



Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud cohorte 2018





Compilación General

Por Uruguay Crece Contigo – MIDES:

Santiago Núñez

Nathalia Martínez

Giorgina Garibotto

AUTORIDADES

Instituciones integrantes de la Comisión Rectora de la ENDIS:

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) – Dirección Uruguay Crece Contigo (UCC)

Ministra, Marina Arismendi.

Subsecretaria, Prof. Ana Olivera.

Director Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo, Mag. Pablo Mazzini.

Director Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, Mag. Juan Pablo Labat.

Secretario Nacional de Cuidados, Soc. Julio Bango.

Ministerio de Salud Pública

Ministro, Dr. Jorge Basso Garrido.

Subsecretario, Jorge Quian.

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez, Dra. Claudia Romero.

Responsable del Programa Nacional de Nutrición, Mag. Ximena Moratorio.

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

Presidenta, T.S. Marisa Linder.

Vicepresidente, Mag. Fernando Rodríguez.

Director, A.S. Dardo Rodríguez

Secretario Ejecutivo, Psic. Jorge Ferrando.

Consejo de Educación Inicial y Primaria

Directora General, Mag. Irupé Buzzetti.

Consejero, Héctor Florit.

Consejero, Pablo Caggiani.

Secretaria General, Dra. Silvia Suárez.

Prosecretaria, Mtra. Insp. Alicia Milán.



Ministerio de Educación y Cultura

Ministra, Dra. María Julia Muñoz.

Subsecretaria, Mag. Edith Moraes.

Directora de la Dirección de Educación, Rosa Ángelo.

Director de Primera Infancia, Prof. Lic. Juan Mila.

Instituto Nacional de Estadística

Directora Técnica, Ec. Laura Nalbarte.

Sub Director, Cr. Manuel Rodríguez.

División Estadísticas Sociodemográficas, Lic. Ec. Adriana Vernengo.

Departamento de Estudios Sociodemográficos, Andrea Macari.

AUTORES

La selección de los capítulos, la discusión de indicadores y las interpretaciones del presente documento son producto de un trabajo colectivo y están basados en el conocimiento acumulado en la edición anterior de la presente encuesta. El procesamiento y análisis de indicadores y la redacción de los capítulos fueron realizados por:

Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo

División de Gestión del Conocimiento e Innovación para la Primera Infancia – Directora Giorgina Garibotto. Autores: Christian Berón, Nathalia Martínez, Valentina Guillermo, Natalia De Souza.

División de Dinamización de las Políticas de Primera Infancia – Directora Florencia Cerruti. Autora: Florencia Köncke.

Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo

División de Estudios Sociales y Trabajo de Campo – Directora Lorena Custodio.

División de Observatorio social de Programas e Indicadores – Director Manuel Piriz

División de Evaluación – Director Martín Moreno.

Autoras: Gimena Castelao, Mariana Melgar, Gabriela Pedetti, Martina Querejeta, Fanny Rudnitzky.

Secretaría Nacional de Cuidados

Área de Primera Infancia – Director Gabriel Corbo.

Área de Planificación y Seguimiento – Directora Renata Scaglione.

Autores: Mauricio Russi, Sharon Katzkowicz, Marco Colafranceschi, Laura Noboa y Rosina Pérez.

Grupo de Estudios de Familia de Udelar coordinado por Andrea Vigorito y Wanda Cabella.

Autores: Luciana Méndez, Gonzalo Salas, Eliana Sena.

Facultad de Psicología de Udelar, equipo Evaluación del Desarrollo y Temporalidad, coordinado por Alejandro Vásquez Echeverría. Autores: Alejandro Vásquez Echeverría, Lucía Álvarez - Núñez, Meliza González.

UNICEF

Oficial de protección – Lucía Vernazza.

Autor: Alejandro Retamoso.



Trabajo de campo

Instituto Nacional de Estadística

Coordinación general de la Encuesta: Cecilia Toledo

Coordinación de Campo: César Madero

Jefe de crítica: Juan Meyer

Asistente de Coordinación de Campo: Magdalena Muñiz

Estadístico: Juan Pablo Ferreira

Departamento de Análisis y Desarrollo y Departamento de Tecnología de la División Sistema de Información.

Departamento Difusión y Comunicación de la División Coordinación y Relaciones Internacionales.

Equipo de relevamiento

Encuestadores/as; Estela Del Río, Lidia Coronel, Anna Bergaló, Laura Álvarez, Fabián Perciante, Laura Fernández, Carina Ferreira, Erika Acosta, Malvina Pintos, María del Rosario, Marcos Melone, Dinorah Estefan, Verónica Clavijo, Silvia Daners, Gilda Cuello, Alejandro Giménez, Jacquelin Sánchez, Laura Brunet, Germán Santos, Santiago Conde, Pablo Gallota, Ivanna Sagasti, Mauricio Rodríguez, Magdalena Collazo, Victor Amarillo, CelsoSaredo, María Lucotti, Karen Gallo, Ana Bardier, Helen Castillo, Milene Rouiller, Camila Bentancor, Julia Souza, Andrea Dante, María Cosoy, María Guliermone, María de Mello, Eliana Díaz, Claudia Fagúndez, Nancy Torres, Yessica Trapolin.

Supervisores/as; Natalia Pereira, Pablo Capurro, Rodrigo Saa, Viviana Pritsch, Ariadna Aguerrebere, Emiliano Suarez, Gloria Modernel, Milena Delgado, Gloria Moreno.

Críticos/as; Juan Sánchez, Lucia Díaz, Florencia Anzalone, Eugenia Paleso.

Edición y diseño

Equipo de Comunicación Uruguay Crece Contigo- MIDES

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue posible debido a la colaboración de las personas a cargo de los niños y niñas seleccionados en la muestra, quienes aceptaron participar, recibir encuestadores en sus hogares, responder un largo cuestionario y permitir que se tomaran medidas antropométricas. Queremos agradecer muy especialmente a los niños, niñas y adultos que participaron en el estudio.

Al Grupo de Estudios de Familia, representado en esta oportunidad por Andrea Vigorito y Wanda Cabella, por su constante apoyo y sus valiosos aportes para el desarrollo de este proyecto.

Asimismo, reconocemos y agradecemos el trabajo y compromiso tanto del equipo técnico como del equipo de campo del INE por la labor realizada y su fuerte sustento en este trabajo.

A UNICEF, por permitirnos que el informe sea enriquecido por el aporte de Alejandro Retamoso.

A la Universidad de la República, que nos permitió contar con el análisis experto de Gonzalo Salas, Eliana Méndez y Luciana Sena del IECON y de Alejandro Vásquez, Lucía Álvarez y Meliza González de la Facultad de Psicología.

A la Secretaría de Cuidados, Uruguay Crece Contigo y a la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, quienes han trabajado con gran compromiso y profesionalismo en todas las etapas de este proyecto.

A José Arocena, parte del equipo de UCC, por sus aportes claves en momentos difíciles.

A los representantes institucionales de la Comisión Rectora de la encuesta, Gabriel Corbo, Mauricio Russi, Pablo Mazzini, Juan Mila, Iliana Mañana, Ana Espino, Agustín Barrancos, Fabiana Peregalli, Gabriela Amaya, Laura Nalbarte, Jorge Ferrando, Dorelí Pérez y a sus respectivas autoridades por la confianza al encomendarnos esta tarea.

Finalmente queremos agradecer muy especialmente la participación y el apoyo de Florencia Cerruti de UCC, quien con su visión estratégica ha sido impulsora de este proyecto desde el inicio, enriqueciendo además este informe con su experticia a través de la guía y el asesoramiento a los autores en temas vinculados a la lactancia, salud y nutrición infantil.



PRÓLOGO

En 2019 conmemorando 30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño y 10 años de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia se presentan los resultados de la nueva edición de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS cohorte 2018).

La ENDIS cohorte 2018 marca la continuidad de una línea de trabajo iniciada en 2013, que implica investigar, analizar y generar conocimiento de calidad acerca de la primera infancia en nuestro país. Se plantea aportar información actualizada para orientar las decisiones políticas ajustándolas a las necesidades detectadas y favorecer la calidad de las acciones y la eficiencia del gasto público.

Esta nueva cohorte de la ENDIS se basa en la acumulación de conocimiento e incorpora mejoras metodológicas en función de las necesidades de información y las prioridades que emergen. Aspectos relacionados a la instalación del Sistema de Cuidados, el uso de los espacios públicos y otras áreas de competencia de los gobiernos departamentales han ampliado los tópicos sobre los cuales investigar. La ENDIS cohorte 2018 genera datos sobre viejos y nuevos problemas e interpela las políticas realizadas hasta el momento.

Al mismo tiempo representa el fruto del trabajo, esfuerzo y coordinación interinstitucional de varias organizaciones del Estado con competencia en primera infancia e infancia. Cada una ha realizado aportes para favorecer el desarrollo del proyecto, logrando integrar intereses del gobierno y de la academia en diferentes áreas. Asimismo, representa el trabajo de técnicos y el tiempo dedicado por muchas familias, sin las cuales esto no sería posible, a responder los cuestionarios con el convencimiento que cada respuesta aporta para mejorar las políticas públicas en primera infancia.

Es, además, un esfuerzo para la promoción de la investigación asociada a la primera infancia, una puerta abierta al intercambio entre países, acercado la posibilidad de generar información comparable a nivel regional y a crear redes para la investigación en infancia.

El informe que se presenta a continuación reúne investigación y análisis acerca de la situación de la primera infancia en el país. Presenta logros y desafíos con la pretensión de ser una base para que el próximo equipo de gobierno pueda continuar construyendo, basado en el conocimiento, políticas públicas dirigidas a la primera infancia que mantengan como eje el desarrollo humano y la inclusión social.

Mag. Pablo Mazzini

Director de Uruguay Crece Contigo – MIDES

SIGLAS

ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
ASQ- 3	Ages and Stages Questionnaires Third Edition
ASQ- SE	Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional
ASSE	Administradora de Servicios de Salud del Estado
BFI	Big Five Inventory
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPS	Banco de Previsión Social
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CB	Ciclo Básico
CBCL 1 ½ -5	Child Behavior Check list for ages 1 ½ -5
CEIP	Consejo de Educación Inicial y Primaria
CNV	Certificado de Nacido Vivo
DINEM	Dirección Nacional de Monitoreo y Evaluación
DS	Desvío Estándar
ENDIS	Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil
FCEyA	Facultad de Ciencias Económicas y Administración
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GEF	Grupo de Estudio de Familia
HOME	Home Observation for Measurement of the Environment
IMC	Índice de Masa Corporal
INAU	Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay
INDA	Instituto Nacional de Alimentación
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia
SMSL	Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante
SNC	Sistema Nacional de Cuidados
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SQR20	Self Reporting Questionnaire
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
UCC	Uruguay Crece Contigo
UdelaR	Universidad de la República
UNICEF	The United Nations Children's Fund



Índice de Contenido

Parte 1. ENDIS COHORTE 2018	21
I.1 Introducción.....	21
I.2 Objetivo general ENDIS Cohorte 2018	24
I.3 Aspectos técnicos de ENDIS cohorte 2018	24
I.4 ENDIS, una mirada longitudinal	25
I.5 ¿Qué podemos observar a partir de la ENDIS cohorte 2018?	26
Parte 2.RESULTADOS GENERALES	30
A.Entorno y caracterización general de los hogares y referentes	36
II.1 Caracterización general de los hogares.....	37
II.2 Acceso a programas sociales	48
II.3 Set de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo	51
II.4 Características generales de los referentes.....	54
II.4.1 Condición laboral.....	54
II.4.2 Trayectoria laboral.....	57
II.4.3 Trayectoria educativa	61
II.4.4 Planificación familiar, fecundidad, anticoncepción y prácticas durante el embarazo	62
II.5 Prácticas de crianzas y personalidad de la madre en distintas cohortes de la ENDIS.....	75
II.5.1 Prácticas de crianza	77
II.5.2 Aspectos de la personalidad de la madre	82
II.5.3 Conclusiones	87
II.6 Cuidados de los niños y niñas	88
II.6.1 Asistencia a centros de cuidado y educación infantil	88
II.6.2 Cobertura pública	90
II.6.3 Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidado y educación infantil	92
II.6.4 Traslado y distancia	94
II.6.5 Compatibilidad con horarios	96
II.6.6 Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clase.....	97
II.6.7 Motivo de no asistencia	98
II.6.8 Beneficios laborales.....	100
II.7 Disciplinamiento: El maltrato infantil en la primera infancia en Uruguay	102
II.7.1 Introducción	102
II.7.2 Qué se entiende por métodos de disciplina violenta	103

II.7.3	Medición del maltrato infantil intrafamiliar	103
II.7.4	Principales datos de maltrato infantil en Uruguay	105
II.7.5	Evolución del maltrato infantil entre 2013 y 2018	111
II.7.6	Uruguay en el contexto regional	112
B.	Niños y niñas	115
II.8	Aspectos relacionados con la Salud Infantil	116
II.9	Lactancia y prácticas de alimentación	126
II.9.1	Lactancia	126
II.9.1.1.	Niños de 0 a 2 años	126
II.9.2.	Alimentación de los niños y niñas	133
II.9.2.1.	Alimentación de niños/as de 6 a 23 meses	133
II.9.2.2	Niños/as de 2 a 4 años	144
II.10	Estado Nutricional	149
II.11	Sueño, actividad física y horas de pantalla	157
II.12	Acceso y Uso de Espacios Públicos	166
II.13	Desarrollo infantil	168
II.13.1	Introducción	168
II.13.2	Child Behavior Check List 1½-5	169
II.13.3	<i>Ages & Stages Questionnaires tercera versión</i>	176
II.13.4	<i>Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional</i>	182
	Conclusiones	185



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Panel ENDIS.....	26
Tabla 2 Dimensiones Relevadas en ENDIS cohorte 2013	27
Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados en la cohorte 2018.....	29
Tabla 4. Distribución de niños/as según sexo y edad.....	37
Tabla 5. Distribución de niños/as según tamaño del hogar	38
Tabla 6. Distribución de niños/as según tipo de hogar	40
Tabla 7. Porcentaje de niños/as que residen en situación de hacinamiento	42
Tabla 8. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda	43
Tabla 9. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan	44
Tabla 10. Distribución de niños/as según convivencia con el padre	45
Tabla 11. Distribución de niños/as según motivo de no convivencia con el padre	46
Tabla 12. Distribución de niños/as según cobertura de las AFAM.....	48
Tabla 13. Distribución de niños/as según cobertura de la TUS	50
Tabla 14. Distribución de hijos nacidos vivos por mujer	63
Tabla 15. Intenciones de tener más hijos.....	66
Tabla 16. Promedio de número ideal de hijos	67
Tabla 17. Distribución porcentual del número de hijos nacidos vivos vs. número ideal	69
Tabla 18. Distribución porcentual de la planificación del embarazo según categorías	70
Tabla 19. Distribución porcentual de mujeres con diagnóstico con depresión durante el embarazo y/o post parto	71
Tabla 20. Distribución porcentual de mujeres según consumo de cigarrillo y alcohol.....	72
Tabla 21. Distribución porcentual de mujeres con educación para el parto la lactancia o crianza	73
Tabla 22. Distribución porcentual de acompañamiento en el parto.....	74
Tabla 23. Estadísticas de la edad de los niños según criterio utilizado	76
Tabla 24. Creencias de los padres sobre los estilos de crianza. ENDIS-I y ENDIS-II	79
Tabla 25. Actividades desarrolladas con el hijo según qué persona lo realizó. ENDIS-II	82
Tabla 26. SRQ: Poca energía y síntomas somáticos (% por encima de la mediana). Distribución según educación de la madre, edad de la madre y quintil de ingresos.....	87
Tabla 27. Edad de inicio de asistencia a un centro de cuidados o educación inicial según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos. Año 2018.....	93

<i>Tabla 28. Traslado al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 29. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. Año 2018.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabla 30. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos. Año 2018.....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 31. Porcentaje de madres (ocupadas) con beneficios laborales vinculados a cuidados.</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años de edad que fueron sometidos a violencia física severa en el último mes, por sexo, región, terciles de ingreso. Uruguay 2018.</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 33. Evolución del % de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos violentos de disciplina en el último mes, por tipo de violencia. Año 2013 y 2018.</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 34. Percepción de gravedad según edad del niño, nivel de ingreso y región</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 35. Porcentaje de niños que tuvieron al menos un accidente, estuvieron internados o requirieron cirugía en los últimos 12 meses según tercil de ingresos y región</i>	<i>119</i>
<i>Tabla 36. Resultados del screening de anemia según por de ingresos y región</i>	<i>120</i>
<i>Tabla 37. Promedio de las respuestas a las creencias según tercil de ingresos, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo</i>	<i>125</i>
<i>Tabla 38. Inicio temprano de la lactancia.</i>	<i>127</i>
<i>Tabla 39. Diversidad alimentaria en niños/as de 6 a 23 meses.....</i>	<i>134</i>
<i>Tabla 40. Diversidad alimentaria en niños/as de 6 a 23 según tercil de ingresos y región.</i>	<i>135</i>
<i>Tabla 41. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad</i>	<i>149</i>
<i>Tabla 42. Exceso de peso según grado de severidad por IMC</i>	<i>151</i>
<i>Tabla 43. Distribución porcentual de los niños según posición al dormir, edad de los niños, tercil de ingresos del hogar y región.....</i>	<i>158</i>
<i>Tabla 44. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de horas de sueño por edad</i>	<i>160</i>
<i>Tabla 45. Promedio de horas de exposición a pantallas según edad de los niños, tercil de ingresos y región</i>	<i>164</i>
<i>Tabla 46. Porcentaje de niños que utilizan espacios públicos y distancia al mismo según edad, tercil de ingresos y región</i>	<i>167</i>
<i>Tabla 47: Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL 1½-5.....</i>	<i>169</i>
<i>Tabla 48. Porcentaje de niños clasificados como Normal, Borderline y Clínico según CBCL 1½-5</i>	<i>171</i>
<i>Tabla 49. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico en CBCL 1 ½-5 según quintil de ingreso del hogar y edad del niño</i>	<i>175</i>
<i>Tabla 50. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico en CBCL 1 ½-5 (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 18 a 47 meses de edad de Montevideo.</i>	<i>176</i>



<i>Tabla 51: Dimensión y ejemplo del ítem del ASQ-3</i>	<i>176</i>
<i>Tabla 52. Porcentajes de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 1 a 47 meses de edad de Montevideo.....</i>	<i>181</i>
<i>Tabla 53. Área y ejemplo de ítem del ASQ-SE</i>	<i>182</i>
<i>Tabla 54: Puntuaciones del ASQ-SE y porcentaje de casos clasificados como normal y riesgo (n = 2285)</i>	<i>183</i>
<i>Tabla 55: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 3 a 47 meses de edad de Montevideo.....</i>	<i>185</i>

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Tamaño promedio de los hogares de los niños/as según edad, tercil de ingresos y región	39
Gráfico 2. Distribución de tipo de hogar de los niños/as según edad, tercil de ingresos y región.	41
Gráfico 3. Porcentaje de niños/as que residen en situación de hacinamiento según edad, quintiles de ingresos per cápita y región.....	42
Gráfico 4. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen según terciles de ingreso per cápita y región	43
Gráfico 5. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua, total y quintil 1 de ingresos per cápita	45
Gráfico 6. Proporción de niños/as que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región. ...	46
Gráfico 7. Proporción de niños/as con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita.....	47
Gráfico 8. Cobro de AFAM y distribución según quintil de ingreso	49
Gráfico 9. Proporción de niños y niñas que recibieron set universal entregado por UCC según nivel de ingresos, región y edad de los niños.	52
Gráfico 10. Distribución porcentual de las valoraciones de las familias respecto a la entrega de sets de bienvenida por parte del estado	52
Gráfico 11. Tasa de empleo, tasa de desempleo y tasa de actividad de las madres de los niños de entre 0 y 47 meses participantes de las ENDIS cohorte 2013 y cohorte 2018	54
Gráfico 12. Porcentaje de madres ocupadas según región, quintil de ingresos y edad.....	55
Gráfico 13. Horas promedio de trabajo semanales de las madres ocupadas según región, quintil de ingresos y edad	56
Gráfico 14. Distribución porcentual de las madres ocupadas según conformidad con la cantidad de horas trabajadas por región, quintil de ingresos y edad de la madre	57
Gráfico 15. Edad promedio del primer trabajo y edad promedio del primer trabajo de tiempo completo según región, quintil de ingresos y edad de la madre.....	58
Gráfico 16. Porcentaje de madres que tuvieron su primer trabajo antes de los 18 años y porcentaje de madres que tuvieron su primer trabajo de tiempo completo antes de esa edad según región, quintil de ingresos y edad de la madre	58
Gráfico 17. Porcentaje de madres que interrumpieron su trabajo por más de 3 meses por haber quedado embarazadas según región, quintil de ingresos y edad de la madre	59
Gráfico 18. Distribución porcentual de las madres que interrumpieron su trabajo por más de tres meses por haber quedado embarazadas según tiempo durante el que dejaron de trabajar por región, quintil de ingresos y edad de la madre	60
Gráfico 19. Promedio de horas trabajadas durante los siguientes 6 meses al nacimiento del niño/a según región, quintil de ingresos y edad de la madre.....	60




Gráfico 20. Porcentaje de madres que se encontraban estudiando al momento de quedar embarazadas según región, quintil de ingresos y edad de la madre	61
Gráfico 21. Distribución porcentual de las madres que se encontraban estudiando al momento de quedar embarazadas según nivel de estudio por región, quintil de ingresos y edad de la madre	62
Gráfico 22. Distribución porcentual de la cantidad de hijos nacidos vivos por mujer y promedio de hijos al momento de la encuesta por quintiles de ingreso	64
Gráfico 23. Porcentaje del método anticonceptivo utilizado al momento de la entrevista	65
Gráfico 24. Distribución porcentual de la cantidad de métodos utilizados al momento de la entrevista según región, quintil de ingresos y edad de la madre.....	65
Gráfico 25. Distribución porcentual de las intenciones reproductivas según categorías	67
Gráfico 26. Distribución porcentual y promedio de las intenciones reproductivas según categorías	68
Gráfico 27. Distribución porcentual de la diferencia entre el número de hijos real y la declaración sobre el número de hijos que hubiesen elegido según categorías	69
Gráfico 28. Distribución porcentual de la planificación del embarazo según categorías	71
Gráfico 29. Distribución porcentual de consumo de tabaco y/o alcohol durante el embarazo según categorías.....	72
Gráfico 30. Distribución porcentual de mujeres con educación para el parto, lactancia o crianza según categorías.....	73
Gráfico 31. Distribución porcentual del acompañamiento en el parto, lactancia o crianza según categorías	74
Gráfico 32. Puntaje de receptividad y aceptación (HOME). ENDIS-I y ENDIS-II.....	77
Gráfico 33. Puntaje de receptividad y aceptación (HOME). Relación en los distintos subgrupos. ENDIS-I y ENDIS-II.	78
Gráfico 34. Número de libros de niño o con dibujos. ENDIS-I y ENDIS-II.....	81
Gráfico 35. Número de libros de niño o con dibujos según distintos grupos. ENDIS-I y ENDIS-II.....	81
Gráfico 36. Distribución del Big Five Inventory comparando entre cohortes	83
Gráfico 37. Puntaje del Big Five Inventory. Relación en los distintos subgrupos. ENDIS-I y ENDIS-II.	84
Gráfico 38. Escala de Edimburgo. ENDIS-II	85
Gráfico 39. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según tramos de edad.....	88
Gráfico 40. Comparación de la asistencia a centros durante 20 horas semanales o más de 2013 y 2018, según tramo de edades	89
Gráfico 41. Porcentaje de niños que asisten a un centro de cuidado/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos	90
Gráfico 42. Proporción de niños de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia	91

Gráfico 43. Porcentaje de niños que asisten 20 horas semanales o más a un centro de cuidado/educación público, según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos	92
Gráfico 44. Edad de inicio de asistencia en niños de 3 años de edad. 2013 y 2018	93
Gráfico 45. Distancia al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos.....	94
Gráfico 46. Traslado al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más	95
Gráfico 47. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región y tercil de ingresos	97
Gráfico 48. Razones por las que no envía o envió a su hijo/a a un centro de educación y cuidados (% que menciona)	99
Gráfico 49. Porcentaje que no envía o envió a su hijo/a a un centro de educación y cuidados porque es muy chiquito según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos.....	99
Gráfico 50. Porcentaje que no envía o envió a su hijo/a a un centro de educación y cuidados porque prefiere que sean cuidados en casa, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos.	100
Gráfico 51. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años de edad que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por sexo. Uruguay 2018.	107
Gráfico 52. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años de edad que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por región. Uruguay 2018.	107
Gráfico 53. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años de edad según tipo de violencia utilizado. Uruguay 2018.	108
Gráfico 54. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años de edad que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por terciles de ingreso de los hogares. Uruguay 2018.....	109
Gráfico 55. Porcentaje de informantes que creen que para criar o educar correctamente al niño o niña debe ser castigado físicamente. Uruguay 2018.....	110
Gráfico 56. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años de edad* que fueron sometidos a cualquier método de disciplina violenta, a agresión psicológica, a violencia física y a violencia física severa según países seleccionados.....	113
Gráfico 57. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso.	117
Gráfico 58. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses.....	121
Gráfico 59. Control odontológico y oftalmológico por nivel de ingreso y región.	122
Gráfico 60. Motivos de no concurrencia al control odontológico obligatorio.....	122
Gráfico 61. Motivos de no concurrencia al control oftalmológico obligatorio	123
Gráfico 62. Inicio temprano de la Lactancia según tercil y región.	128
Gráfico 63. Tipo de alimentación al alta según región.....	129



Gráfico 64. Lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses según tercil de ingreso y región	130
Gráfico 65. Distribución porcentual de los niños que practican lactancia materna exclusiva y los que no, según edad en meses.	130
Gráfico 66. Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses. ...	131
Gráfico 67. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves entre los 6 a 8 meses del niño/a.	132
Gráfico 68. Frecuencia mínima de comidas niños de 6 a 23 meses no amamantados.	136
Gráfico 69. Frecuencia mínima de comidas niños de 6 a 23 meses amamantados.	137
Gráfico 70. Dieta mínima aceptable en niños/as de 6 a 23 meses según sean amamantados o no.	139
Gráfico 71. Dieta mínima aceptable en niños/as de 6 a 23 meses según tramo etario y amamantados o no	140
Gráfico 72. Persona que alimenta a los niños/as de 6 a 23 meses según región y tercil.	141
Gráfico 73. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen	142
Gráfico 74. Porcentaje de niños/as de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal según edad, región y tercil de ingresos.	143
Gráfico 75. Consumo de grupos de alimentos recomendados según región y tercil de ingresos.	144
Gráfico 76. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya	145
Gráfico 77. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya	145
Gráfico 78. Porcentaje de niños/as de 2 a 5 años que usan pantallas mientras comen según edad, región y tercil de ingresos.	147
Gráfico 79. Bebidas consumidas habitualmente cuando tienen sed, mayores de 24 meses según región y tercil de ingresos.	148
Gráfico 80. Problemas nutricionales para el total de los niños (0 a 4 años)	151
Gráfico 81. Problemas nutricionales según sexo y lugar de residencia	152
Gráfico 82. Problemas nutricionales según nivel de ingresos de los hogares	153
Gráfico 83. Estado nutricional de los niños en relación al estado nutricional de las madres	155
Gráfico 84. Seguridad Alimentaria según tercil de ingresos	156
Gráfico 85. Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños, tercil de ingresos y región	159
Gráfico 86. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas	160
Gráfico 87. Comparación entre cohorte 2013 y cohorte 2018 de la distribución porcentual de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad y tercil de ingresos. ..	161

<i>Gráfico 88. Promedio de minutos de actividad física que los niños mayores a 1 años realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad de los niños y niñas, tercil de ingresos y región</i>	162
<i>Gráfico 89. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación física realizadas por día según OMS según edades simples</i>	163
<i>Gráfico 90. Porcentaje de niños que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región</i>	165
<i>Gráfico 91. Distancia al espacio público más cercano según región donde viven los niños (porcentaje)..</i>	167
<i>Gráfico 92. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según sexo.</i>	172
<i>Gráfico 93. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según región ...</i>	173
<i>Gráfico 94: Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según quintil de ingreso del hogar</i>	174
<i>Gráfico 95: Porcentaje de niños categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3 (n= 2.409)</i>	178
<i>Gráfico 96. Porcentaje de niños con al menos un dominio del ASQ-3 categorizado en riesgo.</i>	179
<i>Gráfico 97. Porcentaje de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo</i>	179
<i>Gráfico 98. Porcentajes de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 según región.</i>	180
<i>Gráfico 99. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso.</i>	180
<i>Gráfico 100: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE según sexo y región</i>	184
<i>Gráfico 101: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE según quintil de ingresos del hogar</i>	184



Aspectos éticos y licencias de uso de pruebas psicométricas

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Expediente Nº 070153000171-18.

Cómo citar este documento

Garibotto, G.; Martínez, N.; Núñez, S. (Comp)(2020). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018. Montevideo. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP.

Como citar un capítulo

Apellido e inicial de los autores. (2020). Título del capítulo. En: Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018. Páginas utilizadas. Montevideo. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP.

Parte 1. ENDIS COHORTE 2018



I.1 Introducción

La Declaración de los Derechos del Niño establece en su Principio 2: “El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el interés superior del niño”.

En estos últimos años se ha avanzado en la concreción de estos ideales quedando aún mucho por realizar, ya que persisten inequidades, y son mayores en las familias con niñas y niños a cargo. La nueva cohorte 2018 de la ENDIS aporta información necesaria para conocer de primera mano la situación de la primera infancia en Uruguay. Con esta nueva cohorte se busca generar y profundizar el conocimiento para orientar el diseño e implementación de las políticas de primera infancia basadas en evidencias sólidas sobre el estado nutricional, el desarrollo y salud de la población infantil y su evolución durante el proceso de crecimiento. A través de la ENDIS se busca identificar y priorizar esas brechas de inequidad y poder así proponer estrategias para disminuirlas.


Sobre la encuesta

La nueva edición de la ENDIS es un estudio sociodemográfico transversal y descriptivo orientado al estudio del desarrollo infantil, derechos a la salud, nutrición y alimentación, cuidados y acceso a la educación, la relación existente entre estos y la responsabilidad del Estado como promotor, garante y facilitador de estos derechos.

Permite profundizar en el estudio de las condiciones de nutrición, desarrollo infantil y salud de la población. Estas dimensiones abarcan al entorno socioeconómico, demográfico y familiar, a la exposición a riesgos para la salud y para la nutrición, así como la frecuencia de enfermedades y el amamantamiento en los primeros años.

Por otro lado, las encuestas anteriores referidas al estado nutricional en la infancia dan cuenta de que el país se encuentra en plena transición epidemiológica nutricional, con alto predominio de sobrepeso y obesidad, persistiendo casos de retraso de talla, lo que determina un panorama poco alentador en cuanto al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo muy necesario contar con información periódica que permita monitorear las tendencias y continuar actuando.

ENDIS desde una perspectiva longitudinal



La nueva cohorte de la ENDIS se realiza a 5 años de la primera ronda del Panel (cohorte 2013). Este intervalo permite detectar cambios en la magnitud de los indicadores e ir conociendo la tendencia en el tiempo para la toma oportuna de decisiones para implementar y/o reorientar políticas públicas en primera infancia. La importancia de contar con este tipo de información en primera infancia radica en que es una etapa clave y muy dinámica de la vida de una persona, por lo que no admite demoras.

Debido a la mejora en la completitud de los registros administrativos, en esta encuesta se usó como marco muestral el certificado de nacido vivo (CNV). El certificado permite mejorar la captación de niños y niñas en las edades límite de la muestra, así como contar previamente con los registros de controles del embarazo, datos del nacimiento y esquema de vacunación.

Sobre el contenido del presente documento

El presente documento resume los principales resultados de la cohorte 2018 de la encuesta. Se incluye un análisis inicial sobre el contexto de niños y niñas, que abarca aspectos tales como los arreglos familiares y de cuidado, la situación y trayectoria laboral de las madres, el nivel socioeconómico de los hogares, las prácticas de crianza y la planificación familiar, seguridad alimentaria y el acceso al sistema de protección social, y aspectos vinculados al disciplinamiento y maltrato infantil. Por otra parte, también se incluye información de niños y niñas tales como características vinculadas a la salud, alimentación y estado nutricional, actividad física e indicadores del desarrollo infantil.

Todos estos resultados se analizan a la luz de los hallazgos obtenidos en la cohorte 2013 para los mismos tramos etarios, siempre y cuando la comparación sea posible. En todos los casos hay una mirada por nivel socio económico de los hogares, región de residencia y por las edades de niños y niñas. En algunos casos se agregan variables de corte pertinentes a las temáticas particulares.

Este informe sobre la cohorte 2018 de la ENDIS es una compilación de documentos elaborados por técnicos de diferentes instituciones convocados de acuerdo a la experticia en las diversas temáticas abarcadas.

Tarea interinstitucional

La elaboración de los documentos presentados en la Parte II refleja el espíritu interinstitucional en la construcción de esta encuesta. En la elaboración de formularios, trabajo de campo (aplicación de la encuesta), mantenimiento de cohortes y actividades relacionadas (Red de Estudios Longitudinales Regional) participaron técnicos de varias instituciones: MIDES, CEIP, MSP, MEC, INAU, INE, UDELAR (grupo GEF y Equipo Evaluación del Desarrollo y Temporalidad) y UNICEF. Asimismo, la tarea de coordinación recae en la Comisión Rectora¹.

Con este trabajo no se pretende agotar los posibles análisis sobre la encuesta, por el contrario, se pretende dimensionar las áreas temáticas en las que futuros estudios podrían profundizar.

Organización del Informe

El informe consta de dos partes. En la Parte I se realiza un encuadre de esta nueva cohorte dentro de la ENDIS. Aquí se establece la relación con otras cohortes y rondas de la encuesta. También se presentan las especificaciones técnicas pertinentes y se detallan las áreas de análisis que abarca la encuesta.

En la Parte II se presentan los resultados. Dado la extensión del contenido, primero se realiza un extracto de los principales resultados de los documentos compilados a lo largo del informe. Luego se presentan los datos organizados en dos grandes áreas que ordenan diferentes dimensiones del desarrollo infantil; entorno de los niños y las características generales de los referentes, por un lado, y la situación de los niños por otro.

¹Integrada por Ministerio de Desarrollo Social (Uruguay Crece Contigo y Secretaría Nacional de Cuidados), Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Educación y Cultura y Consejo de Educación Inicial y Primaria.



I.2 Objetivo general ENDIS Cohorte 2018

El objetivo general de la nueva cohorte de la ENDIS es disponer públicamente de cifras oficiales nacionales del estado nutricional, salud, educación, cuidados y desarrollo infantil de la población de niñas y niños de 0 a 4 años relevados en el año 2018.

En particular se pretende:

- Caracterizar la población de niñas y niños de 0 a 4 años según variables socioeconómicas y demográficas.
- Caracterizar la situación de las personas referentes de niñas y niños.
- Reportar el estado nutricional de niñas y niños de 0 a 4 años y caracterizar el consumo de alimentos comparando con la situación encontrada en 2013.
- Dimensionar el acceso a servicios sanitarios, morbilidad frecuente y tipos de accidentes.
- Caracterizar el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 0 a 4 años y estimar la prevalencia de alteraciones.
- Analizar el acceso a servicios de educación y cuidado, las estrategias de cuidado de las familias y comparar con la situación encontrada en 2013.
- Estimar, en una submuestra, la ingesta de nutrientes y su adecuación a las recomendaciones en la población y en los hogares.
- Analizar la evolución de niños y niñas de las mismas edades tomando en cuenta los resultados de la cohorte 2013.

I.3 Aspectos técnicos de ENDIS cohorte 2018²

El periodo de relevamiento se extendió desde julio a octubre de 2018. Son elegibles de participar en la ENDIS todos los niños y niñas menores de 57 meses (al momento de la realización de la encuesta) que residen en viviendas particulares en localidades de 5.000 o más habitantes. El tamaño de muestra teórico se situó en 7100 casos para los cuales se obtuvieron 2599 niños y niñas elegibles respondientes. Finalmente, para la realización del presente informe se tomaron en cuenta 2567 casos. Esto se debe a que se consideraron como válidos solos los formularios que fueron completados en su totalidad.

De forma general, el diseño implementado para la selección de la muestra de la ENDIS es aleatorio, estratificado, por conglomerados y en varias etapas de selección. La muestra fue seleccionada utilizando como marco de muestreo los registros del Certificado de Nacido Vivo (CNV) proporcionado por el MSP teniendo en cuenta únicamente a los niños y niñas que nacieron a partir del mes de octubre de 2013 y hasta la fecha de finalización del campo de la ENDIS (agosto 2018). Los registros del CNV fueron complementados con información del SIAS y de otras fuentes, y georreferenciados de forma de que coincidan con las zonas censales del Censo del año 2011

²Por más detalles sobre la ficha técnica de la ENDIS cohorte 2018 ir a <http://www.ine.gub.uy/>

realizado por el INE.

Las herramientas que se aplicaron son el formulario de encuesta ENDIS cohorte 2018 (niño, referente y hogar), test de desarrollo infantil, medidas antropométricas (peso, talla y perímetro cefálico) y formulario HOME.

I.4 ENDIS, una mirada longitudinal

La ENDIS es la primera investigación sobre primera infancia con metodología de panel de encuesta de hogares y con representatividad nacional. En 2018 se relevó una nueva cohorte de niños y niñas.

En el primer relevamiento en el año 2013 (ronda 1) se entrevistaron hogares con niños de 0 a 3 años alcanzando 3077 niños. En el segundo relevamiento en año 2015 (ronda 2) se volvieron a entrevistar los mismos hogares, logrando re entrevistar a 2611 niños de entre 2 y 6 años. Al momento de realizar este documento (2019) se está finalizando el tercer relevamiento (ronda 3 de la cohorte 2013) donde se visitaron los mismos hogares, esta vez con niños de entre 5 y 10 años.

En la ronda 1 y ronda 2 se aplicaron diversos instrumentos, entre los que se destacan test de desarrollo con validez internacional (ASQ-3, ASQ-SE, CBCL), escala ELCSA de seguridad alimentaria, medidas antropométricas de los niños, test psicológicos a la persona a cargo (PAC) así como también herramientas que permiten hacer un diagnóstico socio – económico del hogar. Adicionalmente, en la segunda ronda y en modalidad de piloto, se aplicó un Recordatorio alimentario de 24 horas en una sub muestra de casos de Montevideo para conocer el funcionamiento de la herramienta y realizar los ajustes necesarios para una aplicación a nivel nacional en el marco de la nueva cohorte de la ENDIS.

La nueva cohorte 2018 abarca a niños y niñas de entre 0 y 4 años y sus resultados son comparables con los alcanzados con la cohorte 2013³. De forma conjunta a esta nueva edición de la encuesta se aplicó a una sub-muestra una encuesta de estimación de la ingesta de alimentos por recordatorio de 24 horas⁴.

³A lo largo de este documento se presentan resultados comparando, en la medida que los datos lo permitan, a niños y niñas de las mismas edades de las diferentes cohortes (2013 y 2018).

⁴ Los resultados del recordatorio 24 horas no han sido analizados en este presente informe.

Tabla 1. Panel ENDIS

	2013	2015	2018	2019
Cohorte 2013	Primera Ronda del panel de niños y niñas de 0 a 3 años y 11 meses	Segunda Ronda del panel de niños y niñas de 2 a 6 años y Piloto R24hs		Tercera ronda del panel de niñas y niños de 5 a 10 años
Cohorte 2018			Nuevo grupo de niños y niñas de 0 a 4 años y 11 meses, y Recordatorio de 24hs	

I.5 ¿Qué podemos observar a partir de la ENDIS cohorte 2018?

El siguiente cuadro muestra esquemáticamente las dimensiones abarcadas por esta cohorte 2018. Los resultados presentados en la Parte II de este documento se organizan teniendo en cuenta las áreas detalladas y que dan cuenta del desarrollo infantil.

Para relevar áreas de Bienestar Psicológico y emocional, disciplinamiento, calidad del ambiente del hogar y valoraciones del desarrollo infantil se ha utilizado instrumentos estandarizados. Estos, además de facilitar el análisis sobre determinados temas, permiten hacer comparaciones a nivel internacional.

Tabla 2 Dimensiones Relevadas en ENDIS cohorte 2013

Dimensiones del Desarrollo niños y niñas (cohorte 2018)	Áreas de Estudio (cohorte 2018)	Instrumentos e Indicadores utilizados (cohorte 2018)
ENTORNO		
Caracterización socioeconómica y demográfica.	Ingresos del hogar	
	Vivienda	
	Características Demográficas de los integrantes del hogar	
	Situación laboral de los integrantes del hogar	
	Nivel educativo de los integrantes del hogar	
	Acceso y uso de espacios públicos	
REFERENTE		
Características Generales	Bienestar psicológico y emocional	SQR20 (Self Reporting Questionnaire), Escala de Edimburgo
	Personalidad	Big Five Inventory
	Prácticas de crianza	
Cuidados	Organización del cuidado dentro del hogar	
	Disciplinamiento	Escala UNICEF CTSPC (Parten-Child Conflict Tactics Scale)
	Calidad del ambiente dentro del hogar	Home
Trayectoria	Trayectoria laboral y Educativa de la entrevistada	
Salud	Fecundidad	
	Prácticas durante el embarazo y adopción	
	Métodos anticonceptivos	

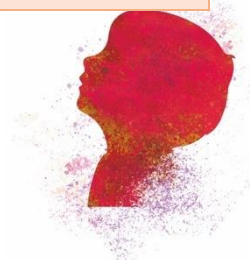


Arreglos Familiares	Antecedentes familiares	
	Vínculo con el padre	
NIÑO		
Salud	Estado sanitario	
	Sueño y exposición a pantallas	
	Acceso y utilización de servicios de Salud	
	Actividad Física	
Aprendizaje	Acceso a servicios de educación preescolar	
	Estimulación temprana	
Alimentación	Lactancia	
	Seguridad alimentaria	
	Estado nutricional	
	Prácticas de alimentación	
Desarrollo infantil	Valoración del desarrollo infantil	ASQ:3,ASQ:SE,CBCL

El detalle de los instrumentos utilizados se sintetiza en la siguiente tabla (Tabla 3). Entre los instrumentos de tamizaje de desarrollo infantil poblacional, tanto en forma parcial como total se utilizaron: i) Ages and Stages Questionnaires Third Edition-ASQ:3 (Squires et al, 2009); ii) Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional-(ASQ: SE) (Squires et al, 2002); iii) Child Behavior Checklist for Ages 1½-5-CBCL/1½-5 (Achenbach y Rescorla, 2000); iv) Home Observation for Measurement of the Environment. El análisis de resultados se detalla en la Parte II de este documento. Como se comentó, al ser instrumentos de evaluación estandarizados y validados a nivel internacional, permite a futuros estudios realizar comparaciones.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados en la cohorte 2018

Instrumentos		
Instrumento medición	Instrumento Evaluación respondido por referente	Descripción
Evaluación del entorno familiar e Instrumentos de evaluación de la madre o cuidador/a principal	Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)	Escala de calidad del ambiente dentro del hogar referido a prácticas de crianzas. Se aplicó una versión que cuenta con 11 ítems correspondientes a las subescalas de receptividad y castigo.
	CTSPC (Parten-Child Conflict Tactics Scale)	Permite medir en este tipo de relevamientos la situación de maltrato infantil en el hogar.
	Big Five	Es un test de personalidad de la madre. Mide cinco rasgos de la personalidad al más alto nivel de abstracción. Los rasgos de la personalidad considerados son: extraversión, amabilidad, perseverancia, estabilidad emocional, y apertura.
	SQR20 (Self Reporting Questionnaire)	Tamizaje de pacientes de depresión, ansiedad o algún indicio de malestar emocional comunes especialmente en países en vía de desarrollo. Es un instrumento que aproxima a desórdenes mentales.
	Escala de Edimburgo	Permite cuantificar síntomas depresivos cognoscitivos exclusivamente durante el embarazo o en el posparto por lo que fue aplicado únicamente a mujeres embarazadas o con hijos menores de 3 meses.
Niños y Niñas	Test ASQ- 3 (Ages and Stages Questionnaires Third Edition)	Es un cuestionario de auto-reporte de los padres el cual permite evaluar desempeños en cinco áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, resolución de problemas y habilidades sociales.
	Test ASQ- SE (Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional)	Es un cuestionario que evalúa indicadores de perturbación del desarrollo socio-emocional en las siguientes áreas: autorregulación, comunicación, funciones adaptativas, autonomía, afecto e interacción con personas, adultos y pares de los niños de 4 a 66 meses.
	Test CBCL 1 ½ -5 (Child Behavior Check list for ages 1 ½ -5)	Evalúa competencias sociales a partir de la medición de problemas de conducta externalizados (como por ejemplo la agresividad) e internalizados (como por ejemplo la ansiedad).



Parte 2. RESULTADOS GENERALES

El presente documento resume los principales resultados de la nueva edición de la encuesta, así como algunos datos preliminares del análisis comparativo con los resultados de la primera edición. Todos los resultados observados en el presente informe serán analizados, siempre que sea posible, en función de dos variables de corte debido a su influencia en el desarrollo infantil temprano: ingresos del hogar y edad de los niños.

En el caso de la variable asociada a los ingresos, se definió utilizar quintiles y terciles a partir del ordenamiento de niños y niñas encuestados según el ingreso per cápita del hogar, esto es ordenar a los niños de la muestra según los ingresos del hogar y luego dividir la muestra en 5 (quintiles) o 3 (terciles) partes iguales, donde el primer quintil o tercil representa a la proporción de niños y niñas que viven en hogares con menores ingresos.

RESULTADOS DESTACADOS DEL DOCUMENTO



Los resultados que se describen a continuación son solo un extracto del análisis preliminar desarrollado a lo largo del presente documento.

Niñas/os y sus hogares

Se han visitado 2.567 hogares con niños y niñas de 0 a 4 años y 11 meses de edad en esta cohorte. En tanto, el total de niños y niñas relevados en la cohorte 2013 fue de 3.077 de entre 0 y 3 años y 11 meses de edad, residentes en 2.665 hogares.

El 71% vive en hogares nucleares (integrados por ambos padres), seguidos de hogares extendidos o compuestos (17%). Estos valores presentan una diferencia respecto al año 2013, en el que un 64% vivía en hogares nucleares y el 30% en hogares extendidos o compuestos. Los hogares extendidos y compuestos dan cuenta de estrategias de las familias para ahorrar en gastos de vivienda, servicios (luz, agua, cuidados) y compartir la olla entre más integrantes lo que significa un ahorro en alimentación. La disminución de estos hogares y aumento de los nucleares podría dar cuenta de una mejora económica de las familias, aunque se requiere estudiar más a fondo el fenómeno.

La proporción de niños y niñas de 0 a 3 años que no residen con el padre no presenta diferencias significativas con respecto a la primera corte de la ENDIS. En 2013 se ubicó en 24% y en 2018 en 22%.

La tasa de actividad de las madres registra un aumento relevante respecto a la primera cohorte 2013. En 2018, el 64% de las madres se encontraban ocupadas y el 76% activas en el mercado laboral (ocupadas o buscando empleo). En tanto en 2013, este porcentaje se ubicó en el 60% para madres ocupadas y 68% para activas. Esta información invita a profundizar en nuevos estudios para ver si el aumento de la oferta de centros de educación y cuidados donde se observa un aumento de cobertura de 10 puntos porcentuales en el período considerado puede estar incidiendo en que más madres de niños y niñas pequeños salgan al mercado de empleo.

Con relación a 2013, se evidencia una disminución en el porcentaje de mujeres con más de dos hijos y un aumento en el caso de las mujeres con un hijo. En el último relevamiento se encontró que el 35% de las madres tiene un hijo, el 36% tiene dos y el 30% tiene tres o más hijos.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, se registra una disminución en el uso de las pastillas anticonceptivas en la cohorte 2018 (donde el 28% de las mujeres utilizaba este método), en comparación con los resultados de 2013 (42%). A su vez, en esta nueva edición aparece el uso de implantes (10%), que era casi nulo en la primera cohorte 2013.

Cuidado de niños y niñas

En esta nueva cohorte se han relevado datos desde el punto de vista del cuidado de niños y niñas. El análisis sobre asistencia a centros educativos, cuidados dentro del hogar o compatibilidad con horarios laborales otorgan valiosa información respecto a este pilar del bienestar.

Los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten 20 o más horas a centros de educación inicial o primaria aumenta 10 puntos porcentuales en estos 5 años (período entre cohortes), pasando de 33% a 43%. Para el tramo de 3 años, el incremento es de 15 puntos porcentuales (de 56% a 71%), mientras que en el tramo de 2 años es de 11 puntos (de 31% a 42%).

En la misma línea, se observa un aumento de la cobertura pública, que pasa de representar el 43% de la cobertura de los niños y niñas de 1 a 3 años en la cohorte 2013 al 52% en 2018. En tanto, la compatibilidad del horario del jardín o centro de educación inicial con el horario laboral alcanza un 87% en 2018, frente al 75% registrado en 2013.

Por otra parte, casi la mitad de las madres ocupadas cuenta con flexibilidad horaria en períodos especiales y un 44% declara tener permisos para acompañar a familiares a citas médicas o actividades educativas. El objetivo de incluir estos indicadores es profundizar en la disponibilidad de los cuidadores, aspectos clave para el desarrollo y crecimiento de los niños.



Alimentación y Nutrición

La ENDIS nos brinda valiosa información sobre la alimentación y las costumbres alimenticias dentro del hogar, así como del estado nutricional de niños y niñas. Esta información se torna indispensable para la valoración sobre el desarrollo de los más chicos de nuestra sociedad.

El exceso de peso prevalece como el principal problema nutricional. Se ubica en 13% en 2013 y en 15% en 2018. Si bien no se observa un aumento significativo, estas cifras continúan por encima de lo esperado. Aproximadamente la mitad de los niños y niñas presenta un peso mayor a lo recomendado (medido por el IMC/edad >+1). Por otra parte, el retraso de talla se ubica en 5,3% en 2013 y 7,2% en 2018. Al igual que en caso del sobrepeso, si bien estas diferencias entre cohortes no son estadísticamente significativas deben continuar siendo monitoreadas⁵.

Entre los menores de 6 meses, el 58% se alimenta con lactancia materna exclusiva. A su vez, la lactancia materna continua alcanza al 56% de los niños. Por su parte, entre niños y niñas de entre 6 meses y 2 años, el 70% consume una dieta mínima aceptable. Dentro de los no amamantados este valor alcanza el 85%.

Por su parte, se entiende que un niño de 6 a 23 meses cumple con la “diversidad alimentaria mínima” cuando recibió 4 o más de grupos de alimentos⁶ diferentes el día anterior a la entrevista. El consumo mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos alimentarios por día está asociado con las dietas de mejor calidad. En la cohorte 2018 se observa que el 80% de niños y niñas consumió 4 o más grupos de alimentos el día anterior a la entrevista, alcanzando una diversidad alimentaria mínima.

A su vez, de los grupos de alimentos que no se deben consumir a diario, el 52% de los niños y niñas consumió refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas, seguido por el grupo de alfajores y galletitas rellenas (43%).

Estos alimentos tienen alto contenido de sodio, grasas y azúcares y su consumo diario se asocia a enfermedades no transmisibles tales como la obesidad, diabetes e hipertensión. Altos consumos tales como los observados aumenta el riesgo de desarrollar estas enfermedades desde la infancia.

⁵Debido a que ambas encuestas fueron realizadas en distintos momentos y con muestras independientes, los aumentos o disminuciones en las estimaciones de un periodo a otro se pueden deber a que efectivamente hubo un cambio real en el fenómeno que se está investigando o al hecho de que los indicadores son estimaciones y por lo tanto se encuentran sujetos a error, debido a que se observa únicamente una parte de la población (muestra) y no su totalidad (censo). En el documento, las diferencias observadas entre períodos son clasificadas como significativas-no significativas tomando en cuenta los atenuantes comentados.

⁶Los grupos son: 1. Cereales, raíces y tubérculos, 2. Legumbres y nueces, 3. Lácteos, 4. Carnes, 5. Huevos, 6. Frutas y verduras ricas en vitamina A y 7. Otras frutas y verduras.

En la misma línea, consultados específicamente por las bebidas, el 87% de los niños y niñas toma agua cuando tiene sed y el 13% consumen refrescos, jugos y aguas saborizadas. Para el mismo grupo etario en la cohorte 2013 se halló que el 18% consumía jugos y refrescos, mientras que el 79% consumía agua. Estos datos muestran una mejora en el indicador entre ambas mediciones.

En el momento de comer todos los niños y niñas, pero especialmente los que están incorporando sus primeros alimentos, deben dedicar el tiempo que necesitan y poder prestar completa atención a la comida, los sabores, las texturas y las señales que les va enviando su cuerpo. Comer mientras se mira una pantalla produce que se coma más y de manera no consciente, distraídos por la televisión o la pantalla de turno los niños y niñas no reconocen las señales mencionadas, y continúan comiendo cuando ya no tienen apetito. Por otra parte, la publicidad dirigida a niños se basa en promocionar alimentos no saludables, ricos en azúcar, grasa y sodio. Por lo tanto, limitar el uso de medios digitales va a aumentar la interacción familiar, lo que favorece el aprendizaje, crecimiento y desarrollo de los niños. En la ENDIS se observa que al momento de comer casi la tercera parte (30%) de los niños mira televisión, tablet, computadora o celular. Esta práctica aumenta con la edad, llegando al 55% en los niños de 2 a 4.

Prácticas de crianza y disciplinamiento


En la ENDIS se preguntó sobre prácticas habituales de crianza y los métodos usados respecto al disciplinamiento de niños y niñas. De esta consulta resultó que entre niños y niñas de 2 a 4 años se observa una disminución en el empleo de métodos violentos de disciplina en las familias, que pasa del 60,6% en la cohorte 2013 al 52,5% en 2018.

Este descenso de ocho puntos porcentuales se registra en la agresión psicológica y en la violencia física, en tanto la violencia física severa permanece estable entre ambas cohortes.

Por otra parte, en estudios de UNICEF⁷ se ha demostrado que la cantidad de libros en el hogar se asocia con el desarrollo cognitivo de los niños y niñas. La tenencia de libros infantiles en el hogar da cuenta del tiempo compartido para la lectura y a su vez de un espacio de enriquecimiento del vocabulario y del uso de la imaginación de niños y niñas. En 2018, se observa un leve incremento en la proporción de hogares con 10 o más libros, que pasa de 41% en la cohorte 2013 al 43% en la cohorte 2018.

Asimismo, se registra una disminución en los hogares que no tienen libros pasando del 10% al 8%. Tal como sucede en otras variables indagadas en la ENDIS, se encuentran marcadas diferencias según el estrato de ingresos del hogar. Se observa que el 80% de quienes se ubican en el quinto quintil (los hogares de mayores ingresos) cuentan con más de 10 libros, guarismo

⁷Este artículo del BID trata el tema <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/lectura-dialogada/>



que se reduce a aproximadamente el 20%, entre los hogares del primer quintil (los hogares de menores ingresos).

Desarrollo infantil

El desarrollo infantil en esta cohorte 2018 fue evaluado a través de tres instrumentos estandarizados CBCL 1 ½-5, ASQ-3 y ASQ-SE.

El 87% de niñas y niños se ubica en el rango de normalidad respecto a las áreas del desarrollo cognitivo. El 13% presenta alguna alteración en una de las áreas de comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y habilidad socio-individual. Estos resultados presentan variaciones importantes según el nivel socioeconómico, sexo y edad.

La salud, sueño y actividad física de niñas y niños de la ENDIS

Se relevaron aspectos sanitarios de niños y niñas respecto al uso de servicios de salud, asistencia a controles preventivos recomendados y obligatorios, morbilidad asociada a siniestralidad. También se abordaron el consumo de suplementos de hierro y vitamina D. Vinculado a esto último, se observa que el 85% del total de los niños y niñas ha tomado suplemento de hierro en algún momento de su vida, en tanto el 90% ha tomado suplemento de vitamina D. La suplementación con hierro y vitamina D son indicadas para prevenir la anemia y el raquitismo respectivamente.

Un 54% de los niños y niñas mayores a 36 meses se realizaron control odontológico, mientras que en 2013 (GEF, 2015) solo el 38% había recibido este control. En tanto, el control oftalmológico en esta cohorte 2018 fue realizado en menos de la mitad de los niños y niñas (46%), siendo más frecuente en Montevideo (60%) que en el interior (48%).

Por otra parte, esta cohorte 2018 solo el 42% de los niños y niñas menores de 12 meses cumplen con las recomendaciones de sueño seguro promovidas por el MSP: dormir boca arriba y solos en su cama, cuna o coche.

También se observa que el 86% de los niños y niñas de 0 a 4 años duerme entre 8 y 12 horas por día, sin diferencias por ingresos ni por región. En promedio todos los niños duermen 11 horas diarias, pero esto varía según la edad de los niños: cuanto más pequeños son, más horas duermen. Estas cifras toman como referencia las recomendadas para estas edades de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Respecto a los niveles de actividad física, el 67% de los niños mayores de 1 año realiza más de 180 minutos diarios como recomienda la OMS. Relacionado a lo anterior, se observa que el 70% de niños y niñas se encuentran expuestos a pantallas (TV, computadora, Tablet, videojuegos o celular). De estos, el 14% los utilizan tres o más horas al día, y el 13% menos de una hora.

El 55% de los menores de 24 meses cumple con la recomendación de 0 exposición a pantallas, mientras que el 50% de los niños de 2 a 5 años cumple con la recomendación de menos de 60 minutos de exposición.

Prestaciones públicas

En esta corte 2018 se relevó el acceso de prestaciones públicas por parte de los hogares. Una de ellas fue el Set Universal de Bienvenida, prestación de Uruguay Crece Contigo (UCC-MIDES).

El resultado encontrado da cuenta de que el 78% de los niños y niñas encuestados recibieron el Set de Bienvenida de UCC. En tanto, el 93% de los referentes consultados cree que es pertinente o muy pertinente que el Estado entregue esta prestación a cada niño que nace en el país.

Acceso y uso de espacios públicos

La apropiación de espacios públicos desde la primera infancia presenta una oportunidad para la promoción de espacios de integración social. En la medida en que la disponibilidad de espacios de juego y recreación en las viviendas de las ciudades es cada vez menor, contar con estos espacios para la estimulación de las diversas áreas del desarrollo resulta clave.

