis mil días de vida (Herrera Vegas, 2020).

De acuerdo con la Unicef (2019), los adolescentes tienen una visión limitada sobre las cualidades nutricionales de más de la mitad de los alimentos que ingieren habitualmente. Al mismo tiempo, un gran número de adolescentes valoran la alimentación sana y se esfuerzan por mejorar la suya propia. Es interesante subrayar que en quienes reportan tener una dieta balanceada, dos de tres comen en el hogar con la compañía de su familia la mayoría de las veces.

El factor más importante a la hora de decidir qué comer está vinculado a la salud y el sabor, sin embargo, el 11 % de los adolescentes encuentra obstáculos importantes para hacerlo, en particular, por el costo y al difícil acceso a los productos adecuados (Unicef, 2019). El estado nutricional también influye sobre la selección de los alimentos, en especial en el grupo etario de entre dieciocho y veinticuatro años versus los de trece a diecisiete años. En Uruguay, el consumo de PUP es generalizado y está presente en niños y adolescentes. Según Florencia Köncke, Cecilia Toledo, Christian Berón y Alicia Carriquiry (2021), en la población de cuatro a doce años de Montevideo el 28 % de las calorías proviene de PUP y el 18,9 % proviene de azúcares libres —que equivale prácticamente a cien gramos de consumo diario—, mientras que el consumo de fibra, sodio y potasio se aparta de las recomendaciones diarias.

En este contexto, los principales desafíos que enfrentan adolescentes y jóvenes en nuestra materia de estudio están vinculados a los desiertos alimentarios (limitada disponibilidad de frutas y verduras frescas en muchas comunidades), al alto costo de los productos saludables, a los estilos de vida modernos que quitan tiempo para el buen comer y a la presión a la que se ven sometidos a causa de la publicidad y la comercialización intensa de PUP (Global Burden of Disease [GBD] 2017 Diet Collaborators, 2019). Una alimentación adecuada y mantenida en el tiempo asegura satisfacer las necesidades nutricionales, promueve la salud, reduce los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y aumenta la expectativa y la calidad de vida (Swinburn *et al.*, 2019). Al consultar con los adolescentes sobre qué ideas tienen para mejorar la alimentación, muchos coinciden en la necesidad de aumentar el conocimiento acerca del tema y destacan el papel de los gobiernos, los líderes comunitarios y de sí mismos en la promoción de una dieta saludable (Unicef, 2019).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU (2015) incluyen poner fin al hambre, buscar de soluciones a la malnutrición en todo el ciclo de la vida y proteger de la sostenibilidad del planeta. Los as-

pectos fundamentales que condicionan la disponibilidad de alimentos incluyen los entornos y el comportamiento de los consumidores, que afectan sus elecciones. Frente a los enormes desafíos que enfrentan los países en materia de alimentación y su correspondiente seguridad, los Estados deben generar transformaciones con urgencia. Estos cambios que requieren, además, del empoderamiento de la población mediante la educación alimentaria y nutricional —en especial, durante la infancia y adolescencia—, el establecimiento de regulaciones jurídicas para el etiquetado frontal de productos y la garantía de trazabilidad de los alimentos para que los consumidores puedan conocer su procedencia y modo de producción (Burlingame y Dernini, 2012).

Es apremiante mejorar los entornos alimentarios, definidos como el espacio físico, económico, político y sociocultural donde se accede a los sustentos y se ofrecen distintas opciones para que las personas tomen decisiones y determinen sus patrones alimentarios (Burlingame y Dernini, 2012; Glopan, 2016). Los Estados deben promover entornos saludables en centros educativos y otros lugares de circulación de adolescentes y jóvenes. Esto incluye tanto proporcionar comidas apetecibles y sanas como limitar la venta y publicidad de PUP en dichos centros y sus proximidades (HLPE, 2017).

En el camino del cambio, es necesario generar espacios reales de participación para adolescentes y jóvenes en donde se escuchen sus voces y experiencias (Mason-D'Croz *et al.*, 2019). Los sistemas de educación y protección social —junto a las mejoras en el bienestar— también tienen un papel crucial en el alcance del derecho a una alimentación adecuada. Al mismo tiempo, se debe potenciar la demanda de productos saludables a través de subsidios a víveres con valores nutricionales idóneos, generar nuevas oportunidades para los productores familiares —en especial para las mujeres rurales— e incentivar los circuitos cortos de compra y venta con precios justos (HLPE, 2017). Por último, se deben establecer políticas de incentivo para la reducción de la pérdida y el desperdicio de alimentos (Burlingame y Dernini, 2012).

Lo expuesto demuestra la necesidad de promover patrones saludables —con énfasis en la infancia y la juventud temprana— y de generar acuerdos multiinstitucionales con la participación activa de los jóvenes (Lutz, 2021). De la transformación de los sistemas alimentarios actuales depende la capacidad de resiliencia a situaciones de emergencia, el alcance de la seguridad alimentaria y la reducción de la malnutrición en todas sus formas, en especial, en niños y adolescentes.

Bibliografía

- BOURDIEU, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- BUENO, G. (1998). Adolescencia: antropología comparada. En J. M. SEGOVIA DE ARANA y F. MORA TERUEL (Eds.), *Sociopatología de la adolescencia*. Madrid: Farmaindustria.
- BURLINGAME, B., y DERNINI, S. (Eds.) (2012). *Sustainable Diets and Biodiversity: Directions and Solutions for Policy, Research and Action*. Roma: FAO. Recuperado de <https://www.fao.org/3/i3004e/i3004e.pdf>
- CLARK, M. A., SPRINGMANN, M., HILL, J., y TILMAN, D. (2019). Multiple Health and Environmental Impacts of Foods. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 116(46), 23357-23362. <https://doi.org/10.1073/pnas.1906908116>
- COHEN, D. A., y FARLEY, T. A. (2008). Eating as an Automatic Behavior. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), 1-7. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/5766659_Eating_as_an_Automatic_Behavior
- CONTRERAS, J., y Gracia Arnaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- DIASIO, N. (2009). On a vite fait de dire « adolescence »... Passages, ruptures et autonomisation. En *Colloque OCHA Alimentations Adolescentes*. París: Observatoire CNIEL des Habitudes Alimentaires (OCHA). Recuperado de <https://www.lemangeur-ocha.com/content/uploads/2012/04/AlimAdos-Nicoletta-Diasio1.pdf>
- ELZO IMAZ, J. (2005). El grito de los adolescentes. En FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN Y MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, *Libro de ponencias del congreso Ser Adolescente hoy* (pp. 83-95). Madrid: FAD-MTAS. Recuperado de http://www.deciencias.net/convivir/5.noticias/N.congresos/Ser_adolescente%28Madrid-2005%29/Conferen-mesas-comunica/CSAH_P.pdf
- ETIÉVANT, P., BELLISLE, F., DALLONGEVILLE, J., ETILÉ, F., GUICHARD, E., PADILLA, M.,... TIBI, A. (2010). *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Rapport de l'expertise scientifique collective*. París: INRA. Recuperado de <https://hal.science/hal-02182263>
- FISCHLER, C. (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) 2017 Diet Collaborators (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

- GLOBAL PANEL ON AGRICULTURE AND FOOD SYSTEMS FOR NUTRITION (GLOPAN) (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*. Londres: Glopan. Recuperado de <https://glopan.org/sites/default/files/ForesightReport.pdf>
- HERRERA VEGAS, M. E. (2020). *Sistemas alimentarios sostenibles y primera infancia. Condiciones de vida, situación alimentaria y desarrollo infantil en Argentina: bases para una teoría del cambio e intervenciones*. Buenos Aires: Fundación Alimentaris Argentina.
- HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION (HLPE) (2017). *Nutrition and food systems*. Roma: HLPE.
- HU, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Current Opinion in Lipidology*, 13(1), 3-9.
- KÖNCKE, F., TOLEDO, C., BERÓN, CH., y CARRIQUIRY, A. (2021). El consumo de productos ultraprocesados y su impacto en el perfil alimentario de los escolares uruguayos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 92(2), e213. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492021000301213
- LÓPEZ GARCÍA, J. (2003). Algunas consideraciones metodológicas en los trabajos de campo en antropología de la alimentación. Experiencia con mayas-ch'orti' del oriente de Guatemala. *Revista de Antropología Social*, 12, 223-241. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801211.pdf>
- LUTZ, M. (2021). Patrones y sistemas alimentarios saludables y sostenibles: una urgencia planetaria. *Medwave: Revista médica revisada por pares*. <http://doi.org/10.5867/medwave.2021.07.8436>
- MASON-D'CROZ, D., BOGARD, J. R., SULSER, T. B., CENACCHI, N., DUNSTON, S., HERRERO, M., y WIEBE, K. (2019). Gaps between fruit and vegetable production, demand, and recommended consumption at global and national levels: an integrated modelling study. *The Lancet Planetary Health*, 3(7), e318-e329. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30095-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30095-6)
- MEDINA, F. X. (1996). Alimentación, dieta y comportamientos alimentarios en el contexto mediterráneo. En *La alimentación mediterránea. Historia, cultura, nutrición* (pp. 21-46). Barcelona: Icaria.
- MELÉNDEZ TORRES, J. M., CAÑEZ DE LA FUENTE, G. M., y FRÍAS JARAMILLO, H. (2012). Comportamiento alimentario durante la adolescencia. ¿Nueva relación con la alimentación y el cuerpo? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4, 99-111. Recuperado de <https://www.medicigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71798>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2016). *Guía alimentaria para la población uruguaya. Para una alimentación saludable, compartida y placentera* (1.ª ed.). Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya>

- MINTZ, S. W. (2003). *Sabor a comida, sabor a libertad*. Ciudad de México: Ediciones de la Reina Roja.
- MONTEIRO, C. A., CANNON, G., MOUBARAC, J. C., BERTAZZI LEVY, R., LOUZADA, M. L., y CONSTANTE JAIME, P. (2018). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutrition*, 21(1), 5-17. <https://doi.org/10.1017/s1368980017000234>
- OBSERVATORIO DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN, ESCUELA DE NUTRICIÓN (2021). Sistema de vigilancia del derecho a la alimentación en niños, niñas y adolescentes de Uruguay. Recuperado de <http://164.73.220.32/sisvida/wp-content/uploads/2022/03/Sistema-de-vigilancia-del-derecho-a-la-alimentacion-en-ninos-ninas-y-adolescentes.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO) (2006). *Seguridad alimentaria. Informe de políticas*, (2). Recuperado de https://www.academia.edu/24025199/_P_FAO_Informe_de_p%C3%B3liticas_Seguridad_Alimentaria
- (2016). *Influencing Food Environments for Healthy Diets*. Roma: FAO. Recuperado de <https://www.fao.org/3/a-i6484e.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), FONDO INTERNACIONAL DE DESARROLLO AGRÍCOLA (FIDA), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (PMA) y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF) (2022). *Versión resumida de «El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles»*. Roma: FAO. Recuperado de <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc0640es>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2019a). *Global School-based Student Health Survey. Uruguay 2019 Fact Sheet*. Recuperado de <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/945/related-materials>
- (2019b). *Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of noncommunicable diseases*. Ginebra: oms.
- RAPALLO, R., y RIVERA, R. (2019). *Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios*. 2030. Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe. Documento n.º 11. Santiago de Chile: FAO. Recuperado de <https://www.fao.org/documents/card/en/c/ca5449es>
- STEFFEN, W., CRUTZEN, P. J., y McNEILL, J. R. (2007). The Anthropocene: Are Humans Now Overwhelming the Great Forces of Nature? *Ambio*, 36(8), 614-621. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/25547826>

- SWINBURN, B. A., KRAAK, V. I., ALLENDER, S., ATKINS, V. J., BAKER, P. I., BOGARD, J. R.,... DIETZ, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: *The Lancet* Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. <https://doi.org/10.1016/s0140-6736%2818%2932822-8>
- TRUM HUNTER, B. (2002). Marketing foods to kids: using fun to sell; the appeal of crazy colors, flavors, and more. *Consumers' Research Magazine*, 85(3).
- UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA) (2017). *Orientación programática de Unicef para el desarrollo de los niños y las niñas en la primera infancia*. Nueva York: ONU. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/107611/file/Programme-Guidance-for-ECD-SPANISH.pdf>
- (2019). *Estado mundial de la infancia. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación*. Nueva York: ONU. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
- WILLETT, W., ROCKSTRÖM, J., LOKEN, B., SPRINGMANN, M., LANG, T., VERMEULEN, S., GARNETT, T.,... MURRAY, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447-492.

PERCEPCIÓN DEL ROTULADO FRONTAL DE ALIMENTOS POR ADOLESCENTES URUGUAYOS¹

Débora Fagúndez, Camila Fellay,
Daniela Moscatelli, Lucía Otero, Victoria Reyes²,
Vanessa Gugliucci³, Pablo Pereira⁴

Adolescencias y alimentación

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por multiplicidad de cambios físicos, psicológicos y emocionales (Brown, 2014). Se experimenta un rápido crecimiento y desarrollo, por lo que los requerimientos de energía, macro- y micronutrientes aumentan respecto a la etapa de la niñez y comienzan a asemejarse a los de un adulto (FAO, 2001). En el mundo —y, en particular, en países occiden-

1 El presente trabajo reúne contenidos que pertenecen a la elaboración del trabajo final de grado de la Licenciatura en Nutrición *Percepción del rotulado frontal de alimentos por adolescentes uruguayos que cursan bachillerato en los departamentos de Maldonado y Florida, en el año 2021*.

2 Licenciadas en Nutrición.

3 Licenciada en Nutrición y asistente de la Unidad Académica de Prácticas de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

4 Magíster en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, licenciado en Nutrición y profesor adjunto del Departamento de Alimentos de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

tales— la malnutrición por exceso es una problemática relevante en la población general y la adolescencia no es la excepción (oms, 2021). La malnutrición en esta etapa afecta su calidad de vida e incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades también en la adultez (Aljaraedah, Takruri y Ttayem, 2019).

Los alimentos consumidos por los adolescentes en varias regiones del mundo suelen aportar elevadas cantidades de sal, azúcar y grasas y un bajo contenido de nutrientes indispensables para el crecimiento en esta etapa, como lo son el calcio y el hierro (Hidalgo y Güemes, 2007; Valdez *et al.*, 2012). De esta manera, se los predispone al potencial desarrollo de la malnutrición (Aljaraedah *et al.*, 2019). En Uruguay, la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente (MSP, Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], Junta Nacional de Drogas [JND] y Organización Panamericana de la Salud [ops], 2012) reportó que el 70 % de los adolescentes consumía bebidas azucaradas una o más veces al día. Según una encuesta de 2008 sobre una muestra representativa de adolescentes uruguayos, el 88 % consumía menos de cinco porciones de frutas y verduras por día, el 49,8 % ingería bebidas azucaradas a diario, el 24,1 % consumía comidas rápidas dos o más veces por semana y el 12,1 % le agregaba sal al plato ya servido, sin probarlo antes. Estas cifras se acrecentaban en la adolescencia tardía, entre los quince y los diecinueve años, un incremento posiblemente vinculado a la mayor autonomía y manejo del dinero de esta etapa (Ortiz y Pereyra, 2015).