En esta cohorte 2018, se observa que el 80% de los niños y niñas utilizan espacios públicos y el 63% lo hizo al menos una vez en el último mes. Los niños menores de 1 año son quienes menos utilizan los espacios públicos.

En tanto, 74% declara contar con un espacio público a menos de cinco cuadras de donde reside, este porcentaje varía significativamente según la región. El 80% de los niños que viven en Montevideo cuenta con un espacio público a menos de cinco cuadras, mientras que para los niños del interior este guarismo es del 67%.

A. Entorno y caracterización general de los hogares y referentes



II.1 Caracterización general de los hogares

Por la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo:
Gimena Castelao, Mariana Melgar, Gabriela Pedetti, Martina Querejeta, Fanny Rudintzky

II.1.1 Población objetivo

La población objetivo de esta nueva ronda de la ENDIS se compone por niños y niñas que al momento de la encuesta cuentan con 0 a 4 años y 11 meses de edad.

De este modo, se encuestaron a 2567 niños residentes en hogares particulares en localidades de 5000 o más habitantes, en todo el territorio nacional.

Los niños y niñas encuestados en esta ronda presentan la siguiente distribución por sexo y edad:

Tabla 4. Distribución de niños/as según sexo y edad

	Edición 2013			Edición 2018		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Menores de 1 año	213	194	407	351	292	643
1 año	453	512	965	268	253	521
2 años	542	574	1116	233	234	467
3 años	262	327	589	243	233	476
4 años	*	*	*	228	232	460
Total	1470	1607	3077	1323	1244	2567

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Caracterización general de los hogares

En esta sección se realiza una descripción de los hogares que habitan los niños encuestados en esta edición de la ENDIS (cohorte 2018). De este modo, se presenta la situación de los hogares en términos de tamaño y composición. Asimismo, se analiza el vínculo de los niños con sus padres no corresidentes.

Tamaño de los hogares

Tal como se observa en el cuadro a continuación, no se encontraron diferencias respecto al tamaño de los hogares observado en la ENDIS 2013. En esta edición de la encuesta, los niños viven en hogares con un promedio de 4,18 integrantes.

Tabla 5. Distribución de niños/as según tamaño del hogar

	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
2 personas	4%	3%	4%
3 personas	30%	31%	30%
4 personas	34%	34%	34%
5 personas	19%	19%	19%
6 o más personas	13%	13%	13%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Al analizar el tamaño de los hogares por tercil de ingresos, las diferencias son claras, siendo el tamaño promedio del tercil 1 de 4,8 integrantes, mientras que en el tercil 3 el tamaño promedio del hogar ronda en 3,7⁸.

⁸Las diferencias por edad y por región también son estadísticamente significativas, sin embargo estas diferencias son menos pronunciadas que las observadas por tercil de ingresos.

Gráfico1. Tamaño promedio de los hogares de los niños/as según edad, tercil de ingresos y región



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Composición de los hogares

Al analizar la estructura de los hogares de los niños menores de 5 años, la mayoría vive en hogares nucleares (71%), seguidos de hogares extendidos o compuestos (18,6%)⁹. Estos valores presentan una diferencia respecto a 2013 donde el 64% de los niños vivía en hogares nucleares y un 30% en hogares extendidos o compuestos. Por otro lado, un 9% de los niños encuestados en esta ronda vive en hogares monoparentales, aumentando 3 puntos porcentuales respecto a lo observado en 2013.

⁹Los niños que habitan en hogares nucleares, residen en hogares con su madre y su padre; los que habitan en hogares monoparentales, viven sólo con uno de sus padres; los que habitan en hogares extendidos residen con al menos uno de sus padres y otros parientes mientras que los que habitan en hogares compuestos habitan con su familia y con otras personas no parientes.

Tabla 6. Distribución de niños/as según tipo de hogar

	Edición 2013	Edición 2018 - 0 a 47 meses	Edición 2018 total
Nuclear	64%	71%	72%
Monoparental	6%	10%	9%
Extendido o compuesto	30%	19%	19%
Total	100%	100%	100%

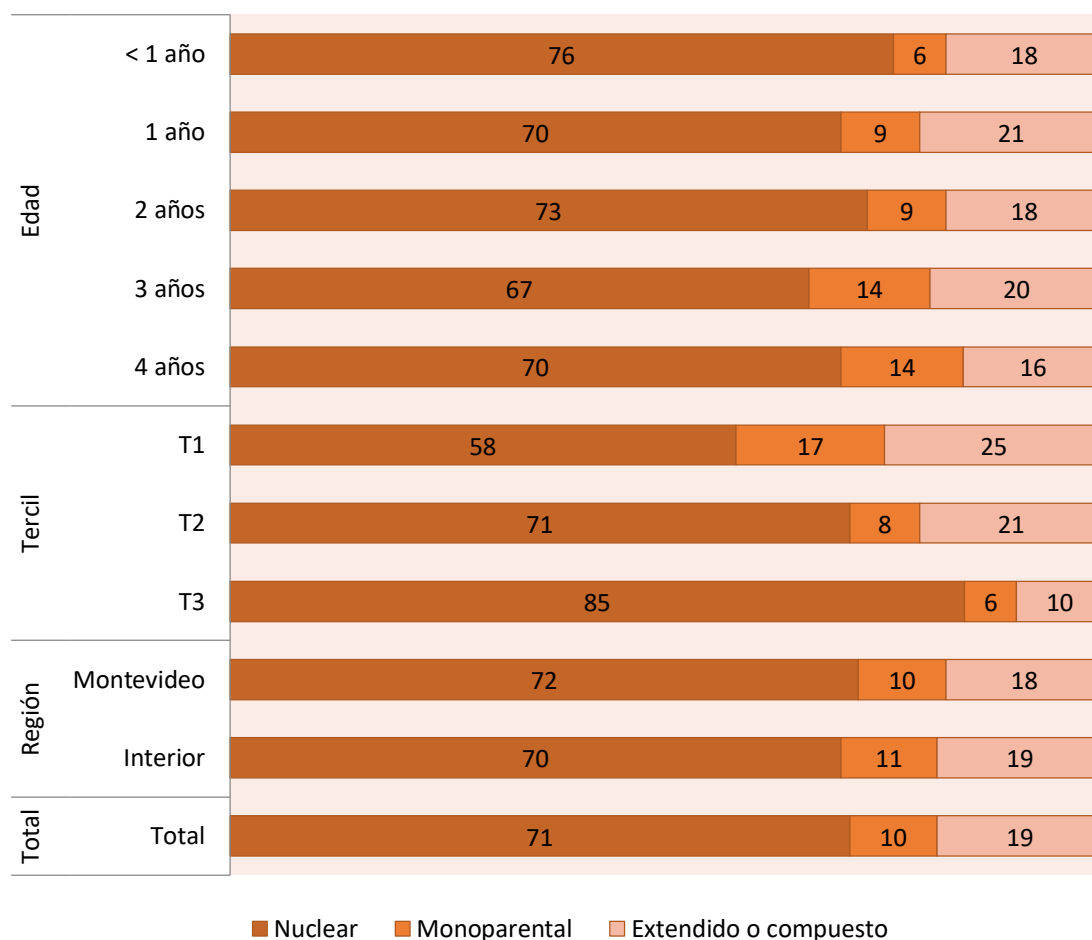
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Al realizar una apertura por región, el peso de cada tipo de hogar varía levemente. En Montevideo es mayor el número de hogares nucleares respecto a los hogares del interior (72% y 70% respectivamente), en detrimento de los hogares monoparentales y extendidos o compuestos.

Por otro lado, cuando se realiza la apertura por tercil de ingresos, las diferencias entre los tipos de hogares que habitan estos niños son mayores. De este modo, si bien en los tres grupos analizados prevalecen los hogares nucleares, se observa una mayor presencia de hogares monoparentales en el tercil 1, de menores ingresos (17%), frente a los hogares del tercil 2 y 3 (8% y 6% respectivamente). Lo mismo sucede con los hogares extendidos o compuestos, los cuales presentan una clara diferencia entre el tercil 1 y 2 (25 y 21%) respecto al tercil 3 (10%).

Cuando se analizan los cambios en la tipología de los hogares según la edad del niño, se observa que los hogares monoparentales aumentan en la medida que aumenta la edad. De este modo, un 6% de niños menores de un año vive en hogares monoparentales, frente a los niños de 4 años, donde un 14% vive en este tipo de hogar.

Gráfico 2. Distribución de tipo de hogar de los niños/as según edad, tercil de ingresos y región.



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

II.1.2 Habitabilidad de la vivienda

El espacio que habitan las niñas y niños afecta su desarrollo (Landers, Mercer, Molina, & Eming Young, 2006). En esta sección se analizan indicadores referentes a la habitabilidad de la vivienda. En primer lugar, un indicador relevante con impactos potenciales sobre diversos desempeños de salud, nutrición y desarrollo es el hacinamiento, definido como la proporción de hogares en viviendas en las que habitan más de dos personas por cada habitación excluyendo baño y cocina. De acuerdo a la información de la encuesta para 2018 el 17% de niños y niñas de entre 0 y 5 años viven en condiciones de hacinamiento.

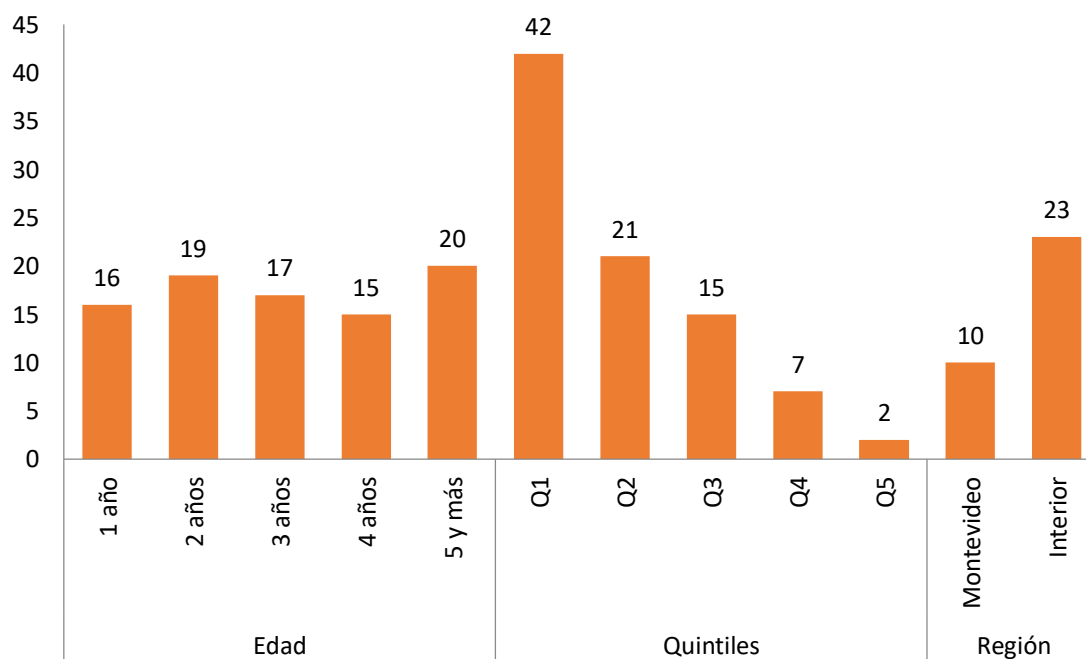
Tabla 7. Porcentaje de niños/as que residen en situación de hacinamiento

	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
Sin hacinamiento	84%	83%	83%
Con hacinamiento	16%	17%	17%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Los niveles de hacinamiento presentan diferencias sustantivas según niveles de ingresos y región, siendo mayor la proporción de niños y niñas viviendo en condiciones de hacinamiento entre los hogares de menores ingresos (es 42% en hogares del quintil 1 y 2% en hogares del quintil 5 de ingresos) y en la región del interior de Uruguay. No se observa una tendencia clara al desagregar por edades.

Gráfico 3. Porcentaje de niños/as que reside en situación de hacinamiento según edad, quintiles de ingresos per cápita y región



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Otro indicador que repercute en la habitabilidad de la vivienda es la tenencia, con consecuencias en la seguridad del hogar respecto a su situación habitacional. En la Tabla 8 se observa que la situación de tenencia de la vivienda es similar para las distintas ediciones de la encuesta. La diferencia principal se encuentra en los propietarios, la frecuencia de las personas propietarias

solamente de la vivienda es menor en la edición de 2018. Los niños y niñas de 0 a 5 años se encuentran principalmente en viviendas con propietarios, seguido en segundo lugar por ocupantes con permiso e inquilinos.

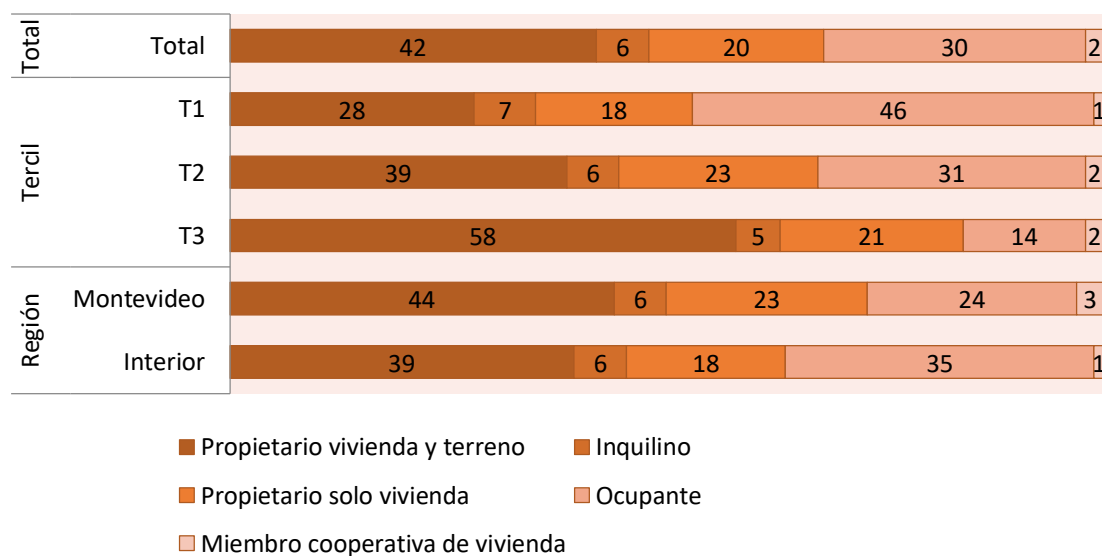
Tabla 8. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda

	Edición 2013	Edición 2018 - 0 a 47 meses	Edición 2018 total
Propietario vivienda y terreno	39%	42%	42%
Propietario solo vivienda	11%	6%	6%
Inquilino	22%	21%	20%
Ocupante con permiso	26%	27%	27%
Ocupante sin permiso	2%	3%	3%
Miembro de cooperativa de vivienda	0%	1%	2%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

La tenencia de la vivienda presenta diferencias según niveles de ingresos per cápita y región. La propiedad sobre la vivienda presenta mayor incidencia entre los niños y niñas pertenecientes a hogares del tercil 3, de mayores ingresos, y a residentes en Montevideo, mientras que la ocupación de la vivienda es muy inferior para este tercil de ingresos. Por el contrario, para el tercil1, de menores ingresos, la ocupación de la vivienda es la categoría que presenta mayor incidencia.

Gráfico4. Distribución porcentual de niños y niñas según tenencia de la vivienda en el hogar en que residen según terciles de ingreso per cápita y región



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Por otra parte, se analizan los materiales utilizados en la construcción de la vivienda en la que habitan niños y niñas pequeños. Se observa que la mayoría (94%) residen en viviendas con paredes de ladrillo, bloque o ticholo. Una proporción menor (53%) en viviendas con techos hechos de planchada de hormigón, seguido por techos livianos (46%). Aunque la mayoría de los niños (81%) residen en viviendas con pisos de cerámica, parqué o baldosas, cabe considerar que una proporción no marginal (9%) reside en viviendas solo con contrapiso y sin piso.

Tabla 9. Distribución porcentual de niños y niñas según material predominante en paredes, techos y pisos de la vivienda donde habitan

		Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
Paredes	Ladrillo, bloque o ticholo	96%	94%	94%
	Materiales livianos	4%	6%	6%
	Materiales de desecho	0%	0%	0%
Techos	Planchada de hormigón	49%	54%	53%
	Techos livianos	51%	45%	46%
	Materiales de desecho	0%	1%	1%
Pisos	Cerámica, parqué, baldosas o moqueta	74%	81%	81%
	Alisado de hormigón	10%	10%	10%
	Solo contrapiso sin piso	16%	9%	9%

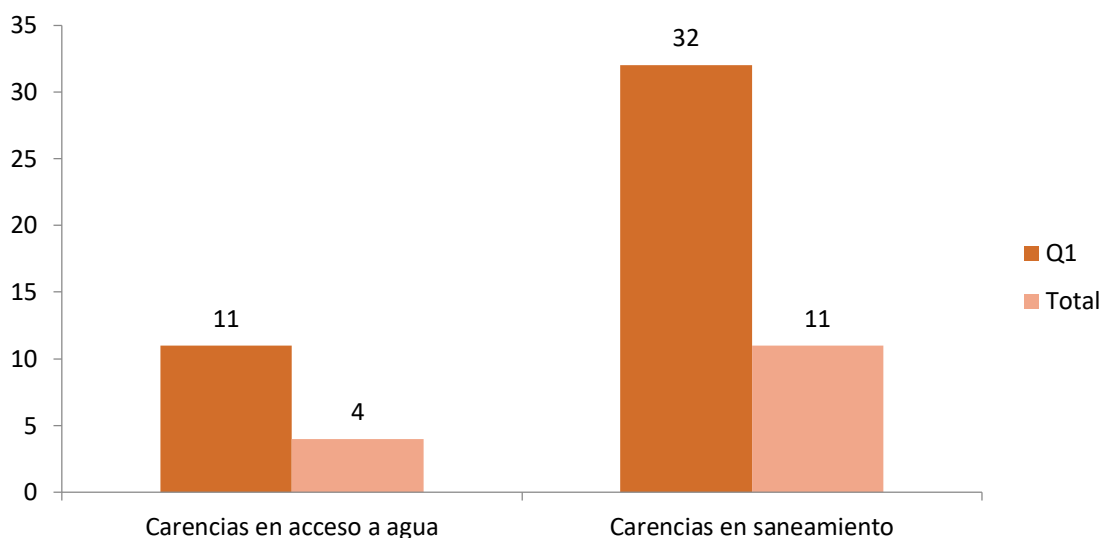
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

En cuanto al acceso a servicios dentro de la vivienda, no tener un sistema de saneamiento adecuado¹⁰, aparece como el principal problema, afectando la vivienda del 11% de niños y niñas. En segundo lugar, las carencias en materia de acceso al agua dentro de la vivienda¹¹ afectan al 4% de niños y niñas. Son marginales las carencias en términos de acceso a la energía eléctrica dentro del hogar. No se registran cambios de magnitud en el acceso a servicios entre la edición 2013 y 2018 de la encuesta. A su vez, se observa que la presencia de este tipo de carencias es más frecuente entre los niños de los quintiles más bajos de ingreso, donde los porcentajes de carencias son 32% en saneamiento y 11% en agua.

¹⁰Se categoriza como viviendas con saneamiento inadecuado a aquellas que no contaran con servicio higiénico con descarga instantánea de agua (cisterna) o cuyo sistema de evacuación no fuera red general o fosa séptica

¹¹Se considera que la vivienda no tiene un abastecimiento adecuado si el origen del agua no es por la red general o a través un pozo surgente protegido y la misma no llega al domicilio por cañería dentro de la vivienda

Gráfico 5. Porcentaje de niños y niñas que residen en viviendas con carencias en saneamiento y en acceso al agua, total y quintil 1 de ingresos per cápita



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

II.1.3 Presencia del referente masculino

La ausencia de la figura paterna en el hogar puede asociarse con la reducción de dos tipos de recursos relevantes para el bienestar de los hijos: dinero y tiempo de crianza y cuidado. El primero se vincula a la pérdida de un perceptor, que por lo general constituye el principal y cuyas transferencias no compensan la caída de ingresos. El segundo proviene principalmente de la constatación de que los arreglos predominantes implican una mayor permanencia de los niños con sus madres y un debilitamiento del contacto con el padre no coresidente (ENDIS, 2013).

La proporción de niños de entre 0 a 3 años que no residen con el padre fue 24% en 2013 y 22% en 2018. Si se toma en cuenta el total de niños de la encuesta (de 0 a 4 años), el 23% de los niños no vive con su padre en el hogar.

Tabla 10. Distribución de niños/as según convivencia con el padre

	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
No	24%	22%	23%
Si	76%	78%	77%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Al realizar la apertura por edad, se observa que el porcentaje de niños que no viven con el padre es mayor en los niños más grandes. Además, en concordancia con lo observado en tipología de los hogares, la proporción de niños que no convive con su padre es casi 4 veces mayor en el tercil 1 (de menores ingresos) que en el tercil 3 (de mayores ingresos). Es mayor la proporción de niños que no reside con su padre en el Interior respecto a Montevideo (25 y 20% respectivamente).

Gráfico6. Proporción de niños/as que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región.



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

De los niños que no viven con sus padres, más de la mitad no habita con ellos por separación o divorcio de sus padres, mientras que cerca un 27% nunca convivió con ellos.

Tabla 11. Distribución de niños/as según motivo de no convivencia con el padre

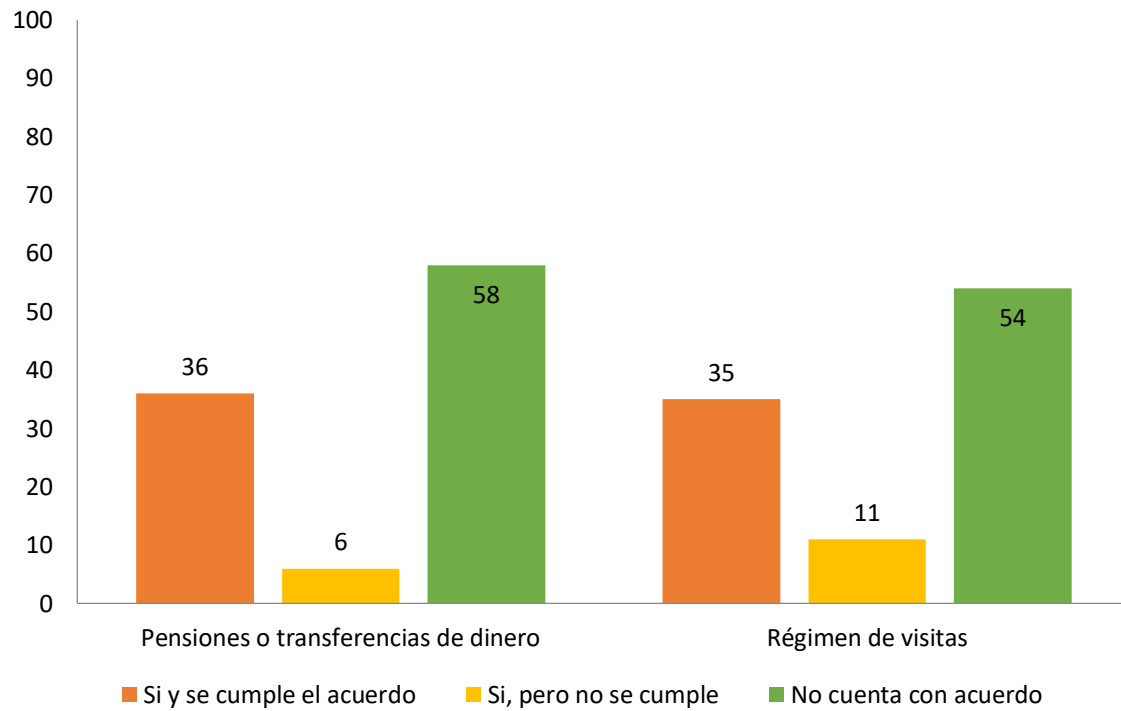
	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
Por separación y divorcio	54%	58%	62%
Nunca vivió con el padre	36%	27%	23%
Otras razones	10%	15%	14%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

En esta edición de la ENDIS se consultó sobre la existencia de acuerdos legales o de palabra entre los padres de los niños en el caso de que se encontraran separados. De los datos se desprende

que un 46% de los niños que no conviven con su padre cuentan con un acuerdo para recibir pensiones y dinero de éste, y un 42% de los niños cuenta con algún acuerdo sobre el régimen de visitas. Sin embargo, cabe destacar que en el primer caso un 11% de los padres no cumple con lo acordado, y en lo que refiere al régimen de visitas, un 6% no se cumple con lo convenido.

Gráfico7. Proporción de niños/as con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita.



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

II.2 Acceso a programas sociales

Por la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo:
Gimena Castelao, Mariana Melgar, Gabriela Pedetti, Martina Querejeta, Fanny Rudintzky

En esta sección se analiza la información correspondiente al acceso a programas de protección social comparativamente para la primera ronda de la ENDIS realizada en 2013 y para la edición 2018. En particular, se estudia la cobertura y el acceso a los programas de transferencias monetarias Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social.

Las Asignaciones Familiares (AFAM) son un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigidas a menores de 18 años que tiene por objetivo mejorar la situación de ingresos de los hogares, así como incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo y promover los controles de salud de niños, niñas y mujeres embarazadas.

Se crearon en el año 1943 y desde entonces el programa ha sido reformado en diversas ocasiones, destacándose la incorporación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con la puesta en marcha del Plan de Equidad en 2008. A la fecha existen dos tipos de Asignaciones Familiares, las AFAM contributivas otorgadas en el marco de la Ley N° 15.084 que son gestionadas por el BPS, y las AFAM del Plan de Equidad correspondientes a la Ley N° 18.227 y gestionadas conjuntamente entre el BPS y el MIDES. Dada la disponibilidad de información, en este informe se analiza el acceso al programa sin distinguir según tipo de AFAM.

La proporción de niños y niñas en hogares beneficiarios de AFAM es levemente inferior en la segunda edición de la ENDIS respecto a la edición de 2013. No obstante, los guarismos encontrados son similares a los registrados en la segunda ronda de la ENDIS realizada en 2015.

Tabla 12. Distribución de niños/as según cobertura de las AFAM

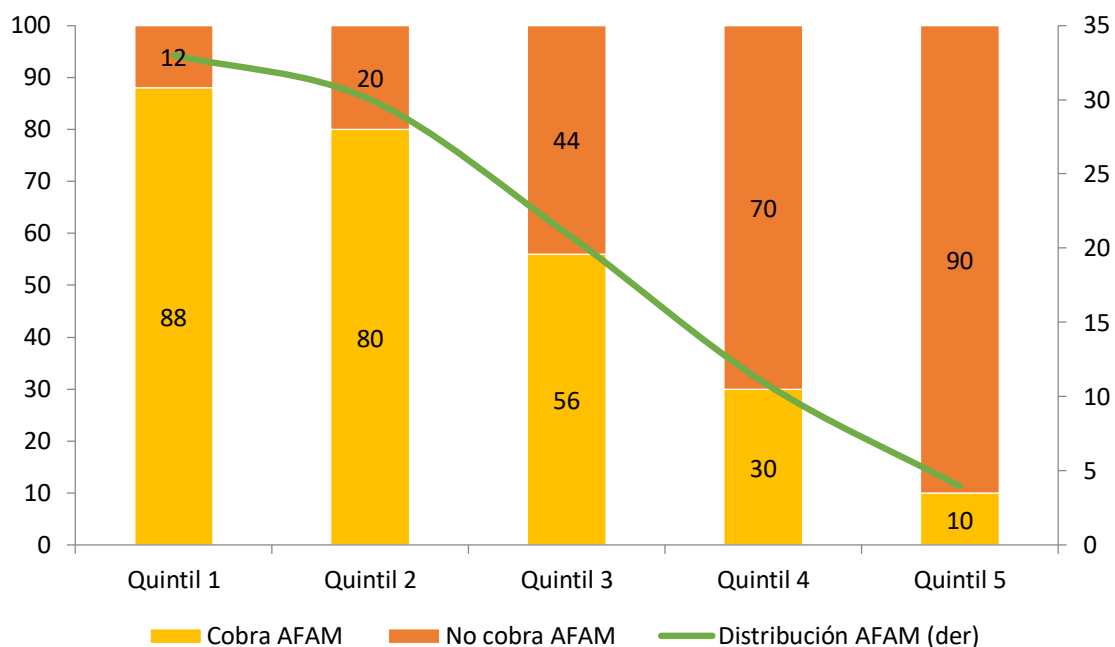
	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
No	42%	47%	47%
Sí	58%	53%	53%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

En el Gráfico8 se presenta la distribución de niños y niñas según cobertura de las AFAM para los distintos quintiles de ingreso del hogar. La situación de cobro difiere sustancialmente según ingresos: la proporción de beneficiarios de AFAM es mayor entre los niños y niñas pertenecientes al quintil de menores ingresos (20% más pobre) y decrece sustancialmente para los quintiles de mayores ingresos.

Cabe recordar que no se distingue entre los distintos regímenes de AFAM (contributiva y no contributiva), por ello es posible encontrar hogares beneficiarios de AFAM en los quintiles de mayores ingresos¹². A su vez, si se analiza la distribución del total de niños cobrando AFAM según quintiles se observa que el 85% de los beneficiarios se concentran en los primeros 3 quintiles.

Gráfico8. Cobro de AFAM y distribución según quintil de ingreso



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Finalmente, se encuentra una mayor concentración de beneficiarios de AFAM en el interior del país respecto a Montevideo (67% y 33% respectivamente), incluso mayor al peso de los niños y niñas a la concentración del total de niños y niñas en el interior (55%). Este hecho ya se había constatado en la primera ronda de la ENDIS en 2013.

Por su parte, la Tarjeta Uruguay Social (TUS) tiene como objetivo general asistir a los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica para la adquisición de alimentos, aportando a la seguridad alimentaria y nutricional, en especial durante el embarazo y los primeros años de vida

¹²No es posible hacer un análisis de focalización del programa, es decir, comparar la elegibilidad con la condición efectiva de cobro, dado que al no poder distinguir entre distintos regímenes no se pueden establecer los criterios de elegibilidad.

de las personas. La población objetivo son los 60 mil hogares en peor situación socioeconómica de todo el país, medido por el Índice de Carencias Críticas (ICC)¹³, de los cuales los 30.000 hogares en situación de vulnerabilidad más extrema reciben la TUS con monto doble. A su vez, aquellos hogares con niños y niñas de 0 a 3 años y/o con mujeres embarazadas reciben una transferencia adicional para la compra de leche fortificada con hierro.¹⁴

Se encuentra que el 18% de niños y niñas pertenecen a hogares beneficiarios de la TUS, registrándose un leve aumento respecto a la edición 2013 (13%) que ya había sido registrado en la segunda ronda realizada en 2015.

Tabla 13. Distribución de niños/as según cobertura de la TUS

	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
No	87%	82%	82%
Sí	13%	18%	18%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Finalmente, para el caso de la TUS también se encuentra una mayor concentración de beneficiarios en el interior del país respecto a Montevideo (66% y 34% respectivamente).

¹³Instrumento estadístico elaborado por la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración de la Universidad de la República (UdelaR) que mide el grado de vulnerabilidad de un hogar. Por más detalle ver DINEM (2014)

¹⁴El complemento asciende a \$258 por cada embarazada o menor de 3 en el hogar. Por más detalles del programa TUS y los montos ir al siguiente link.

11.3 Set de bienvenida Uruguay Crece Contigo

Por la Dirección Nacional de Uruguay Crece Contigo:
Nathalia Martínez

Conocer y dimensionar cuánto se ha avanzado y cuánto queda por delante es clave para orientar el diseño e implementación de las políticas públicas.

En este capítulo se analiza la información correspondiente al acceso de la prestación dirigida a todos los recién nacidos en todo el país, tanto del sector público como del privado, desarrollada por la Dirección Nacional Uruguay Crece Contigo del Mides.

Dentro de las acciones que desarrolla Uruguay Crece Contigo, se encuentra la entrega del Set de Bienvenida a las familias que esperan o tienen un recién nacido, con el objetivo de brindar recomendaciones e información útil para el apoyo a la crianza en el desarrollo integral de los niños y niñas.

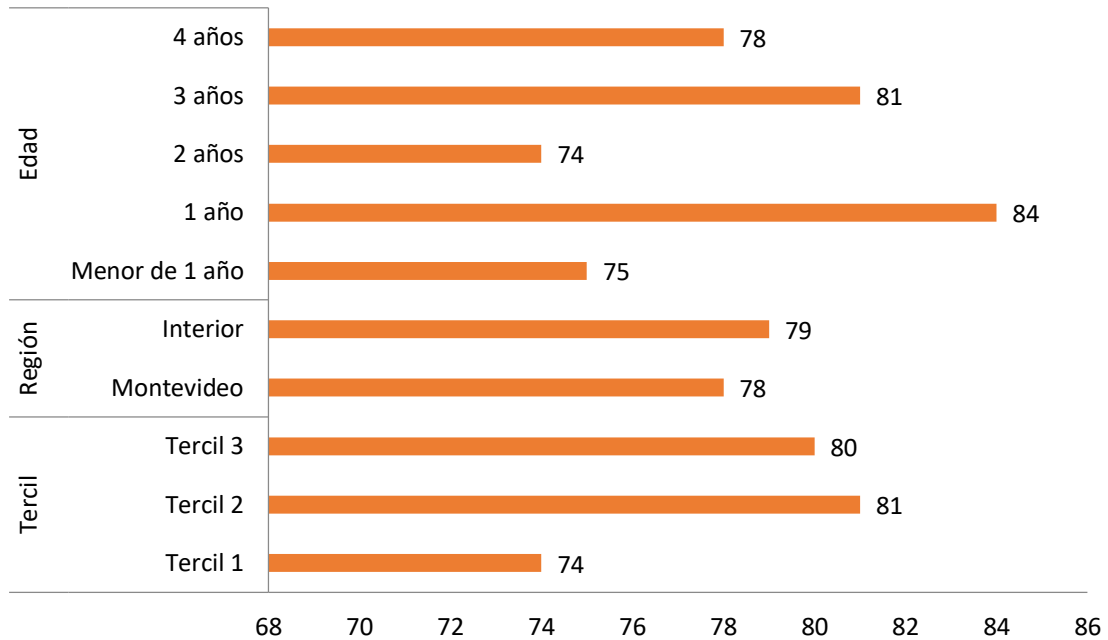
A través de este set, se busca fortalecer desde el embarazo las capacidades de las familias para ejercer la crianza y cuidados de los niños y niñas, contribuyendo al alcance de sus potenciales de desarrollo desde el inicio de la vida. El set contiene materiales didácticos y lúdicos¹⁵, especialmente seleccionados para promover las buenas prácticas de crianza y el adecuado desarrollo del bebé.

En particular en la encuesta se consultó sobre la cobertura del set, el uso que le dio a cada uno de los materiales entregados y la valoración que la familia hace del mismo.

De los resultados se destaca que el 78% de los niños y niñas encuestados recibieron el set de bienvenida de UCC, con una distribución según región geográfica similar y una distribución de forma relativamente homogénea según terciles de ingreso del hogar. No se observan tendencias claras de lo que sucede con el set según la edad de los niños.

¹⁵<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/tramites-y-servicios/servicios/set-bienvenida>

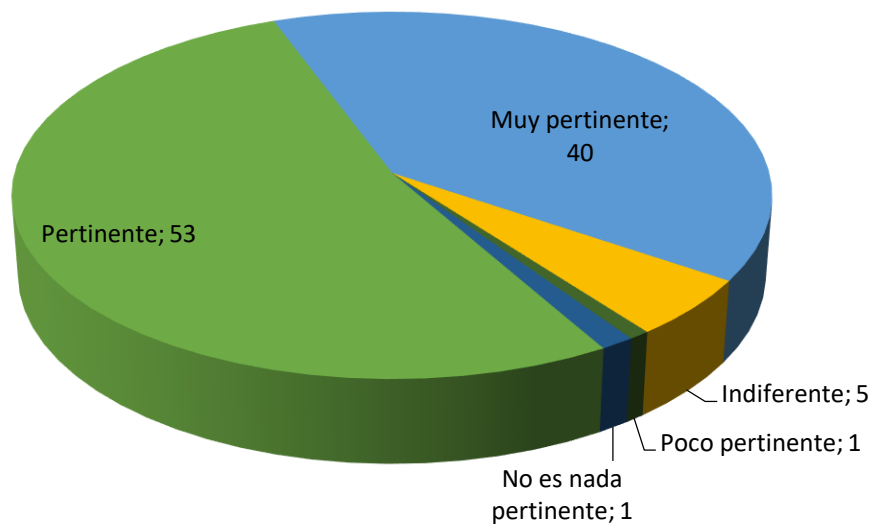
Gráfico9. Proporción de niños y niñas que recibieron set universal entregado por UCC según nivel de ingresos, región y edad de los niños.



Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2018

Con relación a la valoración por parte de las familias a que el Estado entregue este Set a cada niño que nace en el país, se destaca que el 93% cree que es pertinente o muy pertinente.

Gráfico10. Distribución porcentual de las valoraciones de las familias respecto a la entrega de sets de bienvenida por parte del estado



Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS 2018

Con relación al uso de los materiales se destaca que el 60% de los que recibieron el Set evaluaron muy positivamente el uso de todos sus materiales, encontrándose diferencias en la valoración de acuerdo al ingreso de las familias y a la región.

Los niños que viven en hogares de menores ingresos y en el interior del país son los que más utilizan globalmente los materiales entregados en el set universal de UCC.

II.4 Características generales de los referentes

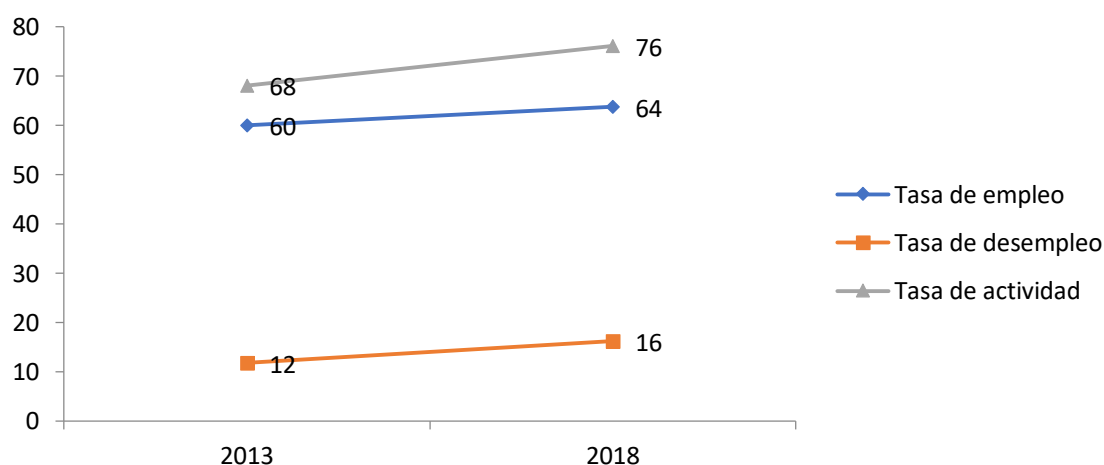
Por la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM/MIDES):
Gimena Castelao, Mariana Melgar, Gabriela Pedetti, Martina Querejeta, Fanny Rudintzky.

En esta subsección se profundizará acerca de las características de la persona referente del niño. Se abordará en primer lugar aspectos vinculados a la condición y trayectoria laboral de la madre. Se presentará luego información vinculada a la planificación familiar, fecundidad, anticoncepción y prácticas durante el embarazo.

II.4.1 Condición laboral

El 63,8% de las madres de los niños que forman parte de la segunda cohorte del ENDIS (2018) se encuentran ocupadas y 76,1% están activas en el mercado laboral (ocupadas o buscando empleo). Esto representa un aumento en relación las madres de la cohorte anterior (2013), donde 60,1% estaban ocupadas y 68,1% activas. También crecieron los niveles de desempleo en la comparación de ambas cohortes: la tasa de desempleo pasó de 11,8% a 16,2%. Estas tendencias son consistentes con la evolución de los indicadores de empleo registrados a nivel país.

Gráfico 11. Tasa de empleo, tasa de desempleo y tasa de actividad de las madres de los niños de entre 0 y 47 meses participantes de las ENDIS cohorte 2013 y cohorte 2018¹⁶



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

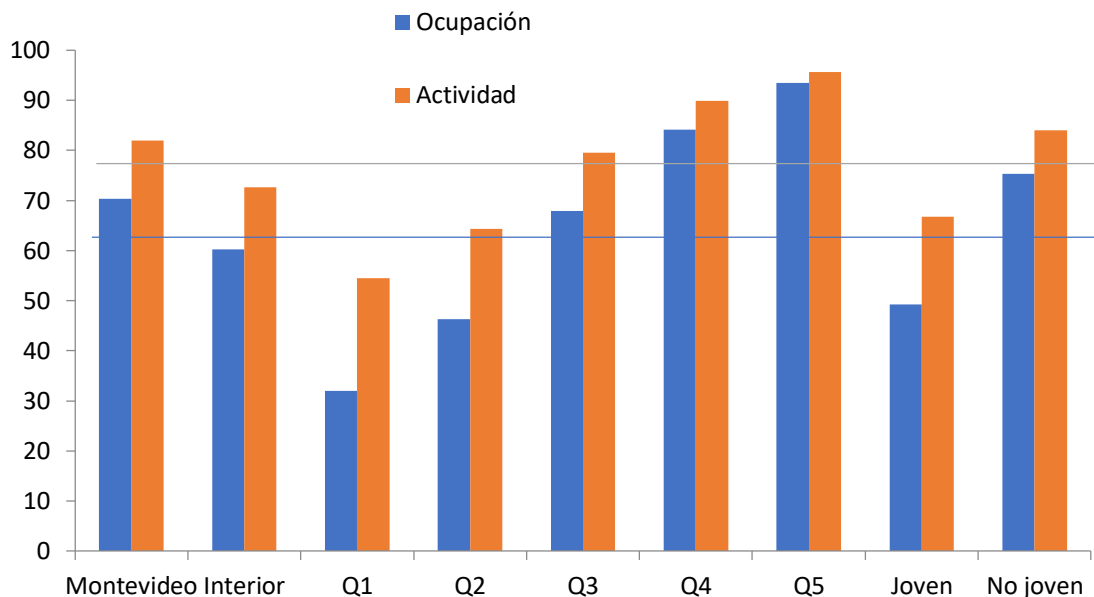
Los niveles de actividad y empleo varían según región, edad de la madre y quintil de ingresos. La

¹⁶Para la comparación de la condición de actividad de las madres de la ENDIS 2013 y la ENDIS 2018 se restringieron los casos de esta última edición a los de las madres de niños de entre 0 y 3 años y 11 meses (edad contemplada en la primera edición). Si consideramos todos los niños de la muestra de la cohorte 2018 la tasa de actividad de las madres es del 76%, la de empleo es del 64% y la de desempleo de 16%.

inserción en el mercado laboral es mayor para las madres de Montevideo, para las madres no jóvenes y para las madres de los quintiles de ingresos más altos. Entre las dimensiones estudiadas, el nivel de ingresos del hogar aparece como la variable que genera mayor diferenciación en la inserción laboral de las madres y particularmente en los niveles de empleo. La tasa de empleo de las madres del quintil 5 (93,4%) triplica la de las madres del primer quintil de ingresos (32%).

A su vez, entre las madres del primer quintil la brecha entre la tasa de actividad y la tasa de empleo es mucho más pronunciada que entre las madres de los quintiles siguientes. En el último quintil ambas tasas tienden a converger, dando cuenta de niveles de desempleo marginales.

Gráfico12. Porcentaje de madres ocupadas según región, quintil de ingresos y edad

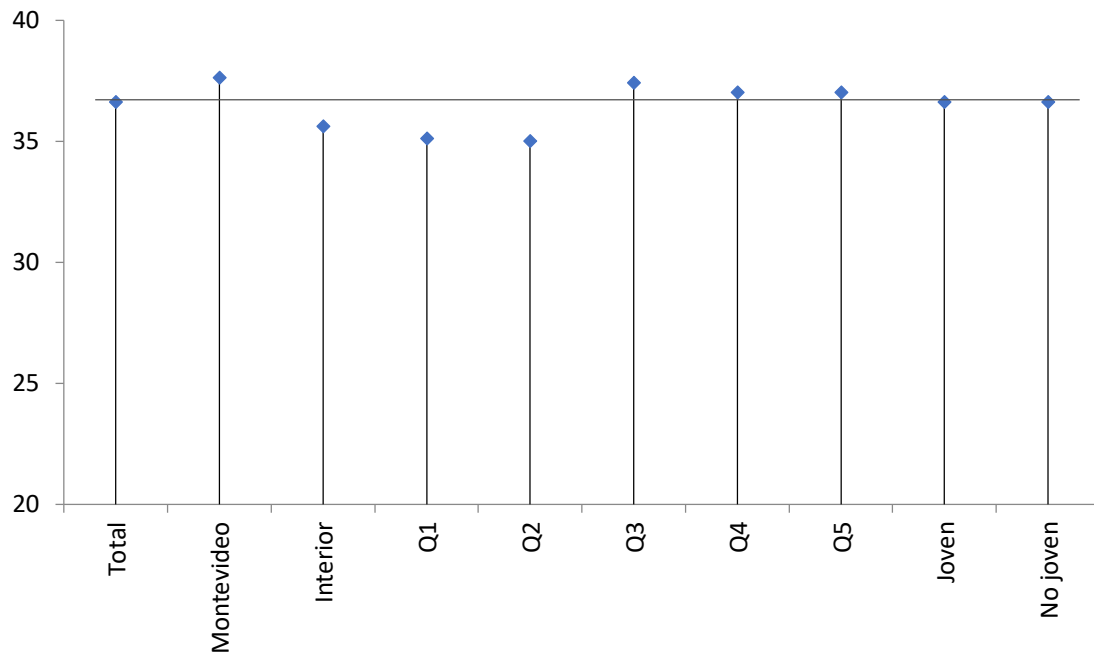


Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

En promedio las madres ocupadas trabajan 36,6 horas semanales, mientras que en 2013 esta cifra fue de 35 horas. La cantidad promedio de horas trabajadas por semana no presenta diferencias significativas según las variables de interés.



Gráfico13. Horas promedio de trabajo semanales de las madres ocupadas según región, quintil de ingresos y edad



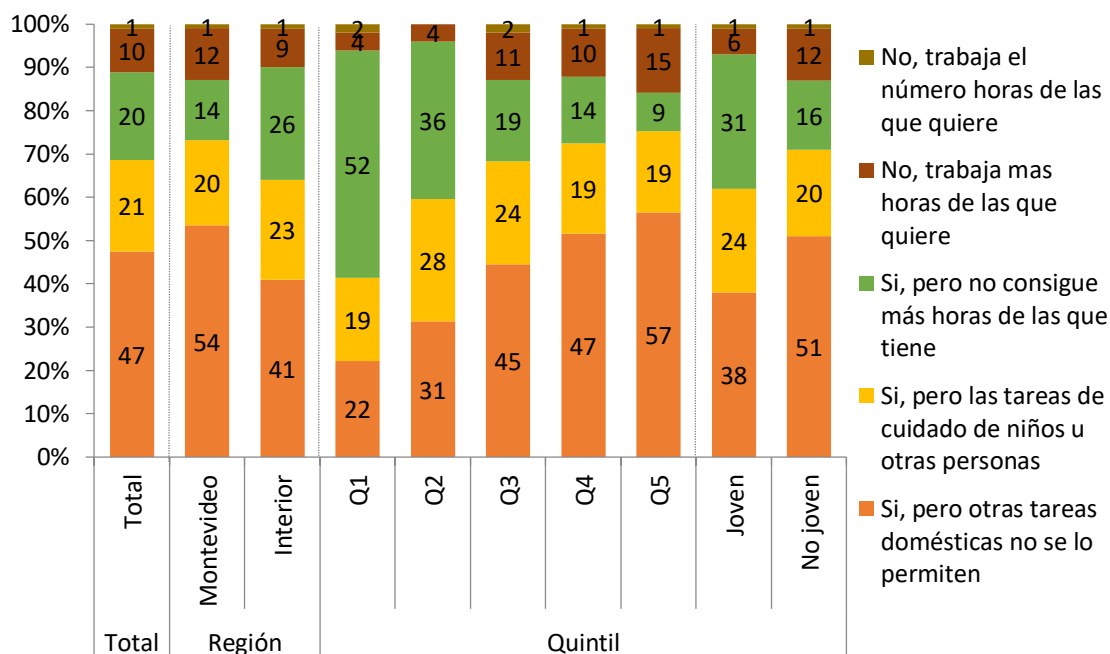
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

A pesar de no registrarse grandes diferencias en la cantidad de horas trabajadas según las variables de interés, sí se detectan diferencias en la conformidad con la cantidad de horas trabajadas. La conformidad con las horas trabajadas es menor en el interior que en Montevideo, entre las madres jóvenes con relación las no jóvenes, y entre las de hogares con menos ingresos per cápita con relación a las de los hogares con más ingresos per cápita.

Al igual que para los restantes indicadores de mercado laboral, la variable ingresos parece ser la que presenta mayor heterogeneidad entre las categorías de análisis. La conformidad con las horas trabajadas aumenta con los quintiles de ingresos. Entre quienes no están conformes con las horas trabajadas, la dificultad para conseguir más horas es el principal problema de las madres de los quintiles 1 y 2. Contrariamente, el trabajar más horas de las deseadas es una problemática que aumenta entre los quintiles más altos.

El trabajar menos horas de las deseadas por las responsabilidades de cuidados es un problema que afecta en promedio al 21% de las madres encuestadas. Esta dificultad crece entre las madres del Interior, las más jóvenes y las de los quintiles medios bajos (2 y 3).

Gráfico14. Distribución porcentual de las madres ocupadas según conformidad con la cantidad de horas trabajadas por región, quintil de ingresos y edad de la madre



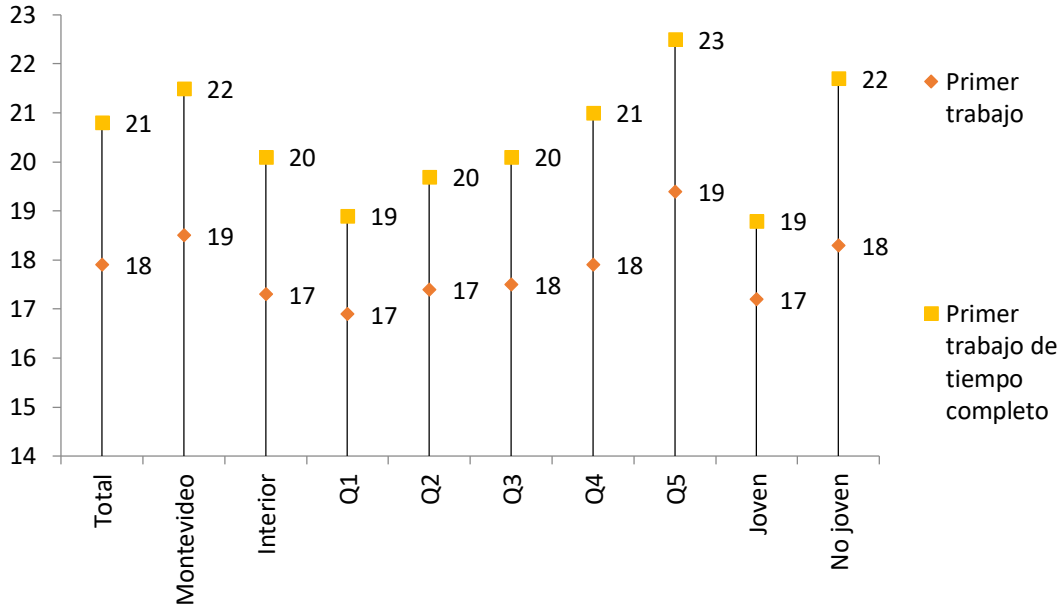
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

II.4.2 Trayectoria laboral

El comienzo de la vida laboral es uno de los hitos en las transiciones hacia la adultez. La edad de inicio de estas transiciones es variada y puede repercutir en las posibilidades de desarrollo futuro de las personas. Por ejemplo, un temprano inicio de la vida laboral podría ir en detrimento de la continuidad educativa y la acumulación de capital humano que permita lograr mejores posibilidades laborales en el futuro.

En promedio las madres de los niños incluidos en la ENDIS tuvieron su primer trabajo a los 18 años, y su primer trabajo de tiempo completo a los 21. El inicio de la vida laboral es más temprano entre las madres del interior, las madres más jóvenes y las de los quintiles más bajos. Estas diferencias se vuelven más pronunciadas al considerar la edad del primer empleo de tiempo completo.

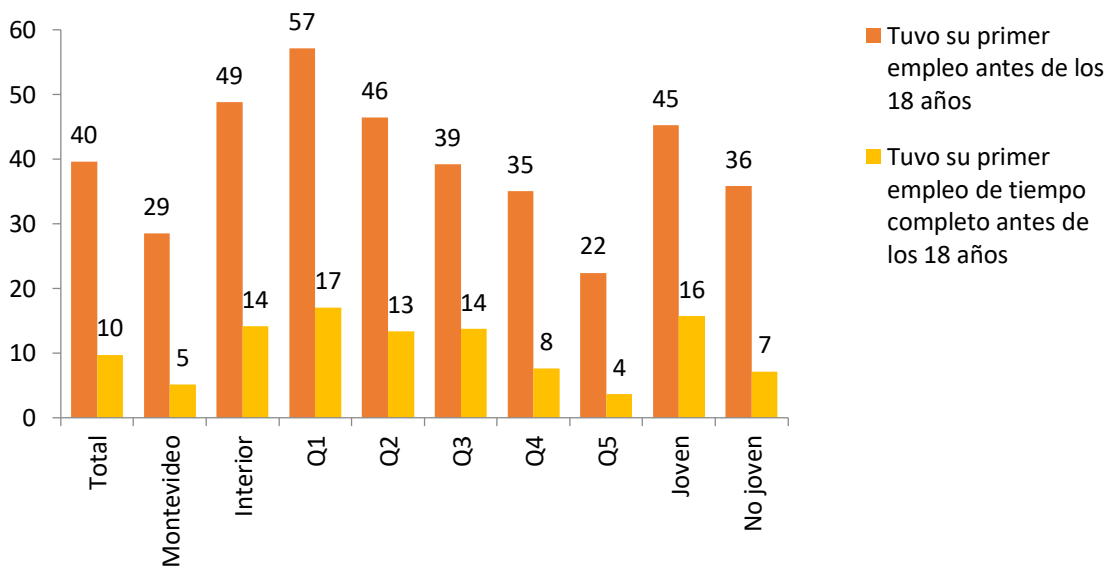
Gráfico15. Edad promedio del primer trabajo y edad promedio del primer trabajo de tiempo completo según región, quintil de ingresos y edad de la madre



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Cerca de 4 de cada 10 madres comenzaron su vida laboral antes de los 18 años. Esta relación aumenta a cerca de 6 de cada 10 entre las madres del primer quintil de ingresos. Alrededor del 10% de las madres tuvo un empleo de tiempo completo antes de cumplir la mayoría de edad, cifra que asciende al 17% entre las madres del primer quintil.

Gráfico16. Porcentaje de madres que tuvieron su primer trabajo antes de los 18 años y porcentaje de madres que tuvieron su primer trabajo de tiempo completo antes de esa edad según región, quintil de ingresos y edad de la madre

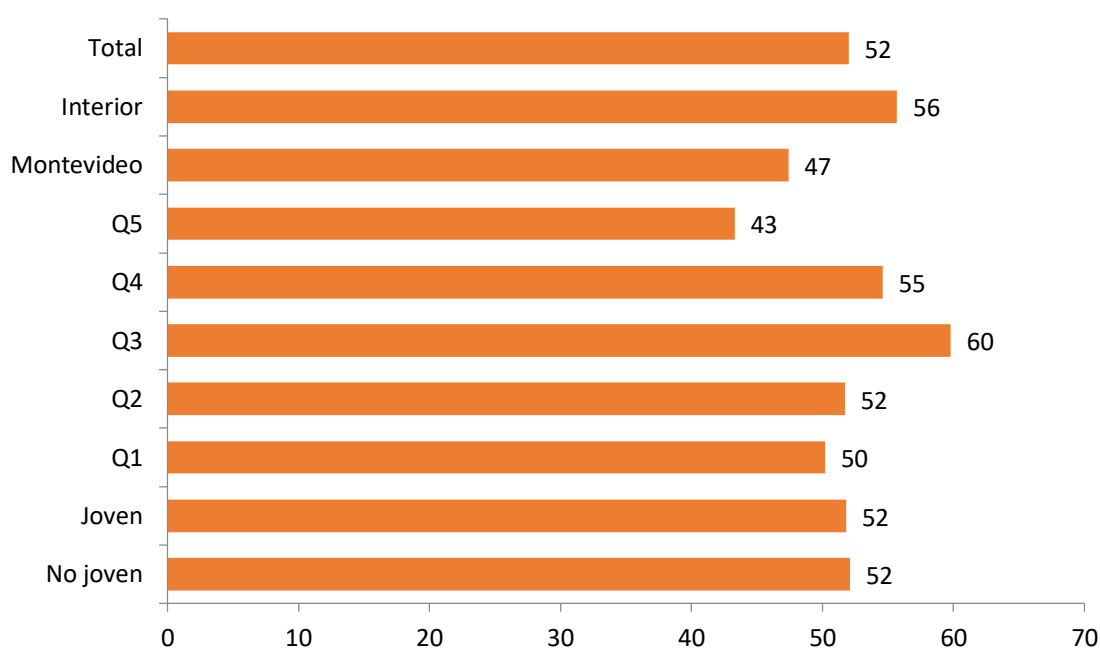


Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Entre las madres encuestadas el 95,4% declara no haber participado de ningún programa de empleo protegido. Entre quienes sí participaron la mayoría lo hizo en Uruguay Trabaja (4,2% del total de la muestra) y el resto (0,4%) en Uruguay Integra u Objetivo Empleo.

Algo más de la mitad (52%) de las madres interrumpieron su trabajo por más de tres meses por haber quedado embarazada. Esta situación es más frecuente en el interior del país y en los quintiles 3 y 4.

Gráfico 17. Porcentaje de madres que interrumpieron su trabajo por más de 3 meses por haber quedado embarazadas según región, quintil de ingresos y edad de la madre

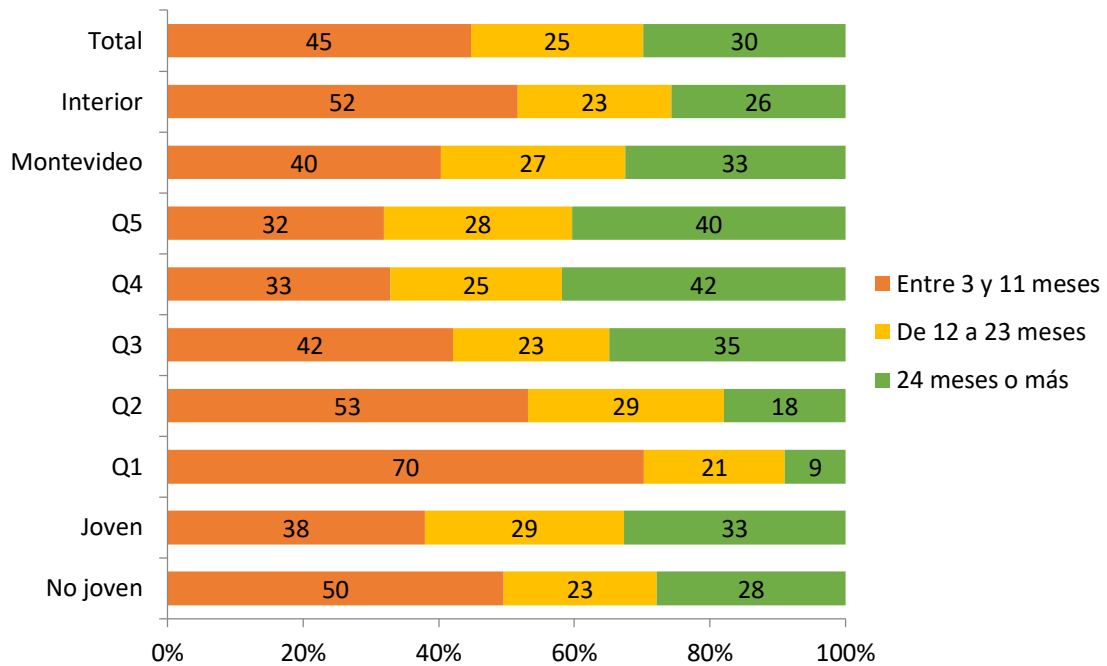


Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Entre las madres que dejan de trabajar durante más de tres meses por haber quedado embarazadas, el promedio de tiempo durante los que interrumpió su trabajo fue de 11 meses. Un 44,8% dejaron de trabajar durante menos de un año (entre 3 y 11 meses); 25,4% lo hicieron durante más de un año y menos de dos (12 a 23 meses) y el restante 29,8% lo hizo durante dos años o más.

Las madres jóvenes dejaron de trabajar durante períodos más largos, al igual que las madres del interior del país y las madres de los quintiles más bajos: en los quintiles uno y dos, dos tercios de las madres dejaron de trabajar durante un año o más.

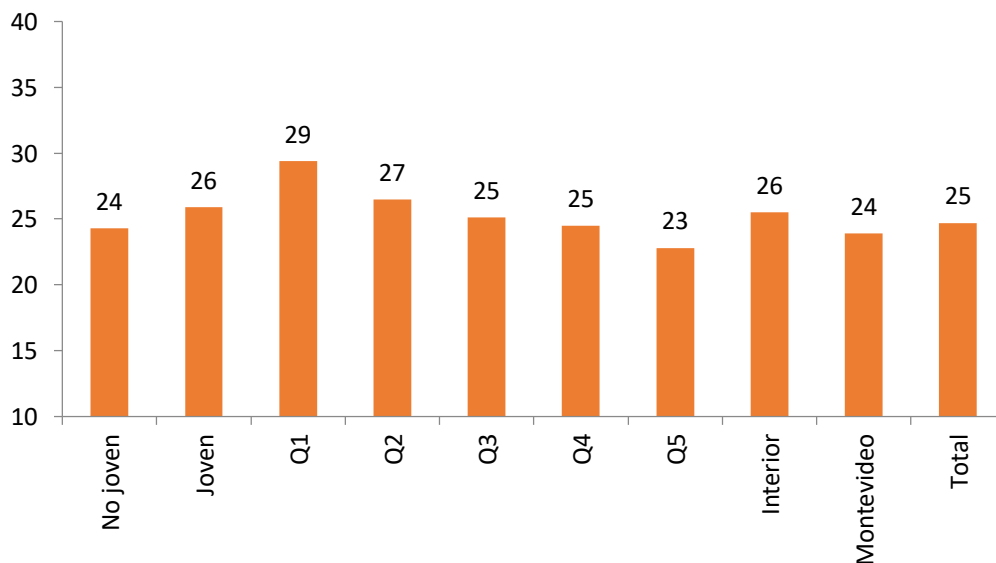
Gráfico18. Distribución porcentual de las madres que interrumpieron su trabajo por más de tres meses por haber quedado embarazadas según tiempo durante el que dejaron de trabajar por región, quintil de ingresos y edad de la madre



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

En los siguientes seis meses al nacimiento del niño/a las madres que se reintegraron a trabajar en ese período trabajaban en promedio 24 horas semanales. Las de ingresos más altos trabajaron en promedio menos que las que viven en hogares de mayores ingresos. La carga promedio de horas es mayor entre las madres jóvenes que entre las no jóvenes.

Gráfico19. Promedio de horas trabajadas durante los siguientes 6 meses al nacimiento del niño/a según región, quintil de ingresos y edad de la madre



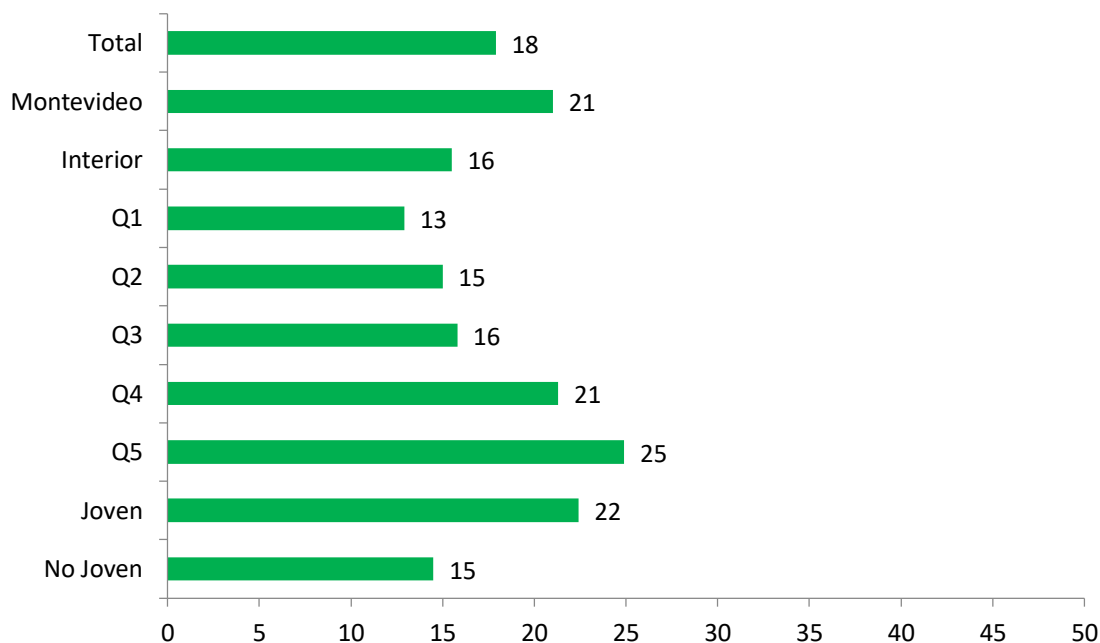
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

El 8,3% de las madres cambiaron de trabajo tras el nacimiento de su hijo. Entre ellas, 29,8% lo hizo por razones vinculadas al cuidado, 28,9% lo renunció por problemas en el trabajo, 19,7% lo hizo porque se quedó sin trabajo, 3,7% lo hizo por problemas de salud y el restante 17,8% por otros motivos.

II.4.3 Trayectoria educativa

El 17,9% de las madres se encontraba estudiando al momento de quedar embarazadas. Esta proporción aumenta al 22,4% entre las madres jóvenes. También crece entre las madres de Montevideo (21%) y entre las de los quintiles más altos (21,3% en el quintil 4 y 24,9% en el quintil 5).

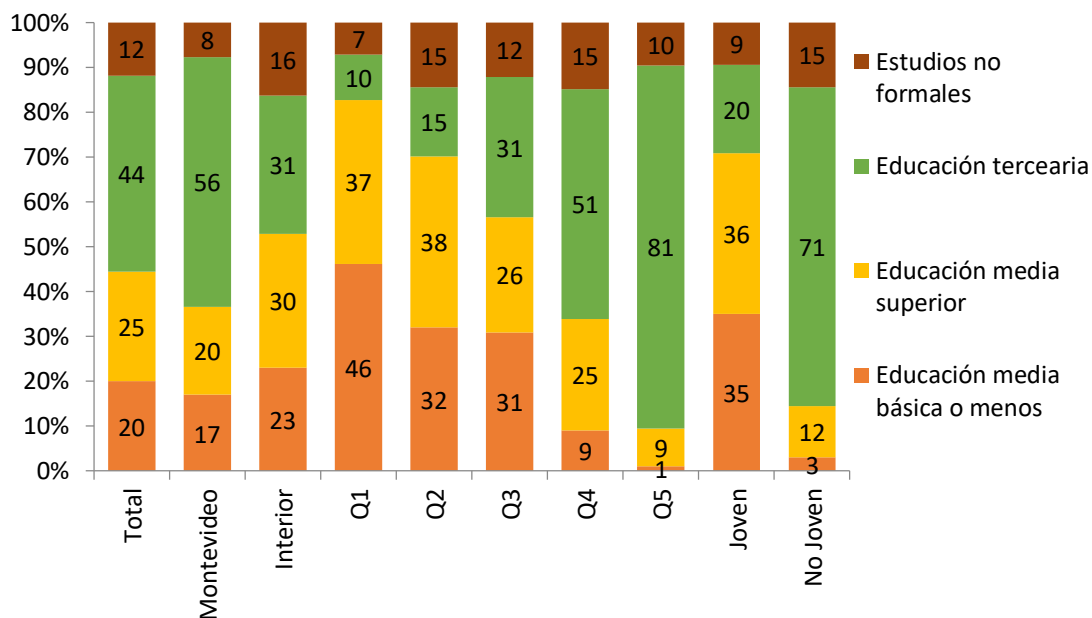
Gráfico20. Porcentaje de madres que se encontraban estudiando al momento de quedar embarazadas según región, quintil de ingresos y edad de la madre



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Entre las madres que se encontraban estudiando cuando quedaron embarazadas, 44,5% estaba cursando educación media o menos, 43,5% cursaba nivel terciario y 11,8% estudios no formales. El nivel educativo cursado desciende entre los quintiles de ingresos más bajos (82,8% de las madres del quintil 1 y 70,2% de las del quintil dos cursaban nivel medio o menos) y entre las madres jóvenes (70,9% cursaban nivel medio o menos al momento de quedar embarazadas).

Gráfico 21. Distribución porcentual de las madres que se encontraban estudiando al momento de quedar embarazadas según nivel de estudio por región, quintil de ingresos y edad de la madre



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Del 17,9% de las madres que se encontraban estudiando al momento del embarazo, 51,7% interrumpieron sus estudios, esto representa al 9,3% del total de las madres de la muestra.

Entre estas madres:

- Los principales motivos por los que dejaron de estudiar fueron: la falta de tiempo para combinar con la nueva etapa de la vida (51,1%), las complicaciones durante en el embarazo (40,1%), y la falta de apoyo de su pareja (10%).
- El 72,9% no retomó sus estudios con posterioridad, 14,6% los retomó y los finalizó y 12,6% los retomó, pero los dejó luego sin haber finalizado.

II.4.4 Planificación familiar, fecundidad, anticoncepción y prácticas durante el embarazo

En esta subsección se profundizará en primer lugar en aspectos vinculados a las pautas de fecundidad, la edad al primer hijo, la relación entre edad y paridez, y las intenciones futuras de las mujeres encuestadas. Asimismo, se incluye una descripción del indicador presente en la encuesta sobre planificación familiar.

La segunda sección desarrolla información sobre buenas prácticas durante el embarazo (hábitos, oportunidad y adecuación de los controles). Para ello, se analizará: controles prenatales, frecuencia y oportunidad, ingesta de suplementos y vitaminas, consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, enfermedades durante el embarazo y parto, depresión post-parto, semanas de gestación del recién nacido, embarazo adolescente y permanencia en educación durante el embarazo.

Según Cabella, Nathan y Pardo (2019) la natalidad uruguaya registró un descenso abrupto desde 2016, evidenciándose en 2018 40.139 nacimientos, 8.787 menos que los ocurridos en 2015. La caída de los nacimientos estuvo acompañada por un descenso de la fecundidad total. La tasa global de fecundidad (TGF) osciló entre 2005 y 2015 en torno a dos hijos por mujer (en promedio 1.95), en los tres años siguientes la caída condujo a una TGF de 1.59 hijo por mujer (2018). A pesar de que la caída de los nacimientos se dio para todos los tramos de edad, los investigadores destacan la fuerte caída a nivel de embarazos adolescentes.

Al analizar los datos de la cohorte 2018, se observa que el 35% de las madres de los niños encuestados tiene un hijo, un 36% tiene 2 y un 30% tiene 3 o más hijos. Estos valores difieren de los datos observados en 2013, donde se evidenciaba un mayor porcentaje de mujeres con más de dos hijos y un menor porcentaje de mujeres con 1 hijo.

Tabla 14. Distribución de hijos nacidos vivos por mujer

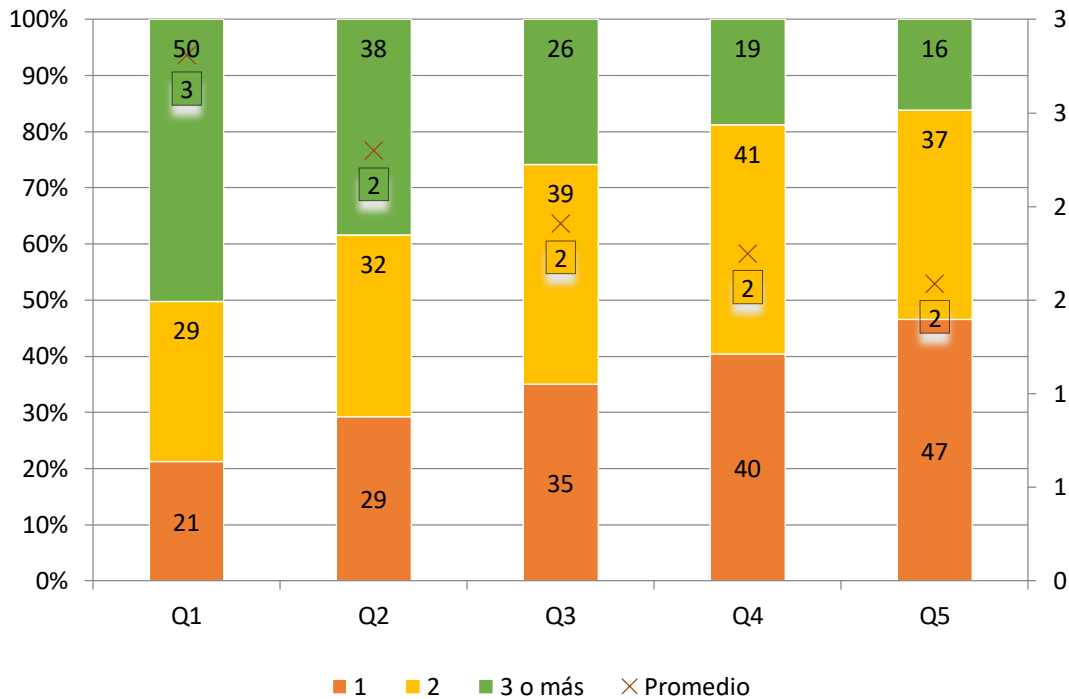
	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 total
1 hijo	33%	36%	35%
2 hijos	34%	35%	36%
3 o más hijos	32%	29%	30%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Asimismo, realizando una apertura por quintil, las mujeres encuestadas de los quintiles de menores ingresos tienen, en promedio, más hijos que las de los quintiles más altos, evidenciándose que aproximadamente la mitad de las mujeres de menores ingresos tienen 3 o más hijos al momento de la encuesta, lo que obedece a menos del 20% de lo evidenciado entre las de mayores ingresos. El promedio de hijos del quintil uno es 2,8, siendo de 1,6 para las mujeres que viven en hogares de mayores ingresos (Gráfico 22)

A nivel territorial, las mujeres del interior del país en promedio tienen más hijos que las de Montevideo (2,16 a 1,97 respectivamente).

Gráfico 22. Distribución porcentual de la cantidad de hijos nacidos vivos por mujer y promedio de hijos al momento de la encuesta por quintiles de ingreso



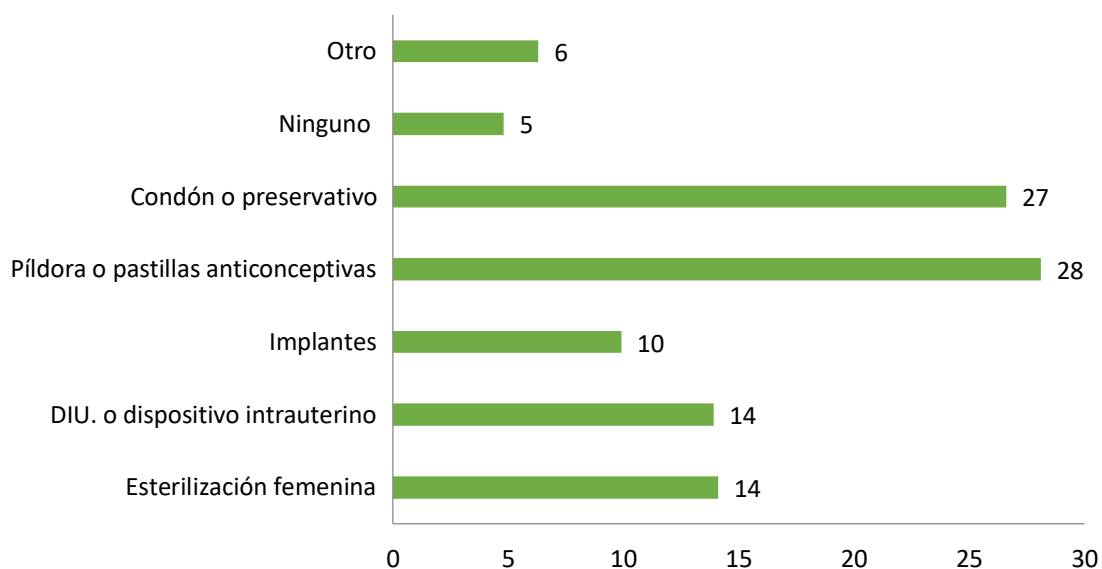
Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

Al analizar la planificación familiar de estas mujeres, la encuesta cuenta con preguntas sobre uso de anticonceptivos al momento de la entrevista, sobre las intenciones reproductivas de estas mujeres, así como según sus creencias y valores acerca de cuál es el número ideal de hijos.

Los principales métodos anticonceptivos utilizados por las encuestadas en la ENDIS 2018 fueron las píldoras o pastillas anticonceptivas (28,1%) y el condón o preservativo (26,6%). En menor proporción aparece la esterilización femenina, el DIU y los implantes (gráfico 23).

Cabe destacar que en la ENDIS 2013 si bien el método anticonceptivo más utilizado eran las pastillas anticonceptivas, la proporción era mucho mayor que la actual (42%), sin embargo, el peso de los implantes que era casi nulo en 2013 pasó a 10% en 2018.

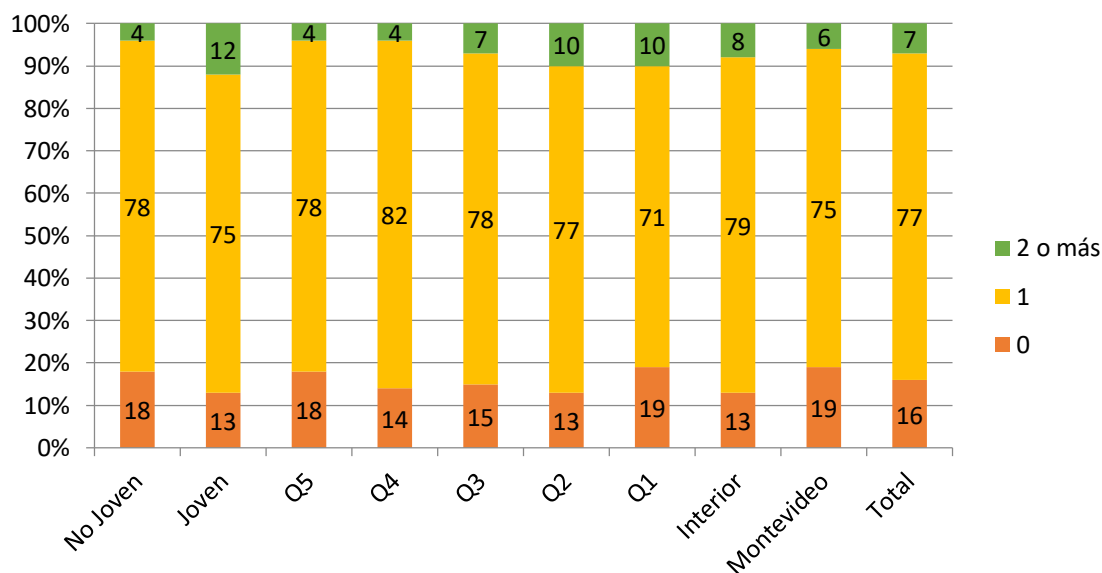
Gráfico23. Porcentaje del método anticonceptivo utilizado al momento de la entrevista



Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

Por otro lado, el 7,1% de las mujeres reporta utilizar un único método anticonceptivo, el 7,3% dos o más métodos, mientras un 15,6% declararon no usar en el momento de la entrevista ningún método anticonceptivo. Un 18% aproximadamente de las mujeres del primer y quinto quintil de ingresos, de Montevideo y las no jóvenes declararon no utilizar ningún método anticonceptivo.

Gráfico24. Distribución porcentual de la cantidad de métodos utilizados al momento de la entrevista según región, quintil de ingresos y edad de la madre



Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

En cuanto a las intenciones reproductivas, se observa que aproximadamente un 20% de las mujeres responde que sí está segura o probablemente tendrá otro hijo, un 62% no quiere o puede tener otro hijo y un 18% declara que no quiere, pero podría cambiar de idea o no lo ha pensado.

Al comparar con 2013, se observa que el 30% de las mujeres de la primera ronda estaban seguras o creían que era probable que fueran a tener otro hijo. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que no quiere tener más hijos pasa de 48% en 2013 a 52% en 2018.

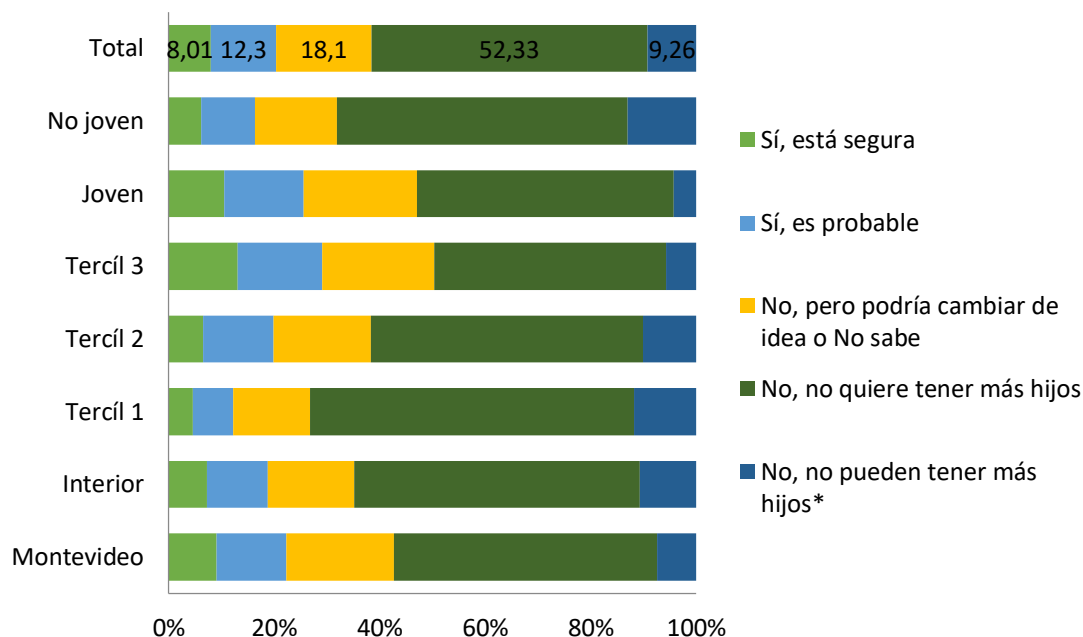
Tabla 15. Intenciones de tener más hijos

	Cohorte 2013	Cohorte 2018 - 0 a 47 meses	Cohorte 2018 total
Sí, está segura	14%	9%	8%
Sí, es probable	16%	13%	12%
No, pero podría cambiar de idea o no sabe	15%	18%	18%
No, no quiere tener más hijos	48%	52%	52%
No, no pueden tener más hijos	8%	8%	9%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Las mujeres jóvenes que viven en hogares de mayores ingresos y de Montevideo son las que declaran intenciones más positivas sobre continuar su fecundidad. Entre las mujeres que contestan que están seguras de querer otro hijo se destaca que el 84,3% declaró querer tener un hijo más, siendo el 15,7% que declaró querer más de un hijo.

Gráfico25. Distribución porcentual de las intenciones reproductivas según categorías



Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

Además de las intenciones reproductivas, las madres encuestadas fueron consultadas sobre el número ideal de hijos a partir de la pregunta: “Si volviera al tiempo en que no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos para tener en toda su vida ¿cuál sería ese número?”. Según la ENCOR 2015¹⁷ para mujeres uruguayas con y sin hijos en 2015 ese valor era de 2,3. En el caso de la ENDIS 2018 al encuestar a madres de niños de 0 a 3 años y 11 meses se detecta un número promedio de 2,2 hijos, mientras que en 2013 este era levemente mayor(2,5 hijos).

Tabla16. Promedio de número ideal de hijos

	Edición 2013	Edición 2018 - 0 a 47 meses	Edición 2018 - total
Promedio	2,5	2,2	2,2

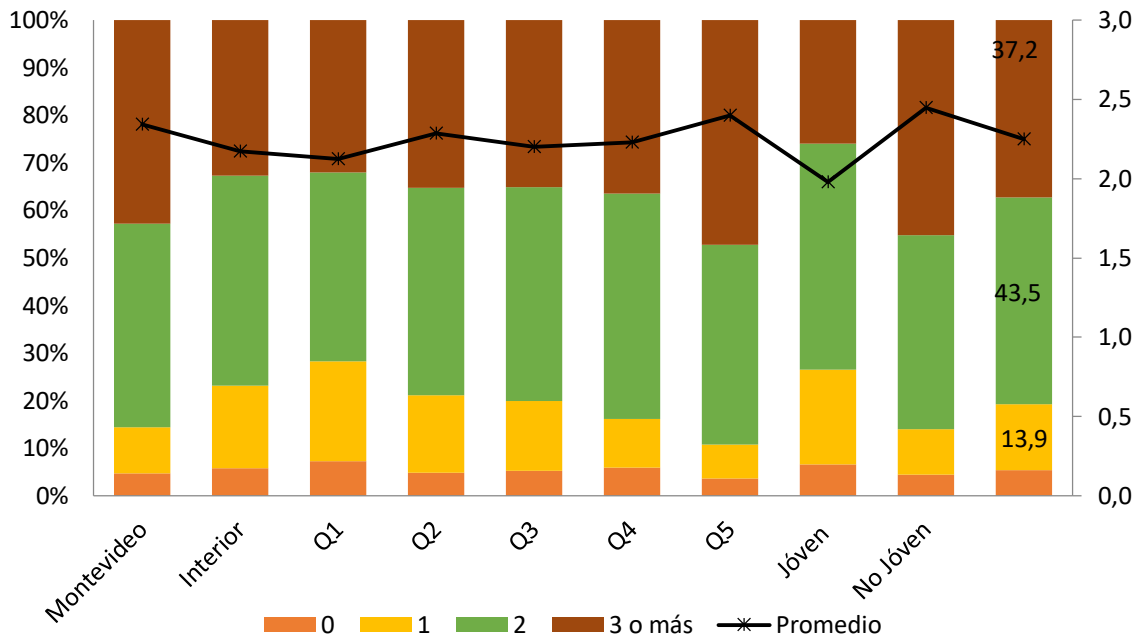
Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Analizando la distribución porcentual entre aquellas mujeres que declaran 0, 1, 2, o 3 y más hijos como valor ideal, se detectan diferencias significativas a nivel de territorio, ingresos y edad de las madres (Gráfico 26). Las mujeres de Montevideo, y las mayores de 30 años declaran en mayor medida (más del 40%) que es 3 o más hijos el número ideal. Por otra parte, son las mujeres que

¹⁷La Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ENCOR) de 2015 relevó las intenciones, las preferencias y las decisiones reproductivas de las mujeres y varones uruguayos entre 15 y 44 años, residentes en hogares particulares en localidades urbanas de todo el territorio nacional. Es una encuesta telefónica, aplicada a una muestra de personas pertenecientes a hogares seleccionados a partir de una submuestra aleatoria de la Encuesta Continua de Hogares de 2015. Las personas fueron entrevistadas entre noviembre 2015 y marzo 2016. La muestra efectiva fue de 1583 varones y 1904 mujeres (Cabella et al. 2017)

viven en los hogares de más altos ingresos las que tienen las mayores preferencias por hogares más numerosos (47% declara un número ideal de hijos de 3 o más niños).

Gráfico26. Distribución porcentual y promedio de las intenciones reproductivas según categorías



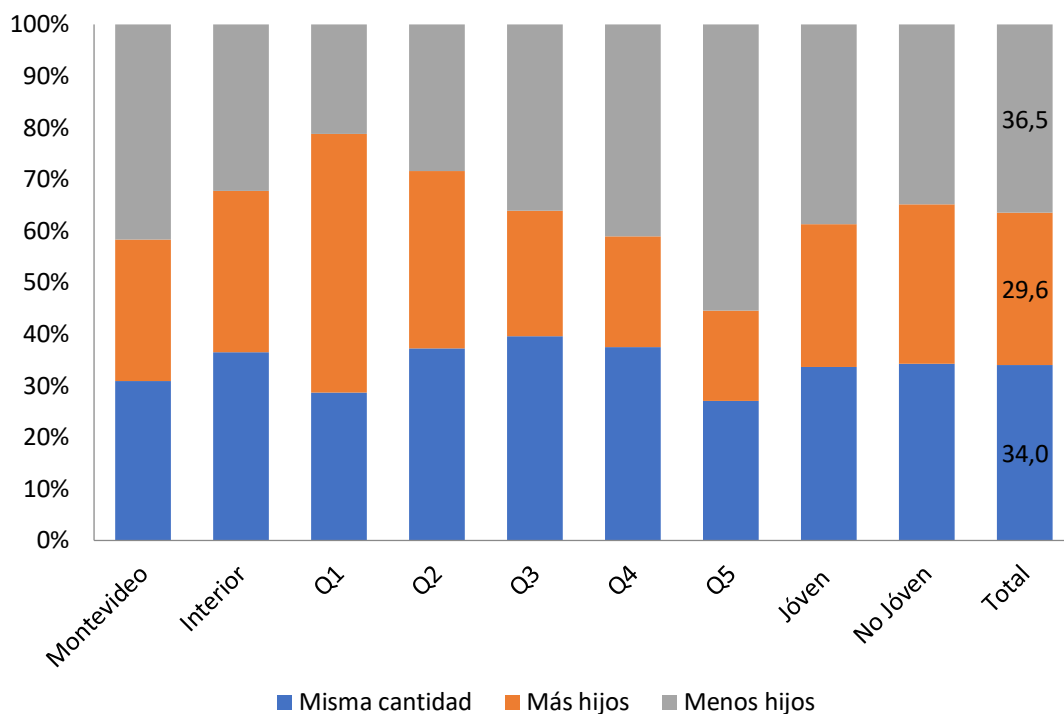
Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

El gráfico 27 muestra la cantidad de hijos que tienen las mujeres encuestadas y las respuestas sobre el número de hijos que elegirían si volvieran el tiempo atrás.

Considerando que se trata de mujeres aún en edad reproductiva, declarar menos hijos que el número elegido sin considerar el real podría dejarles un tiempo para concretar ese ideal. Las mujeres del quinto quintil y sobre todo en Montevideo son las que declaran en mayor porcentaje estar en dicha situación.

En el otro extremo están las mujeres que al momento de la encuesta ya tienen más hijos que el número de hijos que hubiese elegido tener, esto involucra al 30% de las mujeres encuestadas y es sensiblemente mayor en entre las mujeres de menores ingresos.

Gráfico27. Distribución porcentual de la diferencia entre el número de hijos real y la declaración sobre el número de hijos que hubiesen elegido según categorías



Fuente: DINEM con base ENDIS 2018

Si se comparan estos resultados con los obtenidos en 2013, el porcentaje de mujeres que plantean que tendrían la misma cantidad de hijos es mayor que en 2018 (39% frente a 34%).

Por otro lado, en 2018 aumenta el porcentaje de mujeres que desearía tener más hijos (pasa de 18% a 29%) y disminuye la proporción de mujeres que desearían haber tenido menos hijos (44 % y 38% respectivamente).

Tabla17. Distribución porcentual del número de hijos nacidos vivos vs. número ideal

	Cohorte 2013	Cohorte 2018 0 a 47 meses	Cohorte 2018 total
Misma cantidad	39%	34%	34%
Desearían más hijos	18%	29%	30%
Desearían menos hijos	44%	38%	37%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Prácticas durante el embarazo

El módulo de embarazo comienza consultando sobre la planificación del mismo. El 61% de las entrevistadas contestó que quería quedar embarazada en momento que efectivamente quedó, un 19% más adelante y un 20% que no quería tener (más) hijos.

Según categorías se puede ver que las mujeres de Montevideo, mayores de 29 años, y de mayores ingresos son quienes planificaron en mayor medida el momento del embarazo, destacándose que un tercio de las mujeres del primer quintil (de menores ingresos) contestó que no quería (más) hijos.

Si se comparan los resultados con los obtenidos en la primera ronda de la ENDIS cohorte 2013, se aprecia que la proporción de mujeres que quería quedar embarazada en la cohorte 2018 fue mayor.

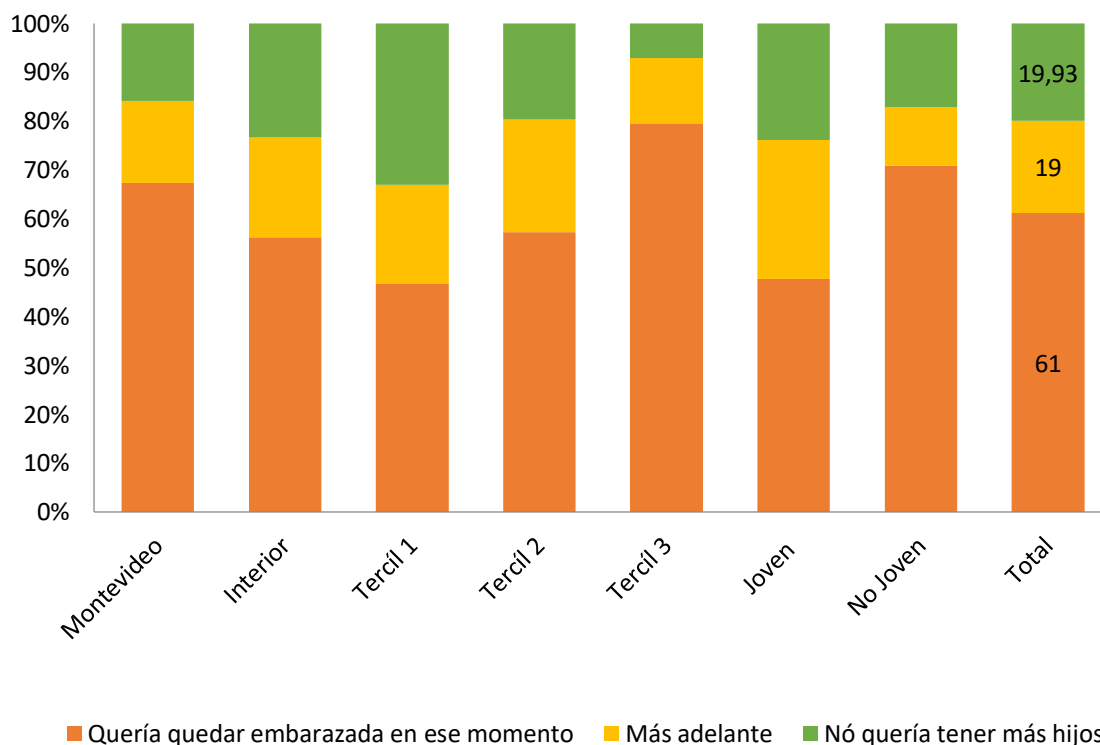
Tabla 18. Distribución porcentual de la planificación del embarazo según categorías

	Cohorte 2013	Cohorte 2018 0 a 47 meses	Cohorte 2018 total
Quería quedar embarazada en ese momento	52%	61%	61%
Más adelante	25%	19%	19%
No quería tener más hijos	23%	20%	20%
Total	100%	100%	100%

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Asimismo, en 2018 entre quienes contestaron que hubiesen preferido quedar embarazadas en otro momento el 73% declaró que hubiese querido esperar menos de dos años, mientras que el restante 27% hubiese esperado más de dos años.

Gráfico 28. Distribución porcentual de la planificación del embarazo según categorías



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Por otro lado, se consultó a las entrevistadas si fueron diagnosticadas con depresión durante el embarazo y con depresión pos parto. La proporción de mujeres que manifiestan haber sido diagnosticadas con depresión durante el embarazo en ambas ediciones es menor al 5%. Por otro lado, el porcentaje de mujeres con depresión post parto fue de 6% en 2018, mayor al valor recogido en 2013 (3%).

Tabla 19. Distribución porcentual de mujeres con diagnóstico con depresión durante el embarazo y/o post parto

	Depresión durante el embarazo			Depresión post parto		
	Cohorte 2013	Cohorte 2018 0 a 47 meses	Cohorte 2018 total	Cohorte 2013	Cohorte 2018 0 a 47 meses	Cohorte 2018 total
Si	3	4	4	3	6	6
No	93	96	96	96	94	94
Ns/nc	4	0	0	1	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

La encuesta también consulta sobre el consumo de drogas de las entrevistadas durante el embarazo. La proporción de mujeres que indicaron haber fumado tabaco durante su embarazo disminuyó entre ambas ediciones de la ENDIS, pasando de 17% en 2013 a 12% en 2018. Con respecto al consumo de alcohol no se manifestaron grandes variaciones entre ambas mediciones, manteniéndose en el entorno del 12%.

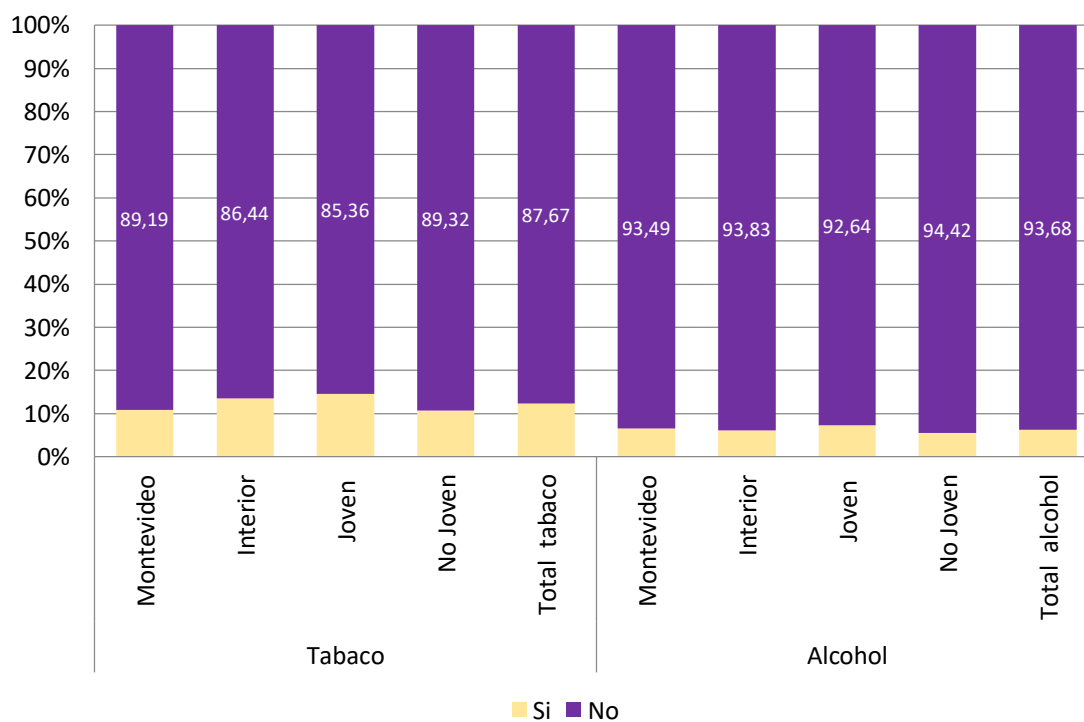
Tabla 20. Distribución porcentual de mujeres según consumo de cigarrillo y alcohol

	Consumo de tabaco			Consumo de alcohol		
	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 mese	Edición 2018 total	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 mese	Edición 2018 total
Si	17	12	12	11	12	12
No	83	88	88	89	88	88
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Al desagregar la información por edad de la madre y región, se observa que, si bien para el consumo de alcohol no parece haber diferencias grandes entre estas categorías, el consumo de tabaco sí presenta diferencias por región, siendo mayor el consumo en el interior y a su vez este parece ser mayor en las mujeres más jóvenes.

Gráfico 29. Distribución porcentual de consumo de tabaco y/o alcohol durante el embarazo según categorías



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

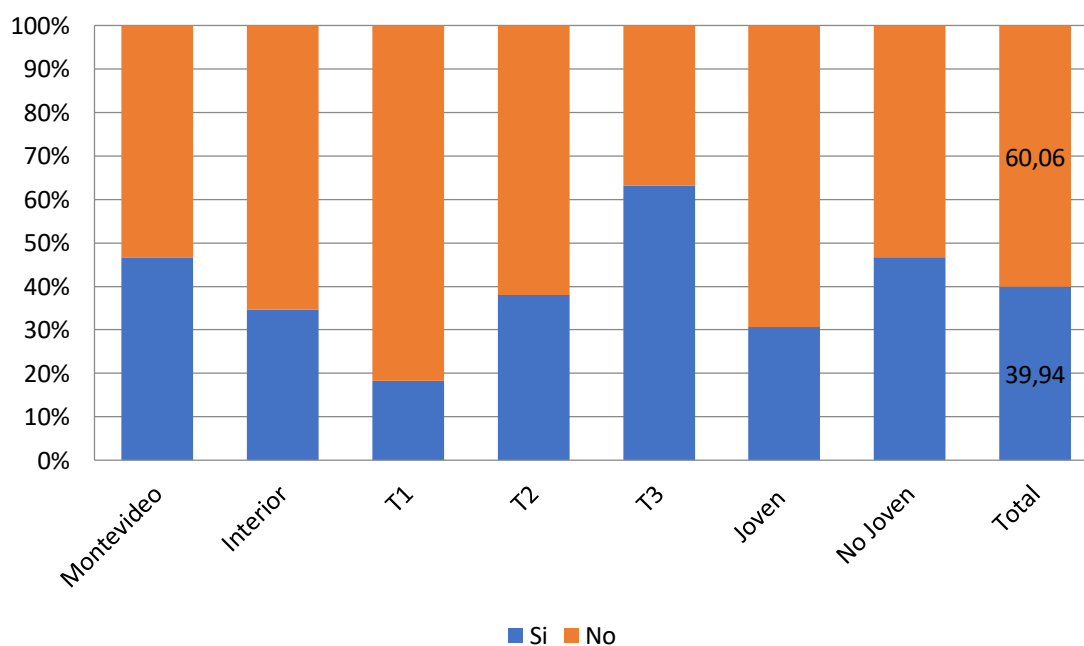
Otro ítem relevado en la encuesta es si la madre del niño recibió educación para el parto, la lactancia o crianza. En el año 2018, un 40% de las mujeres declaró haber recibido algún tipo de educación, valor similar al recabado en 2013. Al realizar la apertura por categorías, se observa que la proporción de madres que declara haber recibido este tipo de educación es mayor en Montevideo que en interior. Asimismo, se observan mayores proporciones de mujeres con educación en el último tercil y con edad mayor a 29 años.

Tabla 21. Distribución porcentual de mujeres con educación para el parto la lactancia o crianza

	Cohorte 2013	Cohorte 2018 - 0 a 47 meses	Cohorte 2018 - total
Si	41	40	40
No	59	60	60
Total	100	100	100

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Gráfico 30. Distribución porcentual de mujeres con educación para el parto, lactancia o crianza según categorías



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

Se consultó a las madres si durante el parto estuvieron acompañadas por su pareja, o algún familiar o alguna persona afectivamente significativa para ellas. En la cohorte 2018 un 93% contestó haber estado acompañada, valor superior al observado en 2013 (82%).

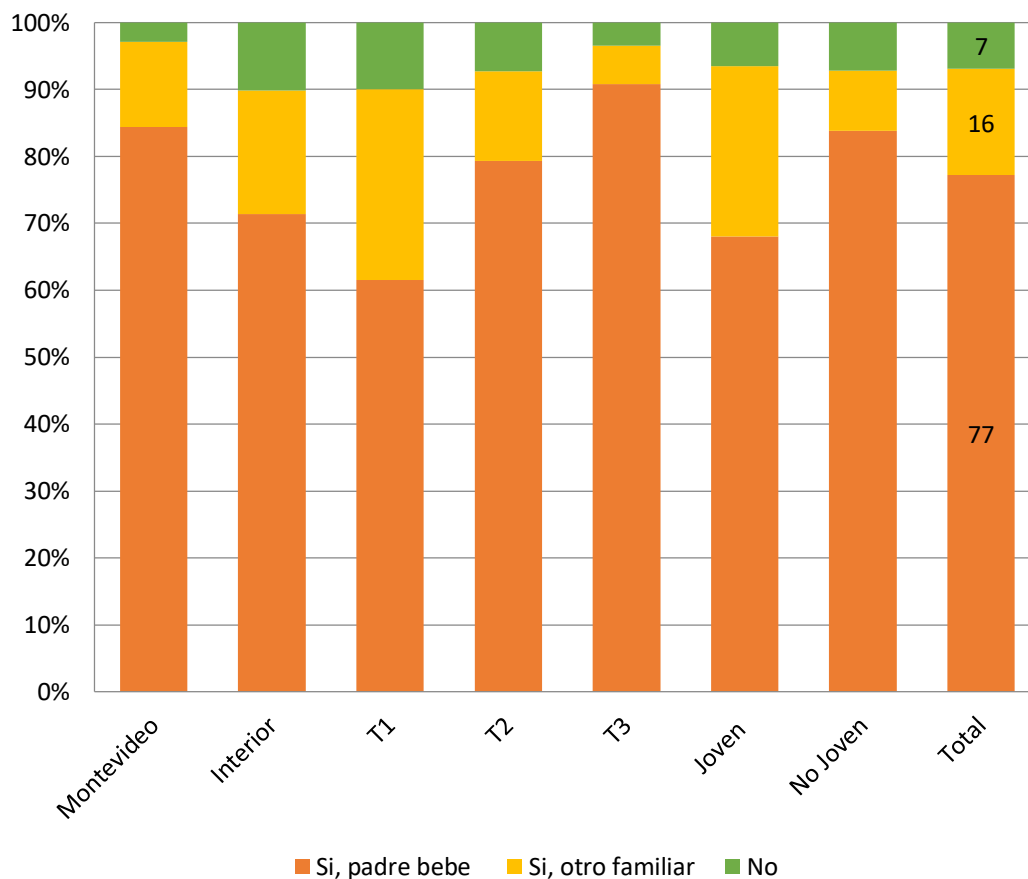
Tabla 22. Distribución porcentual de acompañamiento en el parto

	Edición 2013	Edición 2018 0 a 47 meses	Edición 2018 - total
Si	82	93	93
No	18	7	7
Total	100	100	100

Fuente: DINEM con base en ENDIS 2013 y 2018

Si se analiza el acompañamiento según categorías, se observan diferencias tanto por región, por tercil de ingresos y por tramo de edad. Se destaca que el 77% de las madres estuvieron acompañadas por el padre del bebé y un 16% por otra persona.

Gráfico 31. Distribución porcentual del acompañamiento en el parto, lactancia o crianza según categorías



Fuente: DINEM con base en ENDIS 2018

11.5 **Prácticas de crianza y personalidad de la madre en distintas cohortes de la ENDIS**

*Por Grupo de Estudio de Familia (GEF):
Luciana Méndez, Gonzalo Salas, Eliana Sena*

En este capítulo se presentan estadísticas descriptivas de la ENDIS asociada a la cohorte nacida entre 2010 y 2013, que denominaremos ENDIS-I, y la correspondiente a la cohorte nacidas entre 2013 y 2018, aquí llamada ENDIS-II. Respecto a la ENDIS-I hasta ahora se realizaron dos rondas, en 2013 y en 2015. Adicionalmente se realizó una tercera ronda de esta cohorte, cuyos datos se encuentran procesando al momento de redacción de este informe. Para contrastar los resultados de la ENDIS-I y ENDIS-II el marco natural es la primera ronda debido a la edad de los niños, entre 0 y 48 meses en ENDIS-I y entre 0 y 60 meses en la ENDIS-II. No obstante, mucha de la información relevante para este informe fue levantada en la segunda ronda de la ENDIS-I, por tanto, para la comparación, en esos casos, se consideran a los niños mayores de 24 meses. De no establecer este criterio podrían observarse diferencias que fuese consecuencia exclusiva de la etapa de la vida del niño.

En este informe se sigue la siguiente estructura. En primer lugar, se realizan algunos comentarios sobre las variables de corte que serán utilizadas, luego se describen las variables de prácticas de crianza, y a continuación los aspectos de personalidad de la madre. Se culmina con un breve resumen de los principales hallazgos.

Principales variables de corte para el informe

Se identifican cuatro tipos de grupos que permitirán a lo largo del informe presentar los principales resultados: quintiles de ingresos, nivel educativo de la madre, edad de la madre y edad del niño en meses. En el caso de la edad de la madre se identifican tres tramos, si es menor de 26 años, si tiene entre 26 y 36 años y si es mayor de 36 años. Los tramos de edad del niño dependen de si el contraste se realiza con la primera o segunda ronda de la ENDIS-I. Cuando se utiliza la ronda 1 las aperturas son menor de 24 meses, y entre 24 y 48 meses. Aquí también se incluye la información de los niños mayores de 48 meses para tener la muestra completa de la ENDIS-II. Cuando el contraste se realiza con la ronda 2 de la ENDIS-I los tramos considerados son entre 24 y 48 meses, y mayor de 48 meses.

En nivel educativo se identifican a aquellas madres que alcanzaron hasta ciclo básico de educación media (CB), las que alcanzaron el segundo ciclo de educación media (SC), y quienes asistieron a educación terciaria (Terciaria), mientras que para aproximar al ingreso del hogar se

divide la población en quintiles. Por razones de espacio se presentan los resultados para CB y Terciaria, y para el primer y quinto quintil.

La Tabla 23 da cuenta de la distribución de los niños según los tramos de meses considerados en la ENDIS I y II, teniendo en cuenta la ronda considerada en la ENDIS-I. Utilizar una u otra ronda (y por ende grupo etario) en el informe dependerá de la disponibilidad de información para comparar con la ENDIS-II.

Como ya fue comentado en la ENDIS-II se relevó información de niños de más de 48 meses, y en la ronda 1 de la ENDIS-I la edad de los niños no superaba esta edad. Estas diferencias pueden generar problemas de comparabilidad, atribuyendo cambios que en realidad son consecuencia de la mayor edad del niño. Por este motivo se construyen dos grupos para las comparaciones. Por un lado, los consistentes con la ronda 1, que refleja que casi un 20% de la muestra de la ENDIS-II tiene más de 48 meses. Esto genera que el peso relativo de los menores de 24 meses sea relativamente bajo. Por otro lado, se compara la distribución de la ronda 2 de la ENDIS-I con la cohorte de la ENDIS- II. Esto se hace así pues algunas de las variables consideradas en este informe están presentes exclusivamente en la segunda ronda de la ENDIS-I. Así, se observa que en la ENDIS-II la proporción de niños entre 24 y 48 meses (70%) es levemente mayor a la observada en la ronda 2 de la ENDIS-I (64%).

Tabla23. Estadísticas de la edad de los niños según criterio utilizado

	ENDIS-I	ENDIS-II
(a) Considerando ronda 1 en ENDIS-I		
Menores 24	58.2	40.0
Entre 24 y 48	41.8	42.1
Mayores 48	0.0	17.9
Total	100.0	100.0
Obs.	2576	3023
(b) Considerando ronda 2 en ENDIS-I		
Entre 24 y 48	64.0	70.1
Mayores 48	36.0	29.9
Total	100.0	100.0
Obs.	1499	1620

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS

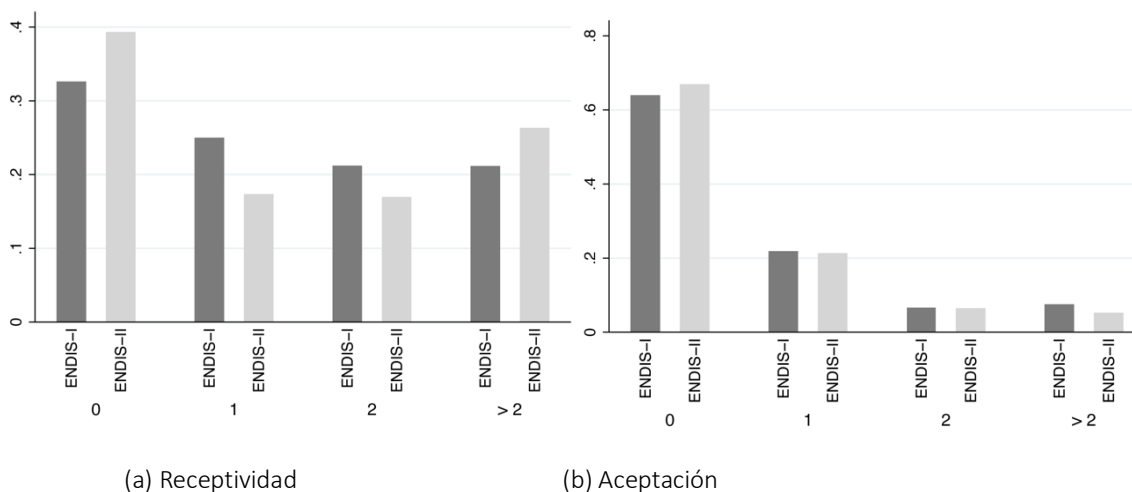
II.5.1 Prácticas de crianza

Para medir las prácticas de crianza se utilizan distintos indicadores, no obstante, la única escala psicométrica que presenta alguna validación internacional es el HOME Inventory. Este instrumento se aplicó en la segunda ronda de la ENDIS-I y en la ENDIS-II en un formato abreviado que permite identificar dos sub-escalas: aceptación y receptividad.

La receptividad cuenta con seis ítems, y refiere a que el cuidador responde verbalmente al niño, lo elogia y es físicamente afectuoso. Los valores más altos indican una relación más fría o menos sensible de los referentes. La aceptación cuenta con cinco ítems y mide cómo los padres manejan la conducta del niño, valores más altos indican presencia de padres punitivos o severos (por ej. la referente grita o golpea al niño durante la entrevista).

En el siguiente gráfico se muestran los puntajes de las dos sub-escalas para la ENDIS-I y la ENDIS-II. Si más de dos ítems reflejen que el comportamiento de los padres implica una relación fría (receptividad) o punitiva (aceptación) con los hijos. Mientras que en aceptación no se observan diferencias entre cohortes (aproximadamente el 60% no muestra actitudes punitivas), en receptividad hay un leve incremento entre los padres que no muestran una relación fría (ningún ítem) con sus hijos, de 33% a 40%, pero también entre los que presentan altos valores en esta sub-escala (más de dos ítems), de 21% a 26%.

Gráfico32. Puntaje de receptividad y aceptación (HOME). ENDIS-I y ENDIS-II.

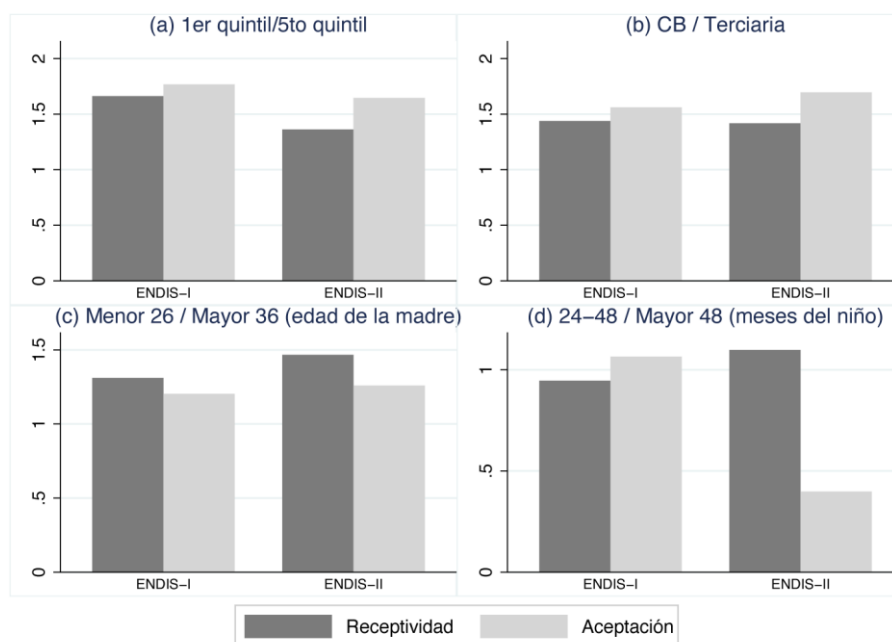


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

La desagregación por grupos se presenta en el gráfico 33, donde se incluye el cociente del puntaje de ambas sub-escalas del HOME entre los extremos de cada grupo. Se observa, por ejemplo, que diferencias importantes y estables en ambas ENDIS, cuando se consideran los quintiles de ingresos y el nivel educativo.