Como se mencionó antes, los jóvenes adquieren mayor autonomía e independencia de sus familias y comienza a observarse un desplazamiento de la alimentación familiar y en el hogar por una mayor presencia de compra y consumo fuera de él (Aljaraedah *et al.*, 2019; Vaitkeviciute, Ball y Harris, 2015). En esta etapa, destacan como principales determinantes de hábitos alimentarios la influencia de sus pares, las figuras materna y paterna y los entornos educativos (Currie *et al.*, 2012). El conocimiento de aspectos nutricionales también ha mostrado ser un factor probablemente asociado a hábitos más saludables en la adolescencia (Vaitkeviciute *et al.*, 2015). Por otro lado, por tratarse de un período de gran autonomía en la ingesta y una tendencia a la toma de decisiones impulsivas, esta población en particular es influenciada por los entornos propios de la alimentación. Así, el marketing alimentario, que se ha incrementado de manera sustancial en las plataformas digitales —de uso muy extendido en este tramo del ciclo vital— ha comprobado tener un efecto en sus hábitos (Qutteina, De Backer y Smits, 2019). Las publicidades se caracterizan por ser

mensajes con énfasis en la diversión, la ausencia casi absoluta de mención a aspectos nutricionales y la recurrencia a *influencers* y referentes conocidos para su público objetivo (Unicef, 2021b).

Por ello, múltiples iniciativas desde la salud pública en el ámbito internacional y en el nacional han enfatizado la importancia de promover entornos y hábitos sanos en la infancia y adolescencia como forma de proteger el derecho al goce del nivel más alto de bienestar posible en esta etapa (MSP, 2020; Unicef, 2021b).

Desarrollo y aplicación en Uruguay

El rotulado nutricional frontal de alimentos es una política que busca garantizar el derecho a la información nutricional clara y precisa para los consumidores (Jones, Neal, Reeve, Ni Mhurchu y Thow, 2019; Mozaffarian, Angell, Lang y Rivera, 2018), aumentar la saliencia de aspectos nutricionales en el momento de la compra y reducir sesgos por la presencia de otro tipo de información o estímulos presentes en el envase (Unicef, 2020). Esta herramienta consiste en octógonos de color negro con la leyenda «Exceso de», seguida de los nutrientes que se encuentran en exceso: grasa, grasa saturada, sodio o azúcar. Este diseño fue estudiado y comparado con otros modelos de rotulado frontal implementados en diferentes países, y demostró tener la mayor eficacia en términos de visibilidad, rapidez de lectura y comprensión sin contenidos contradictorios (Ares *et al.*, 2018; Arrúa *et al.*, 2017; Santos, Bravo, Velarde y Aramburu, 2019). Tanto los estudios que generaron la evidencia para su diseño como las primeras investigaciones sobre la percepción y uso del rotulado fueron conducidos principalmente entre adultos y niños (Ares *et al.*, 2020; Ares *et al.*, 2021b), pero se presentó un vacío en evidencia del potencial impacto de esta política entre adolescentes (Saavedra-García, Moscoso-Porras y Díez-Canseco, 2022).

En Uruguay, la implementación de dicho rotulado por el Decreto n.º 272 de 2018 (Uruguay, 2018) entró en vigencia el 1.º de marzo de 2020. El 11 de marzo (Uruguay, 2020a), en el contexto de cambio de gobierno nacional, se inició una nueva revisión del decreto original, posterior a la cual se flexibilizaron límites y criterios utilizados para establecer presencia o no del rotulado. Tras una nueva prórroga, establecida en setiembre de 2020, el decreto entró en vigencia el 1.º de febrero de 2021 con el Decreto n.º 246 de 2020 (Uruguay, 2020b). En

setiembre de 2022, luego de casi un año del comienzo de la obligatoriedad, el MSP dio a conocer el primer informe sobre el estado de fiscalización y cumplimiento de este decreto, en el que se detectaron al menos trescientos incumplimientos y una falta de unificación de criterios de fiscalización de la medida (Santini, 2022).

En este contexto, el presente trabajo reúne los principales hallazgos obtenidos en el marco de un trabajo final de grado sobre la percepción adolescente del rotulado nutricional frontal puesto en marcha en nuestro país en marzo de 2021. Para ello, se comentarán con brevedad los procesos metodológicos seguidos en el estudio y se analizarán los discursos recogidos. Por último, se plantean algunas conclusiones y sugerencias para futuras acciones e investigaciones vinculadas a la temática.

Mirada adolescente

Consideraciones metodológicas

Para conocer las percepciones existentes entre esta población de uruguayos y uruguayas, se establecieron cuatro grupos focales en dos departamentos de Uruguay (Florida y Maldonado) durante julio y agosto de 2021. Estuvieron conformados por jóvenes de entre quince y dieciocho años de edad, sin patologías declaradas y pertenecientes a diferentes barrios y centros educativos.

A posteriori, se hizo el análisis temático de contenido por inducción analítica a partir de la transcripción de las entrevistas grabadas. En un principio, se codificaron con colores los discursos de los adolescentes según las líneas principales de la investigación (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014). Luego, considerando los objetivos de la investigación, se crearon dos grandes categorías de análisis: *Salud* (conceptos vinculados al riesgo y la enfermedad) y *Sociocultural* (todos aquellos aspectos, influencias e interacciones que llevan a la construcción de las diferentes percepciones).

Consideraciones preliminares: hábitos alimentarios de los adolescentes entrevistados

Los participantes manifestaron cumplir un papel de acompañantes en el proceso de adquisición y compra de la despensa para sus hogares. Si bien en los discursos mencionan una amplia variedad de víveres (carnes, cereales, vegetales, lácteos, panificados), cuando los entrevistados describen aquellos que seleccionan y consumen fuera del hogar, estos son, en su mayoría, PUP (gaseosas, jugos azucarados, alfajores y galletitas). Uno de los lugares en donde relatan adquirir estos productos son las cantinas de los establecimientos educativos a los que asisten (liceo o UTU); allí se consuma la compra de *empanadas*, *refuerzos*, *biscochos* y *snacks*.⁵

En cuanto a la observación de los envases alimentarios, se mencionó la lectura de calorías, tablas nutricionales e ingredientes en contadas ocasiones, sobre todo, asociada a la curiosidad y al aburrimiento después de la compra o de la ingesta.

Yo llego a mi casa y, si estoy aburrido, me pongo a leer, a ver qué es lo que tiene, pero después de comprar (Adolescente 5, G2).

Estas afirmaciones sugieren que la información presente en los envoltorios no influye en la decisión de compra del grupo entrevistado, tal como sí se ha evidenciado en los adultos (Grunert y Wills, 2007; Machín *et al.*, 2018).

Discursos sobre la salud y la alimentación

Los entrevistados reconocieron estar transitando una etapa importante para establecer una dieta balanceada que perdure en la vida adulta. Mencionaron la relevancia de tener hábitos saludables para lograr un correcto desarrollo físico y evitar la aparición de patologías. Asimismo, se mostraron interesados en conocer más sobre la alimentación saludable con el fin de adquirir mejores costumbres.

5 El anexo al final del capítulo ofrece un detalle de las temáticas emergentes en los discursos.

Los alimentos que compres te pueden ayudar a tu desarrollo, entonces estaría bueno, sí, tomarlo en cuenta, más con la edad que tenemos (Adolescente 5, G1).

Porque podemos cambiar hábitos desde más temprano y amoldarlos a nuestra vida para cuando ya seamos más grandes (Adolescente 4, G2).

Análisis de discursos en torno a su uso y percepción

Reconocimiento

Los octógonos que componen el rotulado nutricional frontal vigente en el país fueron reconocidos por los participantes de la investigación. Tenían noción sobre su origen (medida del MSP) y dónde se encuentran (los envoltorios alimentarios). Esto confirma que, en el contexto de alta exposición a PUP en el país (OPS, OMS, 2015) y la concurrencia a lugares de expendio de alimentos, los adolescentes han estado en contacto con el rotulado y lo identifican.

Los resultados condicen con los obtenidos para la población adulta unos meses después de entrada en vigencia el decreto, ya que se reportó unanimidad en el reconocimiento del rotulado frontal (Unicef, 2020). Sin embargo, los jóvenes mostraron incertidumbre en relación con el momento en el que los octógonos en los envases comenzaron a aparecer. Estas afirmaciones podrían vincularse, por un lado, a las sucesivas prórrogas y lagunas en la entrada en vigencia del decreto, o, por otro, a lo que describe Kathleen Stassen Berger (2006) sobre los adolescentes: dedican escaso tiempo a las actividades repetitivas de la vida cotidiana, tal como la observación de los envoltorios en cada ocasión de compra. Lo mismo sucede también en la vida adulta (Machín *et al.*, 2018).

Percepción

De los discursos analizados se desprende que los adolescentes entienden el rotulado frontal como una alerta de algo nocivo, que pone en cuestión los alimentos consumidos. La medida es, al parecer, comprendida como un resumen que permite obtener información de manera rápida en el momento de la compra.

Para mí es más bien un resumen, porque nadie —la mayoría, en realidad— se para a leer todo lo que trae cada paquete procesado (Adolescente 2, G2).

Yo creo que es como una forma de alerta al momento de ir a comprar un producto; sabiendo las cosas malas, por decirlo así, que contiene (Adolescente 3, G4).

Observamos que la presencia de los octógonos es asociada a lo no saludable, puesto que se manifestó cierta tensión en relación con algunos productos, antes considerados sanos:

El queso de untar que siempre comemos en casa; me llamó la atención que creo que tiene como tres cartelitos de esos y nunca pensé qué podría tener (Adolescente 3, G4),

Alguna galletita salada, que no pensaba qué tenían y ahora sí (Adolescente 1, G2).

Los grupos valoraron de forma positiva el rotulado con el fundamento de que la población necesita información rápida y clara, lo cual es la base de la creación de este tipo de políticas sanitarias (OPS, OMS, 2020). Asimismo, los entrevistados manifestaron las ventajas del nuevo sistema comunicativo en relación con la tabla nutricional incluida originalmente en los envases, a la que describen como pequeña, poco práctica y de difícil interpretación.

Podés ver: *no sé qué trae nueve gramos de sodio*, y no sabés si es exceso o no es exceso (Adolescente 2, G2).

Este argumento también estuvo presente en la investigación realizada por Florencia Baudín y Mara Cristina Romero (2020) en Argentina, en el que se identificó la no comprensión de la información nutricional de los envases como una de las principales razones para no utilizarla. Resultados similares en relación con la complejidad del rotulado tradicional fueron reportados en nuestro país por Alejandra Arrúa y colaboradores (2017) y Leandro Machín y colaboradores (2018) en sus investigaciones.

Sin embargo, algunos participantes afirmaron considerar que la medida es poco eficaz como generadora de cambios en el comportamiento alimentario de la población.

Esto no influye; la gente sigue comprando y sigue consumiendo de la misma manera (Adolescente 5, G3).

Es mejor que nada. Tampoco creo que cambie mucho (Adolescente 1, G2).

Del mismo modo, respecto a la aplicación de la medida y su vínculo con la industria, hacen énfasis sobre su falta de credibilidad y las declaraciones nutricionales que hacen en los envoltorios.

Son medio mentirosos, ¿no?, a la hora de poner las calorías y todas esas cosas (Adolescente 2, G1).

Andá a saber, capaz que hay alguno que tiene y no te lo ponen, porque no te penalizan (Adolescente 5, G1).

Tal como describen autores como Diana Pasqualini y Alfredo Llorens (2010) o Victoria Raimann Pumpin y Valentina Fuentes Lombardo (2020), los jóvenes suelen cuestionar las reglas o normas sociales. Por ello, frente a un actor tan relevante en la comunidad como la industria alimentaria, ponen en duda su honestidad y consideran que, puesto que la medida disminuiría las ventas de PUP, es probable que decidieran no colocarla. Asimismo, describen que la industria ha empeorado el sabor de los productos, pero ha aumentado los precios, lo que podría adicionar a las razones para la falta de confianza en ella.

Percepción vinculada a la salud y enfermedad

Los discursos analizados sugirieron una concepción de salud ligada a la ausencia de enfermedades. Estas no son identificadas como potencialmente presentes a su edad. Por lo tanto, la medida no tendría utilidad para ellos, pero sí para otras personas con patologías.

Yo creo que no es una cosa por la cual preocuparte a esta edad, pero, en ciertos casos, puede ser útil, sí (Adolescente 1, G4).

Bastantes personas la ignoran, y si, digamos, [...] es celíaca, diabética, hipertensa, ahí sí, se fija (Adolescente 5, G2).

Estos fragmentos denotan una baja percepción del riesgo por parte de los participantes y una inclinación a actuar desde el presente inmediato, sin consideraciones a futuro (Suárez-Relinque, Del Moral Arroyo, Martínez Ferrer y Musitu Ochoa, 2017). Tales conductas han sido asociadas por varios autores al rápido crecimiento y desarrollo que sucede durante la adolescencia y al óptimo estado de salud y fortaleza física, que resultan en un menor miedo a enfermarse (García del Castillo, 2012; Castellano Barca, 2013).

La información presente en el rotulado es entendida e interpretada por los jóvenes, pero refieren no considerarla prioritaria o relevante para su decisión de compra. Quienes reconocieron de alguna manera un posible impacto en el futuro de su salud, admitieron también que no suele incidir en su hábito de consumo; se remitieron, una vez más, a la baja percepción del riesgo que poseen:

Decir «tiene mucha azúcar», «en el futuro me va a generar colesterol y diabetes o algo de eso» no. No dejo el paquete, me lo como igual (Adolescente 2, G3).

Aunque se presenta esta mirada médica del acto alimentario, estos jóvenes perciben la enfermedad y el riesgo como preocupaciones que conciernen a otras personas; ser joven y enfermar es una contradicción biológica e ideológica para este grupo.

Usos y comprensión

Los discursos emergentes reflejaron un proceso de exposición, percepción y comprensión (Engel, Kollat y Blackwell, 1968) sobre la medida de rotulado. Los adolescentes son conscientes de sobre su practicidad, sobre los beneficios y la relevancia de controlar el consumo de los nutrientes que allí se mencionan. De la misma manera, destacaron que ha sido una política útil para identificar los alimentos poco saludables. Puede afirmarse, entonces, que resultó ser una medida efectiva para informar.

Comía antes esos productos que tenían exceso de grasa o de sodio y no me daba cuenta. Ya ahora como que sí, lo pienso un poco más (Adolescente 1, G2).

En el mismo sentido, un estudio conducido en Uruguay en una muestra no representativa de adolescentes (Ares *et al.*, 2021a) indica que esta población identifica la inclusión de advertencias en los envases como una estrategia para promover hábitos más balanceados entre pares. Esto se condice con lo mencionado por la población adulta uruguaya en 2020 (Ares *et al.*, 2020).

Si bien se observó el interés y conocimiento de la medida, la información específica acerca de los nutrientes críticos (qué es cada uno y su impacto en la salud) no es comprendida en su totalidad. Esto trae como consecuencia una cuestión dicotómica: si tiene rotulado, es perjudicial; si no lo tiene, es sano.

¿Y «de grasas saturadas» qué es? (Adolescente 6, G1).

Pero ¿no es grasa normal? (Adolescente 5, G1).

En cuanto al uso del rotulado en su entorno, se mencionan ejemplos puntuales en los que es utilizado por alguien cercano y se genera una sustitución de alimentos o abandono de la categoría. Dicho de otro modo, se opta por cambiar un producto por otro similar o por no comprarlo.

He visto con los refrescos, más que nada, que lo cambia por otro (Adolescente 1, G2).

He visto familiares, por ejemplo, que tienen hijos y no quieren darles con exceso, por así decirlo, y eligen así (Adolescente 2, G2).

Las ocasiones en las que se utilizó el rotulado son vistas por los entrevistados como aisladas y no como un comportamiento generalizado. Aun así, es importante destacar que, según José Luis Lillo Espinosa (2004) y John Coleman y Leo Hendry (2003), en la etapa de la adolescencia, el comportamiento y accionar de sus pares es de mucha influencia.

Por otra parte, en sus discursos emergieron diversos factores que influyen en sus hábitos y elecciones alimentarias, tales como costumbre, marcas de preferencia, darse un gusto o porque está presente en algún evento social. Frente a estas situaciones, expresan no reparar en los octógonos y limitarse a consumirlos.