Así, los puntajes en aceptación y receptividad son un 50% más alto en los casos donde el hogar se encuentra en el primer quintil o la madre tiene de educación menos de Ciclo Básico, es decir, existen actitudes más fías y más punitivas. Un resultado similar se observa según la edad de la madre, donde el puntaje es más elevado entre las más jóvenes, con la diferencia de que entre la ENDIS-I y la ENDIS-II la relación con las madres mayores de 36 años se amplifica, mientras que en la ENIDS-I el puntaje en receptividad era un 31% superior, en ENDIS-II este guarismo llega al 47%. No obstante, los cambios más drásticos se observan en el puntaje de aceptación cuando se considera la edad del niño. Mientras en la ENDIS-I no existen diferencias entre quienes tienen entre 24 y 48 meses, respecto a los mayores de 48 meses, en la ENDIS-II esta relación se reduce drásticamente: el puntaje de los mayores de 48 meses es menos de la mitad que el de los hogares con niños de 24 a 48 meses.

Gráfico33. Puntaje de receptividad y aceptación (HOME). Relación en los distintos subgrupos. ENDIS-I y ENDIS-II.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

En la Tabla24 se muestran las creencias que los referentes tienen sobre los estilos de crianza más adecuados. Al entrevistado se le presentan distintas afirmaciones sobre el deber ser en la crianza y se identifica si están o no de acuerdo con ellas. En general, las afirmaciones asociadas a un estilo más autoritario tienen baja relevancia, por ejemplo, menos de un 20% está de acuerdo con la frase “A los hijos una buena paliza de vez en cuando les hace bien”, y menos del 15% está de acuerdo con que “A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarles”.

Este tipo de variables son las que han sufrido una mayor disminución entre la ENDIS-I y la ENDIS-II. Así, en el caso de la primera de las afirmaciones recién comentadas la caída fue del 15% y en la segunda de más del 30%. Otras afirmaciones que muestran una caída relevante son las que se asocian a cierta discriminación entre niños y niñas. Por ejemplo, las que dicen que “A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es la casa” y que “A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en la casa” pasan del entorno del 10% al 5%. Las afirmaciones que muestran estabilidad entre las dos ENDIS son las que refieren, fundamentalmente, a un estilo habilitante. Algunas de ellas ya tenían en la ENDIS-I una muy alta prevalencia “Para que aprendan a obedecer el niño tiene que saber lo que puede hacer y lo que no” (98%) o “Los niños aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia” (96%), no obstante, la prevalencia de otras es menor “Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para que jugar y se entretienen” (72%).

Tabla 24. Creencias de los padres sobre los estilos de crianza. ENDIS-I y ENDIS-II

	ENDIS-I	ENDIS-II
Para que aprendan a obedecer el niño tiene que saber lo que se puede hacer y lo que no	98.1%	97.3%
Aunque sean muy chiquitos estar con otros niños los ayuda a crecer mejor	97.4%	97.3%
Los niños aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia	96.5%	96.3%
Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara	93.8%	94.5%
Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo	88.6%	90.8%
Si un niño pregunta cómo nacen los bebés, hay que decirle la verdad	84.3%	80.8%
Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos	82.8%	73.1%
Los niños comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen	71.6%	70.2%
Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela	61.6%	58.1%
Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen	44.4%	33.5%
Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles	41.6%	43.4%
Dejar los niños frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas	31.9%	36.2%
Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coma	27.3%	28.1%
El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma tiene mañas	20.1%	15.2%



A los hijos una buena paliza de vez en cuando les hace bien	18.2%	15.2%
Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora	18.2%	14.4%
Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere	14.7%	11.3%
A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarles	13.8%	9.4%
A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa	10.8%	5.2%
A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa	9.4%	5.3%
A los varones hay que enseñarlos a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno	9.1%	6.4%
Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear	5.1%	1.9%
Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa	2.4%	1.3%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

En el gráfico 34 se presenta la distribución de libros de niños o con dibujos en los hogares, y en el gráfico 35 la misma distribución considerando los distintos subgrupos. Esta variable es de suma relevancia, en tanto identifica si el ambiente del hogar es propicio para la lectura de padres a hijos. Se recomienda que la lectura se desarrolle desde el nacimiento por los impactos en el desarrollo cognitivo del niño. Hutton et al. (2015) encuentran que una mayor exposición a la lectura se correlaciona con una mayor actividad neuronal. Al disponer de esta pregunta solo en la ronda 2 de la ENDIS-I se consideran niños mayores de 24 meses.

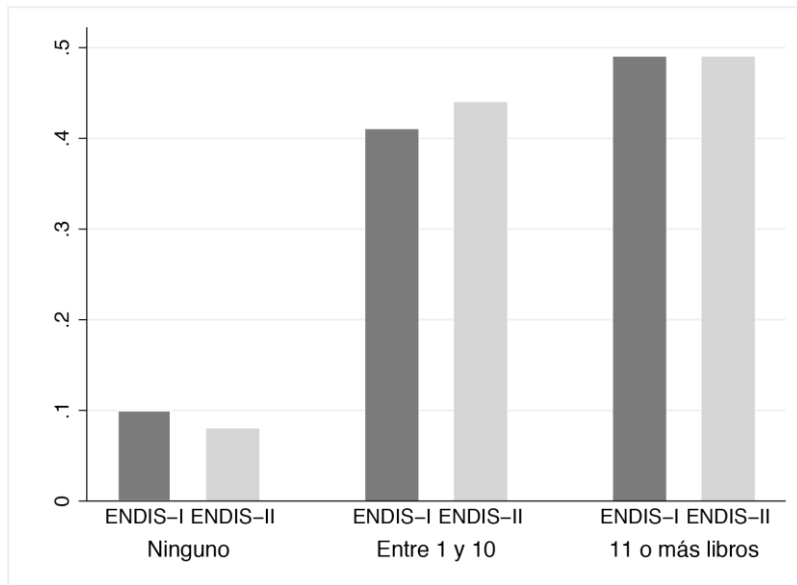
Los resultados se presentan agrupados en 'Ninguno', 'Entre 1 y 10', y '11 libros o más'.

En el total se observa una muy leve disminución entre la ENDIS-I y la ENDIS-II en la proporción de hogares sin libros, del 10% al 8%, estando asociado a un incremento en el tramo intermedio (entre 1 y 10 libros) de 41% a 43%.

Cuando se realizan las distintas aperturas se notan grandes diferencias según situación socio-económica, el 80% de quienes se ubican en el quinto quintil o tienen educación terciaria tienen más de 10 libros, guarismo que se reduce a aproximadamente el 20% entre los hogares del primer quintil o con bajo nivel educativo.

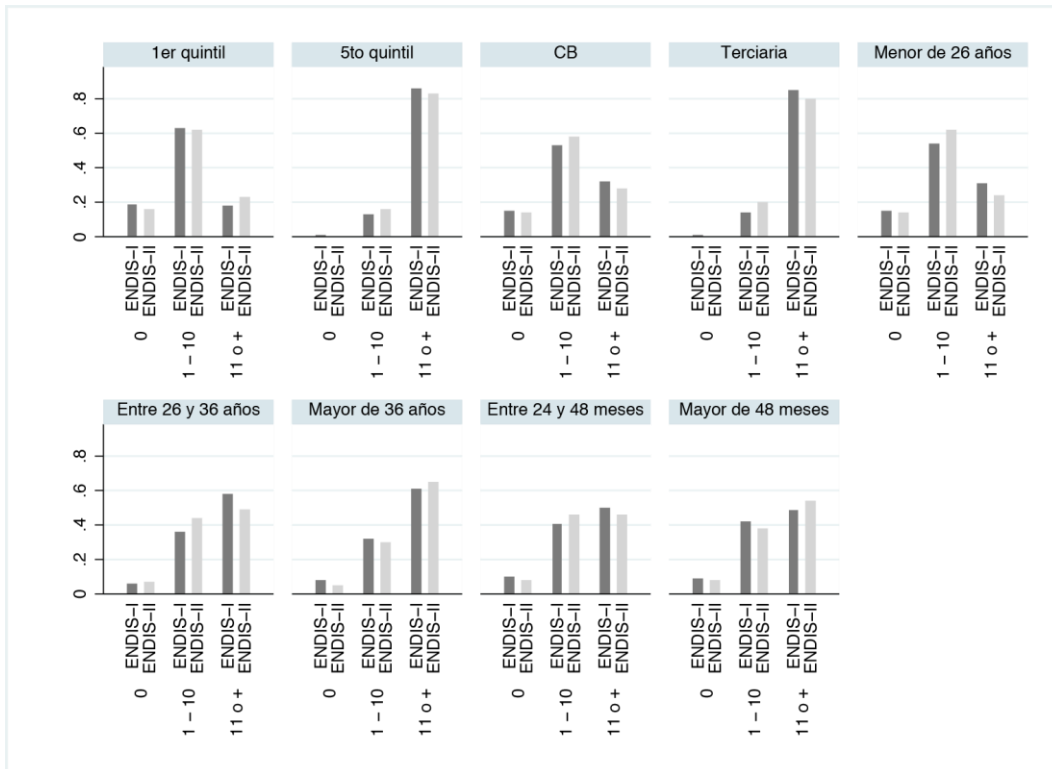
No se observan variaciones relevantes entre ambas cohortes en los distintos subgrupos que se consideran en este estudio.

Gráfico34. Número de libros de niño o con dibujos. ENDIS-I y ENDIS-II



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

Gráfico35. Número de libros de niño o con dibujos según distintos grupos. ENDIS-I y ENDIS-II



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

En la ENDIS-II se consulta al entrevistado si “en los pasados 3 días, ¿alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (NOMBRE)?” y en caso de responder de forma afirmativa se pregunta quien lo hizo. En la Tabla 25 se presentan los resultados identificando si quien realizó la actividad fue la madre, el padre, otro, o ninguna persona. La madre es quien realiza en mayor medida todas estas actividades, y en casi todos los casos la frecuencia en que realizan estas actividades los padres se reduce en 20 puntos porcentuales. Las actividades que reportan con mayor frecuencia que no es realizada por nadie es la lectura de libros o contarle cuentos (entre 6% y 7%).

Las distintas aperturas, no presentadas en este informe, muestran los resultados esperados: mayor frecuencia entre los quintiles superiores, cuando la madre tiene mayor nivel educativo, y cuando el niño y la madre son más grandes.

Tabla 25. Actividades desarrolladas con el hijo según qué persona lo realizó. ENDIS-II

	Leyó libros	Contó cuentos	Cantó canciones	Lo llevó a pasear	Jugó con ...	Le nombró, contó, o dibujó cosas ...
Madre	58%	51%	0.86%	76%	95%	70%
Padre	33%	30%	0.55%	55%	75%	48%
Otro	22%	17%	0.29%	21%	39%	24%
Ninguno	6%	7%	2%	3%	1%	3%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

II.5.2 Aspectos de la personalidad de la madre

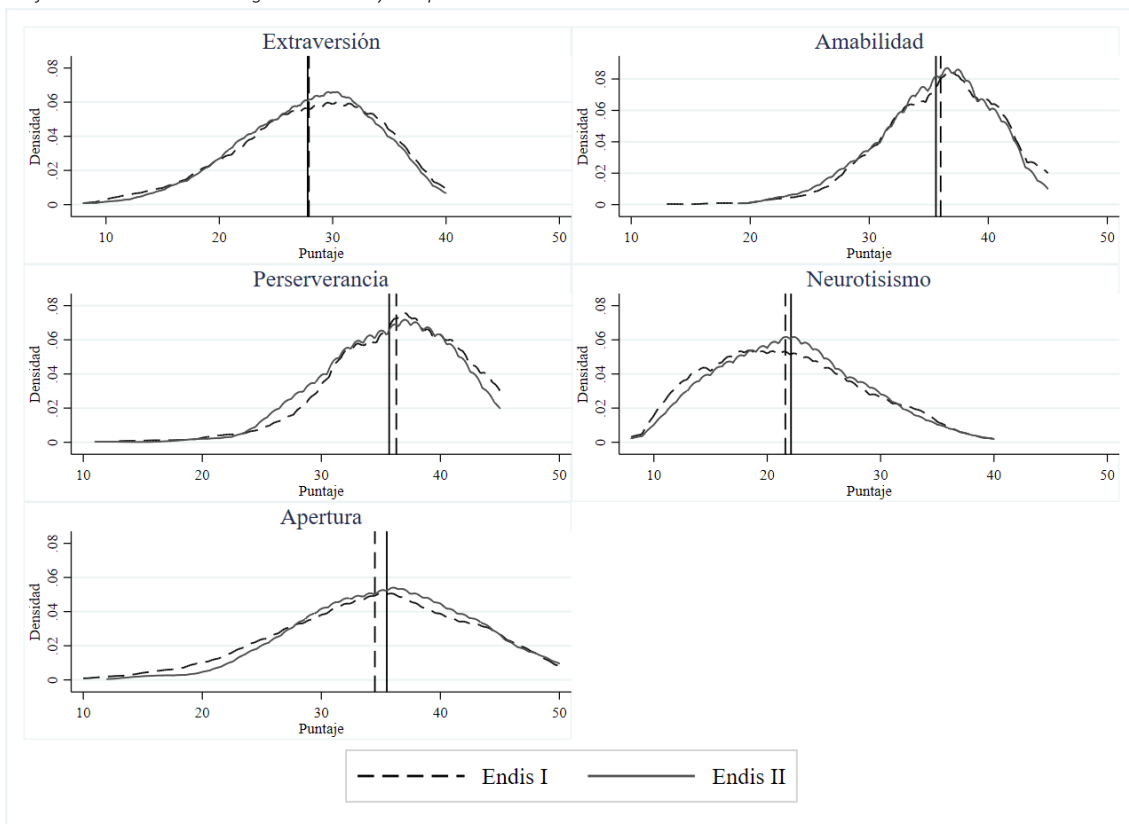
En este apartado se presentan resultados de las madres asociados a algunos aspectos de su personalidad. Así en primer lugar, se comentan las cinco dimensiones del Big Five Inventory (BFI), luego de la Escala de Edimburgo que permite identificar depresión post parto, y finalmente del Self- Reporting Questionnaire (SRQ).

El BFI es una prueba que mide diversas habilidades no cognitivas de los individuos y ampliamente utilizado por la literatura. En particular, mide cinco rasgos de la personalidad al más alto nivel de abstracción; así se sintetizan un número más amplio y específico de las distintas facetas de la personalidad (Almlund et al., 2011). Los rasgos de la personalidad considerados son: extraversión,

amabilidad, perseverancia, neuroticismo y apertura¹⁸. Como se observa en la Gráfico36 la mayor dispersión en el puntaje está presente en apertura, mientras que en amabilidad y perseverancia hay una mayor acumulación en los puntajes altos.

Al comparar los desempeños de las madres de las distintas cohortes relevadas se muestra que, si bien las distribuciones son muy similares, las madres entrevistadas en la ENDIS-II presentan mejor desempeño en la dimensión apertura, siendo el puntaje promedio en esta dimensión de 34.5 en la ENDIS-I y de 35.5 en la ENDIS-II.

Gráfico36. Distribución del Big Five Inventory comparando entre cohortes



Nota: las líneas verticales representan los valores medios, siendo las líneas punteadas la media correspondiente a la ENDIS-I y la línea con trazo continuo la correspondiente a la ENDIS-II

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

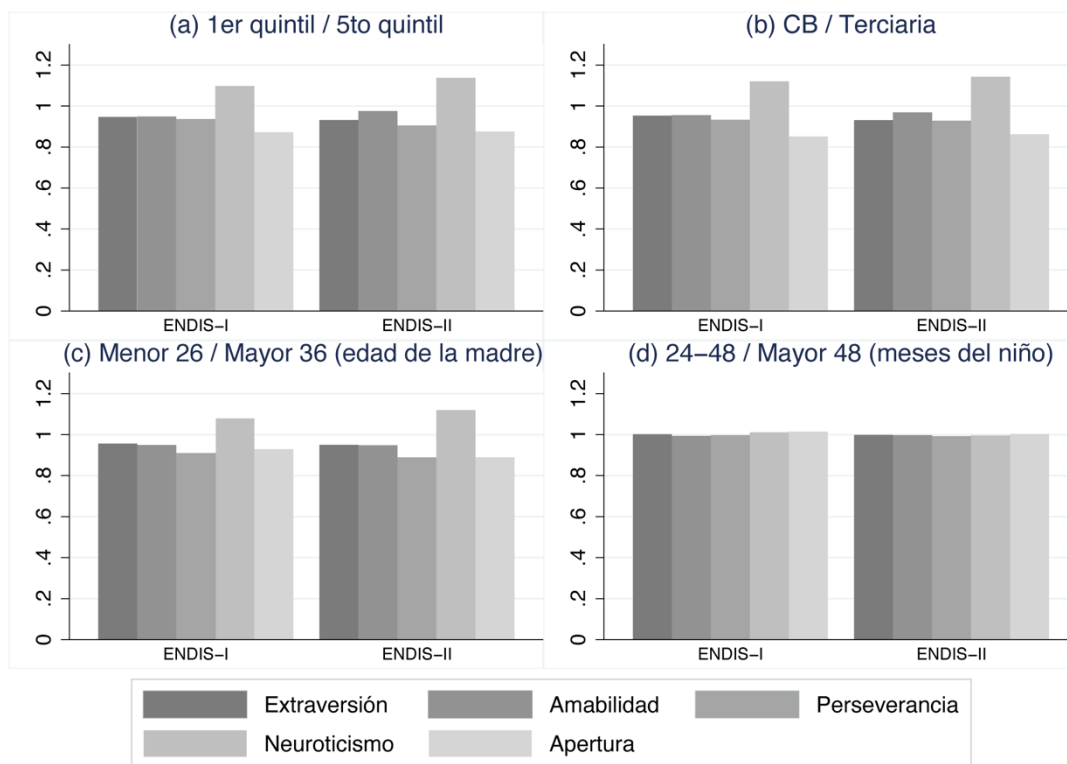
El gráfico 37 presenta la relación entre los extremos de los distintos subgrupos para cada dimensión del BFI, tanto para la ENDIS-I como para la ENDIS-II. En general, las heterogeneidades que se observan son pocas, y en particular no se observa ninguna diferencia asociada a la edad

¹⁸En John y Srivastava (1999) se describen cada una de estas dimensiones. Extraversión refiere a la sociabilidad, la actividad, la asertividad y la emocionalidad positiva de la persona; amabilidad al altruismo, la ternura, la confianza, y la modestia; la perseverancia al control de los impulsos, tales como pensar antes de actuar, retrasar la gratificación, seguir las normas y reglas, y planificar, organizar y priorizar tareas; el neuroticismo implica sentirse ansioso, nervioso, triste y tenso; y, finalmente, la apertura a la experiencia refiere a la amplitud, profundidad, originalidad y complejidad de la vida mental y de las experiencias.

del niño. Se encuentran diferencias para las dimensiones neuroticismo y apertura. En el primer caso, la mayor inestabilidad emocional se asocia a madres del primer quintil o con nivel educativo inferior al Ciclo Básico, siendo el puntaje casi un 20% superior a las madres del quinto quintil o que tienen nivel terciario.

El puntaje en esta dimensión también es más elevado para las madres más jóvenes. En el caso de apertura los resultados van en sentido contrario, el mayor puntaje se asocia a madres del quintil más alto y con educación terciaria, aproximadamente 15%. Es de notar que este resultado es esperable, en tanto algunos trabajos asocian a esta dimensión con la inteligencia. Cabe notar que no se perciben diferencias, para ninguna dimensión, entre la ENDIS-I y la ENDIS-II.

Gráfico37. Puntaje del Big Five Inventory. Relación en los distintos subgrupos. ENDIS-I y ENDIS-II.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

La Escala de Edimburgo se utiliza para medir la depresión posparto, a partir del valor 0 se considera haber transitado algún episodio de depresión posparto; y alcanza un máximo de 30¹⁹. No obstante, se identifica que la probabilidad de depresión es elevada cuando el puntaje es superior a 10 o 12, según distintos criterios. La escala de Edimburgo se relevó en las madres entrevistadas en la ENDIS-II, con hijos no mayores a los 3 meses; por lo que no puede ser comparable con la cohorte anterior.

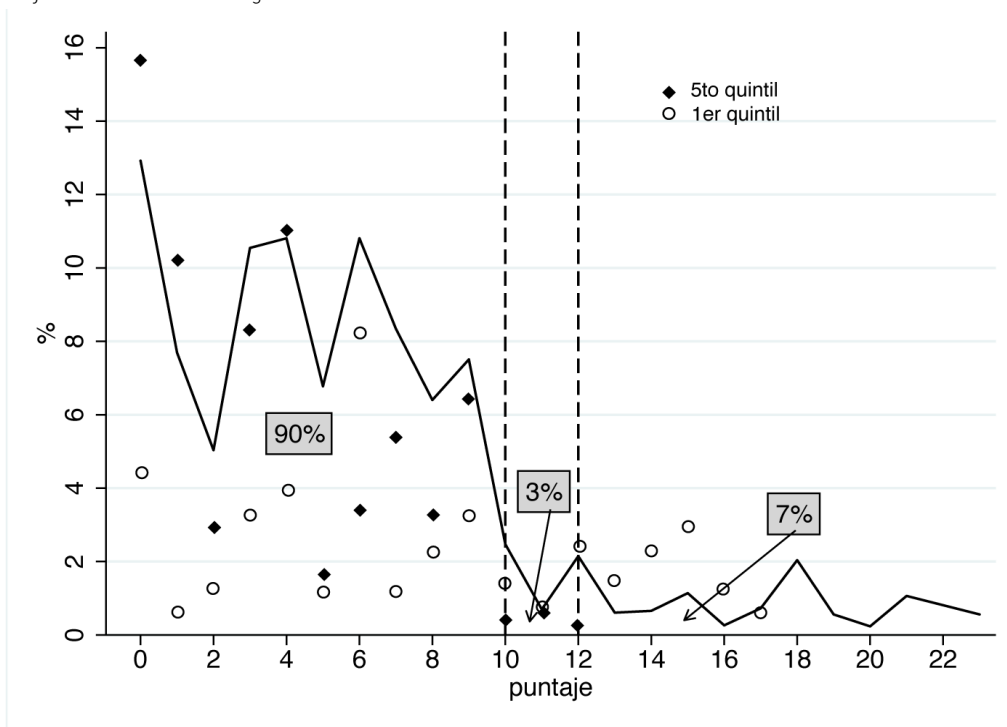
¹⁹<http://perinatology.com/calculators/Edinburgh%20Depression%20Scale.htm>

La prevalencia de haber experimentado algún episodio que pueda asociarse a la depresión posparto alcanza a una gran mayoría de madres. Así, del total de 270 madres encuestadas, 235 reportan haber sufrido algún evento (87%). Obsérvese que el número es muy reducido, en tanto requiere que la entrevistada tenga un hijo en período muy cercano a la entrevista. Por tanto, las distintas aperturas no brindan demasiada confianza. Cuando se considera el umbral que identifica que la probabilidad de depresión se encuentra entre un 7% y un 10% se encuentran en dicha situación, según si el criterio se fija en un puntaje de 12 o 10 (ver Gráfico 38).


Como se mencionó, las distintas aperturas tienen que ser tomadas con cautela. A efectos ilustrativos en el Gráfico 38 también se presenta la incidencia para el primer y quinto quintil, donde se observan diferencias importantes. Por ejemplo, dentro de las madres del quintil más alto un 15% reporta un puntaje de 0 cuando entre las madres del quintil más bajo este guarismo no supera el 5%. De igual forma, no se encuentran madres del quinto quintil con puntajes superiores a 12%.

Esto da indicios de que estos eventos tienen algún grado de asociación con la situación socio-económica, como se indica en la literatura especializada en estos temas, no obstante, para el caso uruguayo solo se pueden señalar a modo de hipótesis.

Gráfico38. Escala de Edimburgo. ENDIS-II



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018



La tabla 26 muestra la distribución del puntaje del SRQ, un instrumento que aproxima a desórdenes mentales. Cada ítem se construye en base a una serie de 20 preguntas que pueden ser respondidas como sí o no; con lo que puede alcanzar el valor de 20 si todas las respuestas son afirmativas. Siguiendo la metodología de agregación propuesta por Perazzo, Salas y Sena (s/f), se identifican dos ítems de neuroticismo a partir del Análisis de Componentes Principales: poca energía y síntomas somáticos²⁰.

Dicha información se releva para la segunda ronda de la ENDIS I y la primera cohorte de la ENDIS II, pero dado que la literatura señala que los rasgos de la personalidad en la adultez se mantienen estables (Roberts y Del Vecchio, 2000; Costa y McCrae, 1992), es posible atribuir los valores relevados en la segunda ronda de la ENDIS-I a los adultos encuestados en la primera, de modo de poder comparar ambas cohortes.

Así, la tabla 26 refiere a aquellos individuos comparables en ambas cohortes. Cabe señalar que, en ambos indicadores, se establece un umbral por el cual valores superiores al mismo indican severidad en las dimensiones consideradas. Dado que no existe un umbral internacionalmente aceptado, se trabaja con medidas relativas, en este caso con el puntaje mediano de cada indicador (el punto que permite identificar donde se acumula el 50% de población con puntaje más bajo).

Se consideran exclusivamente dos variables para realizar las aperturas, que son las que muestran diferencias relevantes: edad de la madre y quintil de ingresos. Por un lado, se encuentra una asociación entre la edad de la madre y la poca energía; madres más jóvenes se encuentran en una proporción menor por encima del umbral fijado, siendo la diferencia de más de 10 puntos porcentuales con las madres mayores de 36 años. Además, se observa una leve mejora en este indicador en la ENDIS-II con relación a la ENDIS-I, donde la proporción de madres por encima de la media disminuye para los distintos tramos de edad de la madre, fundamentalmente entre las madres más jóvenes. Esta disminución observada entre la ENDIS-I y la ENDIS-II también se observa en la dimensión síntomas somáticos, lo que amplifica notablemente la distancia con las madres de mayor edad.

Finalmente, se observa que la presencia de poca energía y síntomas somáticos se encuentran presentes en mayor proporción en madres de hogares más pobres (primer quintil); siendo la diferencia entre madres más pobres y ricas en términos de ingresos, de 7,5 y 8,4 puntos porcentuales, en la ENDIS-I, para poca energía y síntomas somáticos, respectivamente. Cabe notar que, si bien ambos indicadores mejoran en la ENDIS-II, las brechas entre madres pertenecientes al primer y quinto quintil aumentan notoriamente; en poca energía más que se duplica la brecha, y en síntomas somáticos la distancia se triplica.

²⁰Para una descripción más detallada de la metodología seguida puede consultarse a Perazzo et al. (s/f)

Tabla 26. SRQ: Poca energía y síntomas somáticos (% por encima de la mediana). Distribución según educación de la madre, edad de la madre y quintil de ingresos

% por encima de la mediana	Poca energía		Síntomas somáticos	
	ENDIS-I	ENDIS-II	ENDIS-I	ENDIS-II
Edad de la madre				
Menor 26	56.4	43.7	55.8	42.6
Entre 26 y 35	58.7	55.8	54.7	51.8
Mayor de 36	60.7	57.5	55.2	54.0
Ingreso				
Quintil 1	46.5	54.7	46.0	60.1
Quintil 5	39.0	35.8	37.6	33.5

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

II.5.3 Conclusiones

Este informe presentó estadísticas descriptivas de la ENDIS asociada a las cohortes nacida entre 2010 y 2013 (ENDIS-I), y la correspondiente a las cohortes nacidas entre 2013 y 2018 (ENDIS-II). En particular, se indagó sobre prácticas de crianza (estilos y creencias), y aspectos de la personalidad de la madre. Para tal análisis, se utilizaron variables de corte tales como la edad del niño, la edad y nivel educativo de la madre, y el quintil de ingresos.

A la hora de analizar prácticas de crianza, el instrumento utilizado fue el HOME. No se observaron diferencias entre cohortes con relación a aceptación (aproximadamente el 60% no muestra actitudes punitivas). En receptividad, se evidencia un leve incremento entre los padres que no muestran una relación fría con sus hijos, de 33% a 40%, pero también entre los que presentan altos valores en esta subescala, de 21% a 26%. A su vez, se observó que las variaciones más importantes en receptividad se concentran en el quinto quintil y entre las madres más jóvenes.

Asimismo, se comparó entre diversos indicadores que dan cuenta de aspectos de la personalidad de la madre. En particular, las madres en la ENDIS-II presentan mejor desempeño en la dimensión apertura, mientras que las madres de la ENDIS-I lo hacen con relación a neuroticismo. En promedio, las madres más jóvenes presentan peores desempeños en las diferentes habilidades no cognitivas, esto sucede en las dos cohortes relevadas por la ENDIS. La apertura por educación de la madre muestra una correlación positiva entre nivel educativo y habilidades no cognitivas; diferencias que se acentúan en la ENDIS-II en comparación a la ENDIS-I.

En lo que refiere a la probabilidad de depresión posparto se encuentra que la prevalencia se encuentra entorno al 10%, lo que difiere significativamente otros estudios nacionales que ubican este fenómeno en el 30 o 40%. A su vez, existen indicios de una asociación de la depresión posparto con la situación socio-económica, no obstante, dado el reducido número de casos, no es posible tener certezas sobre este aspecto.

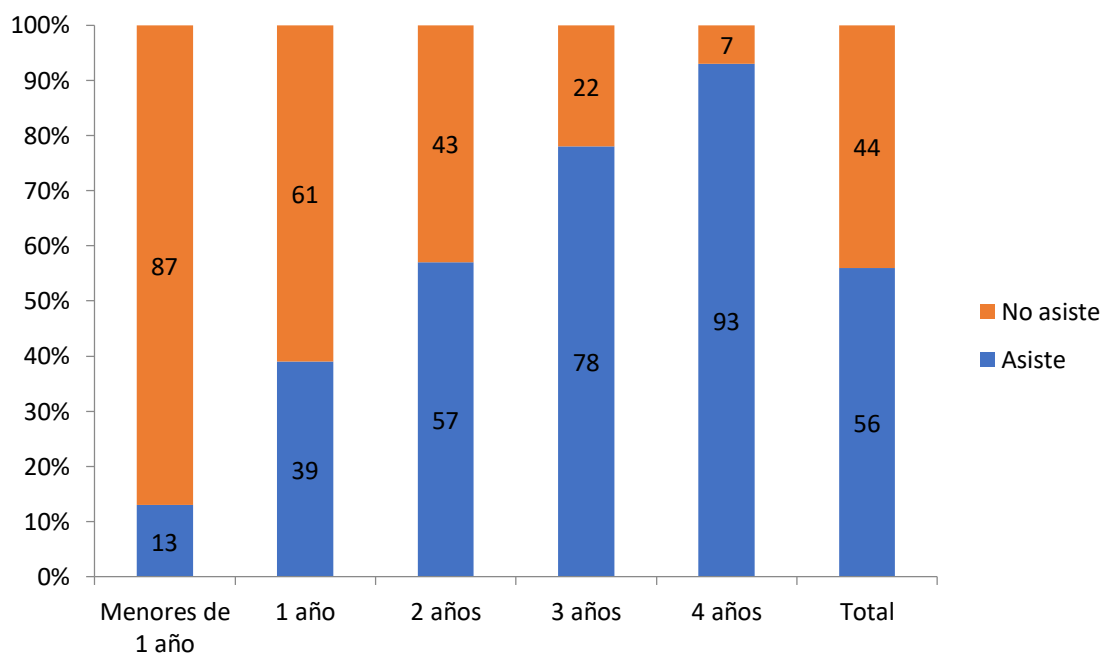
II.6 Cuidados de los niños y niñas

Por la Secretaría Nacional de Cuidados (SNC):
Marco Colafranceschi, Sharon Katzkowitz, Mauricio Nicolás Russi, Laura Noboa y Rosina Pérez

II.6.1 Asistencia a centros de cuidado y educación infantil

Los datos de la ENDIS 2018 indican que un 60% de los niños y niñas de 0 a 4 años asisten o asistieron alguna vez a un centro de cuidado y educación infantil, en tanto el 56% asistían en el momento de realizarse la encuesta. Este dato es incremental de acuerdo a la edad del niño, es decir, a mayor edad mayor es el porcentaje de asistencia, tal como se ilustra en el Gráfico39.

Gráfico39. Porcentaje de asistencia a centros de cuidado/educación según tramos de edad



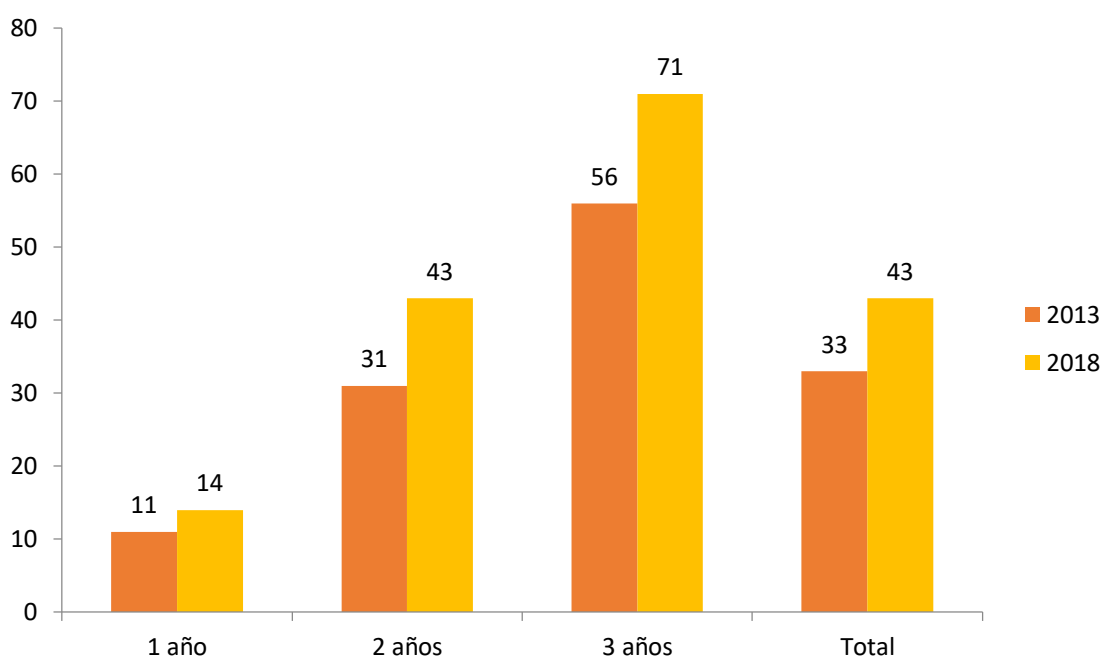
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Cuando se comparan los datos con la primera edición ENDIS 2013 es pertinente realizarlo sólo para el tramo de niño/as de 1 a 3 años. Esto se debe a que, por un lado, los niños/as de 4 años no formaban parte del universo de la primera edición de 2013; además, debe tomarse en cuenta que en el tramo de 4 años la asistencia es obligatoria y la oferta es prácticamente universal; y, por otra parte, los menores de 1 año estaban sub-representados en la primera edición, por lo cual no es posible la comparación en esos tramos.

Si estos datos se analizan solamente para aquellos niños y niñas que asisten al menos 20 horas semanales, lo que supone una asistencia diaria de al menos 4 horas, se observa que el porcentaje de asistencia en niños y niñas de 1 a 3 años aumenta 10 puntos porcentuales en esos 5 años, pasando de 33% a 43%.

A su vez, cuando se analiza por tramo etario, se observa que para el tramo de 3 años este incremento ha sido de 15 puntos porcentuales, mientras que en el tramo de 2 años el aumento es de 11 puntos (ver Gráfico40).

Gráfico40. Comparación de la asistencia a centros durante 20 horas semanales o más de 2013 y 2018, según tramo de edades

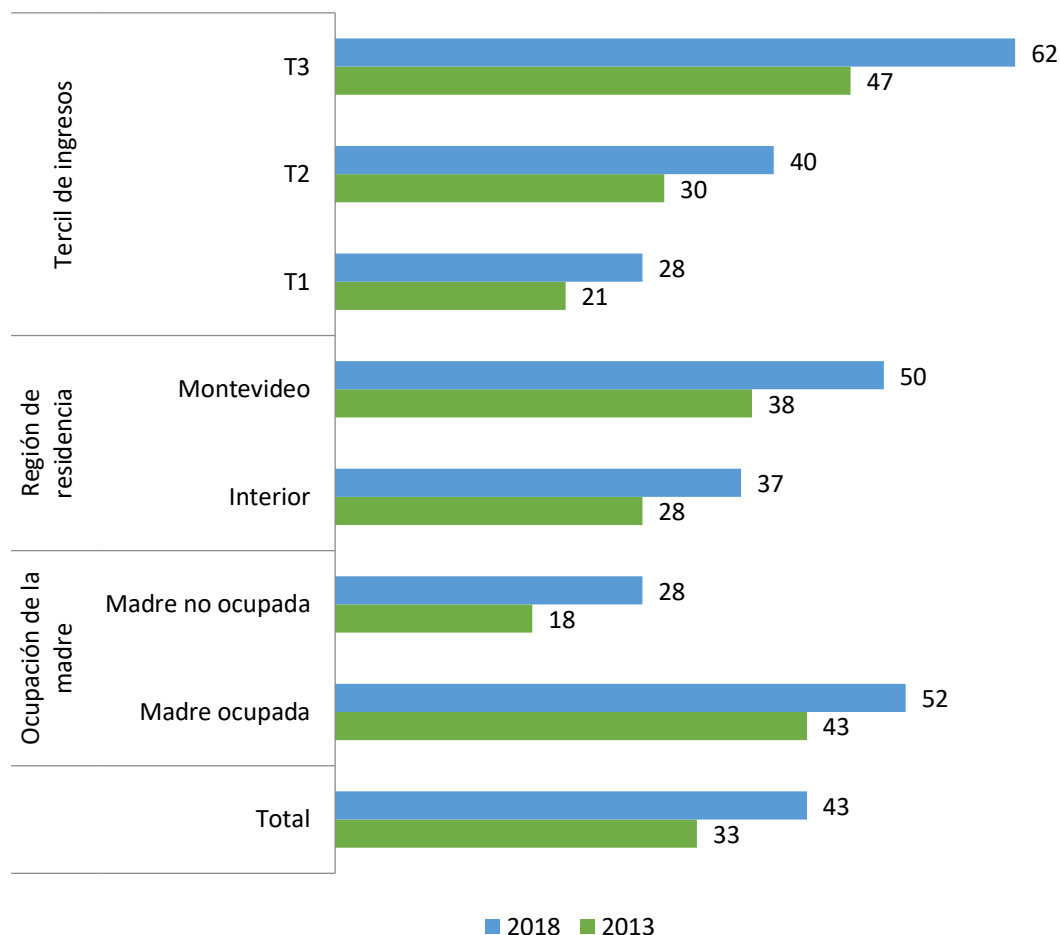


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

Cuando se analiza la información referente a si la madre del niño/a está ocupada en el mercado laboral o no, se observa que la cobertura aumenta en igual medida. Sin embargo, sí se observan diferencias al analizar la información según región de residencia e ingresos del hogar.

El aumento se da en mayor medida en Montevideo (12 puntos porcentuales) en comparación con el interior (9 puntos porcentuales), y en los hogares de mayores ingresos (15 puntos porcentuales en el tercil de mayores ingresos, contra 7 puntos en el tercil de menores ingresos).

Gráfico41. Porcentaje de niños que asisten a un centro de cuidado/educación 20 horas semanales o más, según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos



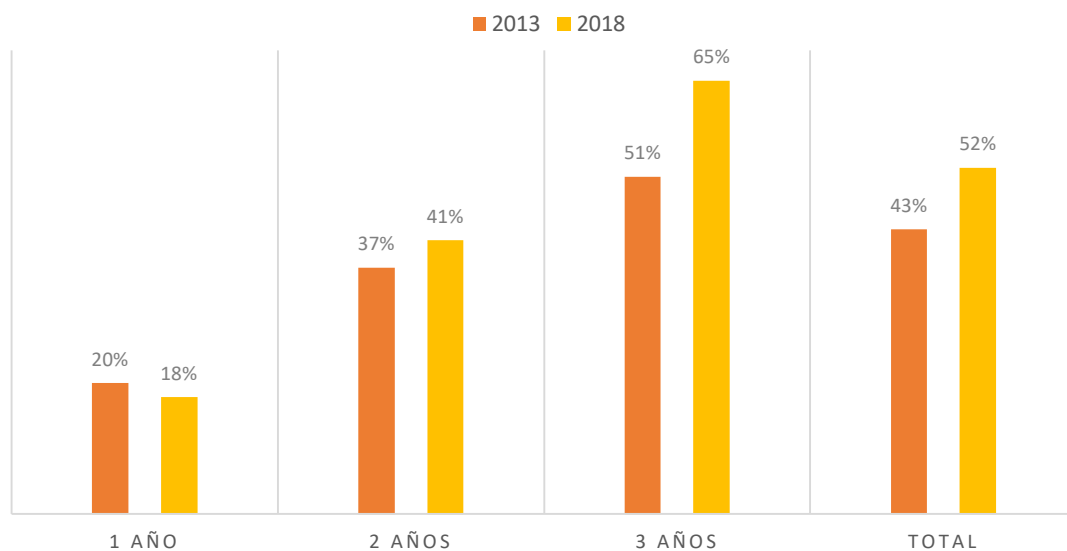
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2013 y 2018

II.6.2 Cobertura pública

De los datos de la ENDIS también surge que esta expansión en la cobertura de cuidados y educación infantil se produce principalmente por el aumento de la cobertura pública, que pasa de representar el 43% de la cobertura global en 2013, a representar el 52% en el año 2018.

Este aumento se produce fundamentalmente en el tramo que representa a los niños y niñas de 3 años (14 puntos porcentuales, pasando del 51% al 65% de la cobertura global), seguramente a partir de la expansión de la cobertura de Jardines y Escuelas Públicas de la ANEP; pero también para el tramo de niños y niñas de 2 años (4 puntos porcentuales), probablemente a partir del crecimiento en la atención del Plan CAIF de INAU (ver Gráfico42).

Gráfico42. Proporción de niños de 1 a 3 años que asisten 20 horas semanales o más a un centro público de cuidado/educación sobre el global de asistencia

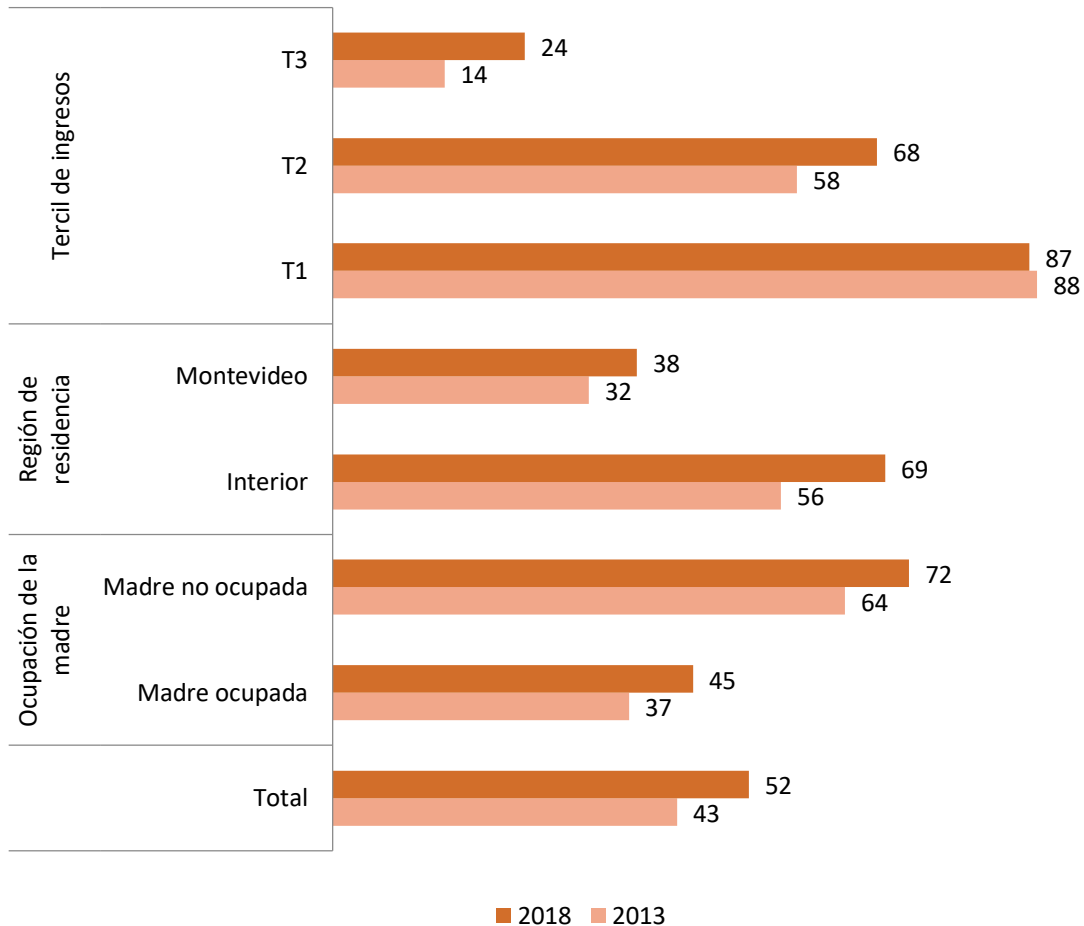


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2013 y 2018

La asistencia a centros públicos aumenta entre 2013 y 2018 en los casos en que la madre del niño está ocupada y en menor medida cuando no está ocupada (Gráfico 43). Por otra parte, sí se aprecian diferencias en el peso de la oferta pública según la región de residencia, existiendo mayor aumento en el interior, que pasa de 56% a 69%, mientras que, en Montevideo, pasa de 32% a 38% de la cobertura global.

Por otro lado, al analizar el uso de servicios públicos de primera infancia en función de los ingresos del hogar, se puede observar que el aumento de la participación en la oferta pública entre el 2013 y 2018 se da en el segundo y tercer tercil de ingresos, es decir, en los hogares de mayores ingresos, pasando de 58% a 68 % y de 14% a 24% de la cobertura global, respectivamente. Esto significa que en la medida que mejora la disponibilidad de oferta pública de atención a primera infancia muchos hogares de ingresos medios y altos eligen dichos servicios.

Gráfico43. Porcentaje de niños que asisten 20 horas semanales o más a un centro de cuidado/educación pública, según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos



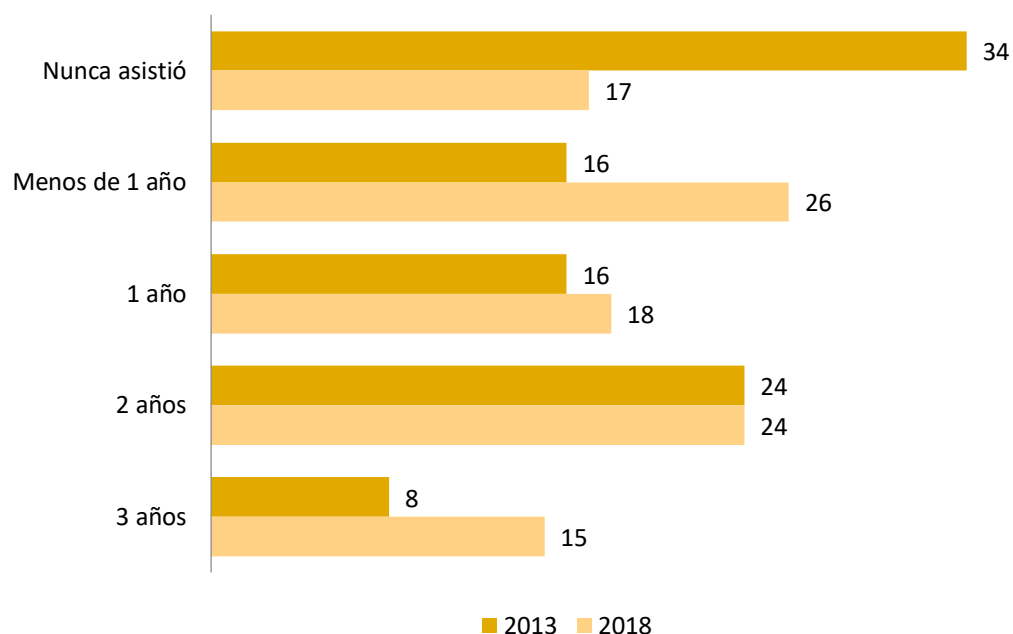
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2013 y 2018

II.6.2 Edad de inicio de la asistencia a centros de cuidado y educación infantil

Si consideramos solamente los niños de 3 años, que son quienes ya transitaron las diferentes posibilidades de edad de inicio, se puede ver que el 26% comenzó a asistir antes de cumplir un año, mientras que un 24% lo hizo a los 2 años.

Al analizar esta distribución de la asistencia y la edad de inicio de los cuidados en centros de primera infancia con relación a los datos obtenidos en 2013, como muestra el gráfico siguiente, vemos que en 2018 se producen aumentos en la proporción de niños y niñas que inician su asistencia a los 3 años de edad, y en mayor medida, en el grupo de niños/as menores de un año.

Gráfico44. Edad de inicio de asistencia en niños de 3 años. 2013 y 2018



Fuente: Elaboración propia con base en ENDIS 2018

La siguiente tabla presenta para el total de niños/as la distribución de la edad de inicio de la asistencia según ocupación de la madre, región, tercil de ingreso y edad. Al 2018, entre las madres ocupadas se presenta una mayor asistencia de los niños que es acompañada con una mayor variabilidad en la edad que el niño comenzó a asistir. Este patrón se presenta, a su vez, entre los niños que residen en los hogares con mayor nivel de ingresos.

Tabla27. Edad de inicio de asistencia a un centro de cuidados o educación inicial según actividad laboral de la madre, región y tercil de ingresos. Año 2018

		Nunca asistió	Menos de 1 año	1 año	2 años	3 años	Ns/Nc	Total
Madre ocupada	Madre no ocupada	46%	23%	10%	10%	9%	2%	100%
	Madre ocupada	36%	24%	17%	16%	7%	1%	100%
Región	Montevideo	41%	20%	17%	15%	6%	1%	100%
	Interior	39%	27%	12%	12%	9%	2%	100%
Tercil de ingreso	1	45%	26%	8%	9%	8%	3%	100%
	2	39%	24%	13%	13%	10%	1%	100%
	3	35%	20%	21%	18%	5%	0%	100%
Total		40%	24%	14%	13%	7%	2%	100%

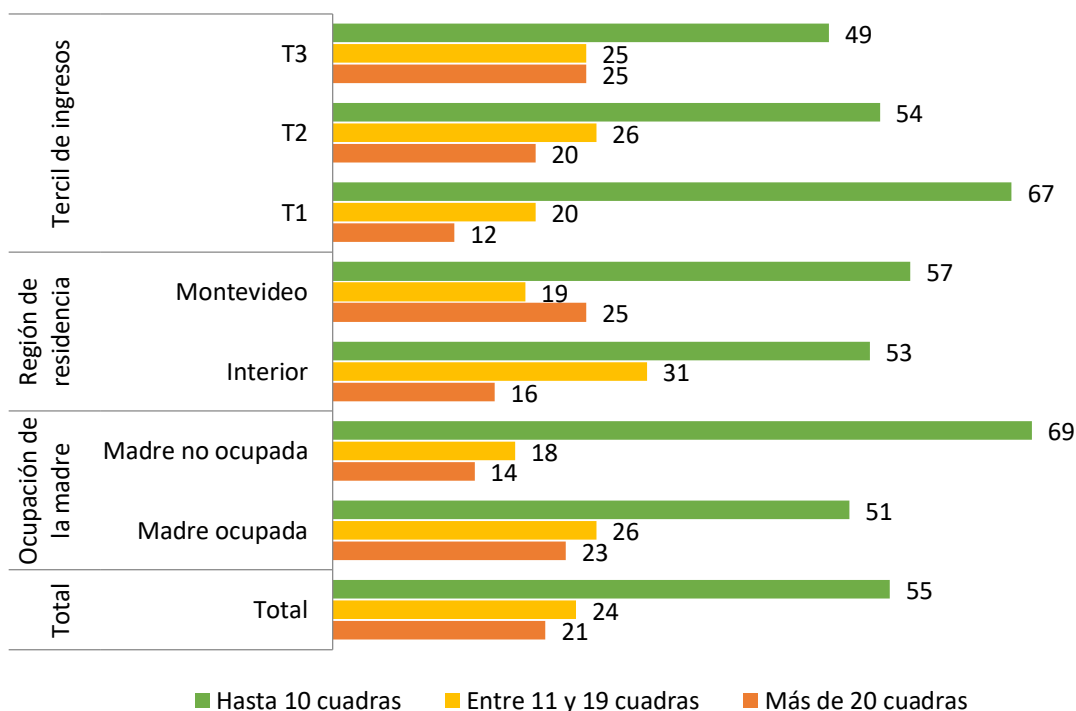
Fuente: Elaboración propia con base en ENDIS 2018

II.6.3 Traslado y distancia

En el gráfico 45 se observa que más de la mitad de los niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más a jardín o centro educativo viven a 10 cuadras o menos del centro. Por su parte, 24% vive entre 11 y 19 cuadras de distancia y 21% a más de 20 cuadras.

Al analizar este porcentaje según la situación ocupacional de la madre puede verse que en los casos en que la madre no está ocupada el porcentaje que reside a 10 cuadras o menos del centro aumenta sustancialmente, mientras que entre las ocupadas disminuye. Esto podría asociarse a la búsqueda de centros cerca de los lugares de trabajo de la madre, buscando una conciliación entre los cuidados y la actividad laboral. Por su parte, según región de residencia se observa que en Montevideo el porcentaje que reside a más de 20 cuadras es sustancialmente mayor. En tercer lugar, se observa que a medida que aumentan los ingresos del hogar aumenta la distancia a los centros.

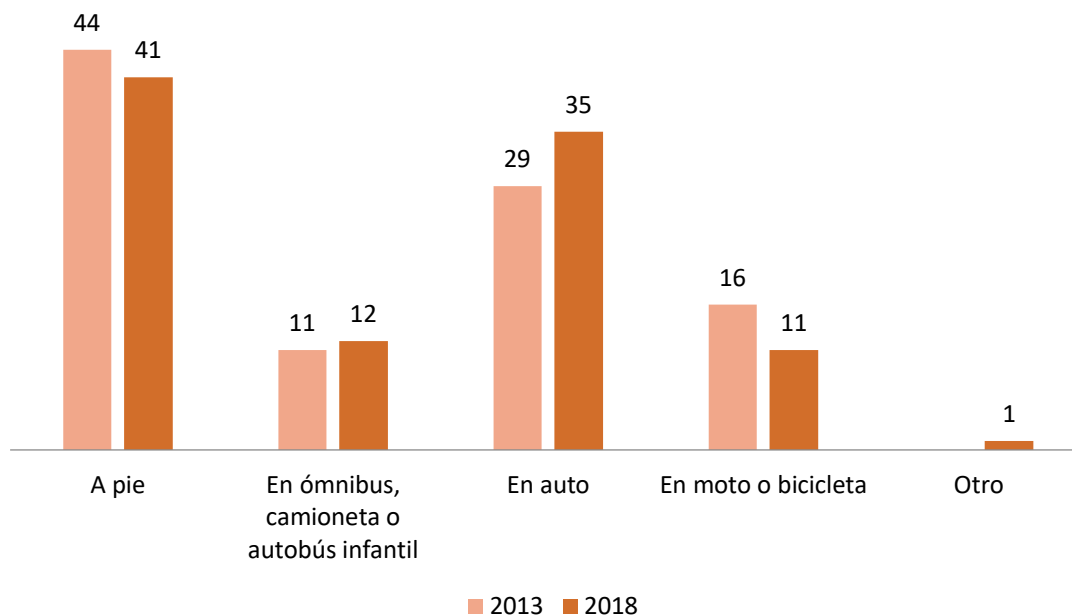
Gráfico 45. Distancia al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2018

En lo que refiere al traslado al centro educativo, puede verse una disminución entre 2013 y 2018 del porcentaje que va a pie y en bicicleta o moto, y un aumento del porcentaje que va en auto, que pasa de 29% a 35%.

Gráfico46. Traslado al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2013 y 2018

Según la situación de ocupación de la madre se observa que el porcentaje que se traslada a pie para aquellas que no están ocupadas es de 62%, mientras para quienes están ocupadas es sustancialmente menor (36%).

Según región de residencia, en Montevideo se presenta un mayor porcentaje de traslado a pie y en ómnibus, camioneta o autobús infantil, mientras en el interior hay un mayor porcentaje que se traslada en moto o bicicleta.

Por último, según tercil de ingresos, se observa que a medida que aumentan los ingresos el porcentaje que se traslada a pie y en moto o bicicleta disminuye, mientras aumenta el porcentaje que se traslada en auto.

Tabla 28. Traslado al jardín o centro educativo, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos

		A pie	En ómnibus, camioneta o autobús infantil	En auto	En moto o bicicleta	Otro
Situación ocupacional de la madre	Madre no ocupada	62%	12%	11%	13%	2%
	Madre ocupada	36%	12%	40%	11%	1%
Región	Montevideo	45%	14%	36%	3%	1%
	Interior	36%	9%	34%	20%	0%
Tercil de ingresos	Tercil1	59%	12%	8%	19%	2%
	Tercil2	43%	17%	25%	14%	1%
	Tercil3	31%	9%	55%	5%	1%

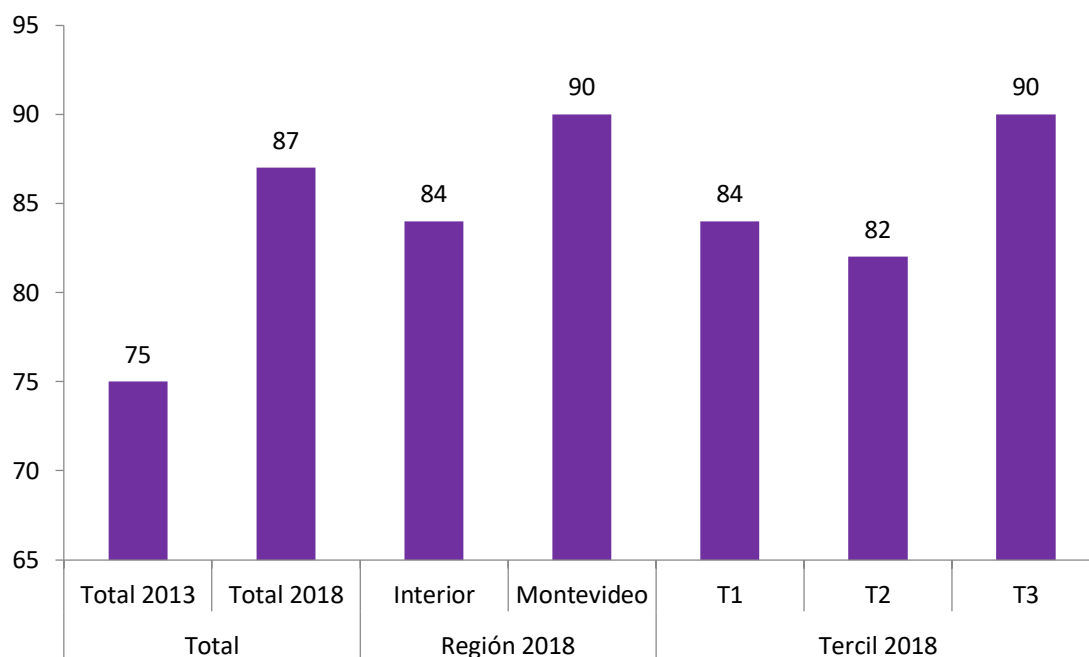
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2018

II.6.4 Compatibilidad con horarios

En el Gráfico 47 se presenta el porcentaje de madres ocupadas que responden que el horario del jardín o centro al que asiste el niño/a (niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más) es compatible con su horario de trabajo.

Puede verse que mientras en 2013 el 75% consideraba que los horarios son compatibles, este porcentaje aumenta a casi 90% en 2018. Al analizar según región de residencia o tercil de ingresos no se observan diferencias sustanciales en este porcentaje.

Gráfico47. Compatibilidad del horario del jardín o centro educativo con horario de trabajo de la madre, para niños/as de 1 a 3 años que asisten 20 horas o más, según región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2013 y 2018

II.6.5 Cuidados cuando el niño o niña enferma o no hay clase

Al consultar sobre los cuidados del bebé o niño/a cuando enferma o no hay clase, la principal referente de cuidados es la madre (el 93% de las personas entrevistadas mencionaron que la madre lo cuida), seguido del padre (53%) y el abuelo o abuela (32%). El 7% de las personas indican que el bebé o niño es cuidado por una persona remunerada cuando enferma o no hay clase. La tabla siguiente muestra estos resultados.

Tabla 29. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase. Año 2018

Referente de cuidados	Porcentaje
Madre	93%
Padre	53%
Abuelo/a (s)	32%
Hermano/a mayor de 10 años	4%
Otro pariente	9%
Persona remunerada	7%
Otros	1%

Fuente: Elaboración propia con base en ENDIS 2018

En la tabla 30 puede verse que los cuidados por parte de la madre o el padre son mayores en los hogares con madres ocupadas y los que residen en el interior del país. Según tercil de ingreso no se presentan variaciones en los cuidados de la madre. No obstante, el cuidado por los padres aumenta a mayor tercil de ingreso.

Tabla 30. Cuidados del niño/a cuando enferma o no hay clase, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos. Año 2018

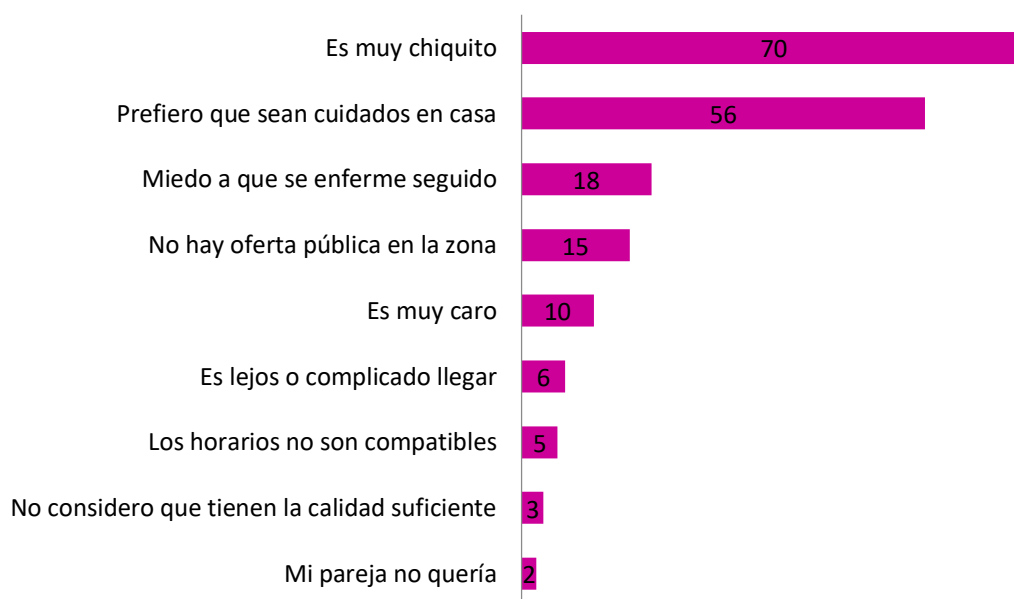
¿Quién cuida cuando enferma o no clase?			
		Madre	Padre
Ocupación madre	Madre no ocupada	96%	49%
	Madre ocupada	91%	56%
Región	Montevideo	90%	49%
	Interior	96%	57%
Tercil de ingreso	1	97%	44%
	2	95%	53%
	3	87%	62%

Fuente: Elaboración propia con base en ENDIS 2018

II.6.6 Motivo de no asistencia

Al consultar sobre los motivos por los que no envía o no envió a un centro de educación y cuidados, la opción más mencionada refiere a que el niño/a “es muy chiquito” (70% de respuestas afirmativas), en segundo lugar, se manifiesta la preferencia porque sean cuidados en casa (56% de respuestas) y en tercer lugar el miedo a que se enfermen con frecuencia (18% de respuestas). En 2013, las menciones siguieron el mismo orden.

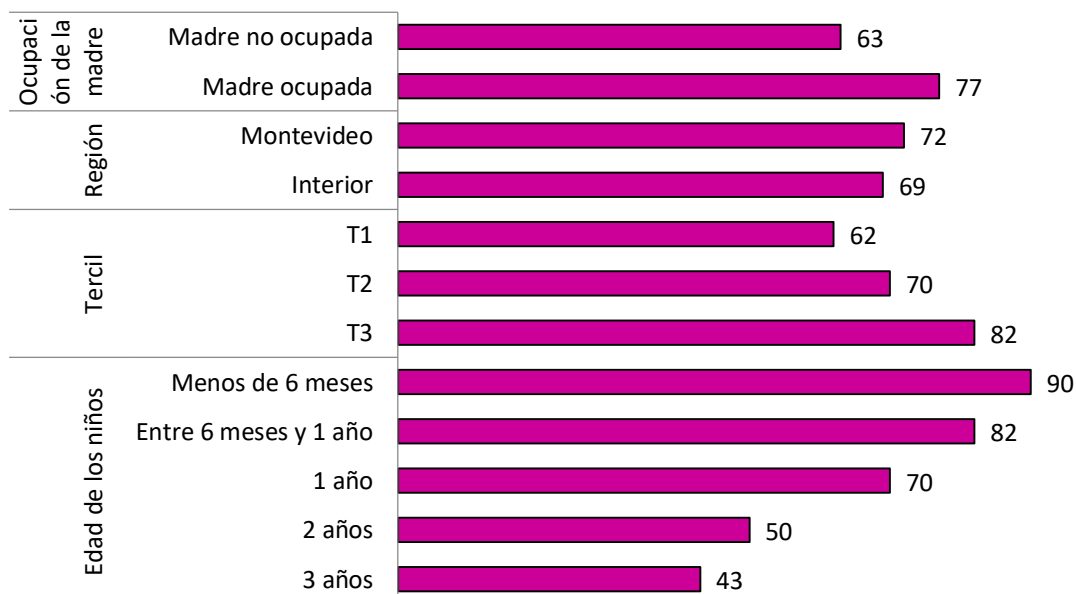
Gráfico48. Razones por las que no envía o envió a su hijo/a un centro de educación y cuidados (% que menciona)



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2018

En Gráfico 49 se observa que la opción por no mandar a los hijos a centros de educación y cuidado por considerarlos muy chiquitos es más acentuada en las madres ocupadas que en las madres no ocupadas, en los terciles de ingreso más altos y como era de esperar, para niños y niñas con edades más bajas.

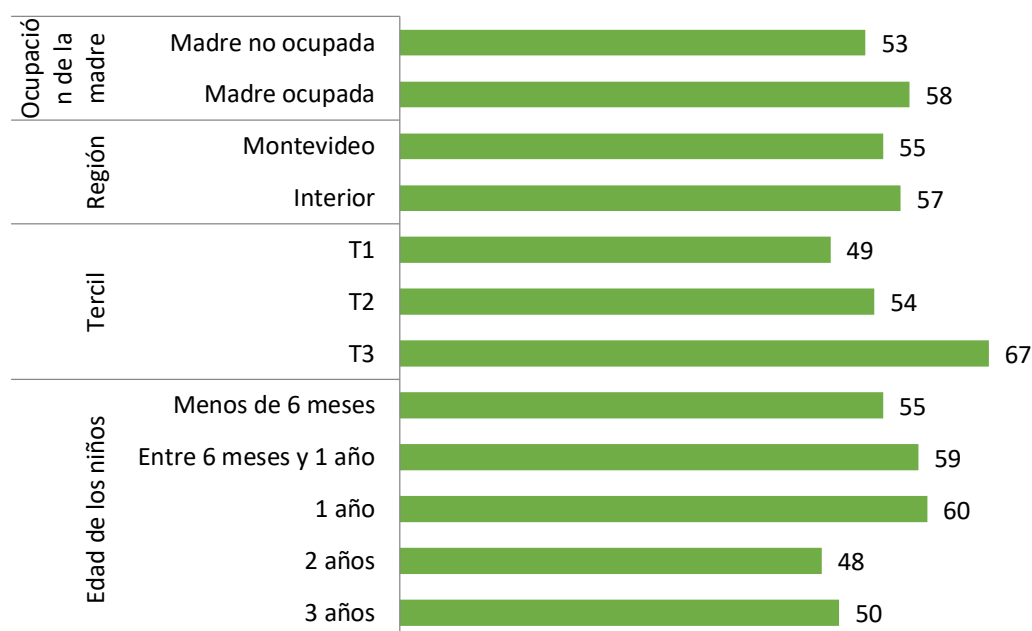
Gráfico49. Porcentaje que no envía o envió a su hijo/a un centro de educación y cuidados porque es muy chiquito según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS, 2018

La opción por no enviar a los hijos a un centro de educación y cuidados porque prefiere que sean cuidados en casa es más marcada en los terciles más altos y para edades más tempranas.

Gráfico 50. Porcentaje que no envía o envió a su hijo/a un centro de educación y cuidados porque prefiere que sean cuidados en casa, según situación ocupacional de la madre, región y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

II.6.7 Beneficios laborales

En esta sección puede observarse si en el lugar de trabajo las madres referentes del hogar que se encuentran ocupadas cuentan con determinados beneficios laborales. Los que presentan mayores niveles son aquellos beneficios vinculados a cierta flexibilidad en el horario de trabajo, así como permisos para acompañar a familiares a citas médicas o actividades educativas.

Como se observa en la siguiente tabla, casi la mitad de las madres ocupadas cuenta con flexibilidad horaria en períodos especiales, y un 44% declara tener permisos para acompañar a familiares a citas médicas o actividades educativas. En menor medida, cuentan con reintegro gradual luego del permiso de medio horario (25%), contabilización de horas semanales o mensuales (22%), priorización de horarios según responsabilidades familiares (22%) y licencia especial para cuidado familiar (21%). A su vez, solamente un 14% declara contar con sala de lactancia en su lugar de trabajo²¹.

²¹Si solamente consideramos a los niños menores a 1 año, el nivel de cobertura aumenta a 20,3%.

Tabla 31. Porcentaje de madres (ocupadas) con beneficios laborales vinculados a cuidados.

Flexibilidad horaria en períodos especiales	48,9 %
Permisos para acompañar a familiares a citas médicas, o actividades educativas	43,9 %
Reintegro gradual luego del permiso de medio horario	25,0 %
Contabilización de horas semanales o mensuales	22,3 %
Priorización de horarios según responsabilidades familiares	22,0 %
Licencia especial para cuidado familiar	21,1 %
Salas de lactancia	13,5 %
Trabajo a distancia	7,9 %
Centros de cuidados en la empresa	5,1 %
Actividades especiales para vacaciones escolares, de verano o invierno	4,9 %
Convenios con servicios de cuidados	4,8 %
Otro beneficio	2,0 %
Centros de cuidado infantil en días específicos o de complemento de horario escolar	1,9 %
Vales o transferencias para compra de servicios de cuidados	1,9 %

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018



II.7 **Disciplinamiento: El maltrato infantil en la primera infancia en Uruguay**

Por UNICEF:
Alejandro Retamoso (Consultor de UNICEF Uruguay)

II.7.1 **Introducción**

La forma en que los adultos educamos y ponemos límites a los niños y niñas forma parte de una de las tareas más complejas de la crianza en nuestras sociedades. Generar formas adecuadas de aprendizaje cuando los niños y niñas se portan mal es vital para garantizar su desarrollo adecuado. Sin embargo, en ocasiones los padres, las madres y los adultos corrigen actitudes de los niños y niñas utilizando métodos violentos. Muchas veces el empleo de la violencia verbal o física por parte de los adultos no es una acción meditada o planificada, sino que es producto del desborde y de no encontrar formas de corregir o educar que impliquen aprendizajes positivos para los niños o niñas²².

El daño que provoca el maltrato en el desarrollo de los niños y las niñas depende de la naturaleza, el grado, la frecuencia y la severidad de la exposición. Sus efectos pueden ser tanto inmediatos como duraderos, con consecuencias incluso en la edad adulta. La primera infancia es especialmente vulnerable ya que si esta exposición es recurrente y desde edades tempranas, los impactos negativos serán aún mayores.

El apartado de la ENDIS que se presenta a continuación pone foco en los métodos de corrección, puesta de límites o disciplina que utilizan los adultos a cargo de niños y niñas de entre los 2 y 4 años.

La disciplina violenta se define como las acciones de un progenitor o cuidador que buscan producir dolor físico o sufrimiento emocional al niño o niña, con el objeto de corregir una conducta y servir de elemento disuasivo. La agresión verbal incluye gritos e insultos, mientras que el castigo físico se refiere a acciones como zamarrear o sacudir, pegar en la mano, el brazo o la pierna; o formas de violencia más severas como golpear en la cara, la cabeza o las orejas, golpear con objetos. En cambio, los métodos de disciplina no violentos se refieren a prácticas tales como explicar por qué un comportamiento estuvo mal, darle otra actividad para que el niño se distraiga o privarlo temporalmente de algún privilegio.

²²Elaborado en base a www.tratobien.org. Herramientas para la crianza. UNICEF.

El apartado siguiente se divide en 5 partes: en la primera se realizan las definiciones de los que se entiende por maltrato infantil. En la segunda, se especifican los criterios metodológicos que se emplearon para la medición del maltrato. En el tercero, se muestran los principales datos que resultan de la Encuesta ENDIS 2018. En el cuarto se comparan los datos de maltrato infantil para los años 2013 y 2018, obteniendo así una evolución del fenómeno en los últimos cinco años. Por último, se da cuenta de los datos de Uruguay en el contexto regional.

Qué se entiende por métodos de disciplina violenta

Los métodos de disciplina violenta se definen como toda acción u omisión intencional que provoque daño físico o psicológico en niños, niñas y adolescentes, practicada por los adultos encargados de su cuidado y desarrollo: padres, tíos, maestros, educadores y cuidadores²³.

El maltrato infantil (utilización recurrente de métodos de disciplina violentos) puede ser emocional o psicológico, por abandono y negligencia, físico o químico. En general cuando se trata de los mecanismos que utilizan los adultos al momento de poner límites, las que surgen con mayor énfasis son el maltrato psicológico y el maltrato físico.

- Psicológico. Es cualquier actitud que provoque en el niño sentimientos de descalificación o humillación. Se caracteriza generalmente por el uso de la palabra, pero también puede contemplar actitudes no verbales que lo expongan a situaciones humillantes o que coarten sus iniciativas, como encierros, aislamientos o exceso de responsabilidades, entre otras.
- Maltrato físico. Es cualquier acción intencional que provoque daños físicos en el niño, sean estos visibles o no: golpes, pellizcos, quemaduras, fracturas, etcétera.

Según el ámbito en que se manifieste, la violencia podrá ser doméstica, comunitaria, institucional o intrafamiliar. Este estudio en particular se concentra en las situaciones de violencia que ocurren en el ámbito familiar²⁴.


II.7.2 Medición del maltrato infantil intrafamiliar

La medición de las situaciones violencia en la ENDIS se basó en la metodología que emplea UNICEF en los estudios de MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys²⁵). La MICS emplea una escala

²³Las definiciones fueron tomadas del Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Segunda edición. ANEP, INAU, SIPIAV y UNICEF, 2013, Montevideo.

²⁴Se define como aquella que es provocada por personas de la familia propia, extensa, o con vínculos afectivos pasados o presentes, incluidas las relaciones de noviazgo y el maltrato a adultos mayores por miembros de su familia, haya o no haya convivencia. ANEP, INAU, SIPIAV y UNICEF, 2013.

²⁵Los detalles pueden consultarse en <http://mics.unicef.org/>



basada en el método CTSPC (Parent-Child Conflict Tactics Scale), que permite medir el uso de métodos de disciplina violentos dentro del hogar.

La utilización de una metodología similar entre la ENDIS y la MICS permite realizar comparaciones entre los años 2013 y 2018, así como buscar puntos de referencia con otros países que realizaron el estudio.

En la cohorte 2018 de la ENDIS se formuló a las mujeres madres o cuidadoras de los niños y niñas de 2 a 4 años, una serie de preguntas sobre las formas que los adultos a cargo tienden a emplear para disciplinar a niños y niñas cuando se portan mal. En concreto, se consultó sobre la puesta en práctica, en el último mes, de determinadas acciones orientadas a enseñarle cómo comportarse. Más específicamente:

“Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños(as) la forma correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y quiero que me diga si usted o alguien más del hogar ha usado estos métodos con [nombre del niño/a] en el mes pasado.”

Los métodos consultados permiten identificar tres formas generales de comportamiento en los hogares compuestos de la siguiente forma:

Solo disciplina no violenta

- No aplica ni agresión psicológica ni violencia física.
- Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que al niño/a le gusta, lo puso en penitencia o no le permitió salir de la casa.
- Le explicó al niño/a por qué su comportamiento estuvo mal.
- Le dio otra cosa que hacer o lo entretuvo con otra cosa.

Agresión psicológica

- Le gritó.
- Lo llamó tonto, perezoso, etcétera, o lo insultó.

Castigo físico

- Lo sacudió.
- Le dio una palmada, lo golpeó o lo palmeó en la cola solo con la mano.
- Lo golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.
- Lo golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.
- Lo golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.
- Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.

No escapa a este estudio la advertencia general que comúnmente existe en las investigaciones que intentan identificar fenómenos basados en la autodeclaración de los encuestados sobre conductas violentas que ellos mismos pueden tener. A pesar de ser una práctica común y sistemática de la investigación social, no pueden dejar de advertirse ciertas limitaciones al momento de interpretar los resultados, particularmente en aquellos fenómenos cuya respuesta puede estar influenciada por lo que comúnmente se conoce como el concepto de deseabilidad social²⁶. Este concepto alude a la posibilidad de que los encuestados respondan en base a lo socialmente esperado o aceptado, en tanto, de responder lo contrario, podría relevar información personal que los harían cuestionados.

Por otra parte, la recurrencia o frecuencia con que ocurre una u otra acción no se releva en esta metodología, lo que limita la posibilidad de hacer afirmaciones sobre la ocurrencia de maltrato sostenido.

Aún con estas advertencias, resulta imprescindible contar con este tipo de mediciones, particularmente cuando se realizan con criterios metodológicos estándares.

II.7.3 Principales datos de maltrato infantil en Uruguay

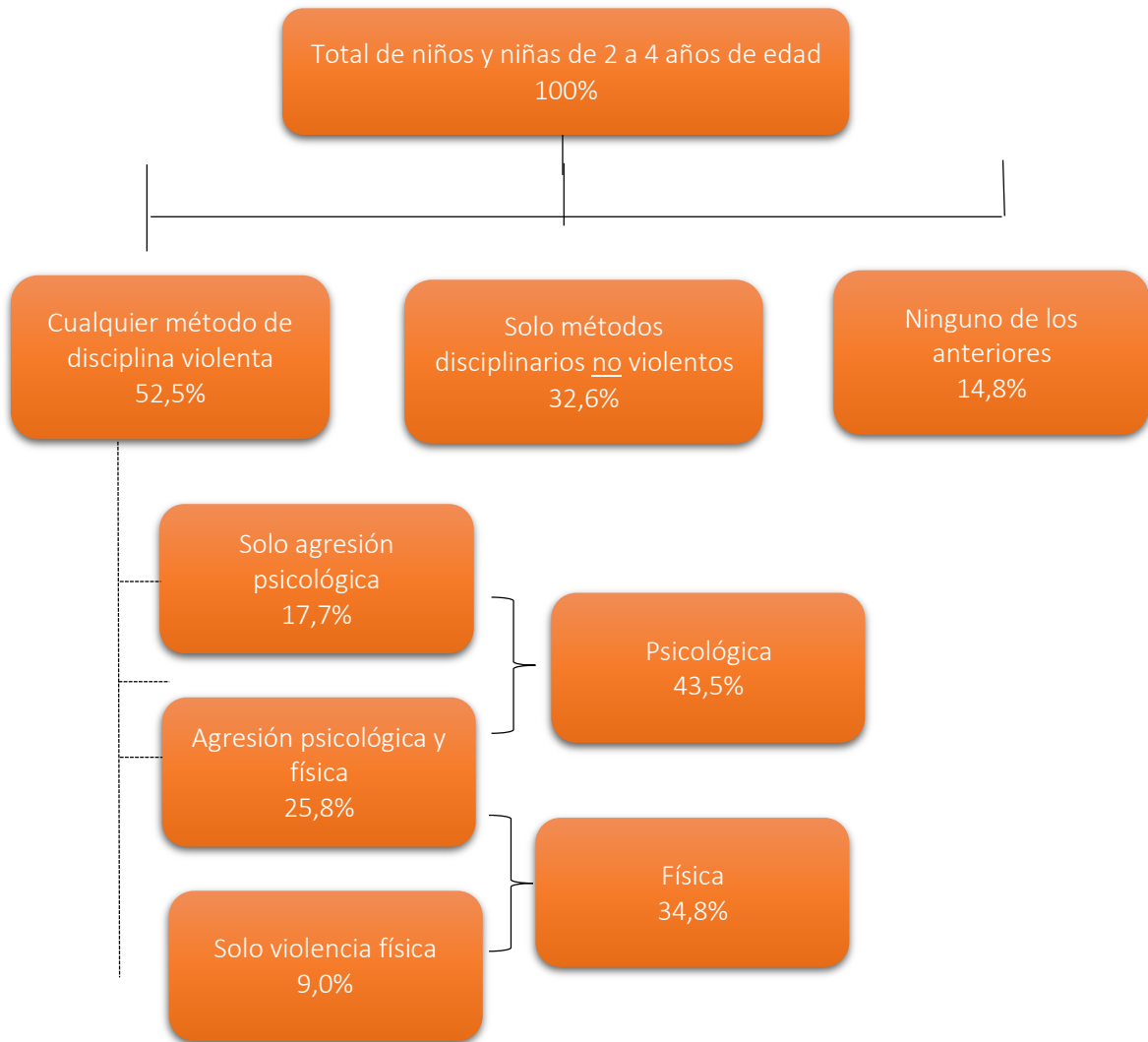
En Uruguay el 52,5% de los niños y niñas de 2 a 4 años fue sometido a algún método de disciplina violenta en el mes anterior a la encuesta. Esto incluye situaciones que van desde la violencia psicológica, hasta la violencia física.

El uso de la violencia física por parte de algún integrante del hogar en el mes anterior a la encuesta fue empleado en 1 de cada 3 niños y niñas de 2 a 4 años (34,8%), en tanto la agresión psicológica abarcó al 43,5% de ellos.

Los métodos de disciplina exclusivamente no violentos fueron empleados únicamente por el 32,6% de los hogares. Esto abarca conductas destinadas a explicarle al niño o niña las razones por las que se portó mal, darle otra cosa para hacer o quitarle algún privilegio debido a su comportamiento.

Por su parte, a un 14,8% de los niños y niñas no se le aplicó ninguna de las acciones descritas anteriormente (ni métodos violentos, ni métodos no violentos), lo cual equivale a decir que ante determinado comportamiento errado del niño o niña los integrantes del hogar no hicieron ninguna de las acciones que se les proponían en la encuesta.

²⁶ Trajtenberg, Nicolás; Eisner, Manuel. 2014. Hacia una política de prevención de la violencia en Uruguay. Universidad de Cambridge, UDELAR-FCS, ANEP. Montevideo.

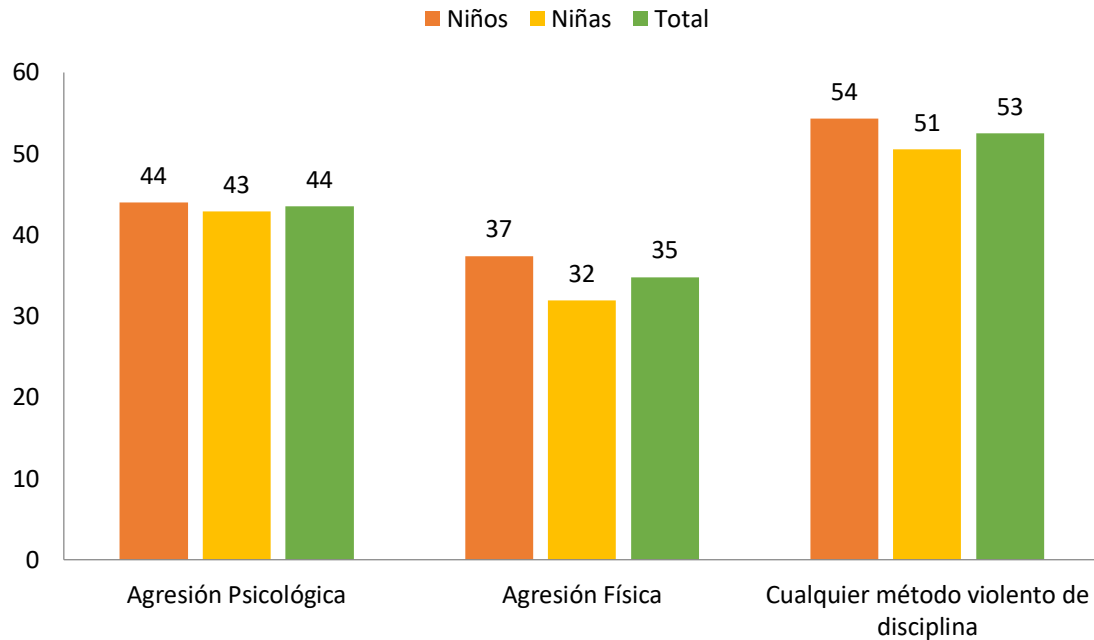


Fuente: Elaboración propia en base a Endis 2018.

Las estimaciones en términos absolutos indican que cerca de 100 mil niños y niñas de 2 a 4 años fueron sometidos a algún método violento de disciplina. Por su parte, la violencia física fue experimentada aproximadamente por 65 mil.

Los métodos de disciplina violentos están próximos al 50% tanto para los niños como para las niñas. En un contexto de una alta prevalencia del fenómeno para ambos sexos, se registra un mayor empleo de violencia contra los varones (54,3% comparados con un 50,5% entre las niñas). Esta diferencia se hace algo más evidente cuando se analiza el castigo físico. Los varones fueron sometidos en un 37,4% a la violencia física, en tanto, entre las niñas fue de 31,9%. Cabe destacar que esta pauta de un mayor uso de la violencia hacia los varones se registró también en el estudio de MICS en el año 2013. (MICS, 2013).

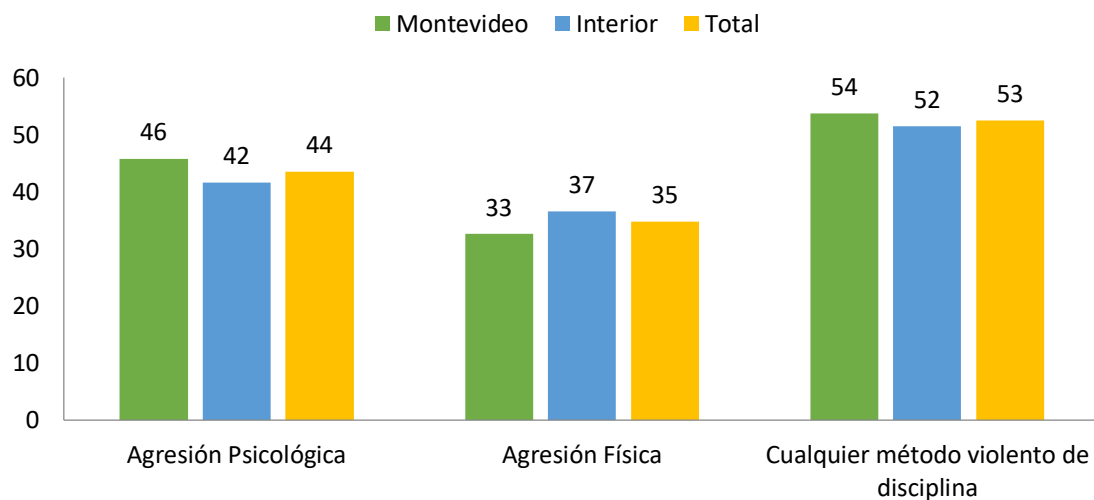
Gráfico51. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por sexo. Uruguay 2018.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018.

Por grandes regiones del país no se observan mayores diferencias. Tanto en Montevideo como en el interior, el empleo de algún método violento (psicológico o físico) sobrepasa el 50%. En un marco de paridad entre regiones, la agresión psicológica es levemente superior en la capital (45,8% comparado con 41,6%) y en contrapartida, la violencia física es algo más utilizada contra los niños y niñas que viene en el interior del país (36,5% respecto a 32,6%).

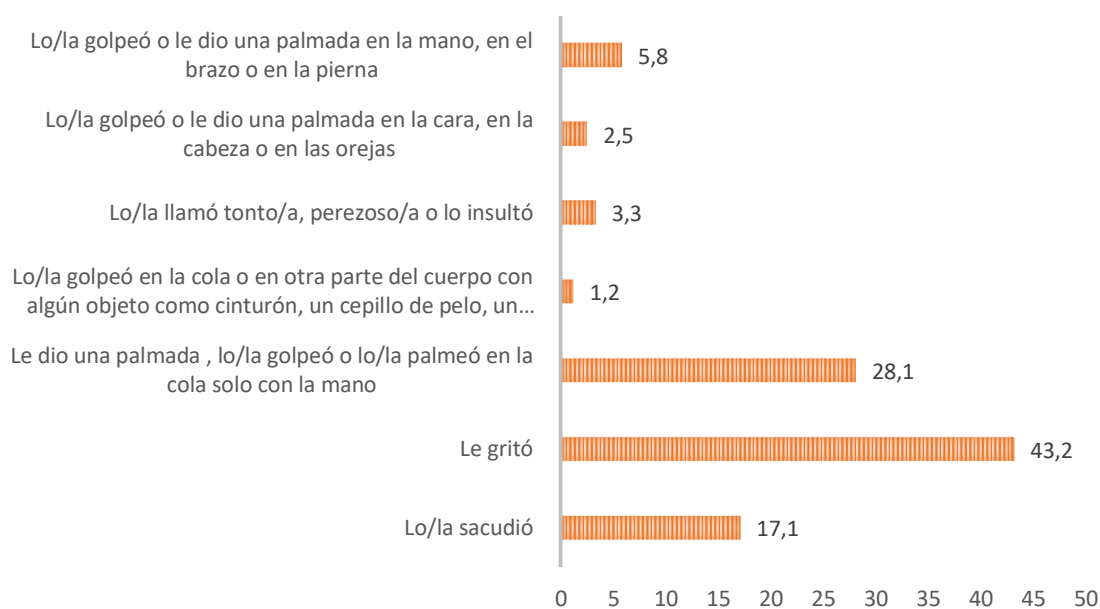
Gráfico52. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por región. Uruguay 2018.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Las tres principales acciones que explican parte importante del empleo de métodos violentos en las familias son el “Grito” (43,2%), “La palmada, golpe en la cola solo con la mano” (28,1%) y “Sacudirlo” (17,1%).

Gráfico53. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años según tipo de violencia utilizado. Uruguay 2018.



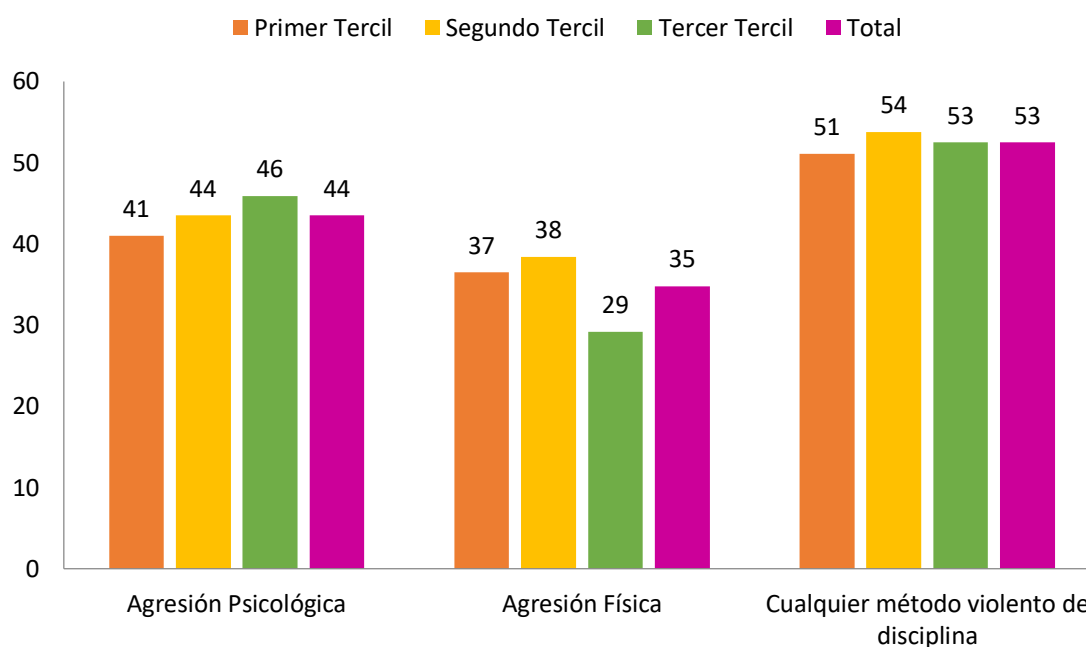
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En términos generales cuando se analiza el empleo de métodos violentos de disciplina (psicológicos o físicos) según las características socioeconómicas de los hogares no se observan diferencias significativas. Es decir, no existe una asociación entre el empleo de violencia y el nivel socioeconómico de las familias. En los dos gráficos siguientes se observa que el empleo de métodos violentos no se relaciona ni con el nivel de ingresos de los hogares, ni con su clima educativo.

El porcentaje de niños y niñas que fueron sometidos a métodos violentos de disciplina supera el 50% en los tres terciles de hogares ordenados por su ingreso per cápita, no existiendo una correlación entre ingreso del hogar y uso de métodos violentos. Cuando se analizan en forma desagregada los componentes de la violencia, se registran algunos elementos distintivos. Cuanto mayor es el ingreso de los hogares, mayor es el porcentaje de niños y niñas que fueron sometidos a violencia psicológica.

En tanto, para la violencia física, no se registran asociaciones de este tipo, aunque se destaca que los hogares de mayores ingresos (tercer tercil) tienden a emplear menos violencia física que aquellos ubicados en el primer y segundo tercil de hogares (29,2% respecto a 36,6% y 38,4%).

Gráfico 54. Proporción de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a cualquier método violento de disciplina (psicológica o física) en el último mes, por terciles de ingreso de los hogares. Uruguay 2018.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Dentro de la violencia física pueden distinguirse aquellas situaciones que implican el uso de una violencia más extrema. Esta categoría, denominada “castigo físico severo”, abarca situaciones como “Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo” o “Lo/la golpeo o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas”²⁷. Implican grados de utilización de la violencia física muy extremos y de alto impacto para el desarrollo infantil.

En Uruguay un 2,5% de los niños y niñas de 2 a 4 años de edad fue sometido a un castigo físico severo en el mes anterior de la encuesta, lo que equivale a unos 4.500 niños y niñas de estas edades.

Tabla 32. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años de edad que fueron sometidos a violencia física severa en el último mes, por sexo, región, terciles de ingreso. Uruguay 2018.

Castigo físico severo	
Total	2,5
Niños	3,6
Niñas	1,3
Total	2,5
Montevideo	2,0
Interior	2,9

²⁷ En el relevamiento solo se encontraron respuestas afirmativas al segundo ítem descripto.

Total	2,5
Primer tercil	3,2
Segundo tercil	2,4
Tercer tercil	1,9

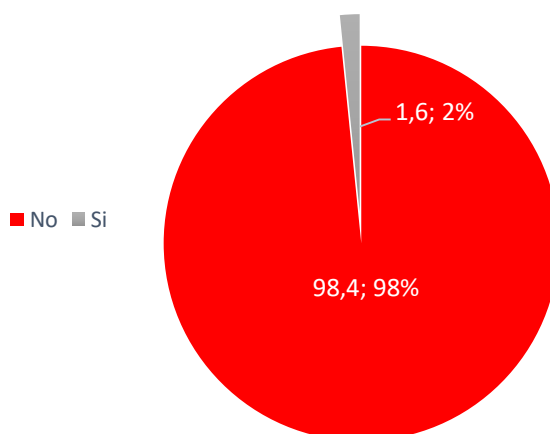
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

La violencia severa presenta algunos rasgos distintivos de acuerdo a las variables de corte analizadas:

- Se emplea en mayor proporción hacia los niños que hacia las niñas (3,6% y 1,3% respectivamente) siguiendo el patrón anotado anteriormente.
- Se emplea algo más en el interior del país que en Montevideo (2,9% y 2,0% respectivamente).
- Aunque no existen grandes diferencias en el uso de violencia física severa de acuerdo al nivel socioeconómico de los hogares, existe una cierta regularidad estadística de que a menor nivel de ingresos, se tiende a emplear más frecuentemente los métodos violentos extremos. Así, por ejemplo, en los hogares más pobres (primer tercil), los niños y niñas que fueron sometidos a violencia extrema fueron un 3,2%. En tanto en los hogares mejor posicionados, se registra un 1,9%.

Otro dato que surge de la encuesta tiene que ver con las creencias de las familias acerca del uso de la violencia. En Uruguay solo un 1,6% de los informantes creen que para criar o educar correctamente a un niño o niña, él o ella debe ser castigado físicamente.

Gráfico55. Porcentaje de informantes que creen que para criar o educar correctamente al niño o niña debe ser castigado físicamente. Uruguay 2018.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

II.7.4 Evolución del maltrato infantil entre 2013 y 2018

En el año 2013 UNICEF y el MIDES realizaron la Encuesta MICS que contenía como uno de sus módulos el estudio de las formas de disciplina infantil. Como se señaló anteriormente, la ENDIS 2018 empleó método similar, por lo tanto, es describir la evolución del fenómeno en los últimos cinco años.

Entre 2013 y 2018 se observa una disminución en el empleo de métodos violentos de disciplina en las familias, los que pasaron del 60,6% al 52,5%. Este descenso de ocho puntos porcentuales se registra tanto en la agresión psicológica, como en la violencia física. En tanto, la violencia física severa permaneció estable.

Cuando se analiza la evolución de indicadores entre períodos, una de las tareas que comúnmente se intenta realizar es la de interpretar a qué pudieron deberse los cambios. Sin embargo, este análisis y tipo de atribución hay que hacerlas con mucha cautela por varios aspectos. En primer lugar, porque si bien la ENDIS y la MICS utilizaron similares baterías de preguntas y métodos de cálculo y ambas fueron representativas de todo el país, tuvieron diseños muestrales diferentes²⁸. En segundo lugar, un aspecto que sobrevuela en general el análisis del cambio de los indicadores en el tiempo es la posible atribución de efectos a determinada política implementada en el período. En este sentido, este análisis no puede llegar a conclusiones de este tipo en la medida que no cuenta con diseños específicos para tal fin. Por último, en estudios donde la medición del fenómeno que se pretende conocer se asocia a la autodeclaración, los cambios que se pueden observar no están claros si responden a una modificación del fenómeno o a un cambio de la forma de contestar de quienes responden. Esta advertencia general se realiza a los efectos de poder contextualizar los resultados que se presentan en este apartado.

La interpretación de esta baja en la declaración de utilización de métodos violentos es compleja de interpretar no sólo por las diferentes metodologías sino porque la utilización de métodos “no violentos” se mantiene estable y continuo alcanzando a aproximadamente a 1 de cada 3 niños (32,6%). El menor maltrato observado entre 2013 y 2018, en un marco de estabilidad del uso de métodos más educativos (no violentos), significó que las familias pasaron en mayor medida a declarar que ante un mal comportamiento no aplican ninguno de los métodos contemplados en la encuesta. Esta categoría pasó de representar el 5,0% a 14,8%.

²⁸ La Encuesta MICS tuvo representación nacional y fue realizada por primera vez en Uruguay en 2013 para recabar información sobre hogares, mujeres de 15 a 49 años de edad y niños/as menores de 5 años. Entrevistó a 3.568 hogares de una muestra total de 4.484, a 2.753 mujeres de 15 a 49 años y a 1.599 madres/cuidadoras de niños menores de 5 años. La cantidad de niños y niñas de 2 a 4 años por los que informó la encuesta fue de 762. El diseño empleado fue estratificado, según los estratos socioeconómicos que utiliza el INE en la Encuesta Continua de Hogares para las localidades de más de 20.000 habitantes, polietápico con dos o tres etapas de selección según el número de habitantes de la localidad. Más detalles pueden consultarse en: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/MICS_Uruguay_web.pdf

Podría decirse en cierto sentido que las familias han aplicado menos métodos violentos, pero no lo sustituyen por alternativas positivas.

Tabla 33. Evolución del % de niños y niñas de 2 a 4 años que fueron sometidos a métodos violentos de disciplina en el último mes, por tipo de violencia. Año 2013 y 2018.

	MICS 2013	ENDIS 2018
Cualquier método violento de disciplina	60,6	52,5
Agresión psicológica	51,9	43,5
Violencia física	42,9	34,8
Severa	2,1	2,5
Solo métodos disciplinarios no violentos	34,3	32,6
Ninguno de los anteriores	5,0	14,8
Total	100	100
Sin dato (no se incluye en denominador)	0,1	4,8
Número de casos	762	2.599

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018 y MICS 2013.

II.7.5 Uruguay en el contexto regional

Para los cuatro indicadores principales mencionados anteriormente se realiza una comparación del maltrato infantil con los países de la región que aplicaron las Encuestas MICS. Este análisis permite ubicar a Uruguay en el contexto latinoamericano, aunque cabe mencionar que existen diferencias en los años en que se realizaron los relevamientos y en los grupos de edad considerados²⁹.

En términos generales Uruguay se ubica en una posición intermedia en la aplicación de métodos de violencia.

Así, por ejemplo, el 52,5% registrado para Uruguay se ubica próximo a las mediciones realizadas para Costa Rica y para El Salvador (56,2% y 57,2%) y muy por debajo de lo registrado en Argentina (72,9%) o México (64,9%).

En cuanto a las agresiones psicológicas, Uruguay también se ubica en una posición intermedia en el contexto latinoamericano, por debajo de Argentina, México y República Dominicana.

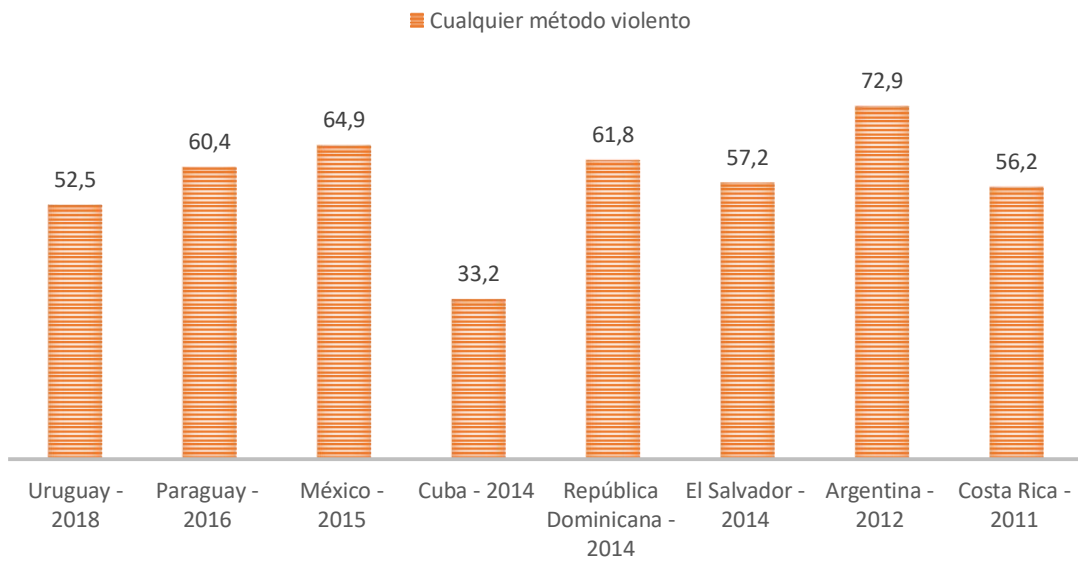
En la violencia física la posición de Uruguay es mejor en términos relativos, en la medida que tiende a ubicarse como el segundo país con menos empleo de métodos de violencia física, solo superado Cuba (29,4%). En cuanto a la violencia física extrema, todos los países con la excepción

²⁹Uruguay, Argentina y Costa Rica presentan sus mediciones entre los 2 y 4 años de edad. El resto de los países entre los 1 y 4 años. En todos estos países cuanto menor es la edad, menor es el uso de la violencia física, por tanto, cabe esperar que en estos países de restringir el análisis para los 2 a 4 años, las estimaciones serían algo mayores.

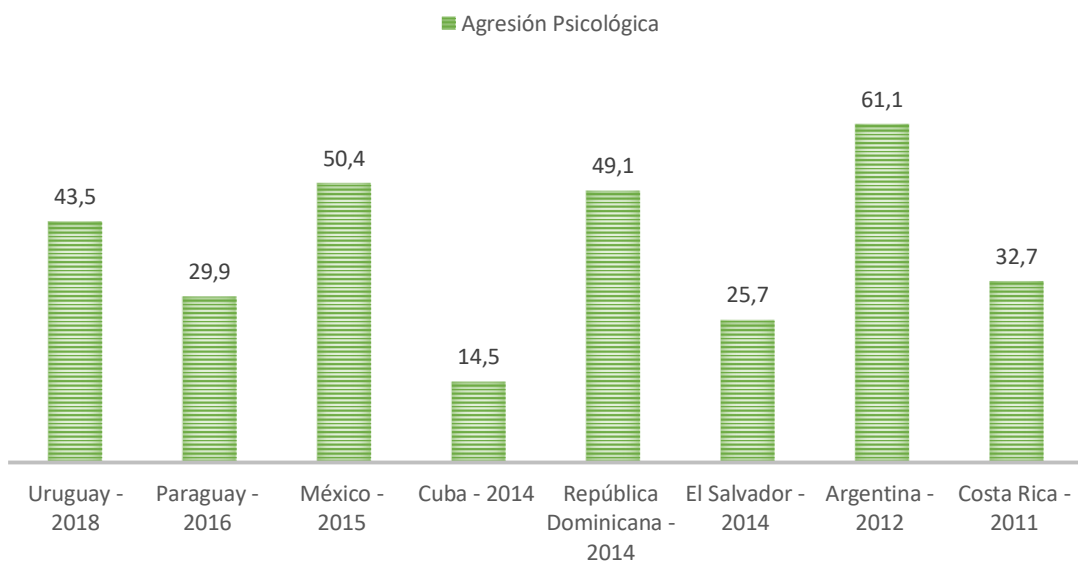
de Argentina (cuya medición se destaca por lo alta) se encuentran con un fenómeno de baja prevalencia que oscila entre un mínimo de 1,1% y un máximo de 3,7%.

Gráfico56. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años* que fueron sometidos a cualquier método de disciplina violenta, a agresión psicológica, a violencia física y a violencia física severa según países seleccionados.

CUALQUIER MÉTODO VIOLENTO

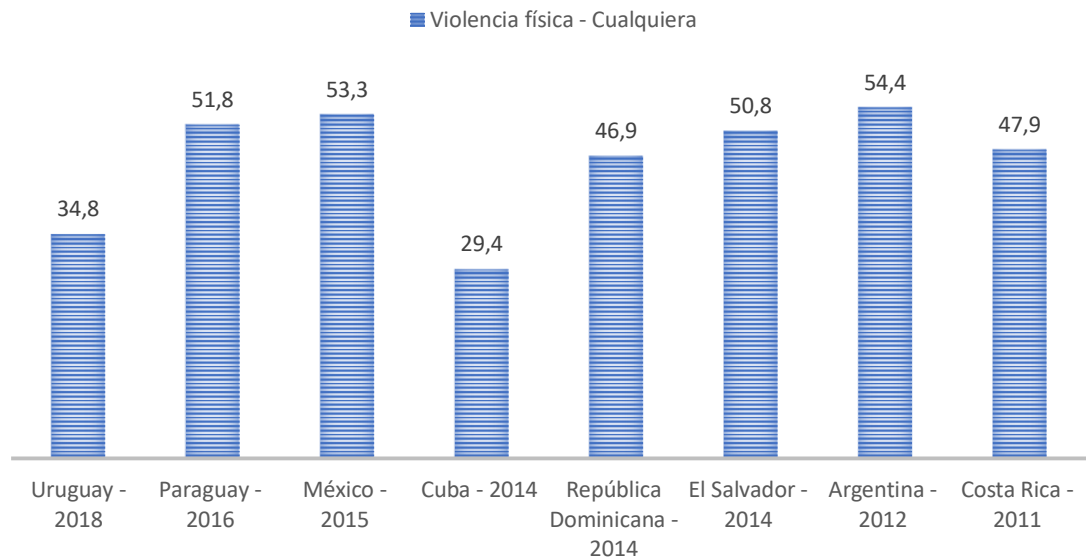


AGRESIÓN PSICOLÓGICA

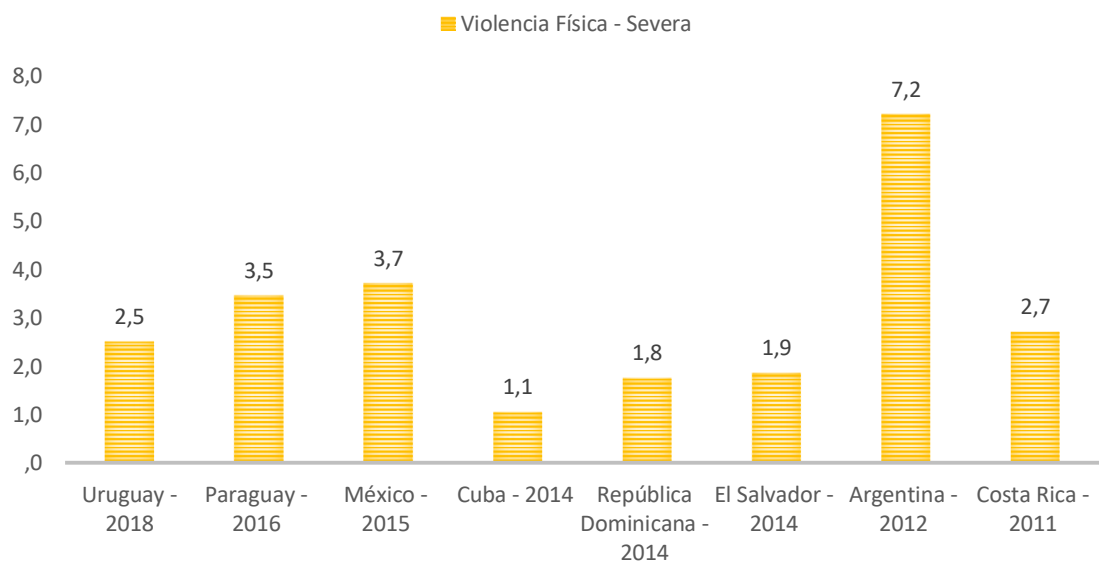




VIOLENCIA FÍSICA - CUALQUIERA



VIOLENCIA FÍSICA SEVERA



*Uruguay, Argentina y Costa Rica presentan sus mediciones entre los 2 y 4 años de edad. El resto de los países entre los 1 y 4 años.
Fuente: Endis y MICS.



B. Niños y niñas



11.8 Aspectos relacionados con la Salud Infantil

Por MSP: Gabriela Amaya

Por UCC: Christian Berón

Recibir atención a tiempo, de buena calidad y periódica, es clave para la salud del niño, favoreciendo la disminución de la mortalidad infantil. Uruguay desde hace más de 20 años presenta una tendencia descendente de la mortalidad infantil (MI) con pequeñas fluctuaciones interanuales. Esto posiciona en una situación de privilegio si se lo compara con los países de Sudamérica y del conjunto de regiones que integran el mundo no desarrollado.

El descenso ha llegado a cifras muy bajas y estables, en todos sus componentes, de igual manera que en algunos países desarrollados con similares características demográficas. La mortalidad neonatal, precoz (menor a 7 días) y tardía (de 8 a 28 días), está más relacionada con causas endógenas, como enfermedades congénitas y afecciones, vinculadas al período perinatal (problemas vinculados al parto y enfermedades del recién nacido). Las estrategias para continuar su descenso están relacionadas con el adecuado control del embarazo en cantidad y calidad, el parto institucionalizado y realizado por personal calificado, y los adecuados cuidados neonatales.

La mortalidad postneonatal (de 29 a 364 días) está más relacionada con causas exógenas como infecciones respiratorias, diarrea, síndrome de muerte súbita del lactante, entre otras. Estas se asocian, en muchos casos, a factores socioeconómicos y culturales, pasibles de reducción a partir de políticas públicas integradas e intersectoriales. Entre las causas de muerte de los niños de 1 a 4 años se destacan las lesiones no intencionales o siniestros, fundamentalmente los ahogamientos y los relacionados con el tránsito³⁰.

En el marco de la reforma de la salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud se instrumentaron y ampliaron las prestaciones para un importante sector de las mujeres embarazadas y de la población infantil. Acceso a nuevas vacunas, promoción del control de salud de la niñez, nuevo carné pediátrico, ampliación del programa Nacional de Pesquisa Neonatal, puesta en marcha de la pesquisa de Desarrollo Infantil en base a la Guía de Vigilancia del Desarrollo, son ejemplos de ello.

Lograr la cobertura universal de salud significa garantizar que todas las personas reciban los servicios de salud esenciales que necesitan sin estar expuestas a dificultades financieras como resultado. Dichos servicios incluyen servicios de salud para promover la salud y prevenir enfermedades, y para proporcionar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de calidad suficiente para ser efectivos. El Objetivo 3.8 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)

³⁰Informe de Mortalidad MSP. Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública

compromete a todos los países a trabajar para lograr la cobertura universal de salud garantizando el acceso de todos a servicios esenciales de atención médica de calidad y a medicamentos y vacunas seguros, efectivos y asequibles.

Esta sección aborda el uso de servicios de salud, asistencia a controles preventivos recomendados y obligatorios, morbilidad asociada a siniestralidad. También se aborda el consumo de suplementos de hierro y vitamina D.

Resultados

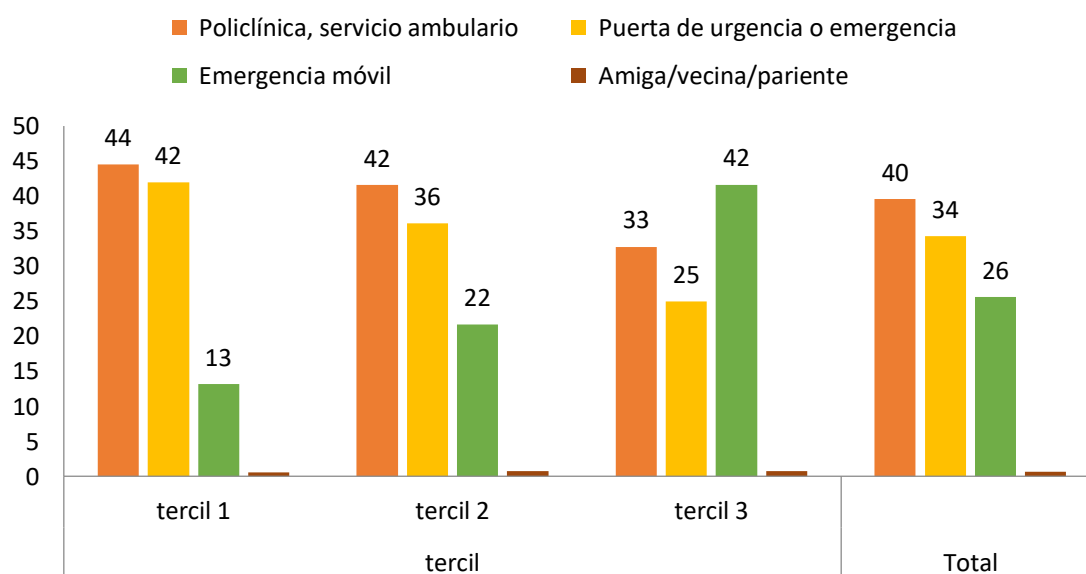
A) Uso de los servicios de salud ante consultas por patologías

El 38% de los niños ha estado enfermo en las últimas semanas, no se encontraron diferencias importantes entre Montevideo (37%) e Interior (39%), dentro del grupo que estuvieron enfermos el 80% buscó consejo o tratamiento, sin diferencias por tercil de ingresos, siendo más común en Montevideo que en el Interior 83% y 78% respectivamente. La búsqueda de tratamiento fue más frecuente entre los menores de 6 meses, alcanzando el 91% de los casos.