En una juntada, si llevan un paquete de galletitas, te lo comés igual; si llevan refresco, bueno, te lo tomás (Adolescente 4, G2).

Se puede asociar este comportamiento con el papel social y cultural del alimento: las personas eligen o consumen ciertos productos según el entorno —influencias de allegados— en el que se encuentren (Echeverri Gallo, 2015). Esto refleja la gran influencia que tiene el ambiente sobre los adolescentes (Lillo Espinosa, 2004; Castellano Barca, 2013), en particular, sobre su dieta. Por ello, el acto de comer es concebido como un acto social, en que el alimento pasa a tener significaciones y convoca a una reunión, encuentro o comensalidad, lo cual está muy presente en este tramo del ciclo vital (Gracia Arnaiz, 2000).

Comer es un placer

La alimentación es una fuente de deleite, que, además de cubrir una necesidad fisiológica, cumple un papel afectivo (Galisa, Nunes, García y Chemin, 2014). Para los adolescentes, la función placentera de ciertos productos influye más que la nutritiva al momento de la selección. Esto sucede, en especial, tal como asegura Michael Macht (2008), en el caso de aquellos alimentos que aportan grandes cantidades de grasa y azúcares. Expresan con claridad que la satisfacción que genera la comida, dadas sus características organolépticas —es decir, las sensaciones que genera su consumo (por su aspecto, sabor, aroma o textura)—, son más relevantes que la repercusión que pueda tener en su salud (Gracia Arnaiz, 2000).

A mí me gusta comer chocolate, un chocolate en específico, y no me fijo en eso. Voy y lo compro de una (Adolescente 1, G4).

A mí no me importaría. ¿Cuál sabe mejor? Y agarro ese (Adolescente 4, G1).

El papel placentero ya había sido reportado por investigadores uruguayos como uno de los principales motivadores en la selección de alimentos (precedido solo por el tiempo disponible para cocinar) entre adultos uruguayos de nivel socioeconómico medio (Ares *et al.*, 2017). Asimismo, investigaciones de organismos internacionales (Unicef, 2021a) y autores como Jennifer L. Harris (2014) describen que este tipo de comportamientos se vincula con una fuerte influencia de la publicidad, que asocia los PUP a momentos de festejo y disfrute, lo cual genera desde edades tempranas una fidelidad a ciertos productos o marcas. Así, los aspectos vinculados al goce son priorizados por estos adolescentes ante las cuestiones nutricionales.

Son los alimentos que uno va al supermercado y se tiente de comprar (Adolescente 3, G4).

Conclusiones y consideraciones a futuro

A través de los discursos obtenidos se identifican algunas percepciones de los adolescentes en relación con el rotulado frontal de alimentos. La medida es percibida como una advertencia de que el producto contiene algo perjudicial para la salud y como un resumen de la composición del producto. Se mencionó de manera reiterada que la información nutricional convencional presente en los envases no es tomada en cuenta por la población en general por ser difícil de leer y entender. Por tanto, destacan la medida como útil y práctica.

Sin embargo, los resultados sugieren que el rotulado frontal no era, al momento de la entrevista, una política de gran interés para la población adolescente. Si bien cumple con el objetivo de brindarles información nutricional de forma rápida y clara, no la ven como una medida educativa para ellos, sino que esperan que sea útil para quienes la necesiten, tengan interés en saber lo que consumen o para ellos en un futuro lejano. Asimismo, declaran estar familiarizados con las advertencias y sus beneficios, pero afirman no considerarlas a la hora de elegir sus alimentos, a diferencia de resultados reportados para población adulta uruguaya. Otro motivo para no utilizar la herramienta es el desconocimiento de algunos de los nutrientes críticos señalizados, lo cual lleva a que el rotulado no sea comprendido por completo. Se genera cierta confusión y, por tanto, se descarta su uso.

Las percepciones de los adolescentes denotan la identificación de un vínculo claro de esta medida con la salud y la enfermedad. Consideran que los principales beneficiarios son quienes padecen patologías crónicas ya establecidas. Se marca un atravesamiento de sus discursos por parámetros médicos. Lo mismo ocurre con el concepto de salud: la conciben como ausencia de enfermedad. Asimismo, se visualizan lejanos a esta última, a la que asocian a etapas posteriores de la vida y, principalmente, en otras personas.

Por otro lado, emergen discursos referidos a la imagen que perciben de la industria alimentaria. Se la posiciona en un lugar de deshonestidad y se cuestiona si en verdad llevan a cabo de manera correcta la aplicación de la medida.

Estudiar las percepciones, intereses y conocimientos de este grupo etario permite diferenciarlo de la población adulta e infantil y distinguir sus propias particularidades. De este modo, se podrán proponer consideraciones ligadas al despliegue de acciones desde la salud

pública en el futuro con el objetivo de promover mejores hábitos alimentarios y proteger el derecho a la salud desde la adolescencia.

Se observa que las dudas planteadas por los grupos focales se vinculaban más a la nutrición en general o a la composición de los alimentos y no tanto al rotulado frontal. Todos los participantes conocían la medida, quién la había desarrollado y con qué fin, pero no estaban familiarizados con la nomenclatura de los nutrientes críticos y su efecto sobre el organismo (por ejemplo, las grasas saturadas). Esta falta de información sugiere que sería relevante complementar el rotulado con campañas educativas dirigidas específicamente a las adolescencias para maximizar su interpretación, comprensión, uso e impacto.

Asimismo, el entorno social y la asociación entre ciertos productos con momentos de disfrute, placer e intercambio con otras personas se posicionaron como prioritarios para estos jóvenes al momento de tomar decisiones alimentarias. Estos resultados sugieren que en futuras campañas de salud orientadas a este público se debería tener en cuenta estos aspectos al diseñar sus mensajes y no solo el carácter nutricional (de forma específica o exclusiva).

Como limitantes de la presente investigación y oportunidades a futuro, se menciona la posibilidad de implementar estudios similares entre adolescentes de diversos niveles socioeconómicos o zonas geográficas de residencia (población urbana y rural). De esta forma, es probable que se encuentren discursos diferentes en cuanto al conocimiento de la medida, el acceso a los alimentos y los factores o prioridades que influyen en su elección de consumo.

Bibliografía

- ALJARAEDAH, TH., TAKRURI, H. R., y TAYYEM, R. F. (2019). Dietary Practices and Nutrient Intake among Adolescents: A General Review. *Obesity Medicine*, 16.
- ARES, G., ANTÚNEZ, L., ALCAIRE, F., VIDAL, L., y BOVE, I. (2021a). Listening to the voices of adolescents for the design of strategies to promote healthy eating: An exploratory study in a Latin American country. *Public Health Nutrition*, 24(17), 5953-5962. <https://doi.org/10.1017/S1368980021002548>
- ARES, G., ANTÚNEZ, L., y BRUNET, G. (2020). *Opinión de la ciudadanía uruguaya sobre la postergación de la entrada en vigencia del Decreto n.º 272/018 relativo al rotulado de alimentos*.
- ARES, G., ANTÚNEZ, L., GUGLIUCCI, V., CURUTCHET, M. R., GALICIA, L., MORATORIO, X.,... Bove, I. (2021b). How do consumer characteristics influence responses to nutritional warnings? *Revista Chilena de Nutrición*, 48(4), 578-585. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000400578>
- ARES, G., MACHÍN, L., GIRONA, A., CURUTCHET, M. R., y GIMÉNEZ, A. (2017). Comparison of motives underlying food choice and barriers to healthy eating among low-medium-income consumers in Uruguay. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213315>
- ARES, G., VARELA, F., MACHÍN, L., ANTÚNEZ, L., GIMÉNEZ, A., CURUTCHET, M. R., y ASCHMANN-WITZEL, J. (2018). Comparative performance of three interpretative front-of-pack nutrition labelling schemes: Insights for policy making. *Food Quality and Preference*, 68, 215-225.
- ARRÚA, A., MACHÍN, L., CURUTCHET, M. R., MARTÍNEZ, J., ANTÚNEZ, L., ALCAIRE, F.,... ARES, G. (2017). Warnings as a directive front-of-pack nutrition labelling scheme: comparison with the Guideline Daily Amount and traffic-light systems. *Public Health Nutrition*, 20(13), 2308-2317. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000866>
- BANDURA, A. (1971). *Social Learning Theory*. Nueva York: General Learning Press.
- BAUDÍN, F. A., y Romero, M. C. (2020). Comprensión de los consumidores del etiquetado nutricional para la compra de alimentos envasados. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(3), 171-179. Recuperado de [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_08._-RENC-D-19-0041\(1\).pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_08._-RENC-D-19-0041(1).pdf)
- BROWN, E. J. (2014). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- CASTELLANO BARCA, G. (2013). El adolescente y su entorno. *Pediatría Integral*, xvii(2), 109-116. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/04/109-116%20Adolescente.pdf>

- COLEMAN, J. C., y HENDRY, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4.^a ed.). Madrid: Morata.
- COMITÉ FEDERAL DE RADIODIFUSIÓN (COMFER) (2004). *Encuesta de tv. Radiografía del consumo mediático*. Recuperado de <https://industriasdecontenido.files.wordpress.com/2010/08/arg-comfer-audiencia-y-contenido-de-la-tv-2004.pdf>
- CUNHA, D., DA COSTA, T., DA VEIGA, G., PEREIRA, R., y SICHIERI, R. (2018). Ultra-processed food consumption and adiposity trajectories in a Brazilian cohort of adolescents: ELANA study. *Nutrition & Diabetes*, 8(28). <https://doi.org/10.1038/s41387-018-0043-z>
- CURRIE, C., ZANOTTI, C., MORGAN, A., CURRIE, D., DE LOOZE, M., ROBERTS, Ch.,... BARNEKOW, V. (Eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: OMS. Recuperado de <https://hbsc.org/publications/reports/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people/>
- ECHEVERRI GALLO, C. (2015). Percepciones de los adolescentes frente a las influencias psicosociales que inciden en sus hábitos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 181-195. Recuperado de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/666>
- ENGEL, J. F., KOLLAT, D. T., y BLACKWELL, R. D. (1968). *Consumer Behavior*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- GALISA, M., NUNES, A. P., GARCIA, L., y CHEMIN, S. (2014). *Educação Alimentar e Nutricional. Da Teoria à Prática*. San Pablo: Grupo Editorial Nacional.
- GARCÍA DEL CASTILLO, J. A. (2012). Concepción de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 133-151. Recuperado <https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>
- GRACIA ARNAIZ, M. (2000). La complejidad biosocial de la alimentación humana. *Zainak*, 20, 35-55. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/11497971.pdf>
- GRUNERT, K. G., y WILLS, J. M. (2007). A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. *Journal of Public Health*, 15, 385-399. <https://doi.org/10.1007/s10389-007-0101-9>
- HARRIS, J. L. (2014). Demonstrating the harmful effects of food advertising on children and adolescents. En A. B. JORDAN y D. ROMER (Eds.), *Media and the Well-Being of Children and Adolescents* (pp. 44-51). Oxford: Oxford University Press.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ COLLADO, C., y BAPTISTA LUCIO, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.

- HIDALGO, M., y GÜEMES, M. (2007). Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente. *Pediatría Integral*, *xi*(4), 347-362. Recuperado de <https://n9.cl/0iwuv>
- JONES, A., NEAL, B., REEVE, B., NI MHURCHU, C., y THOW, A. M. (2019). Front-of-pack nutrition labelling to promote healthier diets: current practice and opportunities to strengthen regulation worldwide. *BMJ Global Health*, *4*(6), e001882. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001882>
- LILLO ESPINOSA, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *(90)*, 57-71. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200005&script=sci_abstract
- MACHT, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, *50*(1), 1-11.
- MACHÍN, L., ASCHEMANN-WITZEL, J., CURUTCHET, M. R., GIMÉNEZ, A., y ARES, G. (2018). Does front-of-pack nutrition information improve consumer ability to make healthful choices? Performance of warnings and the traffic light system in a simulated shopping experiment. *Appetite*, *121*, 55-62.
- MAHAN, L. K., y RAYMOND, J. L. (2017). *Krause. Dietoterapia* (14.ª ed.) Barcelona: Elsevier.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2020). *Las 7 prácticas en los centros educativos para proteger a niños y adolescentes del sobrepeso y la obesidad*. Montevideo: MSP. Recuperado de <https://shorturl.at/wyEST>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP), MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MIDES), JUNTA NACIONAL DE DROGAS (JND) y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2012). *Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. GSHS*. Montevideo: JND-MSP-MIDES. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II_Encuesta_Mundial_de_Salud_Adolescente__0.pdf
- MOZAFFARIAN, D., ANGELL, S., LANG, T., y RIVERA, J. (2018). Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ*, *361*, k2426. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2426>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO) (2001). *Human Energy Requirements*. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Roma: FAO. Recuperado de <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/62ae7aeb-9536-4e43-b2d0-55120e662824/content>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2021, junio 9). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (1979). *Condiciones de salud del niño en las Américas*. Washington D. C.: OPS/OMS.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efectos sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Washington D. C.: OPS/OMS. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7698/9789275318645_esp.pdf
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2020). El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. Washington D. C.: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53013>
- ORTIZ, A., y PEREYRA, I. (2015). Estudio sobre las características de la alimentación de los adolescentes uruguayos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 65(2), 97-102. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222015000200004&lng=es
- PAREJA, S., ROURA, E., MILÀ-VILLARROEL, R., y ADOT, A. (2018). Estudio y promoción de hábitos alimentarios saludables y de actividad física entre los adolescentes españoles: programa TAS (Tú y Alicia por la Salud). *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 121-129.
- PASQUALINI, D., y LLORENS, A. (2010). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: OPS/OMS-UBA. Recuperado de <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- QUTTEINA, Y., DE BACKER, CH., y SMITS, T. (2019). Media food marketing and eating outcomes among pre-adolescents and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(12), 1708-1719. <https://doi.org/10.1111/obr.12929>
- RAIMANN PUMPIN, M. V., y FUENTES LOMBARDO, V. (2020). Percepción de adolescentes y jóvenes chilenos sobre el aumento en nuevos casos de VIH. *Revista ANACEM*, 14(1), 82-87. Recuperado de <https://revista.anacem.cl/wp-content/uploads/2020/10/revista-anacem-141-82-87.pdf>
- SAAVEDRA-GARCÍA, L., MOSCOSO-PORRAS, M., y DIEZ-CANSECO, F. (2022). An Experimental Study Evaluating the Influence of Front-of-Package Warning Labels on Adolescent's Purchase Intention of Processed Food Products. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1094. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031094>
- SANTINI, M. (2022, enero 13). Etiquetado de alimentos: a casi un año de la obligatoriedad, el MSP detectó al menos 300 incumplimientos. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/1/etiquetado-de-alimentos-a-casi-un-ano-de-la-obligatoriedad-el-msp-detecto-al-menos-300-incumplimientos/>
- SANTOS, G., BRAVO, F., VELARDE, P., y ARAMBURU, A. (2019). Efectos del etiquetado nutricional frontal de alimentos y bebidas: sinopsis de revisiones sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e62. <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2019.62>

- STASSEN BERGER, K. (2006). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (7.^a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- SUÁREZ-RELINQUE, C., DEL MORAL ARROYO, G., MARTÍNEZ FERRER, B., y MUSITU OCHOA, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00129716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129716>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2020). *Efectos inmediatos de la implementación del rotulado nutricional frontal en Uruguay*. Montevideo: Unicef. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/media/3256/file/Efectos%20inmediatos%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20rotulado%20nutricional%20frontal%20en%20Uruguay.pdf>
- (2021a). *Exposición de niños, niñas y adolescentes al marketing digital de alimentos y bebidas en la Argentina*. Buenos Aires: Unicef. Recuperado de <https://n9.cl/v5ccz>
- (2021b). *Programming Guidance: Nutrition in Middle Childhood and Adolescence*. Nueva York: Unicef. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/106406/file>
- URUGUAY (2018, agosto 29). Decreto n.º 272/018. Modificación del reglamento bromatológico nacional, relativo al rotulado de alimentos. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/272-2018/1>
- (2020a, marzo 11). Decreto n.º 91/020. Prórroga de plazo establecido en el art. 11 del Decreto 272/018, referente al rotulado de alimentos y creación de una comisión de trabajo multidisciplinaria. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/91-2020>
- (2020b, setiembre 2). Decreto n.º 246/020. Modificación del Decreto 272/018, el cual modificó el reglamento bromatológico nacional, relativo al rotulado de alimentos. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/246-2020/2>
- (2021, enero 26). Decreto n.º 34/021. Sustitución del anexo del Decreto 246/020, relativo al rotulado de alimentos y creación de comisión interministerial, integración y funciones. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/34-2021>
- VAITKEVICIUTE, R., BALL, L. E., y HARRIS, N. (2015). The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 18(4), 649-658. <https://doi.org/10.1017/S1368980014000962>
- VALDEZ, R. M., FAUSTO, J., VALADEZ, I., RAMOS, A., LORETO, O., y VILLASEÑOR, M. (2012). Estado nutricional y carencias de micronutrientes en la dieta de adolescentes escolarizados de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62(2), 161-166. Recuperado de <https://n9.cl/rcs0a>

Categorización de temáticas emergentes en discursos de adolescentes sobre la percepción del rotulado nutricional frontal

Categoría de análisis		Ejemplo
Salud	Riesgo	«Decir “tiene mucha azúcar”, “en el futuro me va a generar colesterol y diabetes o algo de eso” no. No dejo el paquete, me lo como igual.»
	Percepción del riesgo	
	Enfermedad	«Para mí son todos de la misma importancia, el tema es que según lo que a vos te afecte... Eso. Porque si sos diabético, el de exceso de azúcar te va a importar más.»
Sociocultural	Información sobre alimentos y rotulado	«La letra es súper chica, inentendible, hay gente que no la ve.»
	Envoltorios de alimentos	
	Composición de alimentos	«Una coca sabés que tiene un litro de pura azúcar.»
	Incertidumbres sobre el rotulado frontal	«¿Y “de grasas saturadas” qué es?»
		«Pero ¿no es grasa normal?»
	Credibilidad en la industria	«Andá a saber, capaz que hay alguno que tiene y no te lo ponen, porque no te penalizan.»
Compras y alimentación	Alimentos adquiridos en el hogar	«En mi caso: agua, jugo, frutas, verduras, carne. Técnicamente, cualquier comida variada, y siempre comemos diferente.»
	Encargados de las compras en el hogar	«Yo a cualquiera de mis padres acompaño.»
	Alimentos adquiridos fuera del hogar por adolescentes	«Alfajores.»
		«Refrescos.»
		«Galletitas dulces rellenas.»
		«Pedís tortugón.»
	Alimentación y entorno	«En una juntada, si llevan un paquete de galletitas, te lo comés igual; si llevan refresco, bueno, te lo tomás.»
	Hábitos y costumbres	«Porque podemos cambiar hábitos desde más temprano y amoldarlos a nuestra vida para cuando ya seamos más grandes.»
	PUP	«Se convierte en una droga esa comida y bebida.»
	Economía	«Me fijaba qué era la marca y el precio. Dependiendo del precio, compraba el más barato, generalmente.»
	Placer	«A mí me gusta comer chocolate, un chocolate en específico, y no me fijo en eso. Voy y lo compro de una.»

Categoría de análisis		Ejemplo
Rotulado	Información que otorga	«Para mí es más bien un resumen, porque nadie —la mayoría, en realidad— se para a leer todo lo que trae cada paquete procesado.»
	Lugar de visualización	«En los empaquetados.»
		«En las galletitas y eso. Están en todas casi.»
	Momento de visualización	«Hace creo que como un año o medio año.»
		«Nosotros, siendo jóvenes, no nos fijamos.»
	Importancia o uso para adolescentes	«Los alimentos que compres te pueden ayudar a tu desarrollo, entonces estaría bueno, sí, tomarlo en cuenta, más con la edad que tenemos.»
	Percepción de destinatarios y potencialidad de uso	«Es para todos, para que cada uno se cuide al momento de comprar los productos.»
		«Esto no influye, la gente sigue comprando y sigue consumiendo de la misma manera.»
	Medios/Redes	«Yo creo que fue en el informativo que escuché cuando recién empezaron a salir esas cosas.»

NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE LA ADOLESCENCIA, EMBARAZO ADOLESCENTE Y DEPORTE

Viviana Santín¹

Este capítulo tiene como objetivo exponer los principales aspectos vinculados a la alimentación y la nutrición durante la adolescencia con un enfoque del ciclo de la vida y del derecho a una alimentación adecuada. Se apunta a contribuir al quehacer profesional desde una mirada integral.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) (2020) considera a la adolescencia como un proceso físico y social que comienza entre los diez y quince años de edad —con la aparición de los caracteres sexuales secundarios— y termina alrededor de los veinte —cuando cesa el aumento somático y el desarrollo psicosocial—. A lo largo de este período un elevado ritmo de crecimiento coexiste con fenómenos madurativos importantes —que afectan al tamaño, forma y composición del organismo—, por lo que las necesidades nutricionales están fuertemente relacionadas con el gasto necesario para mantener los ritmos de crecimiento, de variaciones en la estructura corporal y de consumo energético (OMS, 2019). Por ende, la nutrición juega un papel crítico en el desarrollo del adolescente y la ingesta de una dieta

¹ Licenciada en Nutrición, maestranda en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, profesora adjunta del Departamento de Nutrición Básica y coordinadora del grupo de deporte y actividad física de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

inadecuada puede influir de forma desfavorable sobre el crecimiento somático y la maduración sexual.

El objetivo de las intervenciones nutricionales en esta población debería estar vinculado a la prevención de la desnutrición —asociada a la deficiencia energética o proteica—; del sobrepeso y la obesidad —vinculadas a un excedente de energía, grasa o azúcar—, y a la falta de micronutrientes —tanto vitaminas como minerales—. A la luz de la realidad epidemiológica y nutricional, otro aspecto importante a destacar es que ya no solo importa asegurar los valores que un individuo necesita, sino que hay que focalizar las intervenciones en la calidad alimentaria, la cual tiene igual —o incluso más— trascendencia en la salud de los adolescentes (OMS, 2019).

El crecimiento acelerado en la adolescencia tiene un costo energético y proteico elevado y las necesidades de nutrientes esenciales requieren de una adecuada planificación. A diferencia de las otras etapas del ciclo de vida, las necesidades nutricionales durante esta temprana juventud tienen mayor dependencia de la clasificación de la madurez sexual (estadios de Tanner). Por lo tanto, no se relacionan con la edad cronológica, sino con la edad biológica, la cual se asocia al ritmo de desarrollo físico y el cambio en la composición corporal (Abeyá Gilardon, Calvo, Durán, Longo y Mazza, 2009).

Las mayores tasas de crecimiento se producen en las mujeres de entre diez y doce años y en los varones de entre doce y catorce años aproximadamente, aunque existen variabilidades individuales. En las mujeres, la velocidad máxima de aumento de altura ocurre al principio de la pubertad, por lo general, entre las etapas 2 y 3 del estadio de Tanner del desarrollo mamario. El desarrollo de las mujeres va acompañado de un mayor incremento en la proporción de grasa corporal que en los varones, mientras que el de estos va acompañado de un mayor aumento en la proporción de masa corporal magra y volumen sanguíneo. En las mujeres, la menarca ocurre al final de la pubertad (con frecuencia, sucede entre las etapas 4 y 5 de los estadios de Tanner del desarrollo mamario y luego de dos o tres años del inicio del desarrollo mamario). El crecimiento longitudinal suele completarse un año después (AAP, 2020). El inicio de la pubertad en los varones ocurre entre los diez y trece años. La velocidad máxima de incremento de altura ocurre más tarde, en general, entre las etapas genitales 4 y 5 de los estadios de Tanner, al igual que el desarrollo de la masa muscular. Como resultado, los varones crecen, en promedio, durante dos años más que las mujeres. En ambos casos, la adquisición de

masa ósea máxima se produce en los seis a doce meses siguientes desde el momento en que se alcanza la cúspide de velocidad de incremento de altura (AAP, 2020).

Los modelos más utilizados para valorar las necesidades nutricionales han sido los publicados por la Academia Nacional de Ciencias. Sus ingestas dietéticas de referencia (IDR) comprenden mejorar la calidad de vida, prevenir el riesgo de las enfermedades crónicas y establecer el límite máximo tolerable (Instituto de Medicina de Estados Unidos [IOM], 2016). Las IDR buscan brindar pautas para la población sana de varones y mujeres adolescentes en dos categorías de edad: de nueve a trece años y de catorce a dieciocho años. Las IDR incluyen los aportes dietéticos recomendados (RDA) para muchos nutrientes y proporcionan una estimación del nivel dietético promedio diario mínimo que cumple con los requerimientos para entre el 97 % y el 98 % de la población sana.

Aunque no se han establecido los RDA para la ingesta de calorías, los requerimientos de energía estimados (EER) proporcionan la orientación para mantener el equilibrio en función de la edad, sexo, peso, altura y actividad física. Entre los adolescentes se produce una variabilidad individual en las tasas de crecimiento físico, el momento del estirón puberal y la maduración fisiológica, tres factores que pueden afectar las necesidades energéticas. Además, hay que considerar los patrones individuales de actividad física y que la ingesta restringida de alimentos durante esta etapa da como resultado una disminución del crecimiento y una caída en la tasa metabólica basal (AAP, 2020).

El requerimiento energético (RE) de los varones a esta edad es más elevado que el de las mujeres por el mayor aumento de peso y estatura. El MSP (2019), basado en las recomendaciones de la OMS y la FAO, ha establecido el RE para los varones de diez a diecisiete años en 2822 kcal diarias y de 18 a 29 años en 2447 kcal diarias. Para las mujeres el RE se estableció, respectivamente, en 2340 kcal y 1928 kcal diarias.

Las proteínas son necesarias para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los tejidos corporales. El requerimiento de proteínas según el comité de expertos (FAO/OMS/ONU, 2007) se establece en 1 g/kg para ambos sexos entre los once y catorce años, y en 0,9 para los varones y 0,8 para las mujeres entre los quince y dieciocho años. El límite máximo tolerable de ingesta proteica es el doble de las recomendadas.

En cuanto al intervalo aceptable de distribución de macronutrientes (AMDR), la AAP (2020) aconseja mantener una alimentación saludable que proporcione —dentro del RE diario— del 45 % al 65 % de los carbohidratos, del 10 % al 30 % de las proteínas y del 25 % al 35 % de las grasas, aproximadamente.

Según el MSP (2020), estos son los porcentajes que debe representar cada nutriente en función del RE:

- Proteínas: entre el 10 % y el 15 % del valor calórico total, además de poseer un alto valor biológico.
- Grasas totales: entre el 20 % y el 30 %.
- Ácidos grasos saturados: 10 % como máximo.
- Ácidos grasos poliinsaturados: entre el 6 % y 11 %.
- Ácidos grasos trans (industriales y naturales): menos del 1 %.
- Hidratos de carbono: entre el 55 % y el 65 %.
- Azúcares libres: menos del 10 %.

Se aconseja que el aporte de hidratos de carbono sea, en su mayoría, en forma de carbohidratos complejos, aportados por cereales, tubérculos, verduras y frutas. El IOM (2006) recomienda que la ingesta adecuada (IA) de fibra total diaria sea de 26 g diarios para mujeres de entre nueve a dieciocho años y de 31 g diarios para varones de entre nueve y trece años. Desde los catorce hasta los cincuenta años la recomendación es de 38 g diarios. El consumo diario de cinco porciones de frutas y verduras asegura la ingesta de la fibra recomendada, además de una variedad de antioxidantes, vitaminas y minerales.

Los valores de referencia para el hierro y el calcio aumentan durante la adolescencia en comparación con otros períodos anteriores (IOM, 2006). Hay una mayor demanda de hierro por la expansión del volumen sanguíneo y el consecuente incremento en la cantidad de hemoglobina. Lo mismo sucede con la cantidad de mioglobina por el crecimiento de la masa muscular y enzimas tales como los citocromos por el proceso de desarrollo. En las mujeres las necesidades son mayores para compensar las pérdidas menstruales. Por lo tanto, las posibilidades de cubrir las exigencias de este nutriente disminuyen considerablemente si se recurre a una dieta improvisada. La planificación correcta incluye orientar sobre el consumo de alimentos ricos

en hierro y el aporte adecuado de vitamina C, que mejora la absorción del mineral. Las necesidades nutricionales de hierro para edades comprendidas entre diez y diecisiete años se establecieron en 8 mg a 15 mg diarios para mujeres y en 8 mg a 11 mg diarios para varones. En cuanto al calcio, se estableció una meta diaria de 1300 mg para varones y mujeres de entre diez y diecisiete años (OMS, 2013; AAP, 2020). La adolescencia es un momento crítico para la acumulación de la masa ósea, ya que del 40 % al 60 % de la masa ósea de los adultos se acumula en este período. Las tasas máximas de acumulación de estos minerales ocurren en un promedio de 12,5 años en las mujeres y 14 años en los varones (AAP, 2020).

La AAP (2020) recomienda que las guías de salud para los jóvenes comiencen con una evaluación anual de los indicadores de riesgo nutricional, en la cual se incluya el sobrepeso, bajo peso, trastornos alimentarios, hiperlipidemia, hipertensión y anemia por deficiencia de hierro. Las prácticas poco saludables incluyen dietas frecuentes, restricciones calóricas, saltarse comidas o consumo excesivo de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares, sodio y cafeína.

La mejor forma de evitar un déficit es tener una dieta variada y basada en productos naturales y mínimamente procesados. El aporte calórico recomendado permitirá un adecuado crecimiento y desarrollo en la adolescencia y ayudará a la prevenir enfermedades no transmisibles (Story y Hermanson, 2000).

Las familias son referentes en el comportamiento alimentario. Deben aconsejar el consumo de una variedad de víveres en el hogar, proporcionar los diferentes grupos de alimentos y ofrecer diversas opciones dentro de cada uno de ellos (AAP, 2020). Las recomendaciones de porciones por grupo según el MSP (2020) se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Guía de consumo de referencia para la población adolescente uruguaya

Alimentos	10 a 17 años, adolescente mujer	10 a 17 años, adolescente varón
	Requerimiento energético: 2340 kcal	Requerimiento energético: 2822 kcal
	Cantidades (g o cc)	Cantidades (g o cc)
Leche entera	650 diarios	650 diarios
Carne roja	150 dos veces por semana	180 dos veces por semana
Pescado graso	200 dos veces por semana	200 dos veces por semana
Pollo	150 tres veces por semana	180 tres veces por semana
Huevo	45 tres veces por semana	45 tres veces por semana
Vegetales	400 diarios	400 diarios
Tubérculos	200 tres veces por semana	200 tres veces por semana
Frutas	300 diarios	400 diarios
Leguminosas	45 dos veces por semana	60 dos veces por semana
Cereal	80 diarios	100 diarios
Pan blanco	200 diarios	225 diarios
Aceite	20 de girasol o 10 de soja diarios	20 de girasol o 20 de soja diarios
Azúcar	40 diarios	50 diarios

Fuente: MSP (2020, p. 13).

Embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre antes de finalizar el desarrollo somático completo (Kurth *et al.*, 2010). Vivir dicho proceso en esta etapa implica un estrés adicional sobre el estado nutricional de la joven en crecimiento —por la insuficiente madurez biológica para afrontar un período de alta demanda— y supone un aumento de las necesidades energéticas, vitaminas y minerales. El estado nutricional previo al embarazo y durante él es un factor determinante de la salud materna, fetal y neonatal (Morton, 2006).

Los bebés nacidos de mujeres adolescentes son aproximadamente el 11 % de todos los nacimientos en el mundo y el 95 % de ellos ocurren en los países en desarrollo. A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los dieciocho años ya es madre (Scholl, 2008). En las regiones

más pobres del planeta, la cifra se eleva a una de cada tres mujeres. El embarazo adolescente es más probable en las regiones carenciadas, rurales y con menor nivel educativo (OMS, 2012; Dos Santos, Martins y Sousa, 2008).

El estado nutricional antes y durante el embarazo, sin importar si ocurre en la adolescencia o en la adultez, es uno de los aspectos más trascendentes en la salud del binomio madre-hijo (Saunders *et al.*, 2008). La alimentación ha sido identificada como uno de los principales factores del ambiente que influye en el desarrollo del recién nacido y en la salud de la madre. En especial durante la adolescencia, existe una mayor demanda de nutrientes que están ligados fuertemente al crecimiento pondoestatural. Esto exige mayores necesidades de proteínas, hierro, calcio y zinc, a lo que se agrega el ácido fólico en los casos de embarazo. Se debe velar por estas exigencias con el cumplimiento de una dieta suficiente y variada, tanto en calidad como en cantidad (Belarmino, Moura, Oliveira y Freitas, 2009; Pencharz, 2005).

Es necesario avanzar en investigaciones sobre la competencia nutricional entre la adolescente y el feto. Varios estudios han demostrado que estas mujeres son capaces de continuar con un crecimiento óptimo si su nutrición es adecuada, mientras que otros muestran que el embarazo puede limitarlo. Su ganancia de peso es diferente al compararla con sus pares adultas, por la competencia que existe entre la madre y el feto por nutrientes (Scholl, Miller, Salmon, Cofsky y Shearer, 1987; Polley, Wing y Sims, 2002). En las adolescentes, el 38 % de la ganancia de peso se produce a expensas del tejido adiposo y se relaciona con altas concentraciones de leptina, lo que puede incrementar el riesgo de obesidad a edad temprana, tanto de la madre como de sus hijos. Esto sugiere que ellas correrían mayor peligro de retener peso que las adultas y más aún en los casos que inician la gestación con obesidad previa (Story y Stang, 2012; Santos, Barros, Baião y Saunders, 2013).

El competir por nutrientes hace que las adolescentes embarazadas tengan mayor riesgo de atrofia y más resultados neonatales adversos, tales como bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia. A pesar de la evidencia generada, no existe consenso sobre cuál debe ser el incremento de peso adecuado en esta población. Muchos autores concuerdan en que debe corresponder al límite superior del rango recomendado para la adulta, teniendo siempre en cuenta el estado nutricional pregestacional (Severi, Alonso y Atalah, 2009).

Si bien el país no cuenta con datos específicos nacionales sobre características de la dieta en el embarazo, sí cuenta con datos focalizados en la antropometría sobre la situación de salud y bienestar alimentaria de embarazadas. Según datos del perfil nutricional durante el embarazo del MSP (2015), según el índice de masa corporal (IMC) se observa que el 22 % inicia con sobrepeso, el 13 % con obesidad y el 6 % con bajo peso. El IMC de las mujeres al final del embarazo muestra que el 14 % de las que tuvieron a sus bebés en 2014 estaban adelgazadas al final de la gestación, lo que presupone que un porcentaje importante no logró alcanzar el incremento de peso recomendado. En cuanto al sobrepeso y obesidad, afectan casi a la mitad de las mujeres. Esta proporción en comparación es mayor que la observada en la etapa pregestacional (35 %), lo que indica que el problema se incrementa a medida que transcurre el embarazo (MSP, 2016). En Uruguay, según datos del MSP, en 2015, el 3,8 % de las mujeres presentaron anemia antes de las veinte semanas de gestación y la cifra aumentó a 15,9 % después de dicho momento (MSP, 2016).

Según Olson, Strawderman, Hinton y Pearson (2003) la cuarta parte de las gestantes que tienen una ganancia de peso total por encima de las recomendaciones del IOM (2006) retienen al menos 4,5 kg en el posparto, lo cual hace imprescindible la orientación nutricional precoz, en especial, en las mujeres más jóvenes, que tienen mayores chances de volver a embarazarse. En este sentido, Polley y colaboradores (2002) concluyen que una inadecuada ganancia de peso gestacional puede ser minimizada con una correcta intervención nutricional. De esta manera, aquellas que reciben orientaciones sobre actividad física y alimentación saludable durante el embarazo tienen una menor prevalencia de ganancia de peso por encima de lo recomendado que aquellas que no la reciben.

Desde que, en la década pasada, se establecieron las primeras recomendaciones para la ganancia de peso durante la gestación, han ocurrido cambios importantes en el perfil de la mujer embarazada que tienden a una mayor presencia del sobrepeso y la obesidad (IOM, National Research Council, 2009). La recomendación actual es establecer la ganancia de peso para la totalidad del proceso, teniendo en cuenta el estado antropométrico pregestacional evaluado a través del IMC. Para las embarazadas adolescentes los límites superiores establecidos en 2009 son los aconsejados por el IOM (1990). Sin embargo, estas recomendaciones se basan en sugerencias dirigidas a adultos y, por tanto, no son específicas para la etapa juvenil. De hecho, al no

tener en cuenta las pautas de IMC específicas para adolescentes, el uso de las categorías del IMC para adultos los clasifica de forma errónea en un grupo de IMC al que no pertenecen y que les exige un mayor aumento de peso.

Se necesitan más investigaciones para determinar si las recomendaciones de la IOM recomiendan un aumento de peso suficiente en esta población específica y así poder optimizar los resultados del embarazo. No obstante, las evidencias científicas ya señalan la gran necesidad de intervenciones que promuevan ganancias adecuadas de peso gestacional total.

Recomendaciones nutricionales para el embarazo adolescente

La nutrición materna se debe abordar con un enfoque de ciclo de vida que ve a la salud perinatal dentro del contexto de la salud general de la mujer. La nutrición durante el embarazo, sobre todo en las adolescentes, no debe ser separada del estado de salud previo —siempre que sea posible— y de la adopción de buenos hábitos de alimentación y estilos de vida —que se deben adoptar en todas las etapas del ciclo vital—. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta ingesta contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, entre otros (Story y Hermanson, 2000).

La gestación constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de una mujer. Las adolescentes que la afrontan tienen requerimientos mayores que las adultas porque afrontan dos demandas: la del feto y la de ella, que aún está en desarrollo. Un indicador indirecto de crecimiento potencial, que puede ayudar en la intervención, es considerar la edad ginecológica (diferencia entre la edad cronológica y la de la menarca). Si es mayor o igual a dos años, es probable que se encuentre en etapa de crecimiento y tendrá necesidades nutricionales mayores que otra adolescente que ya haya completado ese proceso (Del Castillo-Matamoros y Poveda, 2021). Esta evidencia pone de manifiesto la necesidad de conocer su estado nutricional antes de la concepción y, de acuerdo a ello, determinar para cada caso individual la ganancia de peso esperada, el requerimiento y el AMDR.

Las mujeres saludables, de peso normal y con un estilo de vida moderadamente activo experimentan un aumento medido de la demanda calórica durante el embarazo, que se puede lograr con un ligero incremento del consumo de energía y con la conservación del equilibrio entre los macronutrientes. En particular, considerando que las necesidades calóricas son variables en función de cada persona y de factores como el estado de crecimiento, el peso antes de la gestación, dicho proceso en sí mismo y la actividad física, una garantía es que las jóvenes presentan un aumento de peso satisfactorio, que se relaciona con una ingesta de energía adecuada (Scholl, 2008).

El requerimiento calórico durante el embarazo adolescente —en especial de aquellas que no completaron su crecimiento— es elevado porque deben afrontar su propio desarrollo y las demandas del feto, mientras que en los casos contrarios las demandas son menores (FAO, 2001).

La recomendación de FAO y OMS sobre la energía extra diaria necesaria durante el embarazo indica un adicional de 85 kcal para el primer trimestre, 285 kcal para el segundo semestre y 475 kcal para el tercer trimestre (FAO, 2001). La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha establecido cantidades muy similares: 70 kcal diarias en el primer trimestre, 260 kcal diarias en el segundo y 500 kcal diarias en el tercero (EFSA, 2013). Actualmente, no contamos con recomendaciones específicas para el caso de la gestación durante la adolescencia.

PROTEÍNAS

El requerimiento proteico adquiere especial relevancia durante el embarazo con el aumento progresivo para apoyar la síntesis de estos nutrientes a fin de mantener los tejidos maternos y el crecimiento fetal (en especial, durante el tercer trimestre). Una vez más, si la gestante es adolescente, la relevancia es aún mayor por tratarse de una etapa de desarrollo acelerado. Una ingesta muy baja de proteínas se asocia con potenciales efectos negativos en términos de peso y longitud al nacer; sin embargo, una ingesta excesiva de proteínas podría afectar el desarrollo fetal (Marangoni *et al.*, 2016).

Las recomendaciones internacionales coinciden en aumentar la ingesta de proteínas, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre, para garantizar los gramos adicionales necesarios para la placenta y los tejidos maternos y fetales (OMS, FAO y Universidad de las Naciones Unidas [UNU], 2005). La FAO establece para las mujeres adultas que se adicione 1 g diario en el primer trimestre de gesta-

ción, 10 g diarios en el segundo trimestre y 31 g diarios en el tercer trimestre (OMS, FAO y UNU, 2007).

GRASAS

Durante el embarazo, la calidad de las grasas es más importante que la cantidad total ingerida, en especial por su vinculación con el desarrollo fetal. Por este motivo, es necesario vigilar la ingesta de grasas poliinsaturadas. Por ejemplo, una presencia adecuada de ácido docosahexaenoico (DHA, de la serie n-3) es esencial para el crecimiento y desarrollo del cerebro y la retina (Koletzko, Cetin y Brenna, 2007).

No es necesario cambiar la ingesta total de grasa, por lo que la meta nutricional es del 30 % del RE (Danaei *et al.*, 2009). Cabe recordar que, si bien contamos con la vía enzimática necesaria para la síntesis de DHA a partir del precursor metabólico ácido alfa-linolénico (ALA), hay evidencia experimental clara de que el ritmo de conversión de ALA en ácidos grasos de cadena más larga es insuficiente para asegurar niveles adecuados en los tejidos. Los seres humanos presentamos una capacidad limitada para sintetizar ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. Por esto, el concepto de esencialidad se extiende desde el ALA —presente en altas concentraciones en algunos aceites vegetales— al EPA (ácido eicosapentaenoico) y DHA —contenidos en altas concentraciones solo en peces grasos que viven en mares fríos (caballa, anchoas y salmón)— (Hernández-Rodas, Morales, Valenzuela, Morales y Valenzuela, 2016).

Las dietas sin pescado —tales como la típica dieta occidental— son, en su mayoría, deficientes en DHA y EPA. En la actualidad, el MSP recomienda en su *Guía alimentaria para la población uruguaya* el consumo de pescado graso dos veces a la semana (MSP, 2016b). La EFSA indica que el consumo de una a dos porciones de pescado por semana durante el embarazo asegura el desarrollo adecuado del feto y que estas cantidades no están asociadas con un riesgo significativo en términos de contaminación por metilmercurio. Según la EFSA, el requerimiento de DHA aumenta entre 100 mg y 200 mg diarios durante el período de gestación (EFSA, 2015).

CARBOHIDRATOS

Se promueve la ingesta de cereales, frutas y verduras. Se sugiere evitar el consumo excesivo de azúcares refinados (no más del 10 % del RE) y privilegiar los complejos. En cuanto a la fibra, que presenta beneficios para aliviar el estreñimiento (frecuente durante el embarazo),

se aconseja consumir entre 25 g y 35 g de fibra por día que provenga de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, semillas y frutos secos (Christian, 2003).

MICRONUTRIENTES

En cuanto a las deficiencias de micronutrientes, las más comunes en las adolescentes incluyen el hierro por el aumento de sus necesidades. En el caso de las embarazadas, corren un mayor riesgo de deficiencia de este mineral y, por lo general, requieren suplementos. Según la oms, hay 468 millones de mujeres de 15 a 49 años (el 30 % del total) que padecen anemia y al menos en la mitad de los casos es por deficiencia de hierro (oms, 2011, 2016). La anemia y la carencia de hierro —asociadas a la disminución de la capacidad física y al aumento de vulnerabilidad frente a las infecciones— deben corregirse antes de que conciba. El hierro es un mineral esencial para la vida. Su insuficiencia nutricional es la más prevalente en los países subdesarrollados y la causa principal de anemia en lactantes, niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazadas (Eussen, Alles, Uijterschout, Brus y Van der Horst-Graat, 2015).

Todas las carnes, las legumbres y las verduras de hoja verde son fuentes dietéticas de este mineral. En general, el cuerpo humano es capaz de absorber del 2 % al 13 % del hierro no hemo. En comparación, del hierro hemo (carnes) se absorbe alrededor del 25 % (Società Italiana di Nutrizione Umana, 2014).

La ingesta inadecuada de hierro durante la gestación y el aumento de la demanda de hierro hace que las mujeres embarazadas sean una población de riesgo (Allen, 2000). De tal manera, se recomienda la suplementación con hierro durante el proceso para mejorar los resultados y el parto (MSP, 2015).

Por otro lado, una ingesta excesiva de hierro puede exponer a las mujeres a estrés oxidativo, peroxidación lipídica, metabolismo de la glucosa alterado e hipertensión gestacional (Calderón Vélez (2007). Las recomendaciones internacionales sobre la ingesta para todas las mujeres embarazadas son variadas, pero, según lo aconsejado por iom (2006), el mínimo estipulado es de 27 mg diarios.

CALCIO

El calcio es fundamental para alcanzar la masa ósea máxima en las primeras décadas de la vida y para mantenerla en la edad adulta. Las principales fuentes de calcio son la leche y sus derivados (alre-

dedor del 50 %), seguidos de los cereales y las verduras (11 % cada uno). Su biodisponibilidad es diferente, puesto que es más alta para los lácteos.

Su requerimiento aumenta durante el embarazo de 50 mg a 330 mg diarios (en los últimos meses) por la movilización que se produce desde el esqueleto materno, la mayor eficacia de absorción intestinal y el aumento de la retención renal (Vidal *et al.*, 2008).

El peso normal al nacer, la reducción del riesgo de parto prematuro y el control elevado de la presión arterial se asocia con una IA de calcio durante la gestación. La dosis diaria recomendada por la OMS es de entre 1,5 g y 2 g desde la semana 20 hasta el final del embarazo (en especial, para mujeres con riesgo de hipertensión gestacional). Sobre todo en la adolescencia, el consumo de alimentos fuente disminuye por cambios en la dieta, tales como la omisión del desayuno y su sustitución por mate, té o café (Spiro y Buttriss, 2014). Esta recomendación se logra con tres porciones de alimentos con alta biodisponibilidad de calcio, en que una porción equivale a una taza de leche, un vaso de yogur (cuidar el contenido de azúcares agregados) o dos o tres cucharadas de queso blanco.