La búsqueda de tratamiento se realizó en Policlínica o servicio ambulatorio en el 38% de los casos, en puerta de urgencia o emergencia en el 34%, y la emergencia móvil fue consultada en el 25%, en este último caso Montevideo duplica las consultas respecto del Interior.

Al analizar el comportamiento por nivel de ingresos, en los terciles más pobres predomina la consulta en policlínico y puerta de urgencia, en el tercil 3 de mayores ingresos predomina la consulta con la emergencia móvil. (Gráfico57).

Gráfico57. Lugar de tratamiento según nivel de ingreso.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al consultar sobre si consideraba que la situación era una urgencia o emergencia, el 47% consideró que lo era, predominando en los menores de 1 año, en los hogares de menores ingresos y en el interior del país.

Tabla 34. Percepción de gravedad según edad del niño, nivel de ingreso y región

Considera que la situación era de emergencia	Edad de los niños				Tercil de ingreso			Región		Total
	< 1 año	2 años	3 años	4 años	T1	T2	T3	Mdeo	Interior	
SI	54%	47%	49%	45%	55%	47%	40%	42%	51%	47%
NO	46%	53%	51%	55%	45%	53%	59%	57%	49%	53%
Total	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En los casos que consideraron que la situación no era una urgencia, pero consultaron en los servicios de urgencia o emergencia, se preguntó la causa de consulta en un nivel de atención no adecuado. Se identificó como principal motivo la accesibilidad al primer nivel de atención en el 7% de los casos.

B) Morbilidad por lesiones no intencionales

Las lesiones no intencionales o siniestros, anteriormente llamados accidentes, son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los niños. El informe Mundial sobre la prevención de lesiones en niños de la OMS y UNICEF, destaca que las lesiones y la violencia son una de las principales causas de muerte infantil en todo el mundo, y provocan cada año cerca de 950.000 defunciones en niños y jóvenes menores de 18 años. Cada hora mueren más de 100 niños (OMS, 2012).

En nuestro país, la principal causa de muerte por lesiones no intencionales en niños de 1 a 5 años son los ahogamientos, seguidos por los siniestros de tránsito³¹. El aporte de las lesiones no intencionales a la mortalidad en la infancia está bien documentado, no obstante, los datos sobre morbilidad y secuelas no son registrados de forma sistemática.

³¹ Las cifras son públicas y se pueden visitar en la página del MSP- estadísticas vitales. También en informe de mortalidad infantil del MSP.

Tipos de lesiones, morbilidad y secuelas

Respecto de los accidentes, en esta cohorte 2018 de la ENDIS se encontró que el más común es la caída dándose en el 12% de los casos, seguido de la quemadura en el 3%. Ambos accidentes fueron los más frecuentes también en la cohorte 2013.

Por otra parte, se observa que el 16% de niños y niñas han tenido algún accidente. Las lesiones no intencionales fueron más frecuentes en los niños del tercil más pobre y del interior del país. Aquellos niños y niñas que requirieron internación como consecuencia del accidente o que recibieron cirugía no llegan al 1% del total.

Tabla 35. Porcentaje de niños que tuvieron al menos un accidente, estuvieron internados o requirieron cirugía en los últimos 12 meses según tercil de ingresos y región

Niños que en los últimos 12 meses	Tercil de ingreso			Región		Total
	T1	T2	T3	Mdeo.	Interior	
Tuvieron al menos un accidente	18%	15%	14%	13%	18%	16%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

C) Cumplimiento de las recomendaciones de suplementación con hierro y vitamina D

La prevención de la deficiencia de hierro y la consecuente anemia, así como del raquitismo, son actividades recomendadas por el MSP. Existe suficiente evidencia para sustentar la indicación de la suplementación con hierro y vitamina D, para la prevención de la anemia y el raquitismo respectivamente, junto con otras actividades preventivas, como la promoción de la lactancia materna, la incorporación adecuada de alimentación complementaria, con alimentos que tengan buena biodisponibilidad de hierro, entre otros (Bryce, 2008) y (Durán, 2007).

Pesquisa de anemia mediante hemoglobina capilar

La determinación de hemoglobina en sangre capilar es un método adecuado de screening, que permite una aproximación diagnóstica inmediata, de fácil realización en los consultorios de primer nivel de atención. Está indicada su realización a los 8 meses de edad, principalmente en los niños con factores de riesgo de anemia, con sospecha de incumplimiento de la suplementación medicamentosa con hierro, con alimentación inadecuada que favorezca el desarrollo de anemia, o con alteraciones en el examen físico (palidez cutáneo-mucosa, palidez palmar) (MSP,2018).

El 47% de los niños y niñas refieren que le realizaron extracción de sangre o le pincharon el dedo para evaluar si presentaba anemia. De estos, el 23% refiere que le diagnosticaron anemia dado que el resultado fue positivo, siendo mayor en el tercil de menores ingresos (32%) y en el interior del país (25%).

Este dato es inferior al documentado por la Encuesta Nacional de Estado Nutricional, Prácticas de Alimentación y Anemia, (UNICEF, 2011) donde la prevalencia de anemia (hemoglobina < 11 g/dl) fue de 31,5%; aunque mayor que la primera edición donde el 8,9% de los niños había sido diagnosticado alguna vez con anemia (GEF, 2013).

Tabla 36. Resultados del screening de anemia según por de ingresos y región

Screening de Anemia	Tercil de ingreso			Región		Total
	T1	T2	T3	Mdeo	Interior	
Resultado positivo	32%	21%	15%	20%	25%	23%
Resultado negativo	68%	78%	85%	79%	74%	77%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

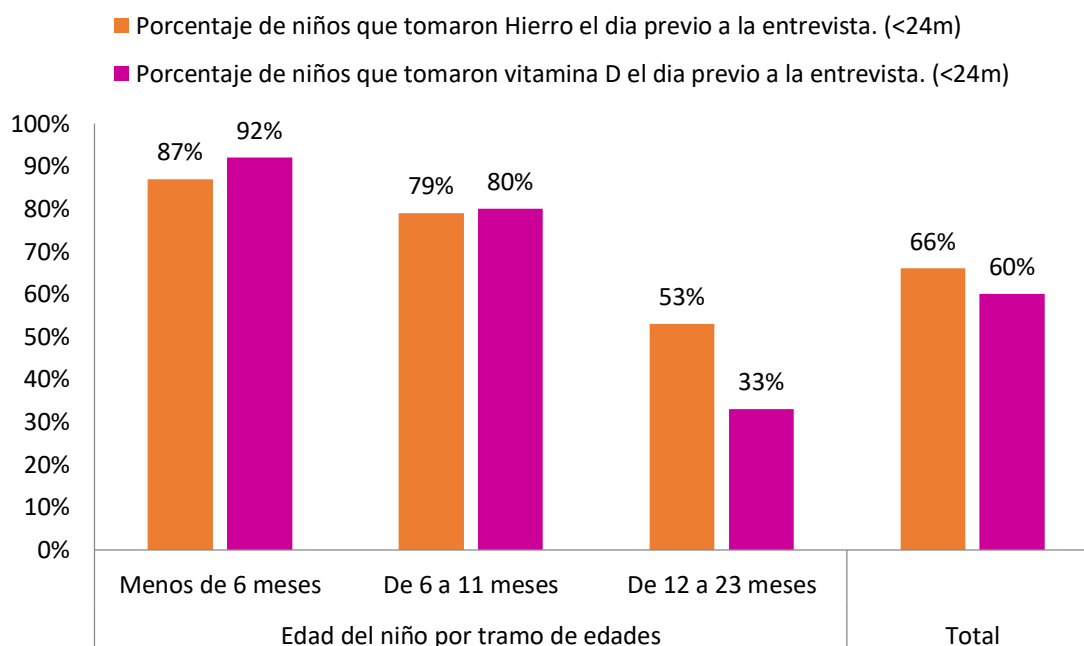
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

El 85% del total de los niños ha tomado suplemento de hierro en algún momento de su vida, con un comportamiento similar por ingresos y región. El 90% de los niños han tomado suplemento de vitamina D, este resultado es similares si se observa por región, pero siendo más común en el tercil de mayores ingresos (95%) con relación a sus pares de menores ingresos (87%).

Niños y niñas menores de 24 meses

En los niños menores de 24 meses se indagó específicamente acerca del consumo de Hierro y Vitamina D el día previo a la entrevista. Se encontró que el Hierro había sido consumido por el 66% de los niños y que dicho consumo alcanzaba 87% en los menores de 6 meses, cayendo hasta 53% en niños de entre 12 y 24 meses. Respecto de la Vitamina D fue consumida en el 60% de los casos, en los menores de 6 meses representó al 92%, entre 6 meses y un año fue de 80%.

Gráfico58. Consumo de Hierro y Vitamina D en menores de 24 meses.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

D) Asistencia a controles preventivos de salud bucal y visual, recomendados y obligatorios en mayores de 36 meses

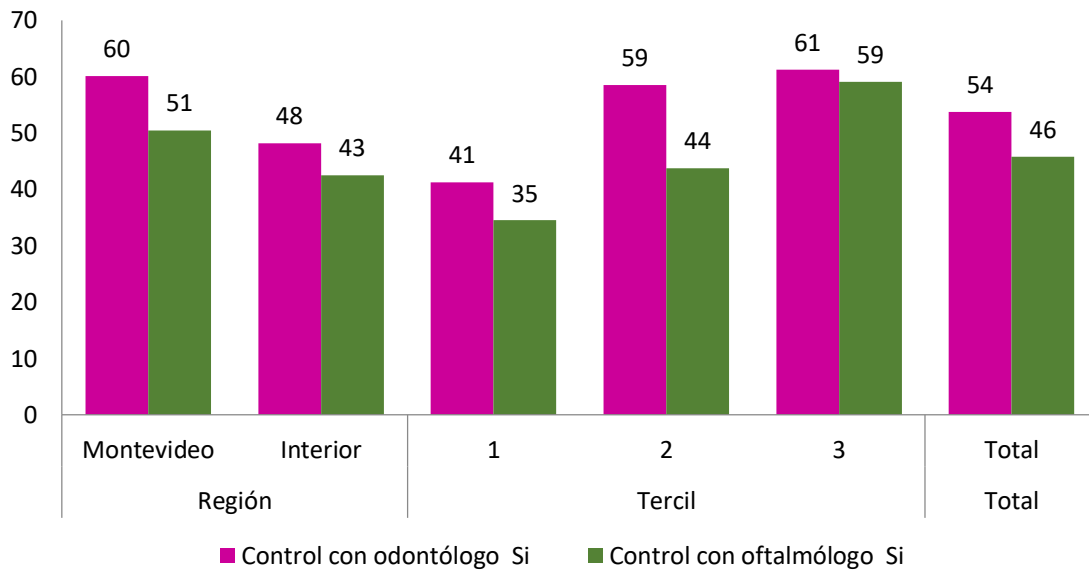
El Ministerio de Salud estableció las pautas de control de los menores de 12 años, tanto en términos de frecuencia, como en su contenido. El énfasis de la supervisión de salud debe estar puesto en las actividades preventivas. Es así que, entre los controles obligatorios incluidos en las metas asistenciales, se encuentran el control odontológico y oftalmológico a partir de los 3 años de vida. (MSP, Meta 1- 2019/2021)³².

El control odontológico fue realizado por el 54% de los niños, dentro de los niños que residen en Montevideo dicho control fue realizado en el 60% de los casos, mientras que en el interior se reduce a 48%. Así mismo fue más frecuente dentro del tercer tercil de ingresos, donde supero el 60% de los casos. En la cohorte 2013 (GEF, 2015) el 38% de los niños había recibido dicho control.

El control con oftalmólogo fue realizado en menos de la mitad de los niños/as (46%) siendo más frecuente en Montevideo que en el interior. (Gráfico59).

³² Ver Metas del MSP, Meta asistencial 1: Niño, niña y mujer. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/meta-1-instructivos>

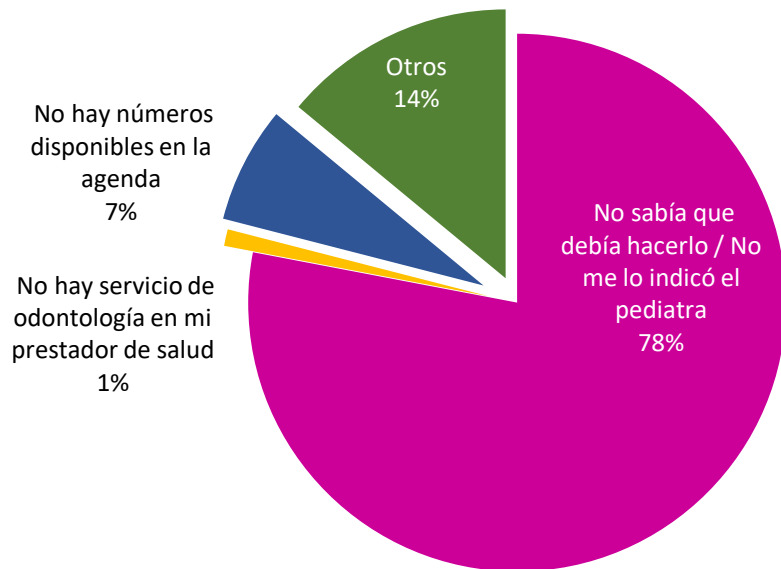
Gráfico 59. Control odontológico y oftalmológico por nivel de ingreso y región.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

De los niños que no tuvieron el control odontológico (el 46%), al consultar el motivo por el cual no lo realizaron el 78% respondió que no sabía que debía hacerlo/no se lo indicó el pediatra.

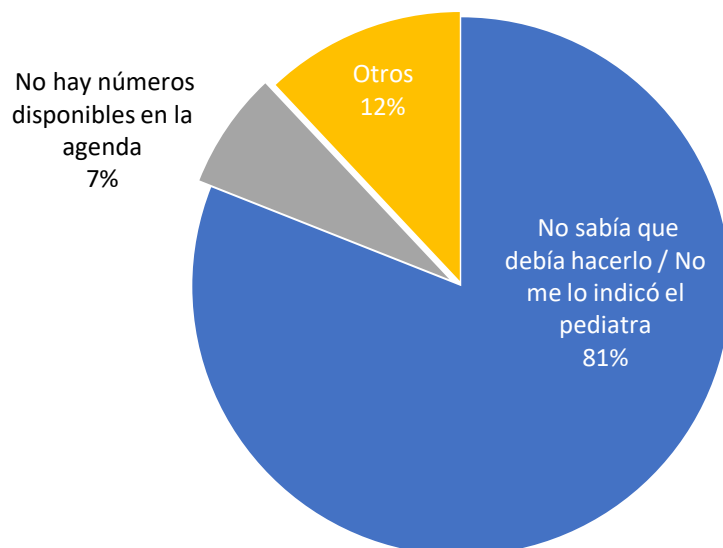
Gráfico 60. Motivos de no concurrencia al control odontológico obligatorio



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al igual que los controles con odontólogo, la causa más frecuente de no realización del control oftalmológico fue la “no indicación por el pediatra/no sabía que debía hacerlo” en más del 80% de los casos.

Gráfico61.Motivos de no concurrencia al control oftalmológico obligatorio



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

D) Consultas con especialistas

Respecto de las consultas con especialista, las más frecuentes fueron otorrinolaringología y neuropediatra 20 % y 17% respectivamente. La consulta con psicólogo alcanzó el 6% y psiquiatra el 3%. Finalmente, la atención con nutricionista se dio en el 5% de los casos, marcando un descenso con lo sucedido en la cohorte 2013 donde el 11% de los niños recibían orientación nutricional.


E) Inmunizaciones

La incorporación de nuevas vacunas gratuitas al Programa Ampliado de Inmunizaciones³³ ha permitido acompañar el cambio epidemiológico hacia la disminución de las enfermedades infecciosas transmisibles. Esto ha posicionado a Uruguay como uno de los países con los mejores planes de inmunización de América Latina y con altas tasas de cobertura vacunal³⁴.

³³ El Programa Ampliado de Inmunizaciones es una designación oficial de los PAI de todos los países – esto es mundial-. En nuestro país el PAI tiene un componente rector en el MSP- el Programa Nacional de vacunaciones, y un componente operativo en la CHLA-EP. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/vacunas>

³⁴ Ver en boletines epidemiológicos de la OPS/OMS.

http://ais.paho.org/imm/IM_ADM2_COVERAGE-MAPS%20-SouthAmerica.asp



Aun así, las reticencias o vacilación en la vacunación es un desafío creciente para los programas de inmunizaciones.

Las personas que retrasan o rechazan la vacunación para sí mismas o para sus hijos representan un desafío creciente para los países que buscan cerrar las brechas en materia de inmunización. Según la OMS, uno de cada cinco niños en el mundo aún no recibe las inmunizaciones vitales periódicas y alrededor de 1,5 millones de niños mueren cada año de enfermedades que podrían prevenirse con vacunas que ya existen³⁵.

La reticencia a la vacunación se define como la tardanza en aceptar vacunas seguras o el rechazo a dichas vacunas pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. Se trata de una cuestión compleja que depende del contexto específico, así como del momento, el lugar y la vacuna. Además, inciden factores como la desinformación, la complacencia, la comodidad y la confianza (OMS, 2015)³⁶.

En esta cohorte 2018, se indagó sobre las creencias respecto a las vacunas, en términos de importancia, confianza en las políticas sanitarias y el equipo de salud, y seguridad. Se utilizó una escala del 1 al 5, donde 1 es muy desacuerdo y 5 muy de acuerdo.

En la consulta referida a la importancia de las vacunas y sus beneficios, el promedio nacional fue un puntaje de 4,8 lo que muestra el acuerdo general de la importancia de la vacunación en niñas y niños.

Asimismo, se considera confiable la información oficial del MSP y la recomendación del equipo de salud. No obstante, al preguntar por la preocupación sobre los posibles efectos adversos, el puntaje promedio es 3,06 en la escala, con menor promedio en el tercil de mayores ingresos (2.82).

³⁵ Ver Plan de acción mundial sobre vacunas 2011–2020 de Organización Mundial de la Salud; 1. Programas de inmunización, 2. Vacunas – provisión y distribución, 3. Promoción de la salud, 4. Investigación, 5. Programas nacionales de salud. ISBN 978 92 4 350498 8 (Clasificación NLM: WA 115)

³⁶ Ver Comunicado de prensa OMS en <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>

Tabla 37. Promedio de las respuestas a las creencias según tercil de ingresos, siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo

	Promedio según Tercil de ingreso			Promedio nacional
	T1	T2	T3	
Las vacunas son importantes para los niños y niñas	4,82	4,76	4,81	4,80
Las vacunas obligatorias que propone el Ministerio de Salud son beneficiosas	4,59	4,60	4,67	4,62
Me preocupan los posibles eventos adversos de las vacunas	3,27	3,08	2,82	3,06
La información oficial del Ministerio de Salud sobre vacunas es confiable	4,22	4,11	4,04	4,12
Vacuno a mi hijo/a si me lo recomienda el equipo de salud	4,36	4,49	4,54	4,46

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018



II.9 Lactancia y prácticas de alimentación

Por la División de Gestión del Conocimiento en Primera Infancia (UCC-MIDES):
Christian Berón, Florencia Köncke, Nathalia Martínez, Valentina Guillermo

II.9.1 Lactancia

II.9.1.1 Niños de 0 a 2 años

La adecuada nutrición, la salud y el crecimiento y desarrollo se ven favorecidos por la lactancia materna. En el Uruguay existe la Norma Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud que tiene como finalidad "Contribuir a mejorar las condiciones de salud, nutrición y desarrollo de todos los niños y niñas uruguayos, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño y con base en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud, mediante la Protección, Promoción y Apoyo de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años o más hasta que la mamá y el bebé lo deseen, junto a una alimentación complementaria saludable." (MSP, Norma Nacional de Lactancia Materna, 2017)

La lactancia materna, protegida y promocionada por dicha norma, ha sido identificada como una de las intervenciones de prevención más eficaces para reducir la mortalidad infantil, así como favorecer la salud materna y el espaciamiento de los embarazos. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida y lo protege contra enfermedades comunes en la niñez (diarrea, neumonía, entre otras). Pero los beneficios también son a largo plazo ya que los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos chances de padecer sobrepeso u obesidad, a la vez que presentan mejores desempeños en test de inteligencia y una mayor concurrencia a centros educativos. También la lactancia se vincula a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la disminución de los costos en salud debido a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países. (OMS, 2019).

La práctica de lactancia materna en los niños menores de 2 años se evaluó a través de los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). También se analizó esta práctica considerando el tipo de alimentación al momento del alta hospitalaria, motivos del abandono de la lactancia exclusiva y del destete. Para algunos indicadores o variables se realizó un análisis por región (Montevideo vs resto del país), por tercil de ingresos y por tramo etario.

Los indicadores establecidos por la OMS y utilizados en el presente análisis fueron: inicio temprano de la lactancia materna (niños amamantados dentro del plazo de una hora desde su nacimiento), lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (niños alimentados únicamente

con lactancia materna), lactancia materna continua al año de vida (niños de 12 a 15 meses que fueron amamantados durante el día anterior), niños que fueron amamantados alguna vez (niños que alguna vez recibieron lactancia materna) y lactancia materna continua a los 2 años (niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior).

El 100% de los niños menores de 2 años fue amamantado alguna vez, resultado levemente mayor al encontrado en la primera ronda de la ENDIS (97%) ((GEF), 2014). Sin embargo, el 37% no fue amamantado dentro de la primera hora de vida. El momento en el cual se inicia la lactancia es crucial, si es temprano, permite que el recién nacido reciba el calostro (primera leche que sale) el cual contiene factores protectores (OMS, 2019). Por el contrario, aquellos niños que no reciben leche materna dentro de la primera hora de vida corren un riesgo mayor de presentar infecciones (Unicef - OMS, 2018).

La práctica que promueve el inicio temprano de la lactancia materna y por tanto su continuidad de forma exclusiva entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la misma, es el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento (OMS, 2019).

La encuesta muestra que el 63% de los niños de 0 a 2 años comenzó a ser amamantado dentro de la primera hora posterior a su nacimiento, mientras que el 19% lo hicieron entre 1 y 3 horas posteriores, el restante (18%) lo hizo luego de las 3 horas.

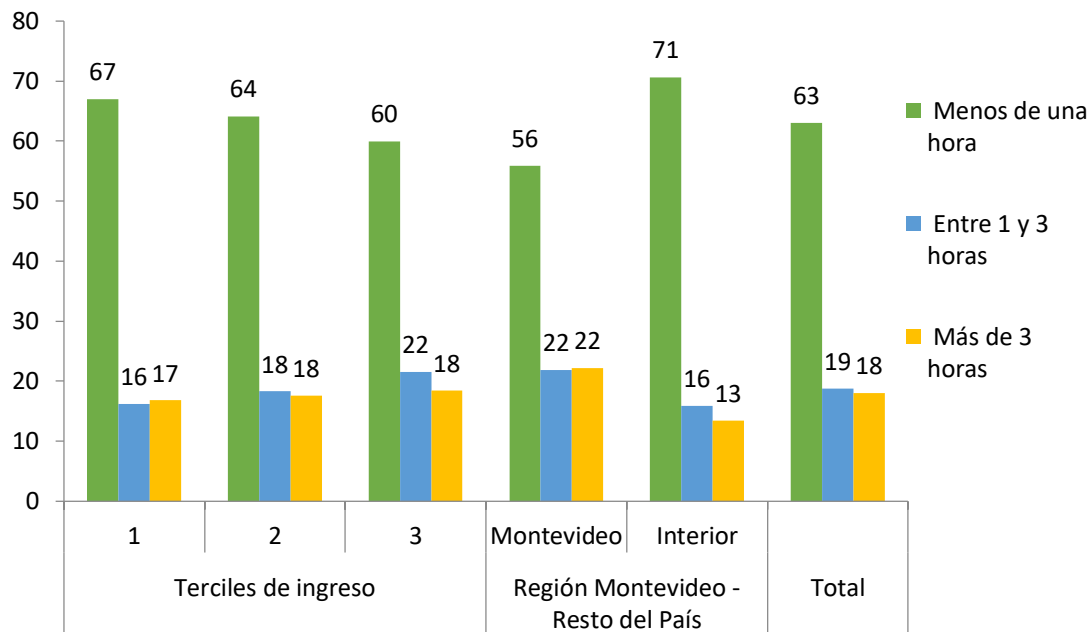
Tabla 38. Inicio temprano de la lactancia.

Inicio temprano de la lactancia	
Tiempo transcurrido desde el nacimiento	% de niño/as amamantados
Menos de una hora	63
Entre 1 y 3 horas	19
Más de 3 horas	18
Total	100

Fuente: Elaboración UCC en base a datos ENDIS Nueva Edición

Se observa en este grupo de niños que el inicio temprano de la lactancia disminuye a medida que aumenta el tercil de ingresos, pasando de 67% en el primer tercil a 60% en el tercer tercil. Al comparar Montevideo con el interior, se halló que el inicio temprano fue menor en la capital (56%) respecto del resto del país (71%). (Gráfico 62)

Gráfico 62. Inicio temprano de la Lactancia según tercil y región³⁷.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

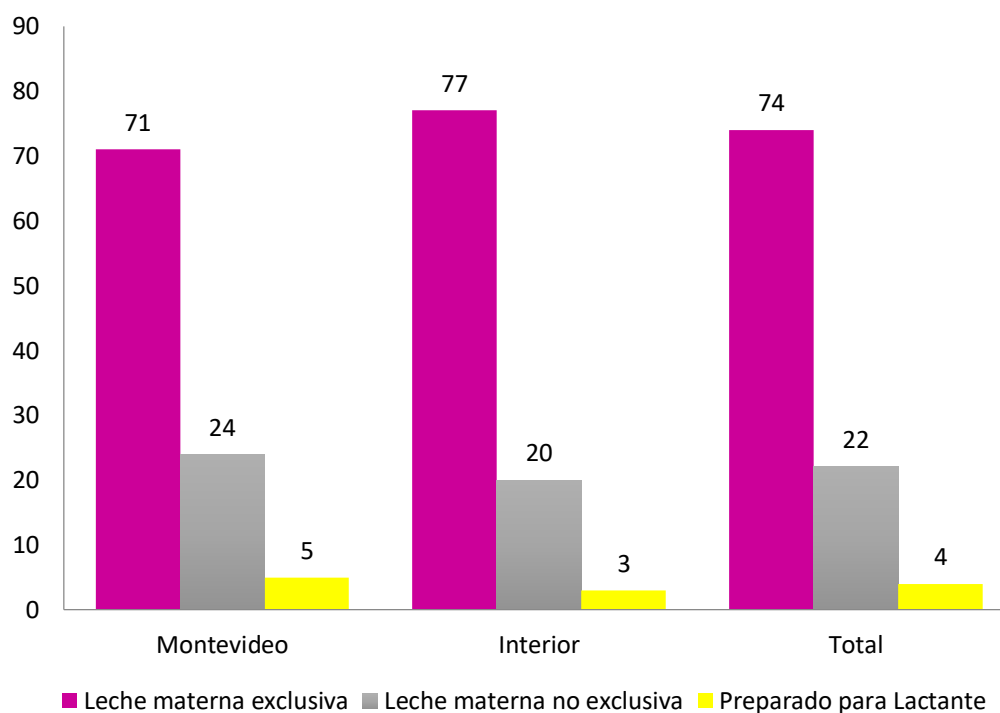
De acuerdo a los Objetivos Sanitarios Nacionales la lactancia materna es el mejor alimento que puede recibir un niño/a desde el comienzo de su vida. A pesar de que la misma está amparada en la Norma Nacional aún persisten ciertas prácticas alimentarias, como la alimentación al alta del niño/a que revelan que se debe continuar trabajando en la promoción, protección y apoyo a la lactancia.

Además, según la norma, existen pocas situaciones donde está contraindicada la lactancia materna y el lactante requiere, bajo indicación médica, de preparados para lactantes. (MSP, 2017).

Al momento del alta hospitalaria, el 74% de los niños/as se encontraba con lactancia exclusiva (directa o en otras formas de administración), el 22% con lactancia materna no exclusiva (leche materna y además líquidos o preparados para lactantes) y el 4% solo con preparados para lactantes. Se encontraron diferencia por región, la lactancia exclusiva al alta fue 6% mayor en el interior que en Montevideo (77% y 71% respectivamente).

³⁷Para comparar con la primera ronda 2013 se usó la información disponible en el informe del Grupo de Estudios de Familia, Salud, Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia en Uruguay (2015)

Gráfico 63. Tipo de alimentación al alta según región.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y acompañada de una adecuada alimentación luego es una práctica apoyada y recomendada por organismos internacionales y nacionales dado los comprobados beneficios de la misma tanto para el bebé como para la mujer que amamanta. La lactancia exclusiva en esta encuesta se evaluó como aquellos lactantes de 0 a 5 meses que recibieron solamente leche materna el día anterior a la entrevista, sobre el total de niños/as de 0 a 5 meses³⁸.

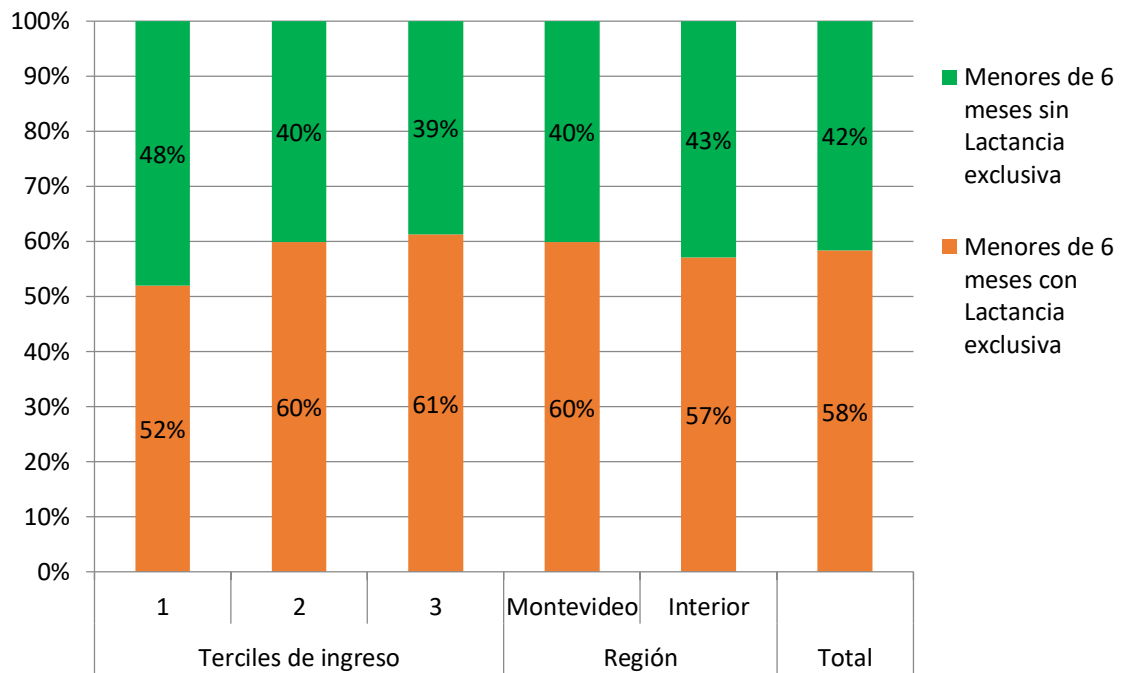
Según este indicador el 58% de los niños/as se encontraba alimentado con lactancia materna exclusiva. Se identificaron diferencias por tercil de ingresos, en el primer tercil disminuyó al 52%, mientras que en el tercer tercil aumentó respecto a la media y fue de 61%.

Por región se encuentra que la práctica de lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses es más frecuente en Montevideo que en el interior (Gráfico65).

³⁸Este indicador incluye la lactancia materna directa, así como también la leche materna extraída.



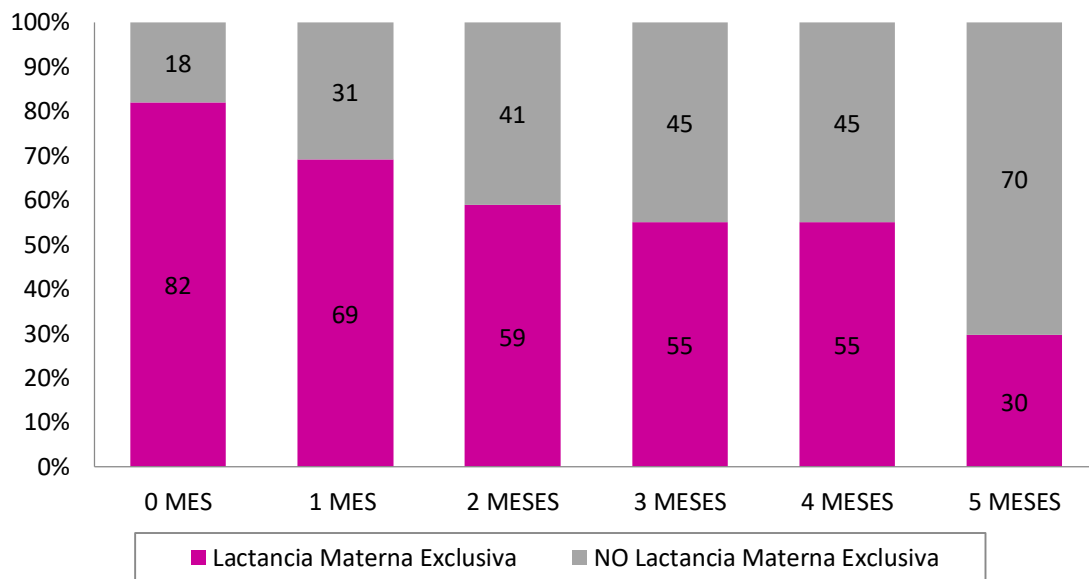
Gráfico64. Lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses según tercil de ingreso y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En los menores de 6 meses la lactancia materna exclusiva es una práctica que desciende progresivamente a medida que aumenta la edad del niño/a. Durante el primer mes de vida (mes 0) se da en 8 de cada 10 casos, y al sexto mes de vida (mes 5) se da en 3 de cada 10 casos (Gráfico65).

Gráfico65. Distribución porcentual de los niños que practican lactancia materna exclusiva y los que no, según edad en meses.



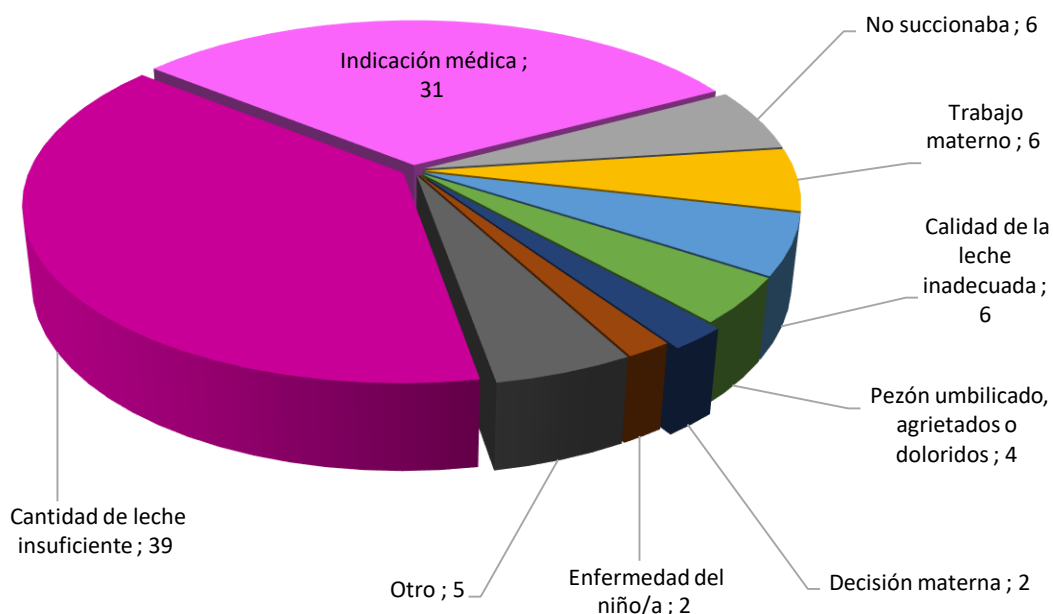
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Conocer los motivos por los cuales se abandona la lactancia materna exclusiva o nunca se ha practicado antes de los 6 meses del niño puede contribuir a orientar las acciones y decidir en qué aspectos hay que trabajar para que el niño solo se alimente con lactancia hasta los 6 meses.

La encuesta indica, según relato de la madre, que en relación a los motivos para el abandono de la lactancia exclusiva o no haberla practicado nunca, que el primero fue la cantidad de leche insuficiente 39%, el segundo la indicación médica 31%, el tercer lugar es compartido por trabajo materno, el niño no succionaba y calidad de la leche inadecuada 6% (Gráfico66).

Sería enriquecedor continuar indagando en estos motivos, bajo otras líneas de investigación, para esclarecer aquellas causas que están detrás de cada uno, en especial en los primeros dos motivos.

Gráfico66. Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 6 meses.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

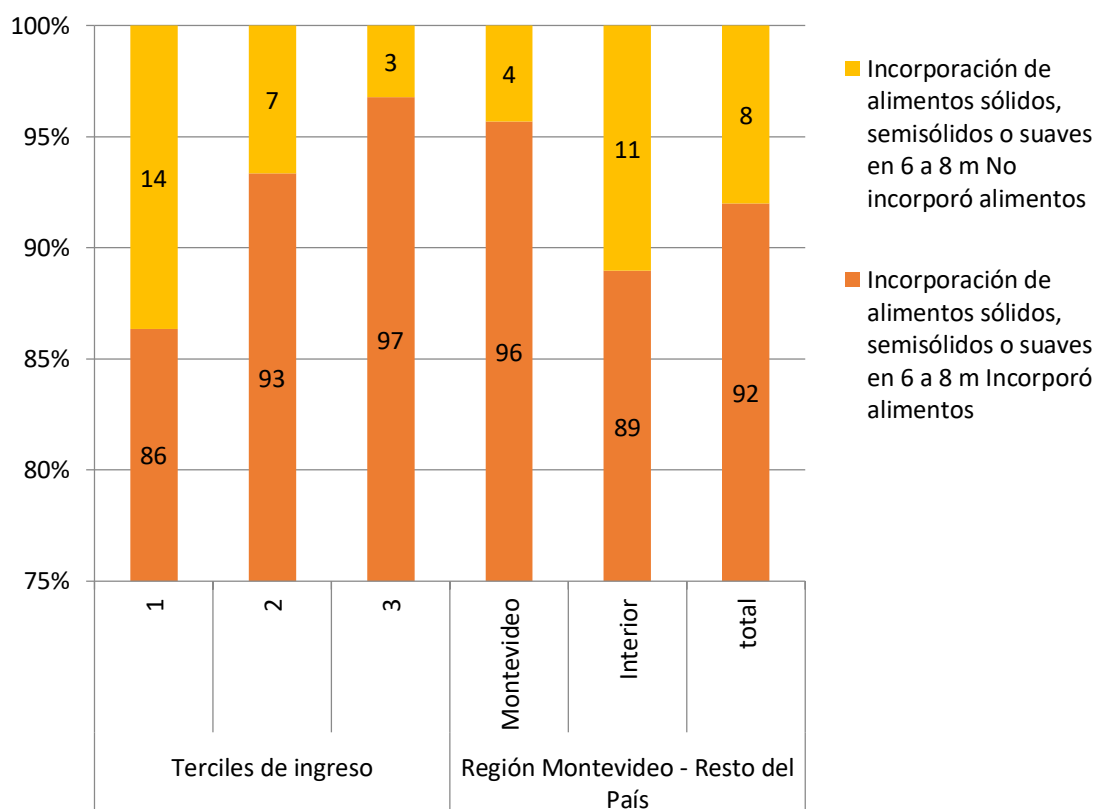
Otro aspecto que se evalúa son las razones por las cuales el niño menor de 6 meses dejó de recibir lactancia materna (destete completo). Las razones más frecuentes para el destete completo, fueron cantidad de leche insuficiente (52%), calidad de la leche inadecuada (11%), pezón umbilicado, agrietado o dolorido y decisión materna (8%), y no succionaba (6%).

En concordancia con la recomendación de la OMS, se estudió la lactancia materna continua, definida como la proporción de niños de 12 a 15 meses que estaban siendo amamantados al momento de la entrevista. Este guarismo corresponde al 56% de los casos.

La introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves refiere a la proporción de lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron dichos alimentos el día anterior a la encuesta.

El 92 % de los niños de 6 a 8 meses han introducido alimentos, quedando un 8% de los niños en este tramo etario que no han realizado incorporación aún. La incorporación en estas edades es más frecuente en el tercil de mayores ingresos (97%) en comparación al tercil más pobre (86%). A su vez es más frecuente en Montevideo (96%) que en el resto del país (89%). (Gráfico67)

Gráfico67. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves entre los 6 a 8 meses del niño/a.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Leche más consumida en menores de 6 meses sin lactancia exclusiva

Para los menores de 6 meses que no mantienen lactancia materna exclusiva se indagó el consumo de otras leches o preparados para lactantes, se encontró que el 66.1% de los casos la leche materna continúa siendo la más ingerida, representando al 71% de los niños de Montevideo y al 62.2% en el interior. Los preparados para lactantes son el segundo alimento que se consume en este grupo alcanzando al 27% de los niños (Montevideo 22.9%, interior 30.3%), y el tercer lugar es ocupado por la leche de vaca fluida con el 6.1% de los casos, siendo más común su consumo en el interior (8%) que en Montevideo (4%).

II.9.2 Alimentación de los niños y niñas

La Convención sobre los derechos del niño, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y la necesidad de adoptar medidas apropiadas para combatir las enfermedades y la malnutrición, mediante, entre otras cosas, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable.

Existe suficiente evidencia científica de la influencia de la nutrición durante los primeros años sobre la expresión de determinadas enfermedades crónicas más adelante en la vida, como la obesidad, la diabetes Tipo 2 y la resistencia a la insulina.

Los dos primeros años constituyen un período crítico ya que se establecen los hábitos alimentarios de los niños los cuales contribuirán o no, entre otros factores, a que disminuya la tendencia y la vulnerabilidad creciente de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles asociadas.

Por tanto, un niño/a a esta edad debe tener una alimentación adecuada en cantidad (suficiente energía según sus requerimientos) así como en calidad (variedad de nutrientes adecuados a sus necesidades y una adecuada distribución de macronutrientes con relación a la energía).

II.9.2.1 Alimentación de los niños/as de 6 a 23 meses

Para analizar la alimentación de los niños y niñas se trabajó por separado según grupo etario, por una parte, se analizó el grupo de niños/as de 6 a 23 meses.

Para describir la alimentación de los niños/as de 6 a 23 meses la OMS recomienda la utilización de indicadores que reflejan el consumo respecto a la variedad de alimentos, el número de comidas y la relación entre estos dos. Para ello se consideró la alimentación del niño/a en el día anterior a la entrevista (siempre y cuando haya sido un día típico).

Los indicadores analizados a continuación son Diversidad alimentaria mínima, Frecuencia mínima de comidas y Dieta mínima aceptable.

También se evaluaron las prácticas alimentarias de los niños a través de otras variables relacionadas a la alimentación.

Diversidad alimentaria mínima en niños/as de 6 a 23 meses

La diversidad alimentaria mínima es un indicador creado para conocer qué proporción de niños de 6 a 23 meses recibieron alimentos de 4 o más grupos el día anterior a la entrevista. Este indicador se relaciona con la calidad de la alimentación. El consumo mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos alimentarios por día está asociado con las dietas de mejor calidad.

Los grupos son:

- Cereales, raíces y tubérculos
- Legumbres y nueces
- Lácteos
- Carnes
- Huevos
- Frutas y verduras ricas en vitamina A
- Otras frutas y verduras

Un 20% de los niños/as de 6 a 23 meses consumieron en el día anterior tres o menos grupos de alimentos lo cual refleja una alimentación de menor calidad (Tabla 39).

La mayor proporción de niños que no cumple con el consumo de cuatro o más grupos se observó entre los de 6 a 11 meses (36%). La proporción de niños/as que tuvo una diversidad alimentaria mínima (consumo en el día anterior de 4 a 7 grupos de alimentos) aumentó con la edad.

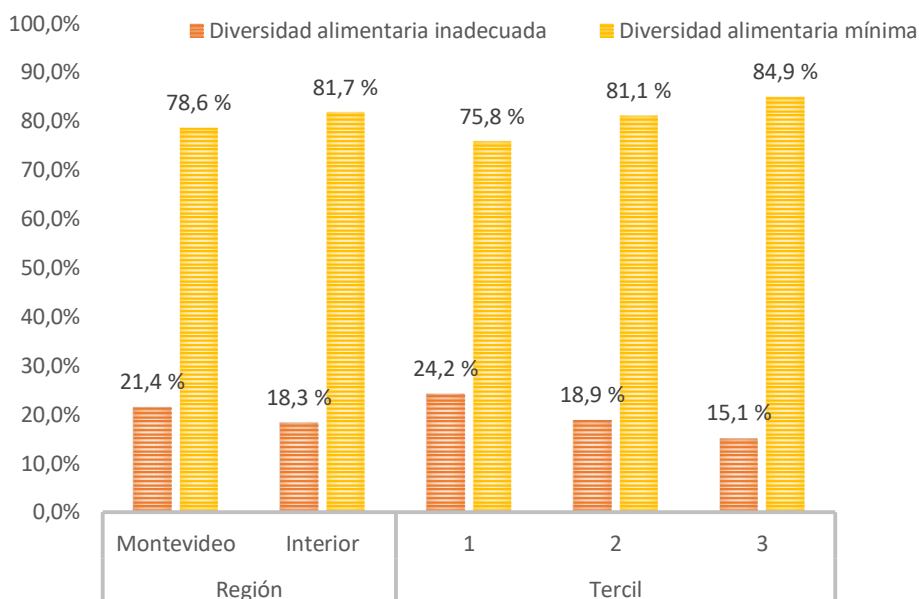
Tabla 39. Diversidad alimentaria en niños/as de 6 a 23 meses

	%
Diversidad alimentaria inadecuada	20
Diversidad alimentaria mínima	80
Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Tanto en Montevideo como en el interior los niños/as que presentan una diversidad alimentaria inadecuada se encuentran en el entorno del 20%, siendo mayor en el tercil 1 (24,2%). En cambio, la diversidad alimentaria mínima alcanzó mayor frecuencia en el interior (81,7%) y en el tercer tercil de ingresos (84,9%).

Tabla 40. Diversidad alimentaria en niños/as de 6 a 23 según tercil de ingresos y región.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Frecuencia mínima de comidas de 6 a 23 meses

Este es un indicador refiere a la proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el día anterior a la entrevista el número mínimo de veces o más.

La OMS define el número mínimo de comidas como:

- 2 veces para niños/as amamantados de 6 a 8 meses.
- 3 veces para niños/as amamantados de 9 a 23 meses.
- 4 veces para niños/as no amamantados de 6 a 23 meses.

Se calcula dos veces, una vez para el grupo de niños/as amamantados³⁹ y otra vez para los que no lo son. La frecuencia mínima de comidas es una aproximación al consumo energético diario proveniente de los alimentos diferentes a la leche materna (OMS, 2009).

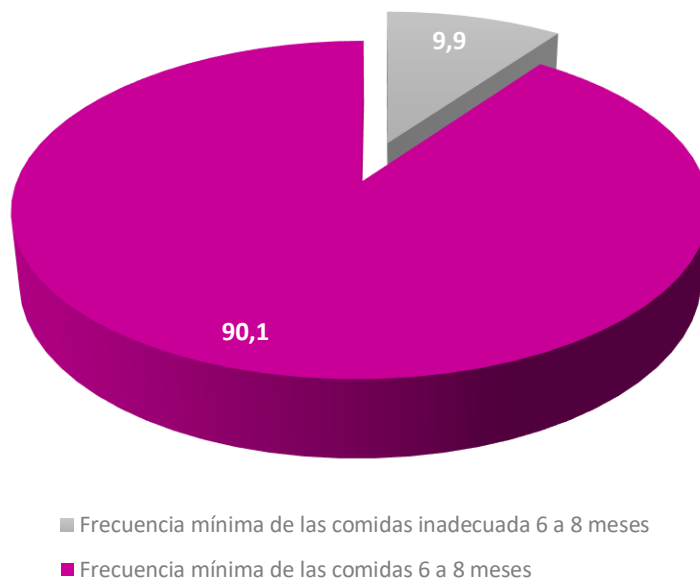
En el caso de los niños/as amamantados la frecuencia mínima de comidas se estudia por tramos etarios (6 a 8 meses y 9 a 23 meses).

³⁹Se entiende por niños amamantados aquellos en que el entrevistado respondió que sí a la pregunta “¿El niño/a actualmente toma pecho?”.

Niños no amamantados

Casi el total de los niños/as de 6 a 23 meses no amamantados tiene una frecuencia de comidas mínima aceptable, lo cual refleja que el consumo energético posiblemente sea adecuado. Dentro de este subgrupo no se observaron diferencias importantes por ingresos del hogar ni por región. (Gráfico68)

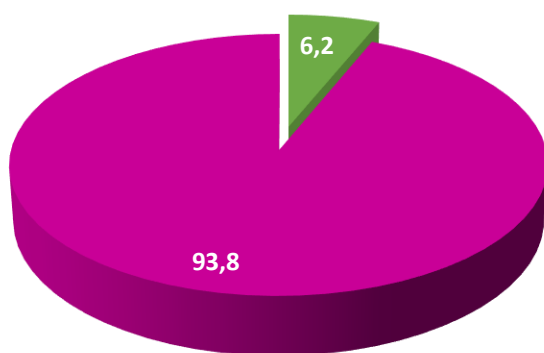
Gráfico68. Frecuencia mínima de comidas niños de 6 a 23 meses no amamantados.



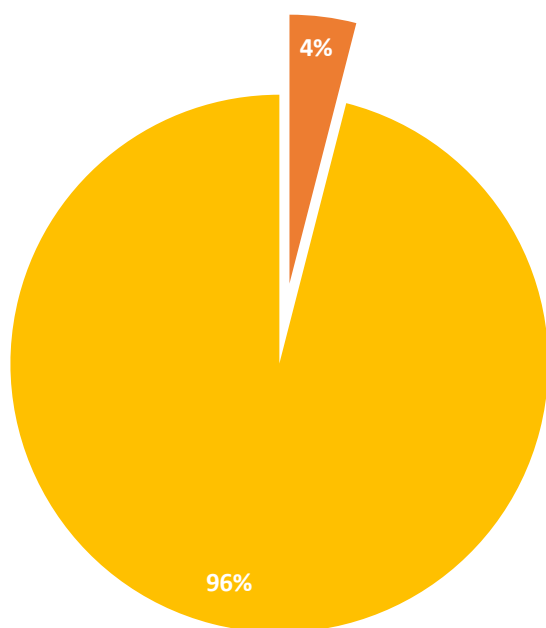
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Niños amamantados


Gráfico69. Frecuencia mínima de comidas niños de 6 a 23 meses amamantados.
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018



- Frecuencia mínima de las comidas inadecuada 9 a 13 meses
- Frecuencia mínima de las comidas 9 a 23 meses



- Frecuencia mínima de comidas inadecuada
- Frecuencia mínima de comidas adecuada



Para los niños/as de 6 a 8 meses amamantados, la frecuencia mínima de comidas resulta aceptable en el 90% de los casos aproximadamente. Situación similar sucede con los de 9 a 23 meses, por lo que en ambos tramos el consumo energético posiblemente sea adecuado.

Al realizar el análisis por nivel de ingresos se destaca que los niños/as del tercil más pobres de 6 a 8 meses amamantados son los que tienen las cifras más desfavorables de la frecuencia mínima inadecuada respecto a los de los terciles de mayores ingresos. Los de Montevideo de 6 a 8 meses fueron los que presentaron la mayor proporción de una frecuencia mínima de comidas en comparación con el resto del país.

Al realizar el análisis por tercil de ingresos y por región no se observan grandes diferencias en el tramo de 9 a 23 meses amamantados. Sí se identifican en todas las categorías altas proporciones de una frecuencia adecuada.

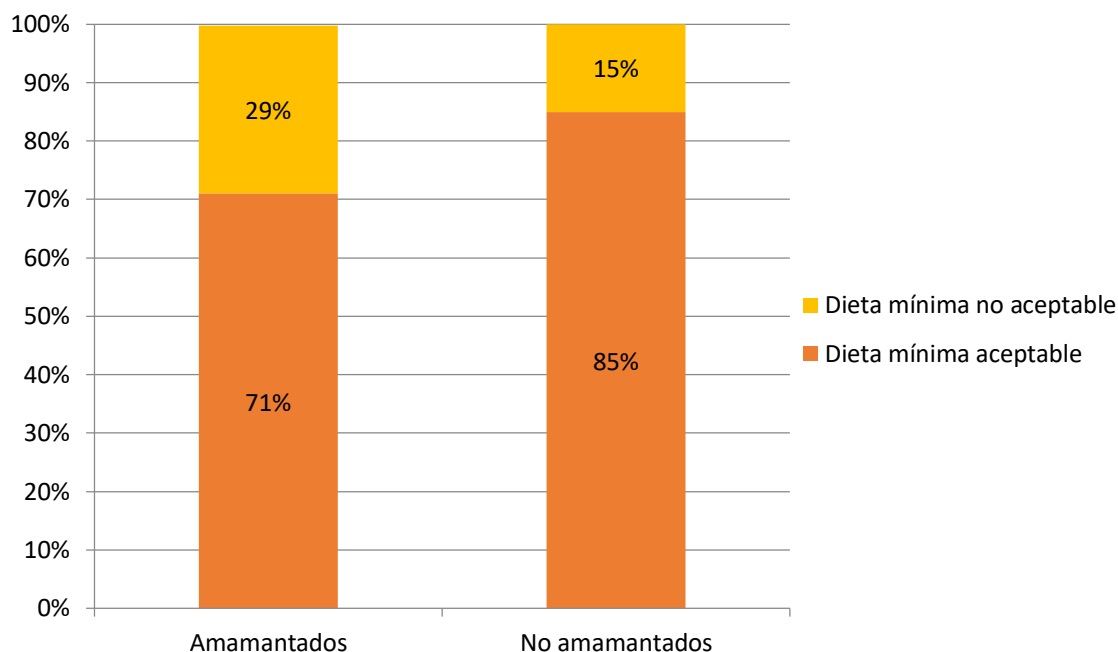
Dieta mínima aceptable

La dieta mínima aceptable es un indicador compuesto que se calcula con el cociente entre los niños/as de 6 a 23 meses de edad que tuvieron por lo menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior a la entrevista.

Se calcula dos veces, una solo con el grupo de niños/as amamantados y otra solo con los que no lo son. Este indicador da cuenta del consumo mínimo (aceptable) que un niño/a debe tener con relación al número de comidas y a los grupos de alimentos que come a diario.

Se destaca que 1 de cada 3 niños/as de 6 a 23 meses amamantados no alcanza la dieta mínima aceptable, mientras en el grupo de no amamantados este valor disminuye a la mitad. Esto significa que este conjunto de niños/as no tuvo una frecuencia de comidas y/o la cantidad de grupos de alimentos consumidos en el día anterior no fueron suficientes.

Gráfico70. Dieta mínima aceptable en niños/as de 6 a 23 meses según sean amamantados o no.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

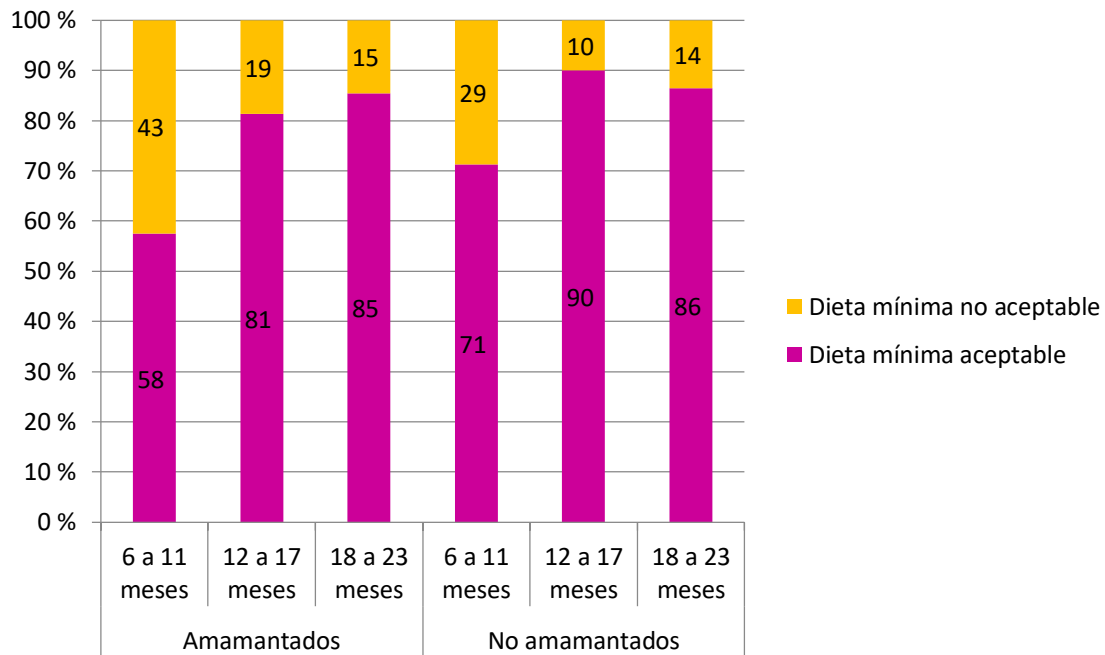
El grupo de niños/as de 6 a 11 meses amamantados presentó el valor mayor (42%) de una dieta mínima no aceptable según tramo etario y se observa que al aumentar la edad esta proporción disminuye, alcanzando a 15% en el grupo de 18 a 23 meses. En relación a los niños/as no amamantados de 6 a 11 meses los casos que presentaron una dieta mínima no aceptable alcanzaron un 29%, decreciendo este valor a medida que aumenta la edad; como sucede con el grupo de niños/as amamantado.

Considerando el tercil de ingresos tanto para niños/as amamantados como no, no se observan diferencias significativas en la dieta mínima aceptable entre los niños de 6 a 23. Sin embargo, las proporciones de una dieta aceptable oscilan entre el 80% y 90% para el grupo de no amamantados y entre 65% y 70% para los amamantados.

Según la región, el 83% de los niños de 6 a 23 meses no amamantados de Montevideo presentaron una dieta aceptable y en el resto del país fue de un 87%. En los niños amamantados de la misma edad las proporciones de una dieta aceptable fueron menores, 67% para los de Montevideo y 75% para el resto del país. (Gráfico71)



Gráfico 71. Dieta mínima aceptable en niños/as de 6 a 23 meses según tramo etario y amamantados o no



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

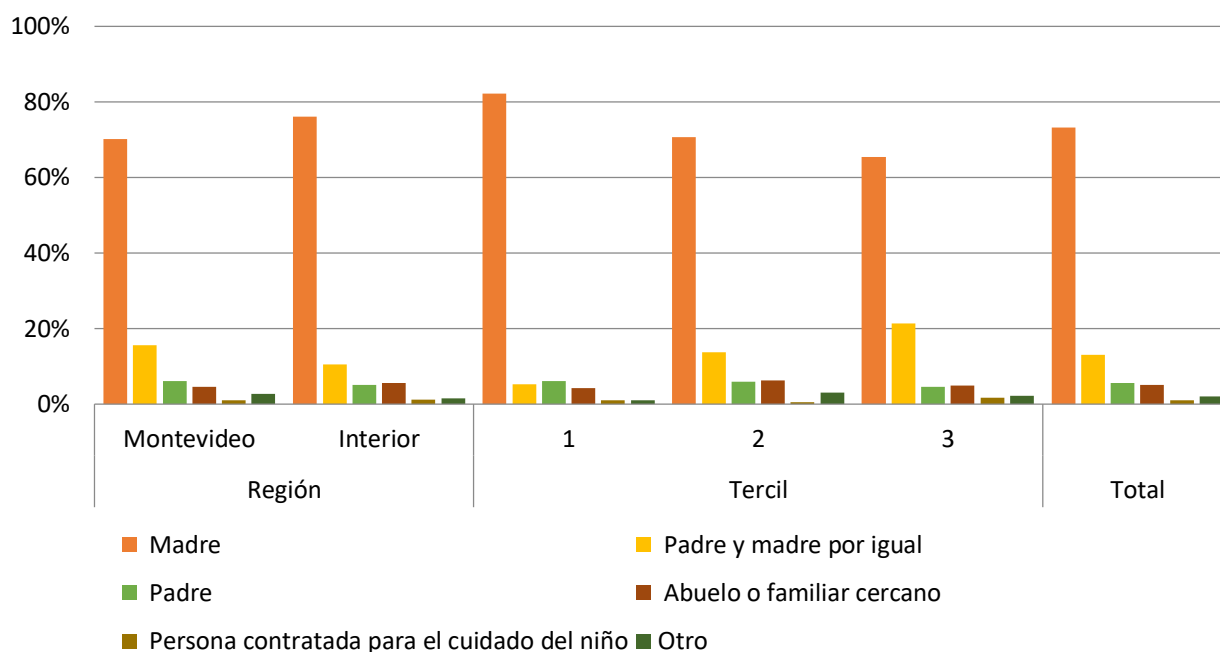
Persona que alimenta al niño/a

Los niños y niñas menores de 2 años son alimentados por la madre en el 73% de los casos, en el 13% de los casos se da que son alimentados por el padre y la madre por igual, y en el 6% son alimentados por el padre; el resto se distribuye en menores porcentajes entre abuelos y personas remuneradas.

Al analizar esta actividad según tercil de ingresos, se encuentra que a medida que aumenta el nivel de ingreso de la familia es menos habitual que sean alimentados solamente por la madre (82% en tercil 1, 65% en tercil 3) y aumenta la frecuencia en que son alimentados por el padre y la madre por igual (5% en tercil 1, 21% en tercil 3).

Situación similar se encuentra al analizar según región, los casos de alimentados solamente por la madre representan el 76% en el interior, y el 70% en Montevideo, incrementándose en la capital los casos que son alimentados por padre y madre por igual alcanzando el 16%, mientras en el interior representan el 11%.

Gráfico72. Persona que alimenta a los niños/as de 6 a 23 meses según región y tercil.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Uso de pantallas durante la comida

El uso de pantallas, ya sea como medio de comunicación o para el entretenimiento, está generalizado. No obstante, la recomendación de la OMS establece que los niños menores de 2 años no debieran tener a exposición a ningún tipo de pantallas electrónicas (OMS, 2019).

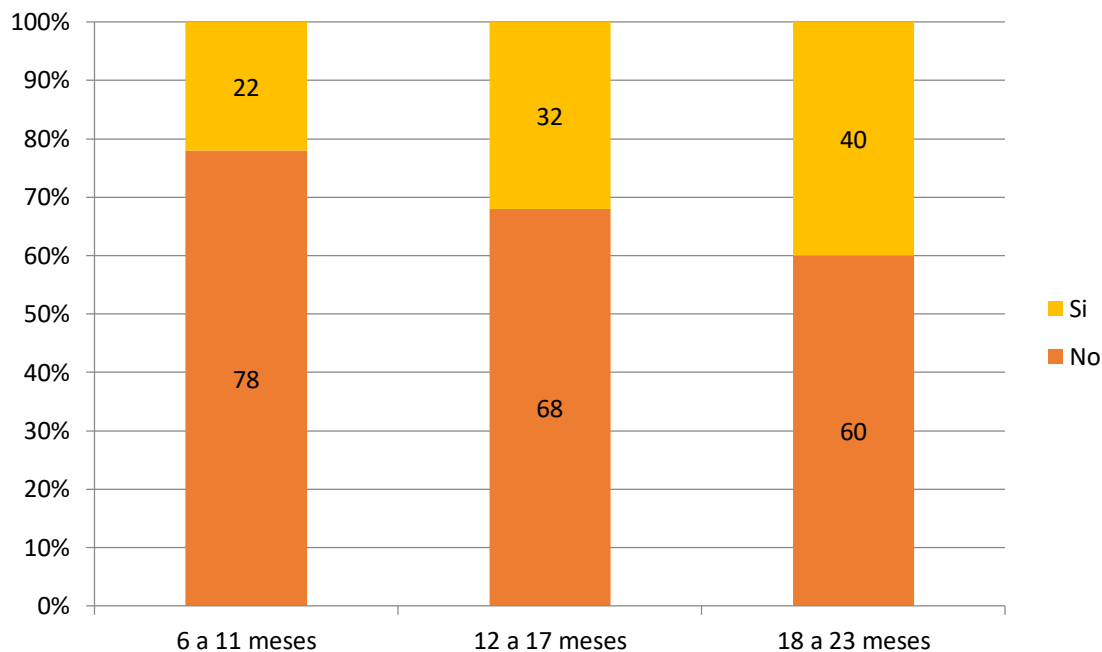
En el momento de comer, todos los niños, especialmente los que están comenzando, deben dedicar el tiempo que necesitan y poder prestar completa atención a la comida, los sabores, las texturas y las señales que les va enviando su cuerpo. Comer mientras se mira una pantalla produce que se coma más y de manera no consciente, distraídos por la televisión o la pantalla de turno los niños/as no reconocen las señales mencionadas, y continúan comiendo cuando ya no tienen apetito. Por otra parte, la publicidad dirigida a niños se basa en promocionar alimentos no saludables, ricos en azúcar, grasa y sodio.

Limitar el uso de medios digitales va a aumentar la interacción familiar, lo que es favorecedor para el aprendizaje, crecimiento y desarrollo de los niños.

En este grupo de estudio se encontró que casi la tercera parte (30,4%) de los niños entre 6 y 23 meses miran televisión, tablet, computadora o celular mientras comen. No se observan diferencias importantes entre región ni por tercil, en ambos casos la proporción de niños que miran pantallas mientras comen ronda entre 30% y 33%.

Esta práctica aumenta con la edad, en el grupo de los más pequeños (6 a 11 meses) se observa que un 22% está expuesto a pantallas mientras se alimenta, alcanzando 40% en el grupo de 18 a 23 meses (Gráfico73).

Gráfico73. Porcentaje de niños de 6 a 23 meses expuestos a pantallas mientras comen



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

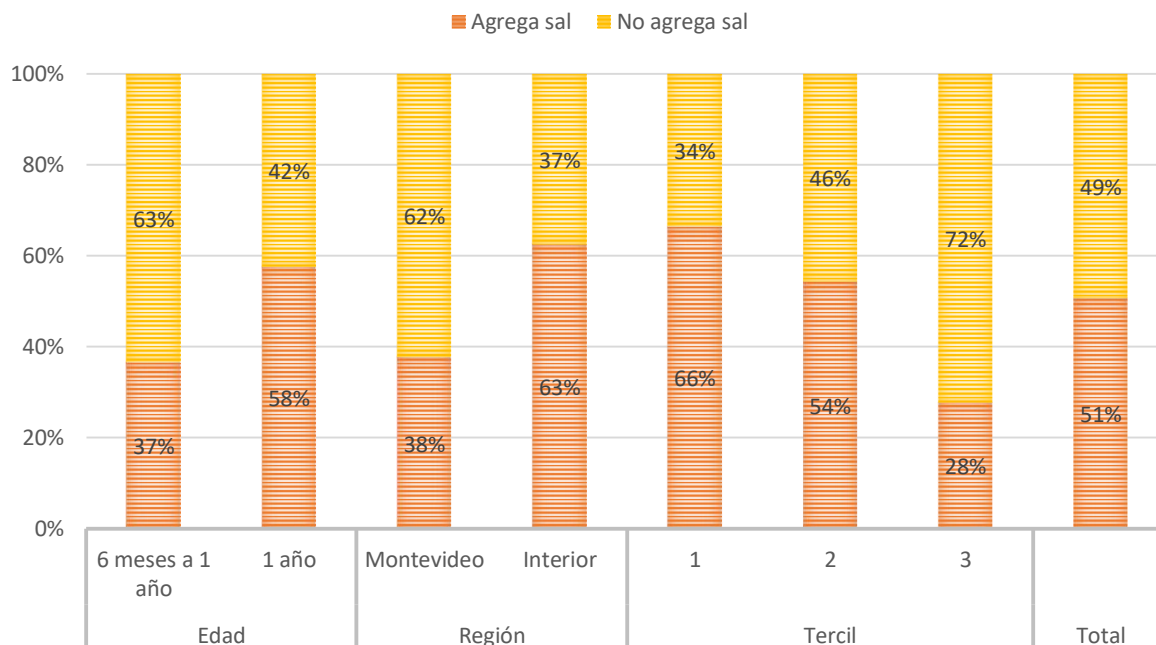
Agregado de sal a las comidas

La guía de alimentación complementaria para niños entre 6 y 24 meses del Ministerio de Salud⁴⁰ recomienda con relación a la sal, no agregarla a las comidas ni consumir productos ricos en ella para no favorecer la preferencia por su sabor. A su vez ya desde edades tempranas se ha relacionado su consumo excesivo con el aumento de la presión arterial. En la Encuesta se observó que en el 51% de los casos se le agrega sal a la comida de los niños/as, en la cocción y/o preparación y/o cuando el plato está en la mesa. En Montevideo sucede menos que en el resto del país (38% vs 63%). En análisis por tercil de ingresos del hogar muestra que a medida que aumenta el tercil disminuye el agregado de sal, pasando de 66% en el tercil 1 a 28% en el tercil 3. (Gráfico74).

Según rango etario, 4 de cada 10 niños/as menores de un año consumen alimentos con sal agregada, mientras que en los mayores de 1 año pasa a ser 6 de cada 10 niño/as. (Gráfico74).

⁴⁰Ord. Ministerial 62. Anexos-Actualización Norma Lactancia y Alimentación Complementaria-MSP. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Ordenanza%20MSP%202062-2017%20Acciones%20sobre%20Lactancia%20Materna.pdf>

Gráfico74. Porcentaje de niños/as de 6 a 23 meses a los que a su comida se les agrega sal según edad, región y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Bebidas consumidas

La correcta hidratación, al igual que la correcta y oportuna incorporación de alimentos representa un hito en esta etapa del crecimiento y desarrollo. Antes de adentrarnos en los hallazgos es necesario mencionar que el agua es la bebida que es recomendable ingerir para la adecuada hidratación.

Las bebidas dulces contienen un alto nivel de energía (por el azúcar) pero carecen de nutrientes, lo cual promueve el sobrepeso y la obesidad en los niños/as, la cariogenicidad de la dieta y el desplazamiento de alimentos nutritivos. En particular el consumo de bebidas cola, por su contenido en cafeína, es un estimulante que se relaciona con alteraciones en el sueño; nerviosismo e irritabilidad e interfiere con la absorción del hierro (nutriente esencial) por lo cual también está contraindicado.

En referencia a qué bebe el niño/a mayoritariamente cuando tiene sed se observa que el 87% toma agua. Un 13% de los de 6 a 23 meses de edad consumen refrescos, jugos y aguas saborizadas. En el mismo grupo etario en la cohorte 2013 se halló que el 18.4% consumía jugos y refrescos, mientras que el 79.1% consumía agua. La guía de alimentación complementaria del Ministerio de Salud contraindica la introducción temprana del azúcar y los productos o bebidas azucaradas (MSP, 2016).



II.9.2.2 Niños/as de 2 a 4 años

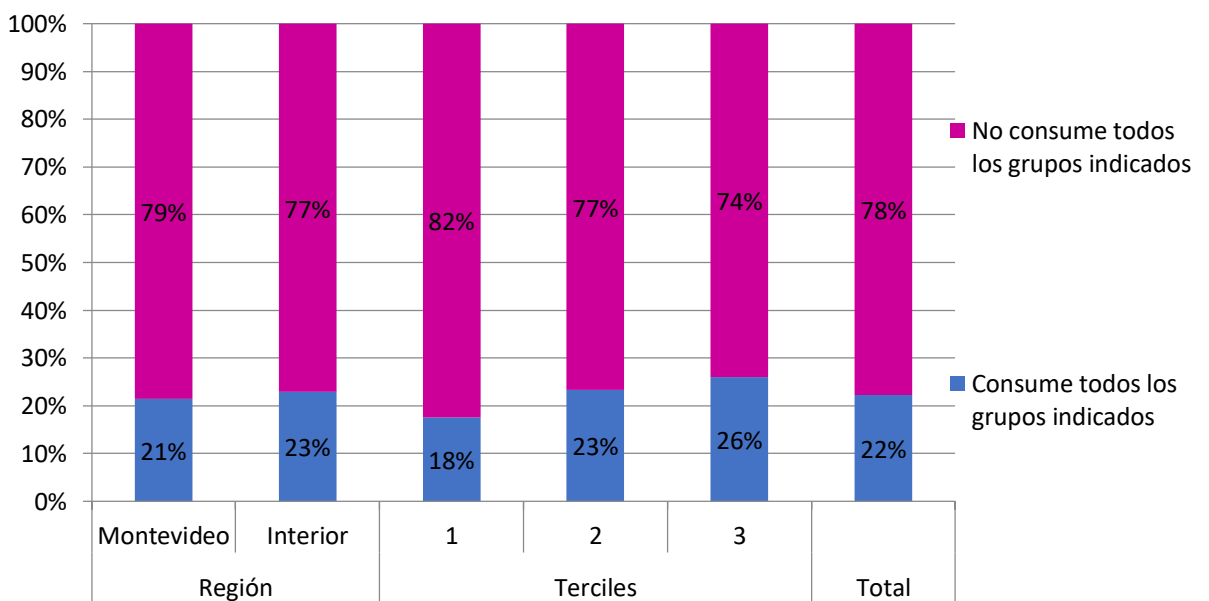
Para evaluar la alimentación de los niños/as de 24 meses o más no existen indicadores definidos por la OMS, pero Uruguay cuenta con la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya del Ministerio de Salud, la cual se recomienda para niños/as a partir de los dos años. Este informe utilizará esta guía como referencia para evaluar determinadas prácticas alimentarias. (MSP, 2016)

Grupos de alimentos consumidos el día anterior a la encuesta

La Guía Alimentaria para la Población Uruguaya, mencionada más arriba, propone 7 grupos de alimentos de consumo diario (1. Verduras y legumbres, 2. Frutas, 3. Panes, harinas, pastas, arroz y papas, 4. Leches y quesos, 5. Carnes, pescados y huevos, 6. Semillas y aceites, 7. Azúcar y dulces) y el agua como elemento central de hidratación.

De este análisis surge que solamente el 22% de los niños mayores de 24 meses consumió el día anterior a la encuesta algún alimento de todos los grupos recomendados. Al estudiar este indicador por terciles de ingresos se encuentra que, en el primer tercil el 18% de los niños consumieron alimentos de todos los grupos, mientras que en el tercer tercil lo hace el 26%. (Gráfico75)

Gráfico75. Consumo de grupos de alimentos recomendados según región y tercil de ingresos.

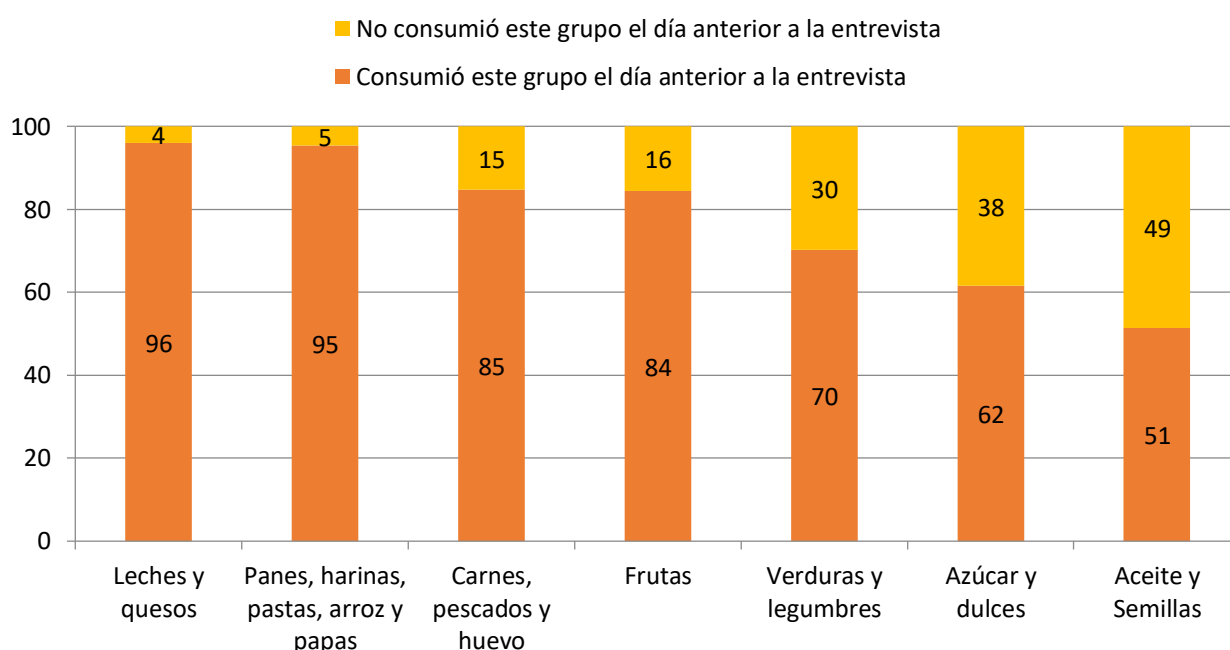


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al analizar el consumo de cada grupo de alimentos el día anterior, se encuentra que el grupo de Leche y quesos alcanza el 96% al igual que el grupo de Panes y harinas, pastas, arroz y papas.

El grupo de Frutas y el de Carnes, pescados y huevos fueron consumidos por el 85% de los niños, mientras que el grupo de Verduras y legumbres alcanzó al 70%. Con menor frecuencia se encuentra el grupo de Azúcar y dulces (61%) y Aceite y semillas (51%). Resulta importante mencionar que la recomendación para este grupo etario es que se realice un consumo diario de todos los grupos.

Gráfico 76. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya



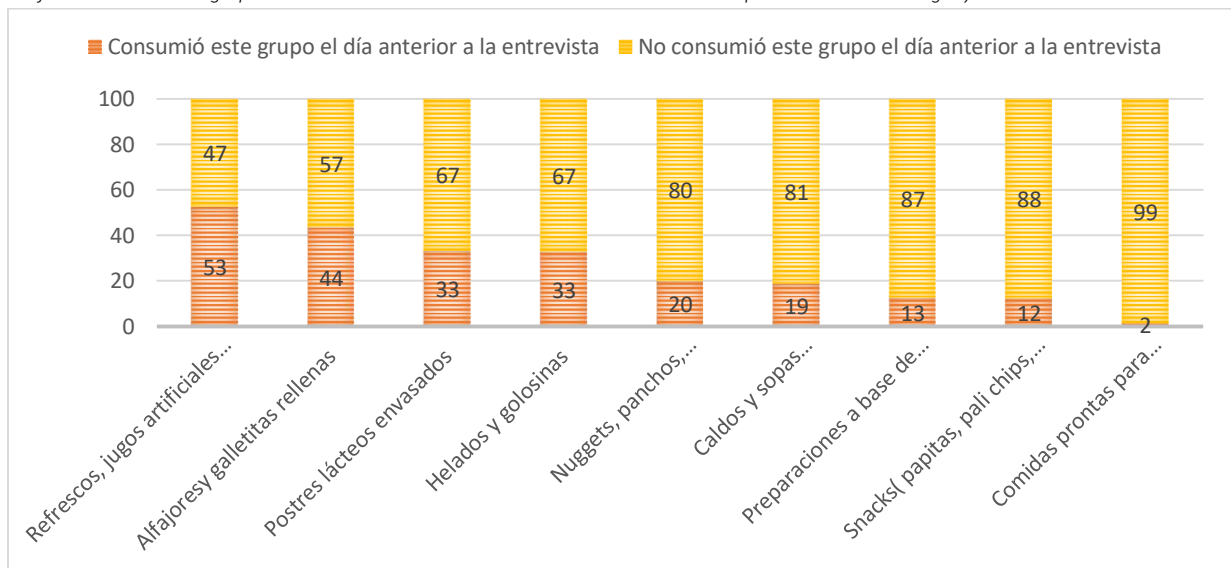
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Por otra parte, se analiza el consumo en el día anterior de la entrevista de los grupos de alimentos que la misma Guía recomienda que no se deben consumir a diario.

El grupo de Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas fue consumido por el 52 % de los niños/as, seguido por el grupo de alfajores y galletitas rellenas que fue consumido por el 43% de los niños/as en el día anterior a la entrevista. El consumo de postres lácteos y helados se dio en el 33% de los casos, mientras que las Nuggets, panchos, hamburguesas y fiambres fueron consumidas por el 20% del grupo de estudio al igual que el grupo de caldos, sopas instantáneas y aderezos (19%), el grupo de los ultra procesados en base a papa (noisettes, prefritas, croquetas, puré envasado, etc) al igual que el grupo de Snack (papas, pali chip, chizitos, etc) se dio en el 12% de la población (Gráfico 77).



Gráfico 77. Consumo de grupos de alimentos NO recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

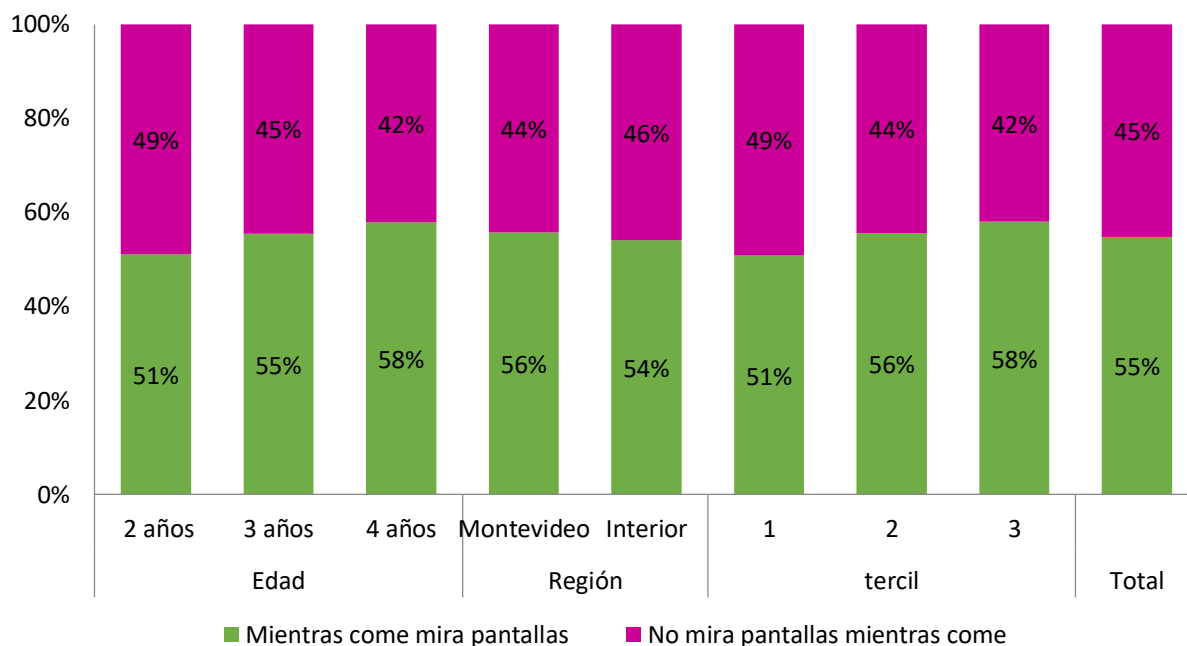
Uso de pantallas durante la comida

Así como la recomendación para los menores de 24 meses es que no deben tener contacto con pantallas, para los mayores de 24 meses se establece que el contacto debe ser lo menos posible, o hasta 60 minutos de contenido de alta calidad compartido con un adulto que pueda ayudar al niño a entender lo que está viendo.

Es necesario que en el momento de comer los niños puedan dedicar el tiempo que necesitan prestando integral atención a la comida, al sabor y textura y al intercambio verbal con el resto de la familia. Esto, a diferencia de los medios digitales, va a favorecer la alimentación consiente, reconociendo las señales de su cuerpo, y mejorando el ambiente familiar y el desarrollo de los niños.

Para este grupo de edad se encontró que el 55% de los niños/as miran la televisión, tablet, computadora o celular durante las comidas, hallando guarismos similares en Montevideo (56%) y el resto del país (54%). Por tercil de ingresos se detecta que la menor proporción de niños/as que utilizan pantallas mientras comen son los del primer tercil (51%) alcanzando un mayor porcentaje en el tercil de mayores ingresos (58%) (Gráfico 78).

Gráfico78. Porcentaje de niños/as de 2 a 5 años que usan pantallas mientras comen según edad, región y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Bebidas consumidas

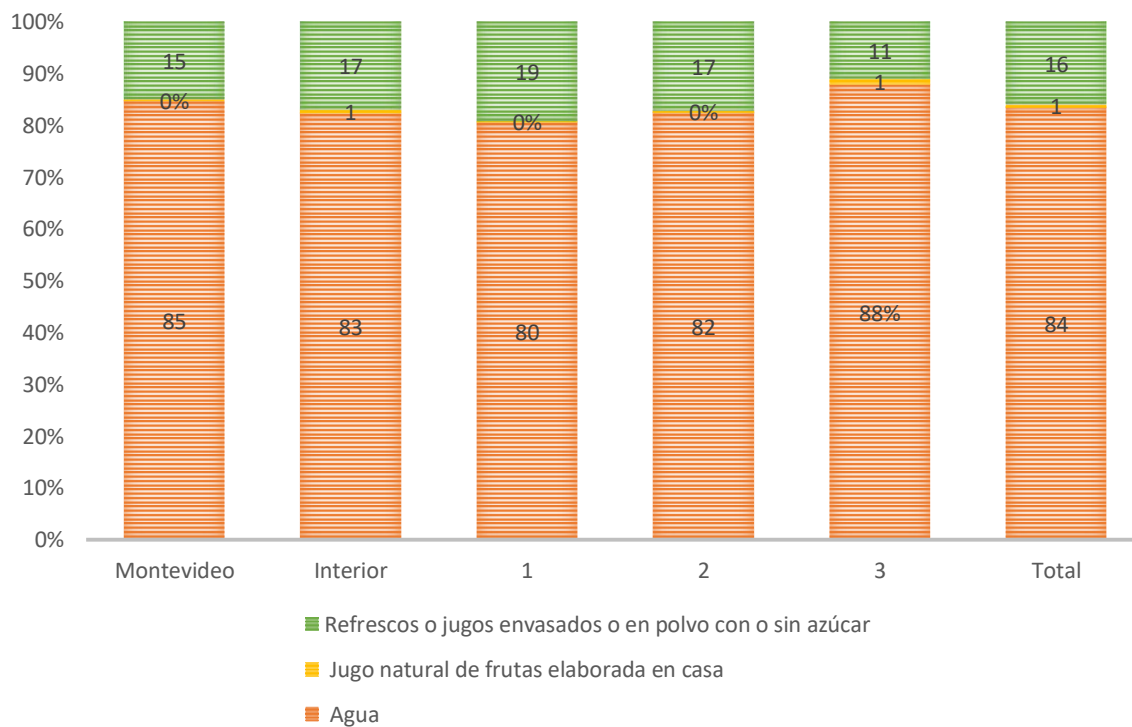
La cada vez mayor presencia de marcas y variedades de refrescos y jugos de frutas, de los cuáles algunos incluso aportan vitaminas y ciertos minerales, pueden generar en los adultos a cargo de los niños la idea de que estos son alimentos adecuados para sus hijos. Por lo tanto, resulta necesario explicitar que los jugos, incluso los exprimidos en casa, no presentan ventajas nutricionales en comparación con el consumo de la fruta entera y que tanto los refrescos como los jugos artificiales contienen sustancias no adecuadas para niños/as y no generan aportes de valor nutricional.

Al indagar acerca de qué bebida bebe el niño habitualmente cuando tiene sed se encontró que entre los niños mayores de 24 meses el consumo de agua da se da en el 84% de los casos, mientras casi en el 16% de los casos se da que consumen refrescos y jugos con y sin azúcar, este porcentaje alcanza al 19% en el primer tercil, y desciende hasta 11% en el tercer tercil.

El consumo de jugo natural de frutas alcanzó el 1% solamente en el tercil de mayores ingresos (Gráfico79). En el año 2013 el consumo de bebidas para el grupo de 2 y 3 años se distribuyó de la siguiente manera, agua de la canilla o embotellada 74,6% y jugos y refrescos 25,4%.



Gráfico 79. Bebidas consumidas habitualmente cuando tienen sed, mayores de 24 meses según región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

II.10 Estado Nutricional


Por la División Gestión del Conocimiento en Primera Infancia (UCC-MIDES):
 Florencia Köncke, Natalia De Souza, Christian Berón, Nathalia Martínez, Valentina Guillermo

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador antropométrico más práctico para la clasificación de sobrepeso y obesidad. Sin embargo y teniendo en cuenta las recomendaciones de OMS la denominación a utilizar es diferente para los menores de 5 años, donde el enfoque es más cauteloso al compararlo con niños de 5 años o más. (Sánchez Echenique, 2012). Por este motivo y para facilitar el análisis y comparabilidad de los datos según IMC es que los resultados se presentan por puntaje Z (DS). Los criterios para el diagnóstico nutricional por edad se muestran en la siguiente Tabla 41.

Tabla 41. Criterios para el diagnóstico nutricional por edad

Índice de Masa Corporal / Edad	Menores de 5 años
>+3	Obesidad
>+2	Sobrepeso
>+1	Riesgo de sobrepeso
Media	
<-1	Riesgo de Emaciación
<-2	Emaciación
<-3	Emaciación severa
Talla / Edad	Menores de 5 años
<-1	Riesgo de retraso de Crecimiento
<-2	Retraso de Crecimiento
<-3	Retraso de Crecimiento Severo
Peso / Talla	Menores de 5 años
>+3	Obesidad
>+2	Sobrepeso
>+1	Riesgo de sobrepeso
Media	
<-1	Riesgo de Emaciación
<-2	Emaciación
<-3	Emaciación severa
Peso / Edad	
<-1	Riesgo de bajo peso
<-2	Bajo peso
<-3	Bajo peso severo

Adaptado de Evaluación Antropométrica desde el nacimiento hasta los 5 años – Uruguay 2015



En nuestro país históricamente los principales problemas nutricionales eran la desnutrición y retraso de crecimiento. En los últimos años estos problemas han sido desplazados progresivamente por la epidemia de la obesidad, ya que en las últimas décadas se observa un aumento sostenido en toda la sociedad. (MSP, 2017)

Siendo actualmente el principal problema nutricional de la primera infancia. Esto representa un factor de riesgo para la enfermedad adulta posterior, pero también se asocia con un deterioro de la salud durante la infancia, incluyendo un mayor riesgo de hipertensión, resistencia a la insulina, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica y angustia psicosocial. (Black, 2013). (MSP, 2017)

Los estados de malnutrición presentan conexiones biológicas que agravan las condiciones de quienes las presentan. En el caso de los niños esta relación aumenta la probabilidad de que un niño con retraso del crecimiento tenga sobrepeso o padezca alguna enfermedad no transmisible (ENT) al convertirse en adulto, con relación a quienes no tienen este déficit nutricional. (OMS, 2017).

Los datos relevados en esta oportunidad evidencian que Uruguay se encuentra finalizando la transición nutricional, coexistiendo problemas nutricionales por déficit y exceso, afectando profundamente la salud del niño.

Esta situación denominada la “doble carga de la malnutrición” plantea un reto de salud urgente a la comunidad mundial, a través de los factores comunes que presentan las distintas formas de malnutrición surgen oportunidades de intervención nuevas y eficaces. Siendo el momento de aplicar programas y políticas capaces de reducir simultáneamente el riesgo o la carga de la desnutrición y del exceso de peso, entre ellas las relacionadas la alimentación y un enfoque integral para tratar la malnutrición. (OMS, 2017) (Black, 2013) (MSP, 2017).

Los problemas vinculados al exceso de peso continúan siendo los de mayor relevancia, cuatro de cada diez niños y niñas presentan un IMC/edad $>+1DS$. En tanto el 12,3% presenta sobrepeso u obesidad.

Tabla 42. Exceso de peso según grado de severidad por IMC

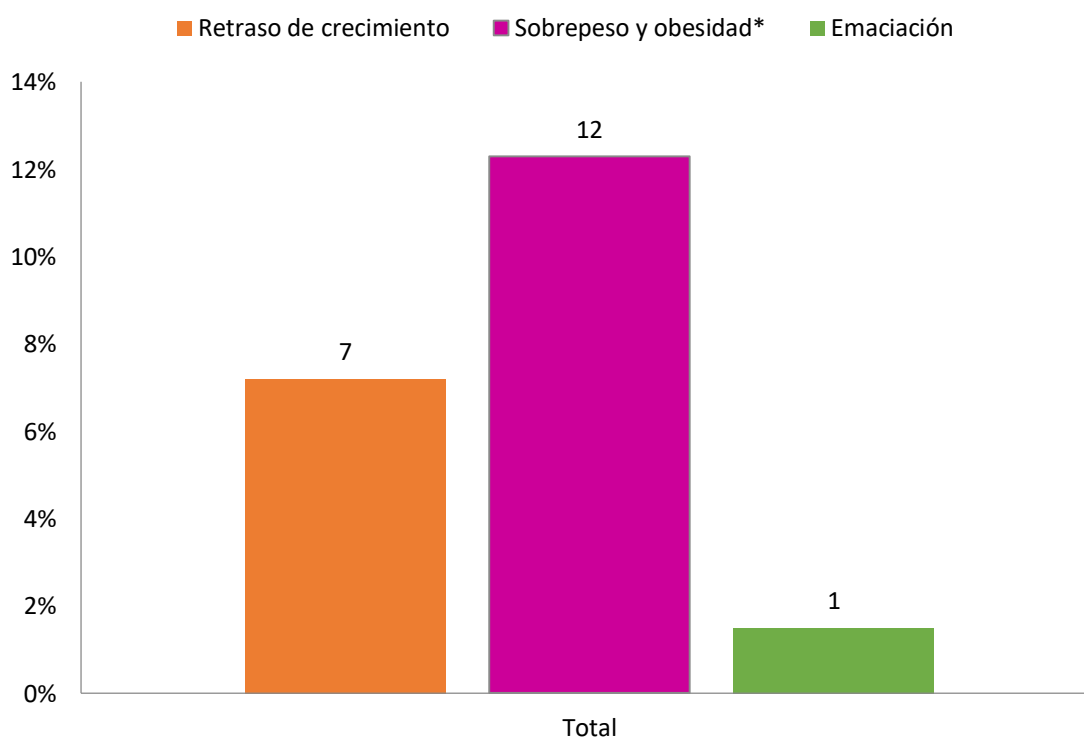
	Total
Riesgo de sobrepeso (+1 DS < IMC <= + 2DS)	27,9%
Sobrepeso (+2 DS <IMC <= +3 DS)	9,8%
Obesidad(IMC >+3 DS)	2,4%
Total (IMC > +1DS)	40,01%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En relación a los problemas por déficit nutricional, el retraso de crecimiento continúa siendo el más relevante. El 7,3% de los niños (de 0 y 4 años) presentan algún grado de afectación de su talla (L-T/E <-2DS), destacándose que el 1,0% corresponde a casos donde ésta es severa (L-T/E <-3 DS).

El bajo peso para la edad (P/E <-2DS) y la emaciación (P/T <-2 DS) representaron el 1,8% y 1,4% de los casos respectivamente, al igual que con la talla los casos representan en su amplia mayoría, a estados moderados de déficits. En el siguiente gráfico se puede observar algunos resultados expuestos.

Gráfico 80. Problemas nutricionales para el total de los niños (0 a 4 años)



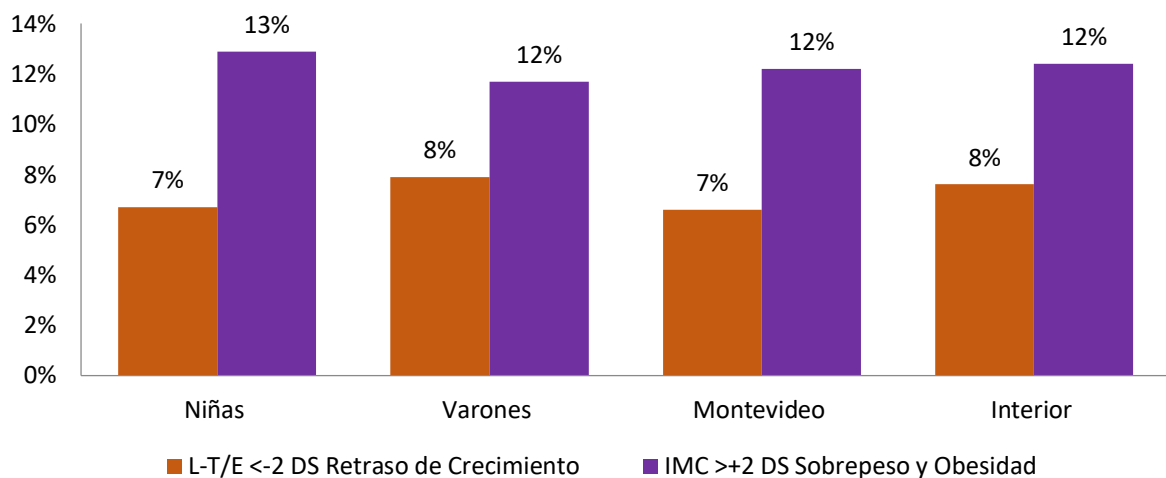
*Corresponde a IMC >+2 DS

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al analizar el exceso de peso (IMC/edad >+1DS) según lugar de residencia no se observan diferencias entre Montevideo y el resto del país. El sobrepeso y obesidad (IMC/edad >+2DS) en Montevideo alcanza el 12,2%, y en el interior este es levemente mayor, 12,4%.

Con relación al retraso de crecimiento se observan algunas diferencias, siendo más prevalente en el interior que en la capital, 7,6% y 6,6% respectivamente.

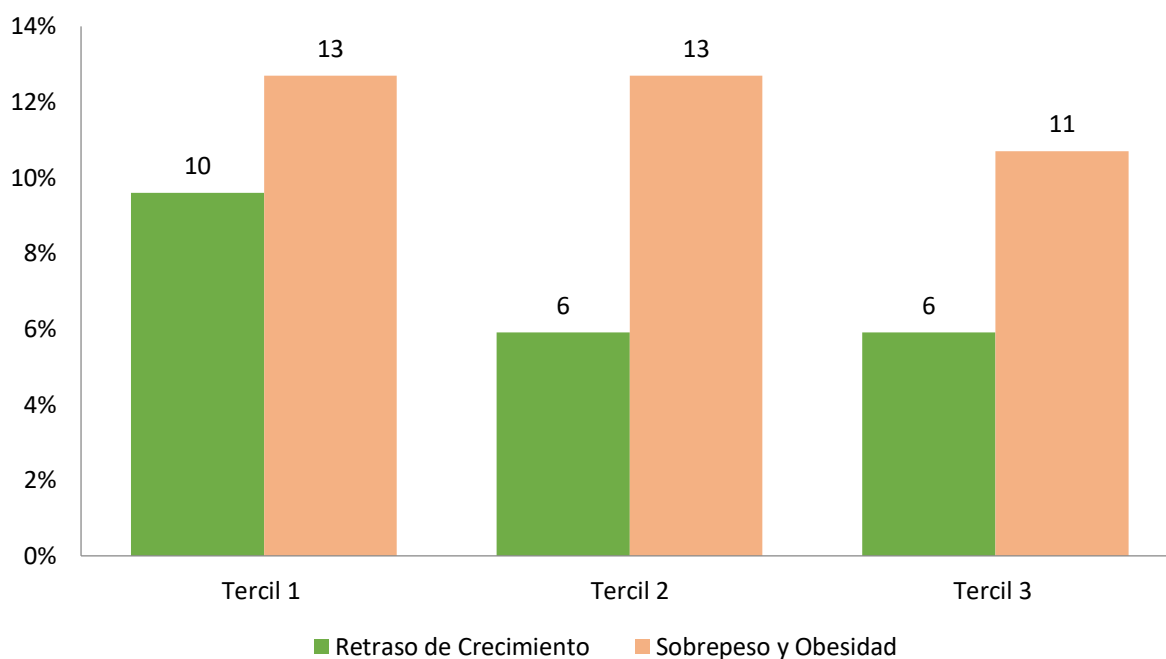
Gráfico81. Problemas nutricionales según sexo y lugar de residencia



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Los problemas nutricionales presentan variaciones según nivel de ingresos de los hogares, en los hogares del primer tercil el retraso de crecimiento es 4 puntos porcentuales mayor en relación con los niños que residen en hogares de mayores ingresos. El sobrepeso u obesidad (IMC/EDAD > +2DS) muestran prevalencias muy similares, destacándose que en el mayor nivel de ingresos este es 2% menor.

Gráfico 82. Problemas nutricionales según nivel de ingresos de los hogares



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Para analizar las tendencias de los principales problemas nutricionales en ambas cohortes (2013 y 2018) se tomó el grupo de niños de 12 a 47 meses, ya que es el grupo que metodológicamente es comparable en ambas instancias.

El exceso de peso prevalece como el principal problema nutricional, aproximadamente la mitad de los niños y niñas presenta un peso mayor a lo recomendado (medido por el IMC/edad $>+1$). El 13,1% en 2013 y en 14,7% en 2018 presentó sobrepeso y obesidad (IMC/edad $>+2$), si bien no se observa un aumento significativo, estas cifras continúan por encima de lo esperado.

Por otra parte, el retraso de talla se ubica en 5,3% en 2013 y 7,2% en 2018. Al igual que en el caso del exceso de peso estas diferencias entre cohortes no son estadísticamente significativas, pero deben continuar siendo monitoreadas⁴¹.

⁴¹Debido a que ambas encuestas fueron realizadas en distintos momentos y con muestras independientes, los aumentos o disminuciones en las estimaciones de un periodo a otro se pueden deber a que efectivamente hubo un cambio real en el fenómeno que se está investigando o al hecho de que los indicadores son estimaciones y por lo tanto se encuentran sujetos a error, debido a que se observa únicamente una parte de la población (muestra) y no su totalidad (censo). En el documento, las diferencias observadas entre períodos son clasificadas como significativas-no significativas tomando en cuenta los atenuantes comentados.

Estado nutricional de los niños y características maternas

Nivel educativo alcanzado

Los problemas nutricionales de los niños están vinculados con el nivel educativo alcanzado por sus madres. El retraso de crecimiento (L-T/E <-2 DS) desciende a medida aumentan los años de educación alcanzados por la madre, pasando de 7,4% en los hogares donde la madre estudió 6 años o menos, a 6,4 % cuando los años de formación son 9 o más, algo similar ocurre con el sobrepeso u obesidad (IMC >+2 DS).

Tabla 43. Estado nutricional de los niños en relación con los años de estudio de las madres

	Hasta 6 años	7 a 9 años	Más 9 años
Retraso de crecimiento (L-T/E <-2 DS)	7,4%	7,3%	6,4%
Sobrepeso u obesidad (IMC >+2 DS)	13,6%	10,6%	11,6%

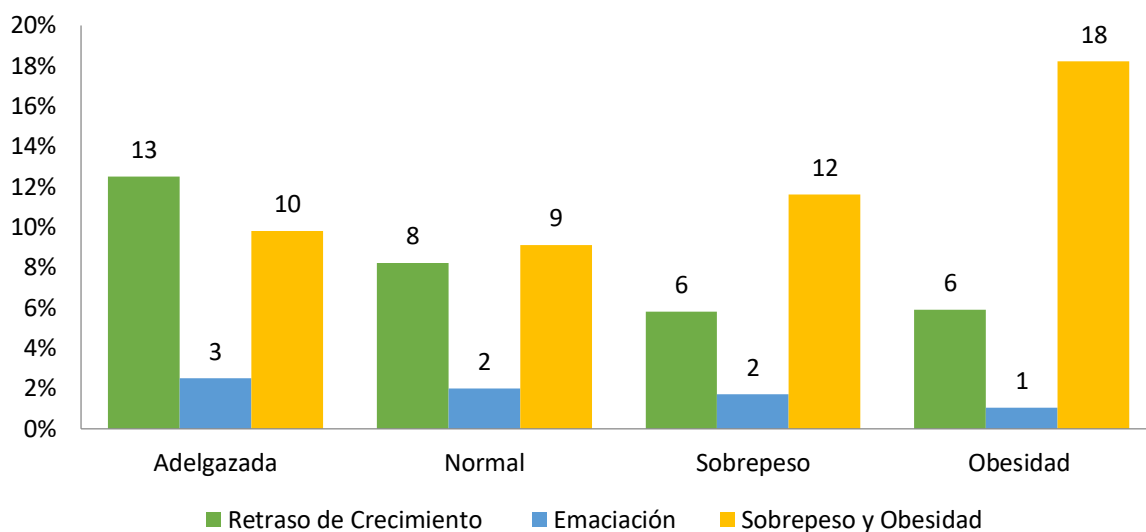
Estado nutricional materno

El estado nutricional de las madres se evaluó por el Índice de Masa Corporal, los resultados obtenidos muestran que el 3,1% está adelgazada (IMC < 18,5 kg/m²) en tanto que el sobrepeso y obesidad (IMC ≥25 kg/m²) representa el 50% de los casos.

En los casos donde las madres presentaron adelgazamiento se observa el mayor porcentaje de niños con retraso de crecimiento.

Cuando se analiza la relación entre el sobrepeso y obesidad materna y el sobrepeso y obesidad de los niños (IMC >+2 DS) se destaca que este es 7% mayor que entre aquellos cuyas madres presentaron un IMC normal. Algunos estudios han reportado que el exceso de peso materno constituye un factor de riesgo importante para obesidad infantil (Pillaca, 2014) (Rosario E. Ortiz-Félix, 2015).

Gráfico 83. Estado nutricional de los niños en relación con el estado nutricional de las madres



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

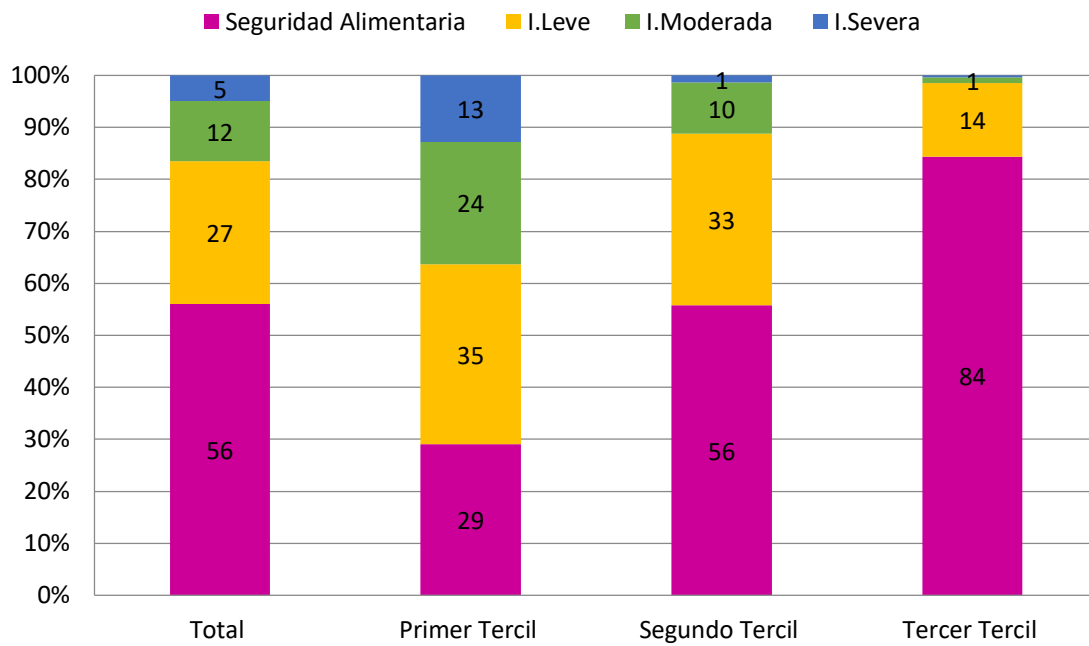
Seguridad alimentaria de los hogares

De la aplicación de la escala ELCSA para determinar el grado de seguridad alimentaria de los hogares, surge que el 56,1% de los mismos presentan seguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria leve se observó en el 27,4% de los hogares, correspondiendo a inseguridad moderada y severa el 11,6% y el 4,9% respectivamente.

La seguridad alimentaria aumenta a medida que lo hacen los ingresos del hogar, siendo entre los hogares de menores ingresos donde se concentra la inseguridad alimentaria severa (12,8%). (Gráfico84).

Al analizar la inseguridad alimentaria según lugar de residencia se destaca que los hogares de Montevideo presentan una menor prevalencia de inseguridad alimentaria que el interior del país, 36,7 % y 51,1% respectivamente.

Gráfico84. Seguridad Alimentaria según tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

II.11 Sueño, actividad física y horas de pantalla

Por la División Gestión del Conocimiento en Primera Infancia (UCC-MIDES):
Christian Berón, Florencia Köncke, Nathalia Martínez, Valentina Guillermo

En el siguiente capítulo se analizarán las prácticas de los niños en relación con el sueño, actividad física y exposición a pantalla partiendo de la consigna de que para crecer sanos los niños y niñas menores de cinco años deben pasar menos tiempo sentados mirando pantallas, dormir mejor y tener más tiempo para jugar activamente. (OMS, 2010).

La Comisión para acabar con la obesidad infantil⁴² de la OMS, cuyo fin es el de elaborar un plan de acción para acabar con la obesidad infantil, reconoció las importantes interacciones entre la actividad física, el sedentarismo y un tiempo adecuado de sueño, así como su impacto en la salud física y mental y el bienestar, y expidió orientaciones claras sobre la actividad física, el sedentarismo y el sueño con respecto a los niños pequeños.

Sueño

El sueño es una función vital y necesaria para mantener el equilibrio del cuerpo y la mente. Durante los primeros años de vida contribuye a la maduración del sistema nervioso y regula el crecimiento armónico de los distintos órganos, tanto así que las horas de sueño profundo constituyen el momento en el que hay una mayor producción de hormonas del crecimiento. Es también cuando los niños y niñas asimilan lo que han aprendido, estimulando así el cerebro, que se encarga del aprendizaje y la memoria.

Por otro lado, tanto desde la literatura como desde las autoridades nacionales se utilizan el concepto “sueño seguro”, que implica una serie de recomendaciones médicas en cuanto a prácticas y hábitos saludables de crianza especialmente a la hora de dormir, que además se asocian a un menor riesgo de síndrome de muerte súbita e inesperada del lactante (SMSL)⁴³.

Aunque las causas de este síndrome son desconocidas, se conocen factores de protección: que el niño duerma boca arriba, en su cuna, cama o coche (preferentemente en la habitación de sus padres), que reciba lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, que no se fume en el ambiente y que el niño no sea abrigado en exceso⁴⁴. Por otro lado, también se insiste en el efecto adverso

⁴²<https://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>

⁴³ Se define muerte súbita del lactante como el fallecimiento inesperado y repentino de un niño menor de 1 año de edad, aparentemente sano, al que no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa, incluyendo autopsia, examen del lugar de fallecimiento y revisión de sus antecedentes clínicos.

⁴⁴<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/92024/sueno-seguro>

de la exposición pasiva al humo de cigarrillo y el gran beneficio de la lactancia materna, así como no sobreabrigar a los niños, permitirles usar chupete luego del primer mes de vida y evitar fumar durante el embarazo.

Recomendaciones para un sueño seguro: Posición al dormir y lugar donde duermen

La posición al dormir es el factor de riesgo más importante. Acostar al bebé boca arriba reduce el riesgo de muerte, por lo que debe ser utilizada hasta el primer año de vida. Además, se ha demostrado que esta no aumenta el riesgo de asfixia ni de aspiración, incluso en aquellos niños/as con reflujo gastroesofágico.

Los datos relevados en esta oportunidad evidencian que más del 60% de los niños menores de 12 meses duermen habitualmente boca arriba en concordancia con las recomendaciones para el sueño seguro. Por otro lado, hay un 36% que los duerme de costado o boca abajo (3%).

De la Tabla 43 se destaca que los niños más pequeños y los que pertenecen al tercil más rico son los que más duermen de acuerdo a las recomendaciones para un sueño seguro. Al analizar según lugar de residencia no se observan diferencias entre Montevideo y el resto del país.

Tabla 43. Distribución porcentual de los niños según posición al dormir, edad de los niños, tercil de ingresos del hogar y región

Posición habitual del niño al dormir	Edad de los niños		Tercil de ingreso			Región		Total
	< 6 meses	Entre 6 y 12 meses	T1	T2	T3	Mdeo	Interior	
Boca arriba	65%	55%	53%	57%	69%	62%	60%	60%
Boca abajo	3%	3%	3%	3%	3%	4%	3%	3%
De costado	31%	40%	42%	39%	27%	33%	36%	36%
Sin datos	1%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

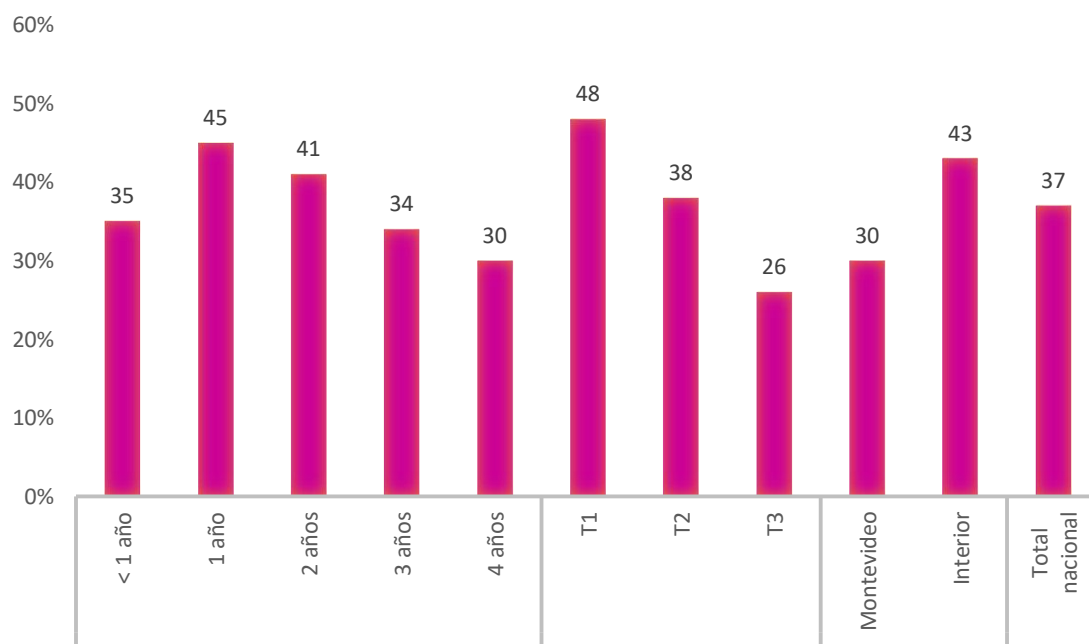
El lugar más seguro para que duerma el bebé es en una cuna, cama o coche, preferentemente al lado de la cama de sus padres⁴⁵.

En esta cohorte de la encuesta se destaca que el 61% de los niños menores de 12 meses durmió el día anterior sólo en su cuna, cama o coche, porcentaje que disminuye a medida que disminuye el nivel de ingresos de los hogares. Al mismo tiempo, de estos niños que durmieron solos, el 38% lo hace en el cuarto de sus padres y 22% en otro cuarto.