VITAMINA D

El término vitamina D comprende las dos especies moleculares principales que comparten la actividad de la vitamina: colecalfiferol (vitamina D3, derivada del colesterol y sintetizada por los organismos animales) y ergocalciferol (vitamina D2, derivada del ergosterol, que se encuentra en los vegetales). Participa en la regulación del metabolismo de las citoquinas y en la modulación del sistema inmunitario. De este modo, contribuye a la implantación del embrión y regula la secreción de varias hormonas.

La vitamina D está contenida en alta proporción en el aceite de hígado de bacalao. El pescado (en especial, el pescado graso, como el arenque y el salmón) también es una fuente importante de esta vitamina, mientras que el hígado de cerdo, los huevos, la manteca y los quesos con alto contenido de grasa proporcionan cantidades más pequeñas, pero relevantes para el consumo total.

YODO

Los pescados y mariscos son las principales fuentes alimentarias de yodo. Lo reciben de las algas que comen, que, a su vez, absorben el mineral del agua marina. Sin embargo, por la evaporación y la lluvia,

el yodo también es absorbido por el suelo y, en consecuencia, ingresa en el agua dulce, las frutas y los vegetales. También se encuentran concentraciones relevantes en la leche, los huevos y la carne (en una medida variable). En la población general, la deficiencia de yodo se puede prevenir complementando la dieta con cantidades adecuadas de este mineral (por ejemplo, con sal yodada).

Este mineral requiere de mayor seguimiento nutricional al inicio de la gestación. A menudo, las dietas carecen de él si no se usa sal yodada. En el embarazo, la deficiencia de yodo puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, mortalidad perinatal, defectos de nacimiento y trastornos neurológicos. Durante el embarazo, el yodo también es necesario para la producción de hormonas tiroideas fetales, por lo que las mujeres necesitan aumentar su ingesta cerca del 50 % (Zimmermann, 2012). La cantidad estimada que evitaría la deficiencia de yodo es, según la EFSA (2014), de 200 µg diarios (en comparación con 150 µg diarios para adultos) o de 250 µg diarios, según el documento conjunto de la OMS y la Unicef (2007).

FOLATO

El folato es requerido antes de la concepción y en el embarazo temprano, ya que su función es contribuir en el adecuado cierre del tubo neural, que evita trastornos neurológicos o malformaciones congénitas en el bebé (Hoey, McNulty, Duffy, Hughes y Strain, 2013).

Los folatos se encuentran, principalmente, en vegetales de hojas verdes, frutas (como las naranjas), cereales y derivados. Su biodisponibilidad en los alimentos depende de la presencia de antinutrientes, que pueden reducir su absorción. Como la ingesta dietética suele ser inadecuada en todas las mujeres en edad reproductiva, se les aconseja consumir ácido fólico a través de suplementación. En Uruguay, la fortificación de la harina de trigo se estableció como obligatoria a partir de un decreto ley (Uruguay, 2006) y consiste en la adición de 2,4 mg de ácido fólico y 30 mg de hierro (sulfato ferroso deshidratado o fumarato ferroso) por cada 1 kg de harina blanca. Tiene como objetivos incrementar la ingesta de folatos —en especial, en las mujeres en edad fértil para reducir la prevalencia de los defectos del tubo neural del recién nacido— y prevenir anemias de origen dietético —sobre todo, en los grupos de mayor riesgo: niños, adolescentes, embarazadas y mujeres en edad reproductiva—. La suplementación materna con ácido fólico se recomienda ampliamente a todas las mujeres en edad fértil, como se mencionó, para reducir el riesgo de

defectos del tubo neural (De-Regil, Fernández-Gaxiola, Dowswell y Peña-Rosas, 2010). Según estudios recientes, la suplementación con ácido fólico durante el embarazo también debería reducir el riesgo de cardiopatía congénita y apoyar el desarrollo adecuado de la placenta (Fekete *et al.*, 2012). La RDA en esta etapa es el doble en comparación con las mujeres no embarazadas en edad fértil (800 µg diarios frente a 400 µg). Idealmente, la suplementación debe comenzar dos meses antes de concebir e incluso alcanzar los 800 µg diarios (U. S. Preventive Services Task Force, 2009).

Reflexión final

Los cambios epidemiológicos y nutricionales rápidos han traído una necesidad apremiante de seguir el progreso en la salud de las adolescentes. Hay que tener en cuenta que no se trata de una simple pertenencia a un grupo etario, si no que cada una tiene un grado de vulnerabilidad y pasa por distintas fases con la susceptibilidad propia de su edad, así como de los efectos socioculturales y económicos del momento.

El embarazo en la adolescencia suele considerarse como una situación de riesgo, peligrosa, inapropiada e inadecuada para los intereses de las jóvenes; en particular, por afectar en mayor medida a aquellas que viven en la pobreza en países poco desarrollados. De cualquier modo, hay que tener en cuenta que no siempre es una situación problemática o de alto riesgo. En tales casos, es importante que se mantenga una actitud adecuada por parte de los profesionales de la salud para que el modelo de abordaje no se elabore bajo un concepto de enfermedad, con una mirada solo biológica, porque ello podría provocar situaciones de daño no deseadas.

Durante el embarazo aumenta el requerimiento fisiológico del ácido fólico, el hierro, el zinc, el calcio, la vitamina C, la vitamina D, las proteínas y el aporte calórico. Es necesario apuntar a acciones concretas para mejorar la nutrición entre adolescentes y mujeres en edad reproductiva y tomar medidas concretas para mejorar la educación nutricional —en especial, en niñas, adolescentes y jóvenes mujeres—.

Alimentación en adolescentes que practican deporte

La actividad física y el deporte deben ser promovidos por cada profesional de la salud a lo largo de todo el ciclo vital. El ejercicio mejora la calidad y esperanza de vida, ya que reduce el riesgo de la gran mayoría de enfermedades crónicas características de nuestra sociedad en estos tiempos.

Sin embargo, la práctica deportiva de competición supone un reto para cualquier organismo en crecimiento —en especial durante la adolescencia, momento en que se produce el estirón puberal y el desarrollo sexual—. Por tanto, es preciso brindar recomendaciones nutricionales con el fin de cubrir las exigencias derivadas del deporte y mejorar su rendimiento, pero también para una adecuada maduración física. La mayoría de las sugerencias a jóvenes atletas se extrapolan desde estudios en adultos.

El incremento del gasto energético es directamente proporcional a la intensidad y tiempo de la práctica, por lo que es difícil establecer consejos generales. No obstante, como promedio, pueden necesitar hasta 1500 kcal o 2000 kcal más que la ingesta diaria recomendada para un adolescente no deportista (Alonso Franch y Redondo del Río, 2007).

Se estima que la energía gastada para sintetizar nuevos tejidos puede medirse directamente mediante el método de agua doblemente marcada (ADM) o, más comúnmente, estimarse de manera indirecta mediante las medidas de la tasa metabólica en reposo (TMR). No se recomienda el uso de ecuaciones basadas en adultos para predecir la TMR en atletas adolescentes, ya que se ha demostrado que puede subestimar el gasto energético hasta 300 kcal diarias si se compara con las medidas de calorimetría indirecta (Loureiro *et al.*, 2015). Las fórmulas predictivas de TMR para atletas en desarrollo son:

Hombres

$$\text{TMR (kcal diarias)} = [11,1 \times \text{masa corporal (kg)}] + [8,4 \times \text{altura (cm)}] - 340$$

Mujeres

$$\text{TMR (kcal diarias)} = [11,1 \times \text{masa corporal (kg)}] + [8,4 \times \text{altura (cm)}] - 537$$

Se sugieren cuatro o cinco comidas al día. La distribución de las calorías en cada instancia debe ser la siguiente: entre 15 % y 20 % en el desayuno, entre 30 % y 35 % en el almuerzo, 30 % en la cena y el resto (20 % o 25 %) en la merienda. Además, tanto la cantidad como la calidad de cada una debe adaptarse a los períodos de entrenamiento

y competición. Por lo tanto, es el «tiempo de actividad» y no el «tiempo de práctica» lo que determina estas recomendaciones. Con esto en mente, se recomienda consumir (American Dietetic Association [ADA], Dietitians of Canada [DC] y American College of Sports Medicine [ACSM], 2009):

- Hidratos de carbono, según la intensidad de las sesiones (Kleinman y Greer, 2020):
 - Baja:: entre 3 g/kg y 5 g/kg de peso corporal por día.
 - Moderada (1 h diaria): entre 5 g/kg y 7 g/kg de peso corporal por día.
 - Alta (1 h a 3 h diarias): entre 6 g/kg y 10 g/kg de peso corporal por día. Durante la actividad física prolongada (de más de 60 minutos) también es recomendable consumir con frecuencia nuevos aportes de carbohidratos.
- Proteínas: entre 1,4 g/kg y 2,0 g/kg diarios , según la Sociedad Internacional de Nutrición Deportiva (Burke y Maughan, 2012). Por su parte, la ADA, DC y ACSM (2009) consideran que la IA se encuentra en el rango de 1,2 g/kg a 2,0 g/kg diarios.
 - Grasas: del 20 % al 35 % de la energía total, con un consumo total de ácidos grasos saturados o trans que no supere el 10 % de la ingesta total de energía (U. S. Department of Agriculture y U. S. Department of Health and Human Services, 2020).
 - En sesiones de competencia, entre tres y cuatro horas antes de la actividad física intensa: una comida que contenga principalmente hidratos de carbono (unos 4 g/kg o 5 g/kg) para asegurar las reservas de glucógeno. Es preferible que sea de absorción lenta para evitar hipoglucemias al inicio del ejercicio secundarias a unos niveles altos de insulina. La ingesta de grasa, proteínas y fibra debe ser baja y se deben evitar alimentos nuevos o condimentados. Una hora antes también se debe ingerir una pequeña cantidad de hidratos de carbono (aproximadamente 0,5 g/kg o 1 g/kg).
 - Al finalizar el ejercicio: una comida que aporte entre 1 g/kg y 1,5 g/kg de carbohidratos. También recurrir a alimentos que contengan proteínas de un total de 20 g a 25 g de proteínas.

En cuanto a los micronutrientes, en deportistas adolescentes con frecuencia se observan estudios que muestran reservas de hierro reducidas, sin síntomas clínicos —en particular, en atletas de resistencia— (Shoemaker, Gillen, McKay, Koehler y Cramer, 2020). En lo que refiere al calcio, se conoce que son más altos durante el estirón puberal. Se estima que la tasa de acumulación de calcio esquelético durante la adolescencia es de alrededor de 300 mg diarios. En la actualidad, no existen recomendaciones específicas de ingesta de calcio para los atletas, por lo que —hasta que se realicen más estudios— los estándares de referencia de la población pueden ser el punto de referencia para evaluar la adecuación.

Por otro lado, es fundamental mantener una correcta hidratación corporal durante los períodos de entrenamiento y competición. En general, es preciso beber unos 400 ml o 600 ml de agua entre dos y tres horas antes del inicio de las actividades. Si se trata de un ejercicio prolongado, se ha de tomar pequeñas cantidades (150 ml o 350 ml) en intervalos de quince a veinte minutos. Tras concluir la práctica, se deben reponer todas las pérdidas. La manera más exacta de hacerlo es pesar al deportista antes y después del ejercicio y aportar la diferencia de peso en forma de líquido. Estas recomendaciones cobran mayor importancia cuando las actividades se llevan a cabo en situaciones de excesivo calor, frío, humedad o altitud (ADA, DC y ACSM, 2009).

Bibliografía

- ABEYÁ GILARDON, E. O., CALVO, E. B., DURÁN, P., LONGO, E. N., y MAZZA, C. (2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-08/manual-nutricion-MSAL.pdf>
- ALLEN, L. H. (2000). Anemia and iron deficiency: Effects on pregnancy outcome. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1280S-12804S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1280s>
- ALONSO FRANCH, M., y REDONDO DEL RÍO, P. (2007). Alimentación del niño deportista. En M. T. MUÑOZ CALVO y L. SUÁREZ CORTINA (Coords.), *Manual práctico de nutrición en pediatría* (pp. 121-129). Madrid: Ergon.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA), DIETITIANS OF CANADA (DC), y AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM) (2009). Nutrition and Athletic Performance. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(3), 709-731. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31890eb86>
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2000). *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales* (4.ª ed.). Washington D. C.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- AUTORIDAD EUROPEA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (EFSA) (2013). Scientific opinion on dietary reference values for energy. *EFSA Journal*, 11(1), 3005. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2013.3005>
- (2014). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for iodine. *EFSA Journal*, 12(5), 3660. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2014.3660>
- (2015). Statement on the benefits of fish/seafood consumption compared to the risks of methylmercury in fish/seafood. *EFSA Journal*, 13(1), 3982. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2015.3982>
- BELARMINO, G. O., MOURA, E. R. F., OLIVEIRA, N. C., y FREITAS, G. L. (2009). Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 169-175. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023834009.pdf>
- BURKE, L., y MAUGHAN, R. (2012). *Nutrición para deportistas*. Recuperado de http://deporte.aragon.es/recursos/files/documentos/doc-areas_sociales/deporte_y_salud/guia_nutricion_deportistas.pdf
- CALDERÓN VÉLEZ, J. C. (2007). La suplementación con hierro y el aumento del estrés oxidativo en el embarazo: una paradoja poco discutida. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 304-308. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000400007&lng=en&tlng=es

- CHRISTIAN, P. (2003). Micronutrients and reproductive health issues: An international perspective. *The Journal of Nutrition*, 133(6), 1969S-1973S. <https://doi.org/10.1093/jn/133.6.1969S>
- DANAEI, G., DING, E. L., MOZAFFARIAN, D., TAYLOR, B., REHM, J., MURRAY, Ch. J. L., y EZZATI, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, 6(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>
- DE-REGIL, L. M., FERNÁNDEZ-GAXIOLA, A. C., DOWSWELL, T., y PEÑA-ROSAS, J. P. (2010). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007950.pub2>
- DEL CASTILLO-MATAMOROS, S. E., y POVEDA, N. E. (2021). La importancia de la nutrición en la mujer gestante. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(4), 339-342. <https://doi.org/10.18597/rcog.3825>
- DOS SANTOS, G. H. N., MARTINS, M. G., y SOUSA, M. S. (2008). Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(5), 224-231. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000500004>
- EUSSEN, S., ALLES, M., UIJTERSCHOUT, L., BRUS, F., y VAN DER HORST-GRAAT, J. (2015). Iron intake and status of children aged 6-36 months in Europe: A systematic review. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 66(2-3), 80-92. <https://doi.org/10.1159/000371357>
- FEKETE, K., BERTI, C., TROVATO, M., LOHNER, S., DULLEMEIJER, C., SOUVEREIN, O. W.,... DECSI, T. (2012). Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: A systematic review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation. *Nutrition Journal*, 11(75). <https://doi.org/10.1186/1475-2891-11-75>
- HARPER, L. M., CHANG, J. J., y MACONES, G. A. (2011). Adolescent pregnancy and gestational weight gain: Do the Institute of Medicine recommendations apply? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205(2), 140e1-140e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.03.053>
- HERNANDEZ-RODAS, M. C., MORALES, J., VALENZUELA, R., MORALES, G., y VALENZUELA, A. (2016). Beneficios de los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga n-3 en la enfermedad por hígado graso no alcohólico. *Revista Chilena de Nutrición*, 43(2), 196-205. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000200013>
- HIDALGO VICARIO, I., y ARANCETA BARTRINA, J. (2007). Alimentación en la adolescencia. En M. T. MUÑOZ CALVO y L. SUÁREZ CORTINA (Coords.), *Manual práctico de nutrición en pediatría* (pp. 107-119). Madrid: Ergon.
- HOEY, L., McNULTY, H., DUFFY, M. E., HUGHES, C. F., y STRAIN, J. J. (2013). EURRECA. Estimating folate requirements for deriving dietary reference values. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 53(10), 1041-1050. <https://doi.org/10.1080/10408398.2012.742858>

- INSTITUTO DE MEDICINA DE ESTADOS UNIDOS (IOM) (1990). *Nutrition during pregnancy*. Part I: Weight gain. Part II: Nutrient supplements. Washington D. C.: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/1451>
- (2006). *Dietary References Intakes. The Essential Guide to Nutrient Requirements*. Washington D. C.: The National Academies Press. Recuperado de <https://doi.org/10.17226/11537>
- INSTITUTO DE MEDICINA DE ESTADOS UNIDOS (IOM), NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC) (2009). *Weight gain during pregnancy. Reexamining the guidelines*. Washington D. C.: The National Academies Press. Recuperado de <https://doi.org/10.17226/12584>
- KLEINMAN, R. E., y GREER, F. R. (Eds.) (2020). *Pediatric Nutrition* (8.^a ed.). Chicago: AAP.
- KOLETZKO, B., CETIN, I., y BRENNAN, J. T. (2007). Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *British Journal of Nutrition*, 98(5), 873-877. <https://doi.org/10.1017/S0007114507764747>
- KURTH, F., BÉLARD, S., MOMBO-NGOMA, GH., SCHUSTER, K., ADEGNIKA, A. A., BOUYOU-AKOTET, M. K.,... RAMHARTER, M. (2010). Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa—a cross-sectional study. *PLoS One*, 5(12), e14367. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014367>
- LOUREIRO, L. L., FONSECA Jr., S., CASTRO N. G., DOS PASSOS, R. B., PORTO, C. P., y PIERUCCI, A. P. (2015). Basal metabolic rate of adolescent modern pentathlon athletes: agreement between indirect calorimetry and predictive equations and the correlation with body parameters. *PLoS One*, 10(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142859>
- MARANGONI, F., CETIN, I., VERDUCI, E., CANZONE, G., GIOVANNINI, M., SCOLLO, P.,... POLI, A. (2016). Maternal diet and nutrient requirements in pregnancy and breastfeeding: An Italian consensus document. *Nutrients*, 8(10), 629. <https://doi.org/10.3390/nu8100629>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2015). *Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro*. Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/2014-Recomendaciones-Deficiencia-Hierro.pdf>
- (2016a). *Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional: Revisión para la elaboración de la Guía Alimentaria para la población uruguaya*. Montevideo: MSP. Recuperado de <http://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-para-una-alimentacion-saludable-compartida-y-placentera>
- (2016b). *Guía alimentaria para la población uruguaya. Para una alimentación saludable, compartida y placentera* (1.^a ed.). Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya>

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2020). *Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población uruguaya. Guía alimentaria para la población uruguaya*. Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-ingesta-energia-nutrientes-para-poblacion-uruguaya>
- MORTON, S. B. (2006). Maternal nutrition and fetal growth and development. En P. D. GLUCKMAN y M. A. HANSON (Eds.), *Developmental origins of health and disease* (pp. 98-129). Cambridge: Cambridge University Press.
- OLSON, C. M., STRAWDERMAN, M. S., HINTON, P. S., y PEARSON, T. A. (2003). Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. *International Journal of Obesity*, 27(1), 117-127. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802156>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO) (2001). *Human Energy Requirements*. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Roma: FAO. Recuperado de <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/62ae7aeb-9536-4e43-b2d0-55120e662824/content>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (s. f. a). *Desarrollo en la adolescencia. Un período de transición de crucial importancia*.
- (s. f. b). *Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition*. Recuperado de <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025>
- (2011). *Nutrición de las mujeres en el período pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia*. Informe de la Secretaría. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/26446>
- (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241502214>
- (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN (FAO), UNIVERSIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS (UNU) (2005). *Expert consultation on protein requirements*. Ginebra: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO), UNIVERSIDAD DE LAS NACIONES UNIDAS (UNU) (2007). *Protein and amino acid requirements in human nutrition 2007*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/43411>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF) (2007). *Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and Young Children*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-statement-IDD-pregnantwomen-children>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington D. C.: OPS. Recuperado de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
- PENCHARZ, P. B. (2005). Special problems of nutrition in the pregnancy of teenagers. En G. HORNSTRA, R. UAUY y X. YANG (Eds.), *The impact of maternal nutrition on the offspring* (pp. 213-220). Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program 55. Basel: Karger.
- POLLEY, B. A., WING, R. R., y SIMS, C. J. (2002). Randomized controlled trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International Journal of Obesity*, 26, 1494-1502. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802130>
- SANTOS, M. M. A., BARROS, D. C., BAIÃO, M. R., y SAUNDERS, C. (2013). Atenção nutricional e ganho de peso gestacional em adolescentes: uma abordagem quantitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 789-802. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300025>
- SCHOLL, T. O. (2008). Perinatal nutrition: maternal nutrition and pregnancy outcome. En C. DUGGAN, J. B. WATKINS y W. A. WALKER (Eds.), *Nutrition in pediatrics: basic science, clinical applications*. Hamilton: B. C. Decker.
- SCHOLL, T. O., MILLER, L. K., SALMON, R. W., COFSKY, M. C., y SHEARER, J. (1987). Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: Effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. *Obstetrics & Gynecology*, 69(3, part 1), 312-316.
- SEVERI, M. C., ALONSO, R., y ATALAH, E. (2009). Cambios en el índice de masa corporal en adolescentes y adultas entre el embarazo y el posparto. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 59(3), 227-234. Recuperado de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222009000300001&lng=es
- SHOEMAKER, M. E., GILLEN, Z. M., MCKAY, B. D., KOEHLER, K., y CRAMER, J. T. (2020). High prevalence of poor iron status among 8- to 16-year-old youth athletes: Interactions among biomarkers of iron, dietary intakes, and biological maturity. *Journal of the American College of Nutrition*, 39(2), 155-162. <https://doi.org/10.1080/07315724.2019.1621229>
- SOCIETÀ ITALIANA DI NUTRIZIONE UMANA (SINU) (2014). *LARN. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana* (IV Revisione). Milán: SICS.

- SPIRO, A., y BUTTRISS, J. L. (2014). Vitamin D: An overview of vitamin D status and intake in Europe. *Nutrition Bulletin*, 39(4), 322-350. <https://doi.org/10.1111/nbu.12108>
- STORY, M., y HERMANSON, J. (2000). Nutrient needs during adolescence and pregnancy. En M. STORY y J. STANG (Eds.), *Nutrition and the pregnant adolescent: a practical reference guide* (pp. 37-46). Mineápolis: University of Minnesota.
- STORY, M., y STANG, J. (2012). Nutrition assessment of pregnant adolescents. En *Adolescent's Pregnancy Guide* (pp. 63-76). Mineápolis: University of Minnesota.
- U. S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA), U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) (2020). *Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025*. Washington D.C.: USDA. Recuperado de <https://www.dietaryguidelines.gov/resources/2020-2025-dietary-guidelines-online-materials>
- U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2009). Folic acid for the prevention of neural tube defects: U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 150(9), 626-631. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00009>
- URUGUAY (2006, mayo 4). Decreto n.º 130/006. Cereales. Elaboración de harinas de trigo enriquecidas con vitaminas y minerales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/130-2006>
- VIDAL, L., VIDAL, M., CABRERA, S., ORTEGA, E., SANTIVÁÑEZ, V., POLO, J.,... DEL CASTILLO, A. (2008). Metabolismo mineral óseo durante la gestación y efectos sobre la masa ósea de la madre. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(3), 198-205. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1141/948>
- ZIMMERMANN, M. B. (2012). The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(1), 108-117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01275.x>

CAPÍTULO 6

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN VEGETARIANA EN LA ADOLESCENCIA

María Jacqueline Lucas¹

Introducción

En los últimos años, ha crecido la popularidad de la alimentación vegetariana con fundamentos en consideraciones éticas, medioambientales, factores religiosos y razones de salud, entre otros (Murray *et al.*, 2014). En la comunidad científica, esta temática también ha logrado un creciente interés por causa de la difusión de los resultados de grandes estudios poblacionales que demuestran que esta práctica se asocia con un menor riesgo de padecer obesidad y enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Sin embargo, los estudios sobre este tipo de dietas son difíciles de ejecutar por las variaciones en la definición del término *vegetariano* (Santana Vega y Carbajo Ferreira, 2016, p. 161). Por otro lado, el mayor interés de las personas por los aspectos medioambientales se debe a los estudios que sugieren que la adopción de dietas vegetarianas nutricionalmente equilibradas —tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo— podría ser una estrategia eficaz para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero en todo el mundo (Craig *et al.*, 2021, p. 3).

Asimismo, lo antes mencionado ha implicado una creciente demanda de información y orientación al respecto. Esto ha causado que

¹ Licenciada en Nutrición y profesora titular del Departamento de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición, Universidad de la República.

diferentes sociedades científicas expresen su postura, las cuales se abordarán en este capítulo con un enfoque sobre la adolescencia. Además, se considerarán los beneficios y los posibles riesgos de llevar a cabo una dieta vegetariana en esta etapa de la vida y los nutrientes a los que habría que prestarles atención cuando se planifique la alimentación. Cabe destacar que los adolescentes y familias que optan por dietas que restringen ciertos alimentos, deberían conocer sus riesgos y beneficios, y también tendrían que recibir la información necesaria para poder cumplir con una alimentación que cubra todas las necesidades nutricionales.

Alimentación vegetariana, vegana y dieta basada en plantas

Los patrones dietéticos vegetarianos y veganos pueden ser muy diversos por la variedad de opciones alimentarias disponibles y a los diferentes factores que motivan a la gente a adoptar tales patrones. Por lo tanto, existen diversas definiciones y clasificaciones respecto a este tema (Melina, Craig y Levin, 2016, p. 1).

Según el documento sobre dietas vegetarianas del grupo de trabajo de la Sociedad Italiana de Nutrición Humana (Agnoli *et al.*, 2017), estas dietas son las que excluyen el consumo de todo tipo de carne: cerdo, vaca, cordero, pollo, pescado (incluido el crudo, como en el caso del sushi), moluscos, crustáceos y productos cárnicos (salchichas, salami, paté, etc.). Los productos lácteos, huevos y miel pueden estar incluidos o no, por lo que hay dos tipos principales de prácticas vegetarianas:

- Lacto-ovo-vegetariana, que excluye lo antes mencionado, pero abarca lácteos, huevos y miel, junto con una amplia variedad de alimentos vegetales. Se divide, a su vez, en dos subcategorías:
 - Lactovegetariana, que suprime los huevos.
 - Ovovegetariana, que prescinde de los lácteos.
- Vegana, que excluye todo tipo de carne, moluscos, crustáceos, productos cárnicos y, además, los productos lácteos, los huevos y la miel, pero contiene una amplia variedad de alimentos de origen vegetal.

En términos generales, la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos (Melina *et al.*, 2016) reconoce la clasificación aquí expuesta, pero tiene en cuenta, además, a la dieta crudivegana, que se basa en hortalizas, frutas, frutos secos, semillas, legumbres y cereales germinados, con la particularidad de que la cantidad de alimentos no cocinados varía entre el 75 % y el 100 % (p. 2).

Las líneas de orientación para una alimentación vegetariana saludable de la Dirección General de Salud de Portugal (2015) plantean que este es un término atribuido, en general, a un patrón de consumo que utiliza de manera predominante productos de origen vegetal. Allí se tiene en cuenta una clasificación similar a la ya mencionada, aunque nombra, además, a la dieta vegetariana estricta, que sería similar a la dieta vegana. Es importante aclarar que esta última no es sinónimo de veganismo, ya que este busca excluir todas las formas de explotación y crueldad hacia los animales (su uso como alimento, vestimenta o cualquier otro propósito) y, por extensión, promueve el desarrollo y aplicación de alternativas libres de animales (The Vegan Society, 2022).

Por otra parte, también se habla de la alimentación basada en plantas, que algunos autores mencionan como una práctica saludable. Dicha alimentación tiene como objetivo maximizar el consumo de plantas densas en nutrientes y minimizar los productos procesados, aceites y alimentos de origen animal (incluidos los lácteos y huevos). Fomenta el consumo de verduras (cocidas o crudas), frutas, frijoles, guisantes, lentejas, soja, semillas y nueces (en cantidades más pequeñas), y, por lo general, es baja en grasas (Tuso, Ismail, Ha y Bartolotto, 2013).

Existe evidencia consistente que indica que un patrón dietético rico en alimentos de origen vegetal (hortalizas, frutas, legumbres, semillas, nueces y cereales integrales), con bajo consumo de alimentos de origen animal (en especial, de carnes rojas) y un aporte más pequeño de la energía total es más saludable y se asocia con un menor impacto en el medio ambiente (Nelson, Hamm, Hu, Abrams y Griffin, 2016).

Beneficios y riesgos de la alimentación vegetariana en la adolescencia

En cuanto a los beneficios, según los pediatras Catalina Santana Vega y Ángel José Carbajo Ferreira (2016), las dietas vegetarianas suelen estar asociadas a una menor incidencia de obesidad, enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes tipo 2. Estas ventajas se asocian a cifras inferiores de colesterol no HDL, presión arterial (PA) e IMC, que es posible atribuir a la dieta y estilo de vida de las y los vegetarianos en comparación con aquellos de quienes no lo son (p. 162). Este tipo de alimentación también tiene un impacto sustancial en la composición y función del microbioma intestinal, lo que, a su vez, influye en la salud general (Craig *et al.*, 2021, p. 15). Además, las dietas vegetarianas tienen tanto cantidades más bajas de grasas saturadas y colesterol como más altas de carbohidratos complejos, fibra, magnesio, vitamina C, vitamina E, carotenoides y fitoquímicos (Kleinman y Greer, 2020, p. 296).

A continuación, se encuentran las posturas de diferentes sociedades científicas y otras organizaciones respecto a esta práctica alimentaria durante la adolescencia.

La Sociedad Pediátrica Canadiense (Amit, M., Canadian Paediatric Society y Community Paediatrics Committee, 2010) ha manifestado que las dietas vegetarianas y veganas bien planificadas, con la atención adecuada sobre los nutrientes específicos, pueden proporcionar un estilo de vida alternativo saludable en todas las etapas del crecimiento: fetal, infancia, niñez y adolescencia, en que la educación de la familia y el seguimiento en el tiempo son fundamentales.

Del mismo modo, el documento sobre dietas vegetarianas elaborado por el grupo de trabajo de la Sociedad Italiana de Nutrición Humana (Agnoli *et al.*, 2017) plantea que la evidencia científica que tuvieron en cuenta deja en claro que las dietas vegetarianas bien planificadas — que incluyen una amplia variedad de alimentos vegetales y una fuente confiable de vitamina B12— proporcionan una ingesta adecuada de nutrientes. Por lo tanto, los italianos pueden seguir una dieta vegetariana sana y apropiada desde el punto de vista nutricional dentro de la variada oferta de alimentos vegetales tradicionalmente consumidos en su país (cereales, legumbres, verduras, frutas, semillas, nueces y aceite de oliva). En paralelo, el consumo de alimentos de otras culturas (productos de soja) o procesados (seitán, carne de trigo, soja extrusionada) se considera una cuestión de elección personal, ya que

no son alimentos necesarios para garantizar la adecuación nutricional de una dieta vegetariana.

Por otra parte, la Sociedad Argentina de Nutrición (Murray *et al.*, 2014) manifiesta que todo individuo que sea vegetariano o decida adoptar este tipo de alimentación debe ser provisto de educación y orientación por parte de un profesional de la nutrición.

Cabe destacar que la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos (Melina *et al.*, 2016) declara que los patrones vegetarianos y veganos planificados de manera adecuada son saludables, nutricionalmente adecuados y pueden proporcionar beneficios para la salud, tanto en la prevención como en el tratamiento de ciertas enfermedades (p. 1). Se las considera dietas apropiadas para todas las etapas del ciclo vital, incluyendo el embarazo, la lactancia, la infancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta. Se plantea también lo mismo para los deportistas.

El grupo de estudio de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas (Álvarez *et al.*, 2021) coincide con lo observado por la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos, pero aporta la recomendación de suplementar los nutrientes críticos.

A su vez, en el *Manual sobre alimentación vegetariana en edad escolar* del Programa de Promoción de Alimentación Saludable de la Dirección General de Salud de Portugal (Pinho *et al.*, 2016) también se plantea lo susodicho para los casos de niños y adolescentes, y se agrega que es fundamental incluir una variedad de alimentos en su constitución (p. 41).

En cambio, la posición del comité de nutrición de la Sociedad Alemana de Medicina Pediátrica y Adolescente (Rudloff *et al.*, 2019) manifiesta que las dietas restrictivas se asocian con un mayor riesgo de deficiencia de nutrientes, ya que cuanto más estricta es, mayor es el riesgo. Una dieta lacto-ovo-vegetariana equilibrada como parte de un estilo de vida saludable durante la infancia, la niñez y la adolescencia puede satisfacer los requerimientos nutricionales, apoyar el crecimiento normal y fomentar el desarrollo apropiado para la edad. No obstante, se debe prestar especial atención a la ingesta de hierro para garantizar un mayor aporte y compensar la menor biodisponibilidad de este mineral. Por otro lado, una dieta vegana durante un período prolongado conduce, por lo regular, a una deficiencia de vitamina B12 cuando no se la suplementa de manera adecuada. Se debe prestar atención a la ingesta y el estado de hierro, zinc, yodo, ácido graso omega3, calcio, proteínas y calorías para prevenir

complicaciones clínicas graves (retraso del crecimiento, anemia o daño neurológico). Además, plantea que los pediatras que atienden a niños con dietas vegetarianas o restrictivas deben monitorear el desarrollo físico y la ingesta alimentaria —si es necesario, en cooperación con un dietista o nutricionista debidamente capacitado—, y que los análisis de sangre pueden ser requeridos en ciertos casos para evaluar el estado nutricional. También menciona que se deben recomendar alimentos adicionados y suplementos en el caso de deficiencias o ingestas insuficientes de nutrientes.

En una línea similar, el Grupo de Hepatología, Gastroenterología y Nutrición Pediátrica francoparlante (Lemale, Mas, Jung, Bellaiche y Tounian, 2019) no recomienda una dieta vegana para bebés, niños y adolescentes porque el riesgo de deficiencias nutricionales es inevitable en ausencia de suplementos.

A la luz de todas estas posturas, cabe señalar que la evidencia sobre el impacto de estas prácticas alimentarias en la población pediátrica es aún limitada y no permite llegar a conclusiones certeras acerca de sus potenciales riesgos o beneficios a largo plazo (Scavino *et al.*, 2022). En este sentido, la AAP (Kleinman y Greer, 2020) hace referencia a una revisión sistemática que tuvo como objetivo evaluar estudios sobre la ingesta dietética y el estado nutricional o de salud de bebés, niños y adolescentes vegetarianos en países industrializados. No se pudo proporcionar ninguna evidencia firme de los beneficios versus los riesgos por la heterogeneidad de los datos citados: dieciséis estudios de los años ochenta y noventa (p. 312). En cambio, en el Estudio de Jóvenes VeChi (Alexy *et al.*, 2021)² no se observaron riesgos nutricionales específicos en los niños y adolescentes vegetarianos y veganos en comparación con los omnívoros. La AAP (Kleinman y Greer, 2020) ya había expresado antes que los estudios prospectivos adicionales de seguimiento a largo plazo son necesarios para evaluar la idoneidad de las muchas y variadas dietas que están incluidas en la amplia categoría del vegetarianismo, con marcadores de resultados, objetivos y validación (p. 312).

2 Cuyo objetivo fue examinar de forma transversal la antropometría, la ingesta y el estado nutricional en una muestra de 401 niños y adolescentes vegetarianos, veganos y omnívoros de entre seis y dieciocho años (edad media: 12,7 ± 3,9 años). El estudio se desarrolló entre octubre de 2017 y enero de 2019 en tres centros de estudio de Alemania.

Nutrientes que requieren atención en la planificación de la alimentación de los adolescentes

Teniendo en cuenta la importancia del derecho a la alimentación adecuada —que «comprende la disponibilidad y acceso estable y sustentable a alimentos en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas o no aceptadas en una cultura determinada, sin afectar el goce de otros derechos humanos» (MSP, 2021, p. 12)—, se recomienda que los y las adolescentes no sigan una dieta vegetariana muy restrictiva, incapaz de satisfacer sus necesidades nutricionales, ya que, si esto sucede, se puede comprometer el crecimiento y desarrollo. Sin embargo, según la AAP (Kleinman y Greer, 2020), una dieta vegetariana —incluso vegana— también puede cumplir los requerimientos diarios recomendados en la actualidad de proteínas, hierro, zinc, calcio, vitamina D, riboflavina, vitamina B12, vitamina A, ácidos grasos omega-3 (ALA, EPA, DHA) y yodo —con la suplementación adecuada, si es necesario— (p. 296).

Asimismo, la Academia de Nutrición y Dietética (Melina *et al.*, 2016) considera que algunos nutrientes pueden requerir atención en la planificación adecuada para los vegetarianos jóvenes en cuanto al hierro, zinc, vitamina B12, y, para algunos casos, al calcio y la vitamina D (p. 6).

A su vez, el *Manual sobre alimentación vegetariana en edad escolar*, del Programa de Promoción de Alimentación Saludable de la Dirección General de Salud de Portugal (Pinho *et al.*, 2016) menciona que se debe prestar especial atención a la ingesta de proteínas, ácidos grasos esenciales, hierro, zinc, calcio, yodo, vitamina B12 y vitamina D. No descarta que pueda ser necesario ingerir alimentos enriquecidos, suplementos o ambos.

Entonces, cabe mencionar que se puede correr el riesgo de un aporte inadecuado de nutrientes, por ejemplo, de la vitamina B12 (por encontrarse solo en alimentos de origen animal), si no se considera la suplementación. También, si los nutrientes se hallan en pequeñas cantidades en los alimentos de origen vegetal (por ejemplo, el calcio) o si no se absorben lo suficiente (por ejemplo, el hierro y el zinc) por el alto contenido de sustancias inhibidoras de la absorción (como fitatos y oxalatos, que se encuentran en los cereales integrales, legumbres y espinacas, entre otros). Dicho riesgo puede aumentar aún más, si las y los adolescentes no están dispuestos o dispuestas a buscar

asesoramiento dietético profesional, tomar suplementos o consumir alimentos fortificados (Rudloff *et al.*, 2019, p. 3).

Por lo tanto, se recomienda cumplir una dieta vegetariana que cubra las necesidades nutricionales y esté basada en productos mínimamente procesados, locales y de temporada, con el fin de contribuir no solo a la salud propia, sino también a la economía de la región y a la protección del medio ambiente. Sin embargo, habrá de contemplarse, además, el uso de suplementos para garantizar una correcta nutrición en la etapa del ciclo vital que se esté transitando.

Bibliografía

- AGNOLI, C., BARONI L., BERTINI, I., CIAPPELLANO, S., FABBRI, A., PAPA, M.,... SIERI, S. (2017). Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of Human Nutrition. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 27(12), 1037-1052. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2017.10.020>
- ALEXU, U., FISCHER, M., WEDER, S., LÄNGLER, A., MICHALSEN, A., SPUTTEK, A., y KELLER, M. (2021). Nutrient Intake and Status of German Children and Adolescents Consuming Vegetarian, Vegan or Omnivore Diets: Results of the VeChi Youth Study. *Nutrients*, 13(5), 1707. <https://doi.org/10.3390/nu13051707>
- ÁLVAREZ, A., BRETT, C., GANDUGLIA, M., RASPINI, M., REY, L., RODRÍGUEZ GARCÍA, V.,... TASSIELLO, E. (2021). Revisión bibliográfica: alimentación vegetariana en la infancia y adolescencia. *Diaeta*, 39(174), 59-71. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372021000100059
- AMIT, M., CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, Y COMMUNITY PAEDIATRICS COMMITTEE (2010). Vegetarian diets in children and adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 15(5), 303-314. <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.303>
- CRAIG, W. J., MANGELS, A. R., FRESÁN, U., MARSH, K., MILES, F. L., SAUNDERS, A. V.,... ORLICH, M. (2021). The Safe and Effective Use of Plant-Based Diets with Guidelines for Health Professionals. *Nutrients*, 13(11), 4144. <https://doi.org/10.3390/nu13114144>
- GOMES SILVA, S. C., PINHO, J. P., BORGES, C., TEIXEIRA SANTOS, C., SANTOS, A., y GRAÇA, P. (2015). *Linhas de orientação para uma alimentação vegetariana saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/07/Linhas-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-uma-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-Saud%C3%A1vel.pdf>
- KLEINMAN, R. E., y GREER, F. R. (Eds.) (2020). *Pediatric Nutrition* (8.ª ed.). Chicago: AAP.
- LEMALE, J., MAS, E., JUNG, C., BELLAICHE, M., y TOUNIAN, P. (2019). Vegan diet in children and adolescents. Recommendations from the French-speaking Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHGNP). *Archives de Pédiatrie*, 26(7), 442-450.
- MELINA, V., CRAIG, W., y LEVIN, S. (2016). Position of the academy of nutrition and dietetics: vegetarian diets. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(12), 1970-1980.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) (2021). *Guía alimentaria para la población uruguaya. Para una alimentación saludable, compartida y placentera* (2.ª ed.). Montevideo: MSP. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentacion-para-poblacion-uruguaya>

- MURRAY, R. S. (Coord.) (2021). *Alimentación vegetariana. Posición de la Sociedad Argentina de Nutrición*. Buenos Aires: SAN. Recuperado de <https://sanutricion.org.ar/wp-content/uploads/2021/11/Posicion-SAN-Alimentacion-Vegetariana-2014-Resumen.pdf>
- NELSON, M. E., HAMM, M. W., HU, F. B., ABRAMS S. A., y GRIFFIN, T. S. (2016). Alignment of Healthy Dietary Patterns and Environmental Sustainability: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 7(6), 1005-1025. <https://doi.org/10.3945/an.116.012567>
- PINHO, J. P., GOMES SILVA, S. C., BORGES, C., TEIXEIRA SANTOS, C., SANTOS, A., GUERRA, A., y GRAÇA, P. (2016). *Alimentação vegetariana em idade escolar* [Manual sobre alimentación vegetariana en edad escolar]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/04/Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-em-Idade-Escolar-.pdf>
- RUDLOFF, S., BÜHRER, Ch., JOCHUM, F., KAUTH, Th., KERSTING, M., KÖRNER, A.,... ZIMMER, K.-P. (2019). Vegetarian diets in childhood and Adolescence. Position paper of the nutrition committee, German Society for Paediatric and Adolescent Medicine (DGKJ). *Molecular and Cellular Pediatrics*, 6(4). <https://doi.org/10.1186/s40348-019-0091-z>
- SANTANA VEGA, C., y CARBAJO FERREIRA, Á. J. (2016). Dieta vegetariana. Beneficios y riesgos nutricionales. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 9(4). Recuperado de https://archivos.fapap.es/files/639-1439-RUTA/04_Dieta_vegetariana.pdf
- SCAVINO, I., RODRÍGUEZ, L., MAURENTE, L., KOZIOL, S., MACHADO, K., y GARCÍA, L. (2022). Dietas vegetarianas en niños, niñas y adolescentes. Revisión bibliográfica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 93(1), e602. Recuperado de <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/326>
- THE VEGAN SOCIETY (s.f.). Definition of veganism [Definición de veganismo]. Recuperado de <https://www.vegansociety.com/go-vegan/definition-veganism>
- TUSO, PH. J., ISMAIL, M. H., HA, B. P., y BARTOLOTTA, C. (2013). Nutritional Update for Physicians: Plant-Based Diets. *The Permanente Journal*, 17(2), 61-66. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/12-085>

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AAP	Academia Americana de Pediatría
ALA	Ácido alfa-linolénico
AMDR	Intervalo aceptable de distribución de macronutrientes, de sus siglas en inglés acceptable macronutrient distribution range
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
DHA	Ácido docosahexaenoico
EFSA	Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, de sus siglas en inglés European Food Safety Authority
EPA	Ácido eicosapentaenoico
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, de sus siglas en inglés Food and Agriculture Organization of the United Nations
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
GLOPAN	Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition
IA	Ingesta adecuada
IDR	Ingestas dietéticas de referencia
IMC	Índice de masa corporal
IOM	Instituto de Medicina de Estados Unidos, de sus siglas en inglés Institute of Medicine
MSP	Ministerio de Salud Pública
OACDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PUP	Productos ultraprocesados
RDA	Aportes dietéticos recomendados, de sus siglas en inglés recommended dietary allowances
RE	Requerimiento energético
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, de sus siglas en inglés United Nations International Children's Emergency Fund

SOBRE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PERMANENTE

El gran desarrollo del conocimiento en los últimos años y los requerimientos, a todo nivel, de una sociedad que afronta importantes procesos de cambio, demandan a sus integrantes fuertes exigencias de nuevos conocimientos, así como de actualización, capacitación y perfeccionamiento de los ya adquiridos.

La Universidad de la República crea, en 1994, a demanda de sus egresados, el Programa de Educación Permanente, que tiene el propósito de organizar una oferta estable, cambiante año a año, de actividades cortas de actualización, capacitación, perfeccionamiento, nivelación, reorientación o complementación curricular o especialización no formal para profesionales, trabajadores, empresarios y público en general. También se organizan cursos y actividades formativas *a medida*, para grupos de profesionales, trabajadores, empresarios o público que así lo solicite.

Sus principales objetivos son generar instancias de capacitación y formación dirigidas a mejorar la práctica profesional y laboral, y promover instancias de capacitación y formación en valores, en desarrollo cultural y democrático y en formación de ciudadanía.

La presente publicación ha sido financiada y gestionada a través de la convocatoria de la Comisión Sectorial de Enseñanza y Educación Permanente para la «Edición y publicación de contenidos originados en cursos de Educación Permanente y de aportes en Educación Permanente». Esta comisión sectorial efectúa un llamado anual a los servicios y dependencias universitarias interesadas en apoyos para publicaciones o ediciones que contribuyan a difundir contenidos generados en cursos y actividades del Programa de Educación Permanente.

Por más información, consultar en <https://udelar.edu.uy/eduper/>

SD

ÁREA CIENCIAS
DE LA SALUD

Este libro ofrece una actualización sobre las adolescencias, abordándolas desde una perspectiva de curso de vida y un enfoque interdisciplinario. Con el objetivo de enriquecer el debate y aportar al análisis desde una mirada integral, explora los diversos aspectos de esta etapa, caracterizada por su continua construcción y transformación, tanto en el plano físico como psicosocial.

A través de un análisis que abarca desde la salud hasta la nutrición, el texto presenta una visión holística de la adolescencia, con un énfasis particular en la prevención y promoción de la salud. Se integran los conocimientos y las prácticas más recientes a nivel global, con un enfoque especial en el contexto uruguayo.

Temáticas clave como la alimentación y el bienestar se abordan desde una perspectiva de derechos, buscando comprender las complejidades que definen este período crucial de la vida. Este libro invita a repensar las adolescencias con una mirada inclusiva, comprometida con el bienestar integral de las y los adolescentes.

COEDITORES Y AUSPICIANTES DE LA PUBLICACIÓN


escuela de
NUTRICIÓN

ISBN: 978-9974-0-2203-4



9 789974 022034