⁴⁵<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/92024/sueno-seguro>

Por otro lado, un 37% de los niños comparte cama: 34% con sus padres, 2% con otros niños y 1% con otros adultos. Los niños que pertenecen a hogares del primer tercil de ingresos, los más chicos y los que residen en el interior son los que más durmieron la noche anterior acompañados por sus padres, niños u otros adultos (gráfico 85).

Gráfico 85. Proporción de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad de los niños, tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Como resumen final, se destaca que el 42% de los niños menores de 12 meses cumplen con ambas recomendaciones para el alcance del sueño seguro: durmiendo boca arriba y solos en su cama, cuna o coche.

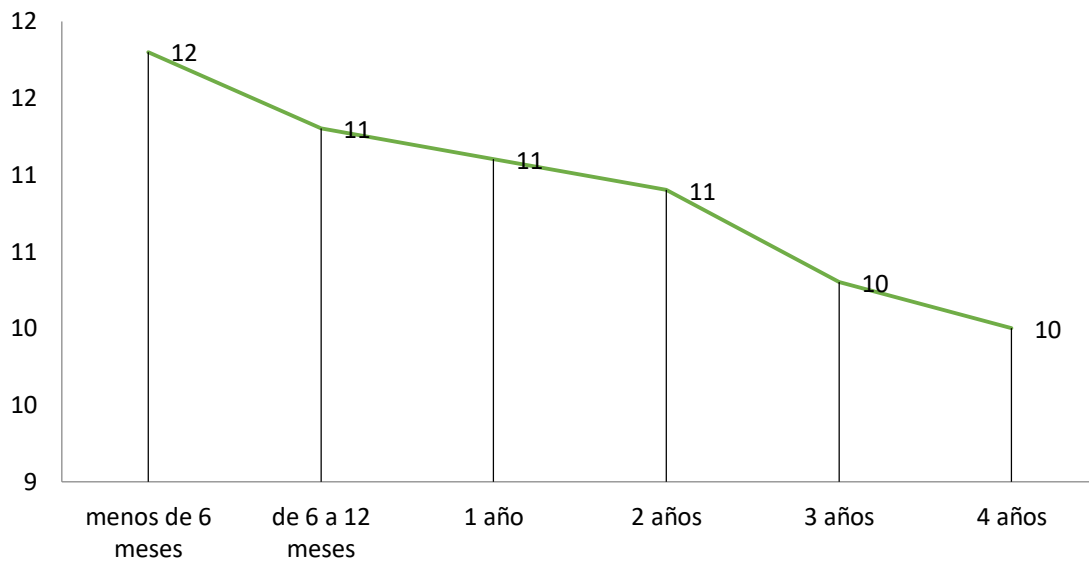
Horas de sueño

En esta edición se consultó, además, sobre las horas de sueño. La evidencia internacional reporta que los niños que duermen una cantidad de horas insuficiente para su edad presentan mayor riesgo de presentar mayor adiposidad, menor regulación emocional, deterioro del crecimiento, mayor exposición a pantallas y mayor riesgo de lesiones. (OMS, 2019)

De los resultados de esta edición se destaca que el 86% de los niños duerme entre 8 y 12 horas por día, sin diferencias por nivel de ingresos ni por región, encontrándose diferencias según grupo de edad. En promedio todos los niños duermen 11 horas diarias, pero esto varía según la edad de los niños: cuanto más pequeños los niños, más horas duermen tal como se observa en el Gráfico 86.



Gráfico86. Promedio de horas de sueño del día anterior (incluyendo siestas e intervalos de sueño nocturno según edad de los niños y niñas



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

No se observan variaciones por tercil de ingresos ni por región (Montevideo o interior).

Por otro lado, en la Tabla 44 se observan los porcentajes de niñas y niños que en la nueva edición de la encuesta cumplen con las horas de sueño recomendadas para su edad de acuerdo a la OMS (OMS, 2019) donde se observa que a mayor edad, mayor cumplimiento de las recomendaciones de sueño.

Tabla 44. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de horas de sueño por edad

Edad de los niños y niñas	Recomendación de horas de sueño en un período de 24hrs.	% de niños que duermen de acuerdo a la recomendación
4 a 12 meses	12 a 16 horas	51%
1 a 2 años	11 a 14 horas	59%
3 a 5 años	10 a 13 horas	70%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

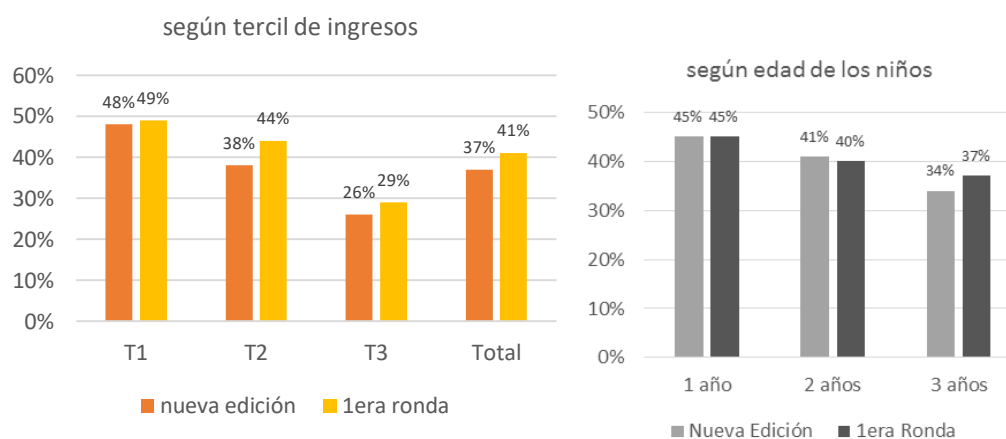
Comparación con la primera edición de la ENDIS cohorte 2013

En comparación con la situación de los niños en la primera edición de la cohorte 2013, cabe destacar que las preguntas sobre donde duermen los niños en dicho año se realizan únicamente a los niños mayores de 12 meses y se consultó en particular donde duerme frecuentemente y no dónde durmieron la noche anterior (como se preguntó en la nueva edición 2018). Tampoco se consultó sobre la forma en que los niños duermen ni la cantidad de horas de sueño, por lo que estas comparaciones no son posibles.

Sin embargo, los resultados encontrados en la primera edición de la encuesta en relación al lugar donde duermen presentan un comportamiento similar al de la nueva edición: los niños que pertenecen a los hogares más pobres (primer tercil de ingresos) y los más pequeños son los que comparten frecuentemente la cama con otros niños o adultos (Gráfico 87).

Para realizar estas comparaciones entre niños y niñas de ambas cohortes (2013 y 2018) se excluyeron los menores de 12 meses de ambas ediciones y los mayores de 4 años de la segunda edición. De esta manera los datos a comparar corresponden a niños de 12 a 47 meses.

Gráfico 87. Comparación entre cohorte 2013 y cohorte 2018 de la distribución porcentual de los niños y niñas que durmieron la noche anterior acompañados por otros niños o adultos por edad y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Actividad Física

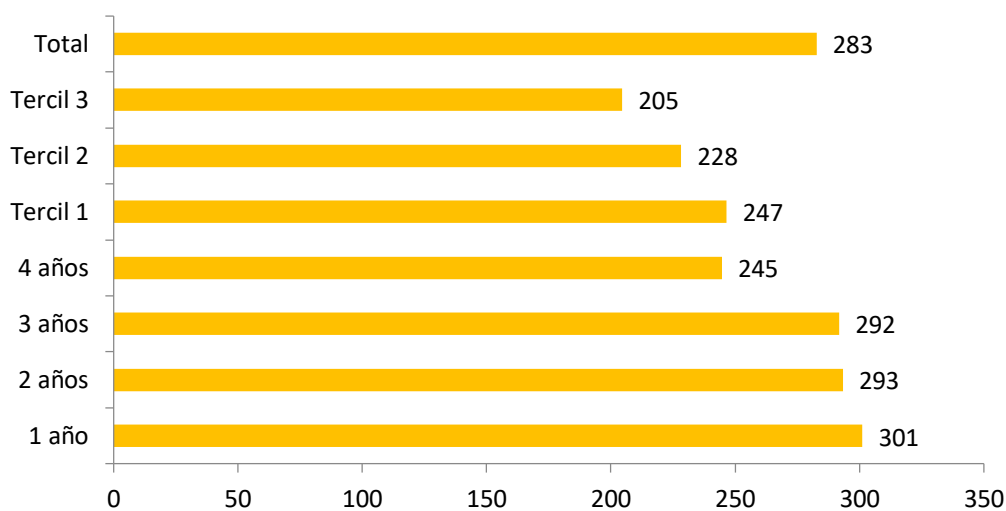
El deporte y la actividad física son esenciales para mejorar la salud y el bienestar de los niños y niñas. La evidencia muestra que participaciones regulares en actividad física (tanto si es practicada como juego o actividades físicas organizadas y competitivas) influyen positivamente en la salud física y mental a los niños, así como a prevenir o limitar la presencia de enfermedades no transmisibles.

Todo niño/a tiene derecho a la recreación y el juego en un ambiente seguro y sano -un derecho fundado en el Artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño- así como el derecho al deporte, que está expresamente contenido en otros tratados internacionales.

En esta edición de la encuesta se consultó sobre el tiempo de actividad física (correr, saltar, trepar, lanzar, nadar, entre otros) que realizaron los niños en diferentes ambientes (en casa, en el parque, en la piscina, entre otros).

De los resultados de esta edición se destaca que el 85,6% de los niños mayores de 1 año realizaron el día anterior más 60 minutos de actividad física y en promedio se realizaron 283 minutos encontrándose diferencias por nivel de ingresos y edad de los niños pero no por la región como se detalla en el Gráfico 88.

Gráfico 88. Promedio de minutos de actividad física que los niños mayores a 1 años realizaron el día anterior en distintos ambientes según edad de los niños y niñas y tercil de ingresos.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

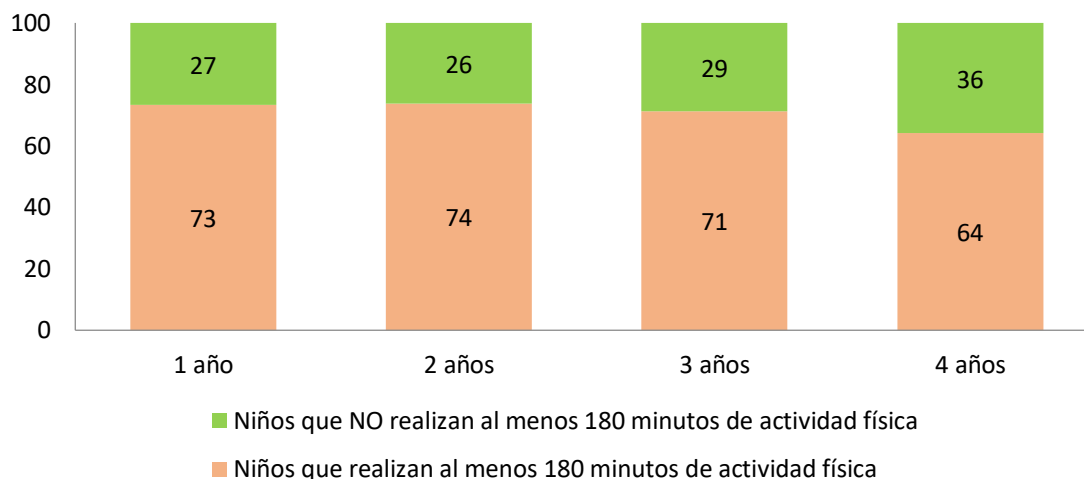
Los niños que pertenecen al tercil de mayores ingresos y los niños más grandes son los que menos minutos de ejercicio realizaron en promedio el día anterior, según los datos relevados en esta edición de la encuesta.

Por otro lado, también es importante analizar si estos minutos de ejercicio se encuentran en concordancia con las recomendaciones nacionales e internacionales. Por este motivo se analizaron los resultados de la encuesta en contraste con la serie de recomendaciones publicadas por la OMS en este año, quienes recomiendan que los niños de más de 1 año realicen 3 horas diarias de ejercicio.

De esta comparación se destaca que el 67% de los niños mayores de 1 año realizaron más de 180 minutos diarios de actividad física, como recomienda la OMS, variando según la edad de los niños, como se observa en el Gráfico 89, cuanto más grandes los niños menor es el porcentaje que cumple con las recomendaciones.

No se observan variaciones por tercil de ingresos.

Gráfico 89. Porcentaje de niños y niñas que cumplen con las recomendaciones de minutos de educación física realizadas por día según OMS según edades simples



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Exposición a pantallas

A medida que aumenta el número de niños que se conectan en línea en todos los países, está cambiando cada vez más su infancia. De acuerdo al Estado Mundial de la Infancia 2017 publicado por UNICEF, los niños y adolescentes menores de 18 años representan aproximadamente uno de cada tres usuarios de internet en todo el mundo.

Los niños de menos de 2 años no deben ser expuestos a ningún tipo de pantalla electrónica, de acuerdo con una recomendación publicada en 2019 por la OMS.

Para niños de 2 años en adelante se recomienda limitarlo a 60 o 120 o menos minutos por día dependiendo de la fuente, a menos que sea por tareas escolares (OMS, 2019).

De los resultados de esta edición de la encuesta se observa que hay un 70% de los niños está expuesto a pantallas (TV, computadora, Tablet, videojuegos o celular) y el 13% los utilizan menos de 1 hora. Un 14% de los niños está expuesta a pantallas 3 o más horas al día.

En promedio los niños expuestos utilizan 72 minutos por día. Este promedio de exposición varía según nivel de ingresos y edad de los niños (Tabla 45).

Tabla 45. Promedio de horas de exposición a pantallas según edad de los niños, tercil de ingresos y región

Exposición a pantallas	Edad de los niños					Tercil de ingreso			Total
	< 1 año	1 años	2 años	3 años	4 años	T1	T2	T3	
Promedio de minutos al día	22	52	80	98	112	65	79	75	72

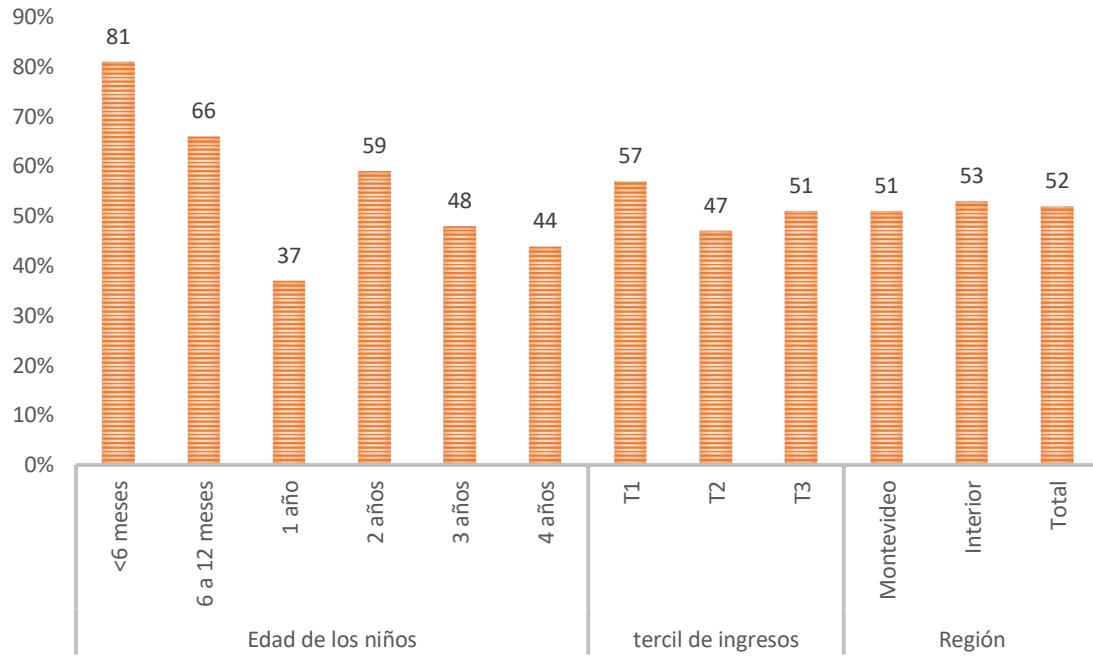
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Los niños que pertenecen al tercil de ingresos más pobre y lo más jóvenes fueron los que menos expuestos estuvieron a pantallas en promedio el día anterior según los datos relevados en esta edición de la encuesta. Mientras que no se observan diferencias según la región donde viven.

Respecto a los niños/as que no fueron expuestos a pantallas el día anterior, se destaca que el 74% son menores de 2 años, cumpliendo con la recomendación de la OMS, sin diferencias por tercil de ingresos o región.

Cabe destacar, además, que un 52% de los niños/as cumplen con las recomendaciones de la OMS de 0 exposición para niños/as menores de 1 año y 11 meses y menos de 60 minutos para niños de 2 a 5 años. El 55% de los menores de 24 meses cumple con la recomendación, mientras que este porcentaje es del 50% en niños mayores de 24 meses. Los niños menores de 1 año, los niños y niñas de hogares más pobres y los que viven en el interior son los que más cumplen con las recomendaciones de exposición a pantallas.

Gráfico 90. Porcentaje de niños que cumplen con las recomendaciones de minutos de exposición a pantallas realizadas por día según OMS según edad, tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018



II.12 **Acceso y Uso de Espacios Públicos**

Por la División Gestión del Conocimiento en Primera Infancia (UCC-MIDES):
Christian Berón, Florencia Köncke, Nathalia Martínez, Valentina Guillermo

El espacio público, físico y social, es en sí mismo un lugar de aprendizaje ya que en él nos desenvolvemos como individuos y nos relacionamos como comunidad. El espacio público es una parte importante del mundo de los niños y niñas donde se promueve y potencia el desarrollo integral de niños y niñas de primera infancia donde crean lazos afectivos y construyen sus relaciones, identidades y valores.

En el marco de la Convención de los Derechos del Niño, ratificado en Uruguay en el año 1990 a través de la ley N° 16.137, se estipula el derecho del niño al descanso, esparcimiento, juego y a las actividades recreativas propias de su edad. A partir de ello los Estados partes se comprometen a propiciar oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento (Art 31).

En esta edición se consultó sobre el acceso y uso de espacios públicos. En particular se consultó si se utilizan espacios públicos, a que distancia queda el más cercano, en caso de no utilizar, principal motivo y cuantas veces lo utilizaron en el transcurso del último mes.

Se destaca que el 80% de los niños utilizan espacios públicos y el 63% lo hizo al menos una vez en el último mes sin diferencias según nivel de ingresos o región. Existen diferencias de acuerdo a la edad de los niños y niñas. Quienes menos utilizan los espacios públicos son los niños menores de 1 año (Tabla 46).

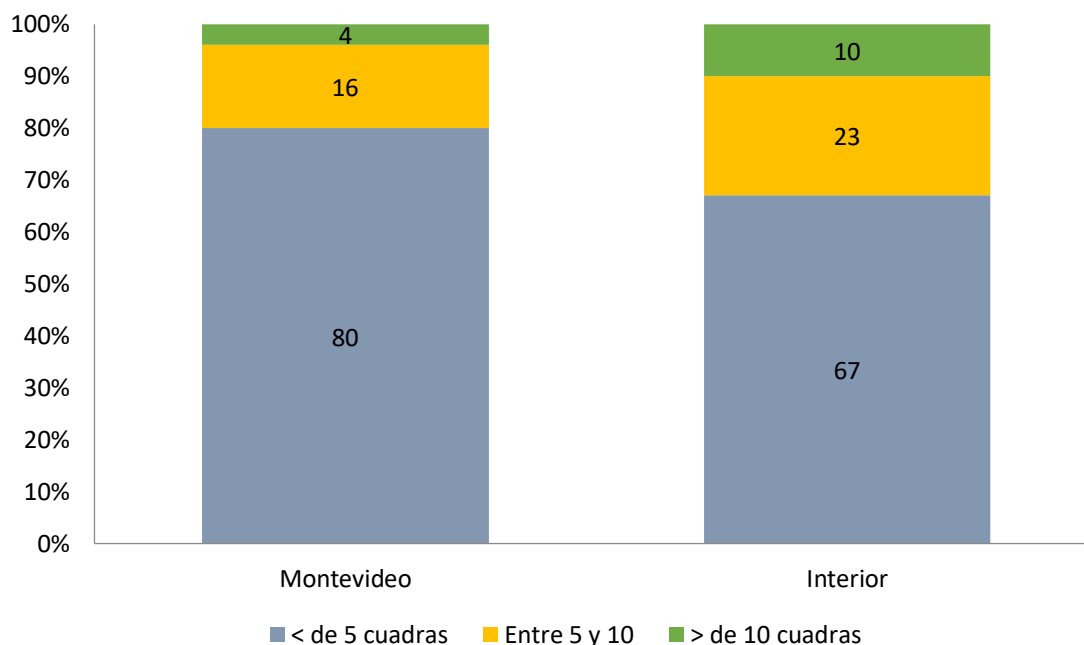
Por otro lado, el 74% declara contar con uno a menos de cinco cuadras de donde reside. Este porcentaje varía significativamente según la región, el 80% de los niños que viven en Montevideo cuentan con un espacio a menos de cinco cuadras, mientras que para los niños del interior este guarismo es el del 67% (Gráfico 91). No se encontraron diferencias por edad de los niños (Tabla 47).

Tabla 46. Porcentaje de niños que utilizan espacios públicos y distancia al mismo según edad, tercil de ingresos y región

Espacios públicos	Edad de los niños					Tercil de ingreso			Región		Total
	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	T1	T2	T3	Mdeo	Interior	
Uso de espacios públicos	68%	85%	81%	79%	84%	79%	80%	79%	80%	79%	80%
Cuenta con un espacio a menos de 5 cuadras	73%	74%	73%	74%	74%	70%	74%	76%	80%	67%	74%

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Gráfico 91. Distancia al espacio público más cercano según región donde viven los niños (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Dentro de los principales motivos declarados para no utilizarlos se encuentra el mal estado de los espacios con el 32% y el mal estado del camino por el cual acceden con el 16%. Estos motivos no varían ni por región, tercil ni por la edad de los niños.



II.13 Desarrollo infantil

Por Facultad de Psicología:
Lucía Álvarez - Núñez, Meliza González, Alejandro Vásquez Echeverría.
Por MIDES: Fanny Rudnitzky

II.13.1 Introducción

En este capítulo se analizan los resultados de desarrollo infantil evaluados a través de tres instrumentos: Child Behavior Check list for ages 1 ½ -5 (CBCL 1 ½-5), Ages and Stages Questionnaires Third Edition (ASQ-3) y Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional (ASQ-SE).

Cada instrumento está diseñado para evaluar diferentes aspectos del desarrollo infantil. El CBCL 1½-5 evalúa competencias sociales a partir de la medición de problemas de conducta externalizados (como por ejemplo la agresividad) e internalizados (como por ejemplo la ansiedad). El ASQ-3 evalúa el desarrollo de los niños en comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y habilidades sociales. Finalmente, el ASQ-SE evalúa el desarrollo socio-emocional de los niños considerando las habilidades logradas en relación con la autorregulación, conformidad, comunicación, funciones adaptativas, autonomía, afecto e interacción con las personas.

En la ENDIS los cuestionarios fueron completados por un encuestador especializado que formulaba las preguntas y registraba las respuestas de los padres. En los tres casos se utilizaron versiones adaptadas al castellano autorizadas por los autores de los instrumentos.

A continuación, se presentan los resultados de cada uno de los instrumentos y un apartado de consideraciones finales. Cada sección comienza con una descripción del instrumento. Luego se presenta un análisis descriptivo de los resultados para toda la muestra y desagregado según sexo, edad, región del país y nivel socioeconómico del hogar. Finalmente se comparan los resultados con los obtenidos en la primera cohorte de la ENDIS para niños de Montevideo menores de 47 meses de edad.

II.13.2 Child Behavior Check List 1½-5.

El Child Behavior Check List (CBCL 1½-5)⁴⁶ evalúa los problemas conductuales, emocionales y sociales de los niños de un año y medio a cinco años. Está conformado por 99 ítems con tres escalas de valoración (0= No es cierto –que sepa usted–; 1=En cierta manera, algunas veces; 2= Muy cierto o cierto a menudo). A su vez, contiene un ítem de respuesta semi-abierta en la cual los participantes pueden anotar otros problemas que presente el niño y no estén contempladas en el cuestionario.


Con los primeros 99 ítems se calculan siete síndromes: Emocionalmente reactivo; Ansioso / deprimido; Quejas somáticas, Retraído; Problemas para dormir; Problemas de atención y Conductas agresivas. El nombre de cada dominio resume la problemática evaluada por el instrumento (Achenbach&Rescorla, 2000)⁴⁷. En la Tabla 47 se presentan ejemplos de ítem del CBCL 1½-5. Cada síndrome es obtenido mediante la suma de los ítems correspondientes.

Tabla 47: Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL 1½-5

Comportamiento	Síndrome	Ejemplo de ítem
Internalizante	Emocionalmente reactivo	Cualquier cambio de rutina lo/la perturba
	Ansioso / deprimido	Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos
	Quejas somáticas	Dolores o malestares (sin causa médica; o incluye dolor de estómago o dolor de cabeza)
	Retraído	Evita el contacto visual con otras personas
	Problemas para dormir	No quiere dormir solo(a)
Externalizante	Problemas de atención	No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo
	Conductas agresivas	No puede esperar lo quiere todo de inmediato

⁴⁶Se evaluaron las propiedades psicométricas del CBCL en esta muestra y se constató que es un instrumento confiable y válido para su uso en niños uruguayos de 24 a 71 meses de edad. Este resultado replica los hallazgos de Álvarez-Núñez, González, & Vásquez-Echeverría (2018c).

⁴⁷“The title of each scale summarizes the kinds of problems that form the syndrome” (Achenbach & Rescorla, 2000, pág. 20)



En el CBCL 1½-5 se calculan dos factores que agrupan los síndromes mencionados anteriormente: *Comportamiento internalizante* y *Comportamiento externalizante*. El primero, hace referencia a los problemas vinculados al “yo”, se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de Emocionalmente reactivo, Ansioso/depresivo, Quejas somáticas y Retraído. El segundo, refiere a los conflictos con otras personas y con las expectativas del niño, este dominio se calcula mediante la suma de Problemas de atención y Conductas agresivas.

En este instrumento también se puede calcular el puntaje de Problemas Totales mediante la suma de las puntuaciones de los 99 ítems (Achenbach & Rescorla, 2000). Achenbach & Rescorla (2010) categorizan a 23 sociedades en función de los puntajes ómnibus de Problemas Totales. Una sociedad es categorizada en el grupo 1 si la media de los Problemas Totales está por debajo de un desvío estándar de la media omnicultural; en el grupo 2 si la media de Problemas Totales está entre -1 y 1 desvío estándar o en el grupo 3 si la media está por encima de 1 desvío estándar de la media omnicultural. (Rescorla et al. 2011) reportan el valor de la media omnicultural (de 24 sociedades) para Problemas Totales igual a 33,3 y un desvío estándar de 7,1.

Además de conocer el puntaje promedio para una sociedad, o para diferentes sub-grupos dentro de esa sociedad, el CBCL permite clasificar las competencias sociales de los niños en las categorías de Normal, Borderline o Clínico según el puntaje obtenido. La categoría Borderline refiere a los niños que presentan puntuaciones altas en los síndromes del CBCL lo cual puede interpretarse como una señal de alerta para continuar monitoreando la conducta del niño. La categoría Clínico hace referencia a puntuaciones suficientemente altas para considerarse una posible desviación que afecte la salud mental del niño. El punto de corte para cada una de estas categorías se define según un criterio normativo que varía según el grupo de sociedades (1, 2 o 3) al que pertenezca la sociedad en cuestión.

Resultados

En esta sección se analizan los resultados del CBCL 1½-5 en la segunda cohorte de la ENDIS. Se presentan las puntuaciones obtenidas y se discute si la población infantil uruguaya pertenece al grupo 1 o al grupo 2 con relación a la media omnicultural. Posteriormente se presentan los porcentajes de niños clasificados como Normal, Borderline y Clínico según los puntos de corte del grupo 2. Luego, se estudia la asociación entre problemas comportamentales, emocionales y sociales medidos por el CBCL 1 ½-5 según sexo, edad, región (capital y resto del país) y nivel socioeconómico del hogar.

La media de Problemas Totales en esta muestra es 26,9 (DT = 20,8) en un rango teórico de 0 a 198. En Comportamiento externalizante la media es 10,6 (DT= 8,1) y en Comportamiento internalizante 6,8 (DT= 7,0).

Con respecto a la comparación transcultural, para categorizar las puntuaciones obtenidas con el CBCL 1½-5 según las normas establecidas por los autores, se debe determinar a qué grupo de sociedades pertenece Uruguay. Si se compara la media y desvío estándar de Problemas Totales de esta muestra con la presentada para los tres grupos de sociedades en Achenbach & Rescorla (2010)⁴⁸, se observa que el valor de la media se encuentra en el punto medio entre el grupo 1 y grupo 2, mientras que la dispersión es mayor a la registrada en los tres grupos y más parecida a la del grupo 2. Sin embargo, los puntajes obtenidos en los niños evaluados en la segunda ronda de la ENDIS cohorte 2013 (del año 2015) fueron similares al grupo 1 en promedio, aunque también muestran una dispersión mayor (Álvarez - Núñez et al., 2018c). Las discrepancias observadas en las diferentes rondas de la ENDIS pueden deberse a cambios en la composición de las muestras comparadas, ya sea en edad, sexo u otras características.

Como puede observarse en la tabla 49, utilizando los puntos de corte del grupo 1, el 22% de los niños pertenece al grupo clínico y un 9,5% es clasificado como Borderline. Asimismo, un 19,9% y un 17,8% pertenecen al grupo clínico en problemas de comportamiento externalizante e internalizante, respectivamente. Por otra parte, si se considera el baremo del grupo 2, el porcentaje de niños en el grupo clínico de Problemas totales pasa del 22 al 7,6% y el porcentaje clasificado en Borderline pasa de 9,5% a 5,9%. Mientras que Comportamiento externalizante pasa a 6,9% y Comportamiento internalizante a 9,0%.

Tabla 48. Porcentaje de niños clasificados como Normal, Borderline y Clínico según CBCL 1½-5

Síndrome	Grupo 1			Grupo 2		
	Normal	Borderline	Clínico	Normal	Borderline	Clínico
Emocionalmente reactivo	90	3	6	94	5	2
Ansioso/Deprimido	77	12	11	89	7	4
Quejas somáticas	87	9	5	93	4	3
Retraído	90	4	7	93	2	4
Problemas para dormir	91	6	3	97	1	2
Problemas de atención	75	20	5	95	3	2
Conducta agresiva	85	7	8	93	5	2
Segundo orden						
C. Internalizante	73	9	18	85	6	9
C. Externalizante	67	13	20	87	6	7
Problemas totales	69	9	22	87	6	8

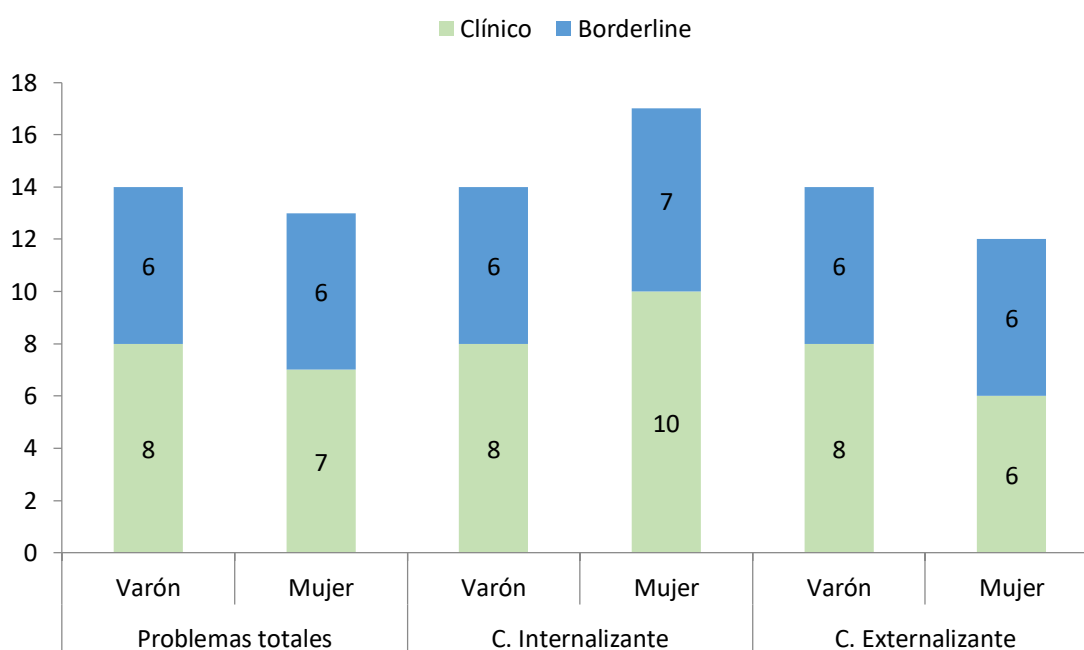
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

⁴⁸Estas son: 20,7 (DT= 14,8) para el grupo 1; 33,3 (DT= 18,7) para el grupo 2 y 44,3 (DT= 20,8) en el grupo 3.

En este capítulo, para el análisis del CBCL 1½-5 según otras variables sociodemográficas, se utilizarán las normas del grupo 2, siguiendo estrictamente el criterio propuesto en Rescorla et al. (2011). Se debe tener en cuenta que de esta manera el porcentaje de niños con problemas comportamentales o emocionales podría estar subestimado.

En el gráfico 92 se observa que el porcentaje de Problemas Totales es similar en los varones y mujeres. Sin embargo, al discriminar en Comportamientos internalizantes y externalizantes se notan leves diferencias según sexo: los problemas de Comportamiento internalizante son más frecuentes en las mujeres y el Comportamiento externalizante en varones.

Gráfico 92. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según sexo.

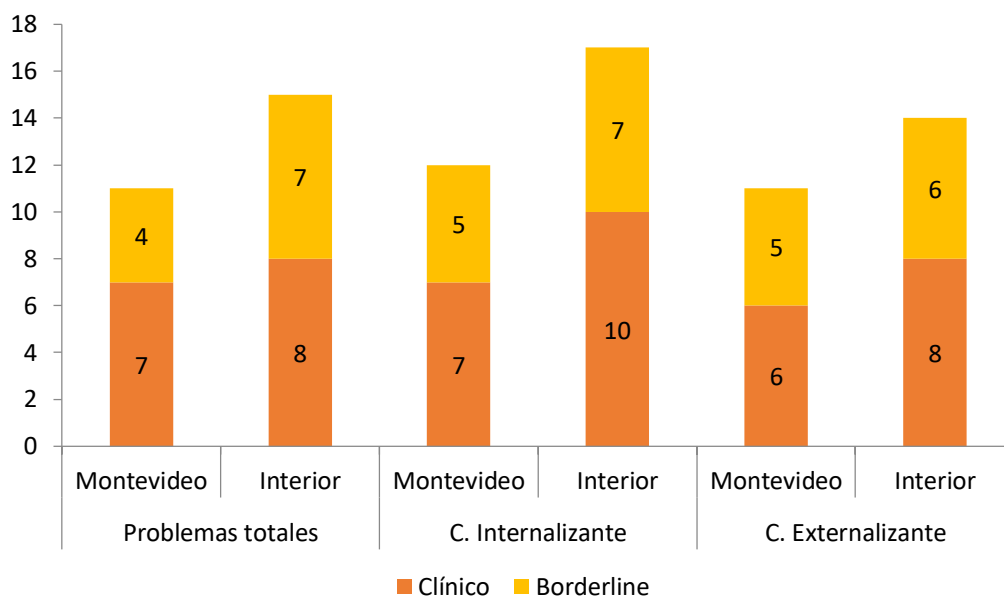


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Tal como se observa en el Gráfico 93, el porcentaje de niños en el grupo Clínico y Borderline es un poco menor en Montevideo en comparación con el resto del país.

Dicha característica se observa en los tres agrupamientos: Problemas Totales, Comportamiento internalizante y externalizante.

Gráfico 93. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según región



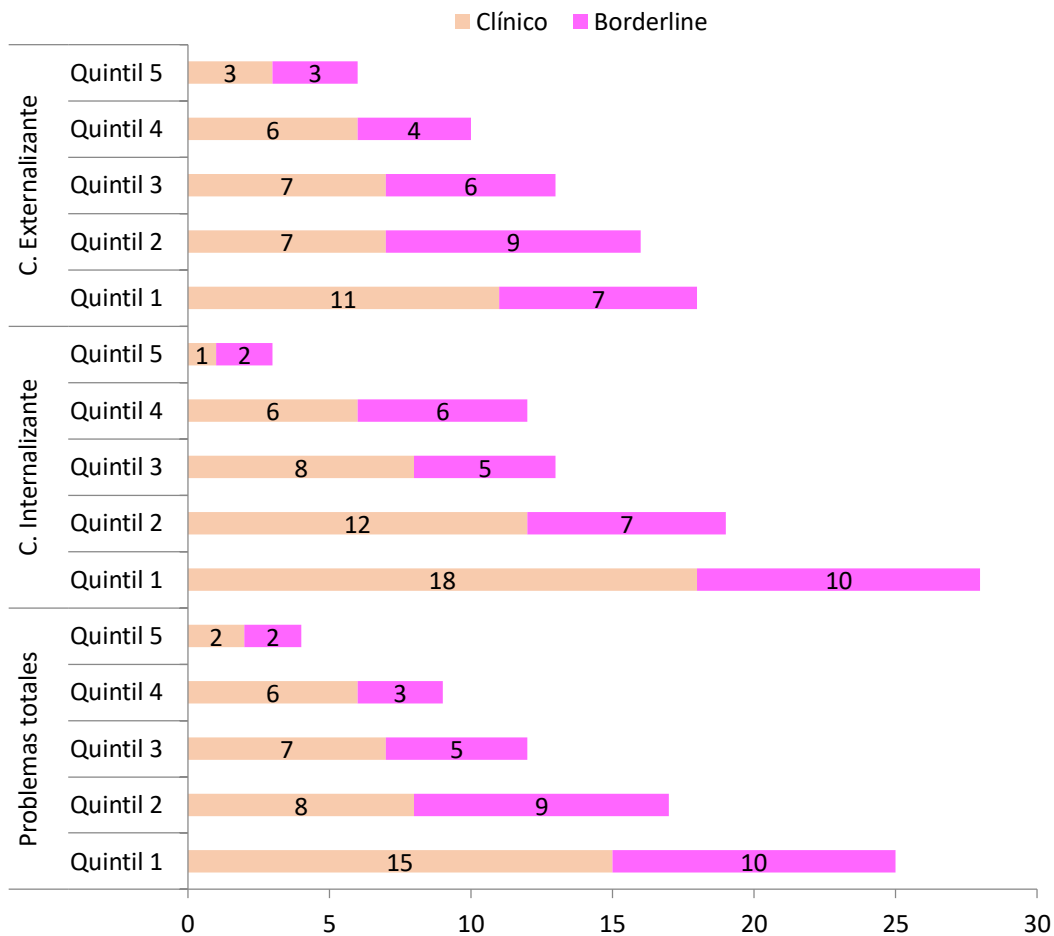
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En el gráfico 94 se presenta el porcentaje de niños de las categorías Clínico y Borderline según el nivel socioeconómico, estimado a través del quintil de ingreso al que pertenece el hogar del niño.

Se observa que el porcentaje de niños con problemas emocionales y comportamentales aumenta en los niños de contextos más desfavorables.

El Comportamiento externalizante clínico se diferencia más entre los quintiles de ingreso más extremos (quintil 1 y 5, con una diferencia de 8 puntos porcentuales), mientras que el Comportamiento internalizante presenta un ordenamiento jerárquico marcado en los cinco quintiles de ingreso.

Gráfico 94: Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico y Borderline del CBCL según quintil de ingreso del hogar



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En la Tabla 50 se analizan los resultados por nivel socioeconómico y edad de los niños (excluyendo a los de 1 año y medio por el pequeño tamaño de muestra). Se observa una tendencia de aumento con la edad de problemas de Comportamiento internalizante solamente en los contextos más desfavorables, en particular en los dos primeros quintiles de ingreso.

En cambio, en Comportamiento externalizante, las diferencias por edad dentro de cada quintil son menores incluso en los quintiles de ingreso más bajos.

Tabla 49. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico en CBCL 1 ½-5 según quintil de ingreso del hogar y edad del niño

		Problemas totales	C. Internalizante	C. Externalizante
Quintil 1	2 años	12	14	11
	3 años	16	17	12
	4 años	17	24	11
Quintil 2	2 años	10	10	6
	3 años	9	15	9
	4 años	7	17	6
Quintil 3	2 años	8	8	8
	3 años	6	7	7
	4 años	7	8	6
Quintil 4	2 años	8	7	8
	3 años	6	5	5
	4 años	7	6	7
Quintil 5	2 años	2	2	5
	3 años	2	1	3
	4 años	1	1	3
Total	2 años	8	9	7
	3 años	8	9	7
	4 años	8	11	7

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Por último, se analizan los resultados del CBCL en relación con los obtenidos en la primera medición de la ENDIS. Para esto se consideran sólo los casos de Montevideo que tenían entre 18 y 47 meses de edad al momento de la evaluación, con el objetivo de emparejar algunas de las características de las muestras comparadas.

En la tabla 51 se presenta el porcentaje de niños categorizados en el grupo clínico y en las grandes agrupaciones del CBCL junto con los intervalos al 95% de confianza. Se observa un aumento del porcentaje de niños en dichas categorías entre la primera y la segunda medición, que no es estadísticamente significativo en comportamiento externalizante. El aumento podría explicarse por la mayor proporción de varones en la segunda de muestra y la mayor edad promedio.

Tabla 50. Porcentaje de niños categorizados en el grupo Clínico en CBCL 1 ½-5 (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 18 a 47 meses de edad de Montevideo.

	Cohorte 1	Cohorte 2
C. Internalizante	3 (2;4)	7 (5;9)
C. Externalizante	5 (3;7)	6 (4;9)
Problemas totales	3 (2;5)	7 (5;8)
	n=761	n=572
	Edad: M=27,6(DT=0,24)	Edad: M=31,9(DT=0,38)
	Sexo: 48% varones	Sexo: 54% varones

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y ENDIS 2018

II.13.3 Ages & Stages Questionnaires tercera versión

Descripción del instrumento

La escala Ages & Stages Questionnaires tercera versión (ASQ-3) evalúa el riesgo de padecer algún retraso en el desarrollo de los niños de entre 1 y 66 meses de edad (Squires, Bricker, & Twombly, 2009). Este instrumento está compuesto por 21 cuestionarios correspondientes a distintos intervalos de edad: 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses. Cada cuestionario está conformado por 30 ítems organizados en cinco dimensiones: *Comunicación* (este dominio evalúa la habilidad lingüística incluyendo lo que el niño puede gesticular, vocalizar, escuchar y entender); *Motricidad fina* (movimiento y coordinación de manos y dedos); *Motricidad gruesa* (uso y coordinación de cuerpo, brazos y piernas); *Resolución de problemas* (aprendizaje y juego con juguetes) y *Habilidad socio-individual* (juego social en solitario y juego con otros niños) (Squires et al., 2009). En la Tabla 52 se presenta ejemplos de ítems del ASQ-3 para cada dimensión.

Tabla 51: Dimensión y ejemplo del ítem del ASQ-3

Dimensión	Ejemplo de ítem
Comunicación	Cuando su bebé quiere algo, ¿lo señala con el dedo para comunicárselo a Ud.?
Motricidad fina	¿Puede su niño poner tres cubitos o juguetes uno sobre otro sin ayuda?
Motricidad gruesa	¿Su bebé puede ponerse de pie y dar algunos pasitos hacia adelante sin ninguna ayuda o soporte?
Resolución de problemas	¿Puede su niña contar hasta 15 sin errores? Si puede hacerlo, marque "sí". Si su niña cuenta hasta 12 sin errores, marque "a veces"
Habilidad socio-individual	Al vestir a su bebé, ¿levanta el pie cuando Ud. le va a poner el zapato, el calcetín o el pantalón?

La puntuación de cada dimensión se obtiene mediante la suma de sus seis ítems. Cada ítem tiene una escala de respuesta de tres valores (No= 0, Todavía no= 5, Si= 10). Puntuaciones más altas en el ASQ-3 indican mayores niveles de desarrollo y, por lo tanto, menor probabilidad de padecer rezago en la habilidad evaluada.

En el ASQ-3 se clasifican tres niveles de riesgos calculados mediante la estandarización de las puntuaciones obtenidas respecto a los valores de la población de referencia. La población de referencia consta de más de 18.000 cuestionarios completados por los padres de niños estadounidenses de entre 1 y 66 meses de edad (información recolectada entre el año 2000 y 2004). Las puntuaciones de los niños que están por debajo de dos desvíos típicos se clasifican como "Riesgo" y los que se ubican entre -2 y -1 desvío típico en "Zona de monitoreo". Los niños identificados en la categoría Riesgo tienen altas probabilidades de necesitar un seguimiento especializado, mientras que los de Zona de monitoreo podrían beneficiarse de intervenciones específicas (Squires et al., 2009).

En este estudio se empleó la tercera versión del instrumento. En los análisis se realiza la interpretación de los 21 cuestionarios (según edad en meses) de manera agregada.

Resultados

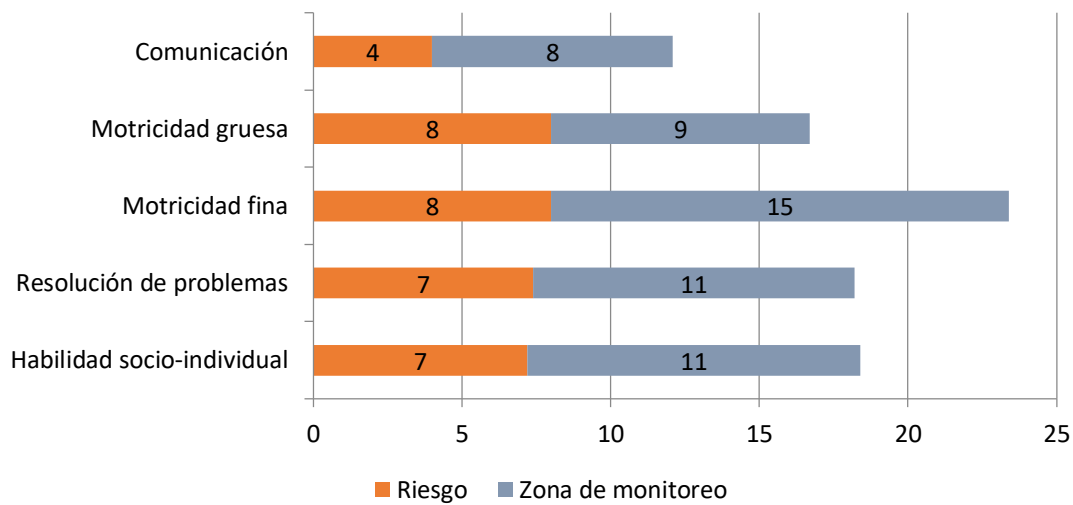
En esta sección se analizan los resultados del ASQ-3 de la segunda cohorte de la ENDIS. Se presenta el porcentaje de niños en riesgo y zona de monitoreo en las cinco dimensiones del instrumento. A su vez, se reporta el porcentaje de riesgo por dominio según sexo, región de residencia (capital y resto del país) y tercil de ingreso⁴⁹.

En el gráfico 95 se presenta el porcentaje de niños en riesgo y zona de monitoreo para cada dominio del ASQ-3. En este estudio el porcentaje de niños con riesgo oscila entre 4% y 8%, en la población de referencia el mismo es del 2,3% (porcentaje equivalente a 2 o más desvíos estándares). Se identifica mayor cantidad de niños en riesgo que en la población de referencia de Squires et al. (2009). El porcentaje de riesgo por dominio en esta muestra, sin colapsar los cuestionarios, oscila entre 0% a 15% en Comunicación; 3% a 39% en Motricidad Gruesa; 0% a 19% en Motricidad Fina; 2% a 17% en Resolución de Problemas y 2% a 15% en Habilidad socio-individual.

⁴⁹ No se utiliza el quintil de ingreso porque la escasa variabilidad en las respuestas invisibiliza el efecto del nivel socioeconómico.



Gráfico 95: Porcentaje de niños categorizados en riesgo y zona de monitoreo en el ASQ-3 (n= 2.409)



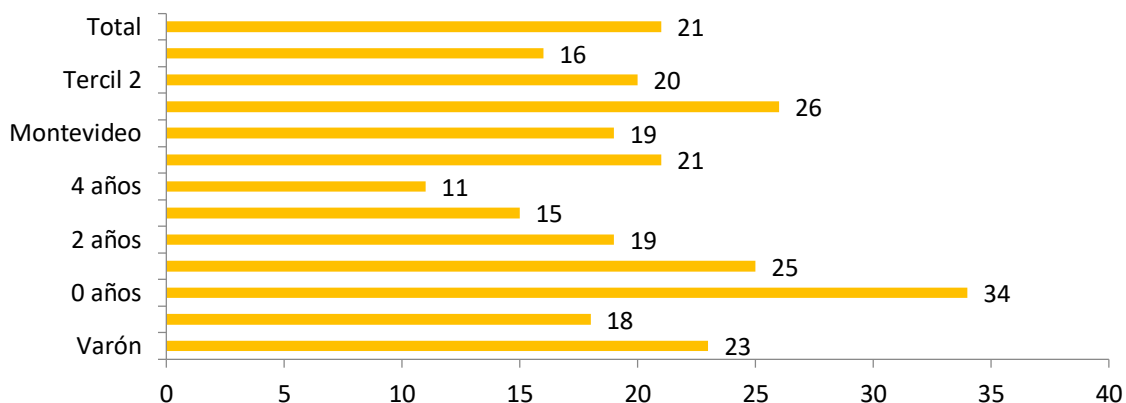
Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En nuestro estudio el porcentaje de niños en zona de monitoreo oscila entre 8% y 15%, mientras que en la población de referencia estadounidense la misma equivale al 13,6%. En la muestra con población uruguaya se identifica menor cantidad de niños en zona de monitoreo que en Squires et al. (2009), con la excepción de Motricidad fina. En este estudio, la suma de los promedios de niños en riesgo y zona de monitoreo es mayor que la reportada en Squires et al. (2009), con la excepción de Comunicación.

El 13% de la población fue identificada con riesgo en una habilidad evaluada por el ASQ-3; 4% presentan riesgo en dos dominios y 4% en tres o más riesgos (el porcentaje restante no fue identificado en la categoría riesgo de la escala). En Squires et al. (2009) el 7,4% presenta un riesgo, 19,3% presenta dos riesgos y el 4,3% tres o más riesgos. Al comparar los resultados de ambos estudios se observa que en la población uruguaya se identifican mayor cantidad de niños en riesgo en una habilidad y menor porcentaje en dos o más habilidades del ASQ-3 que en Squires et al. (2009).

En el gráfico 96 se presenta el porcentaje de niños con al menos un riesgo según las características sexo, edad, región de residencia y tercil de ingreso. Se observa un porcentaje mayor de riesgo en los varones, en los niños de menor edad y en los pertenecientes a hogares de menor nivel socioeconómico. Al discriminar por región de residencia se observa un porcentaje de niños con riesgo levemente mayor en el interior del país.

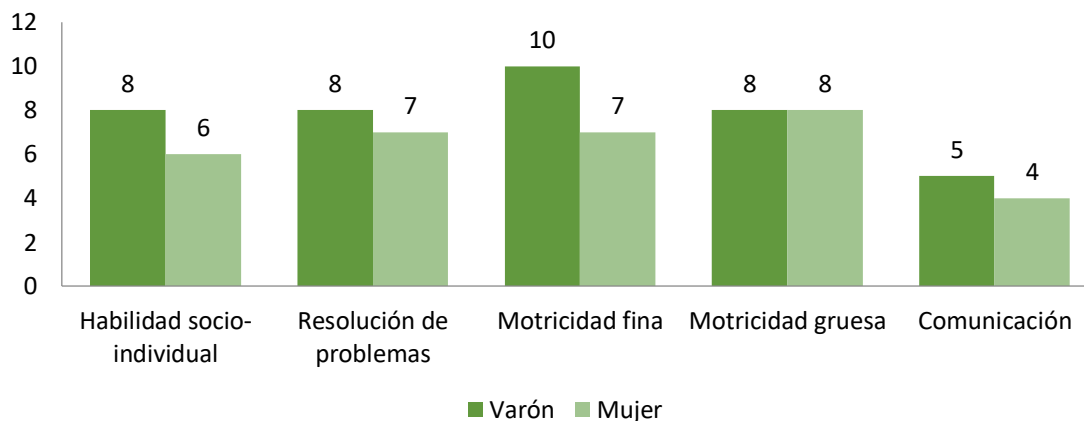
Gráfico 96. Porcentaje de niños con al menos un dominio del ASQ-3 categorizado en riesgo.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

El porcentaje de niños en riesgo por dominio y según sexo es presentado en el gráfico 97. Los varones presentan un porcentaje levemente mayor de riesgo que las mujeres en todos los dominios de la escala, con la excepción de Motricidad gruesa en la cual no se identifican diferencias. Los varones presentan mayor porcentaje de riesgo en el dominio Motricidad fina, mientras que las mujeres presentan mayor porcentaje en Motricidad gruesa, seguido por Motricidad fina. Comunicación es el dominio con menor porcentaje de riesgo en ambos sexos.

Gráfico 97. Porcentaje de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 según sexo

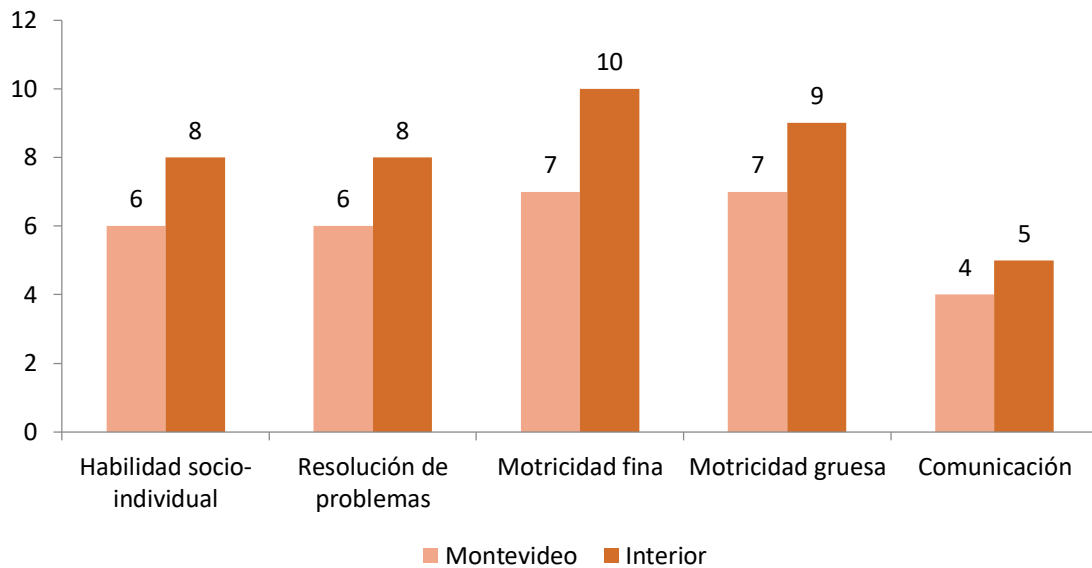


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En el Gráfico 98 se presenta el porcentaje de riesgo clasificado por residencia (capital o interior). Las personas de Montevideo reportan menor porcentaje de riesgo en todos los dominios evaluados. Motricidad fina y Motricidad gruesa son los dominios con mayor porcentaje de riesgo en ambos grupos.



Gráfico 98. Porcentajes de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 según región.

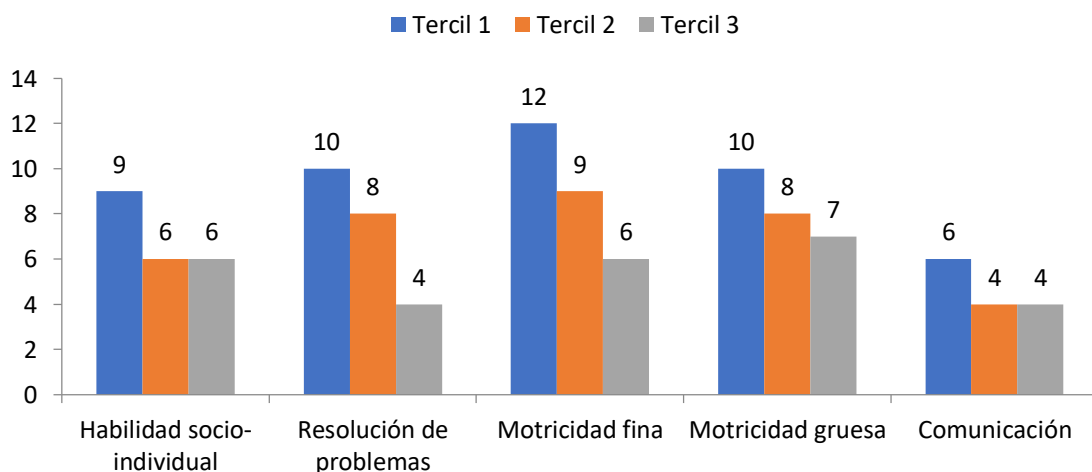


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al discriminar el porcentaje de riesgo por tercil, en el gráfico 99 se observa que las personas con menores ingresos económicos presentan mayor riesgo en los cinco dominios de la escala.

Por el contrario, las personas de mayores ingresos reportan menor riesgo en todos los dominios. Resolución de problemas presenta la mayor diferencia porcentual entre el primer y tercer tercil (6 puntos porcentuales), mientras que Comunicación es el dominio con menor diferencia (2 puntos porcentuales).

Gráfico 99. Porcentajes de niños y niñas categorizados en riesgo en ASQ-3 según tercil de ingreso.



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Para comparar con resultados del ASQ-3 obtenidos en la primera ola de la Cohorte 2013, consideramos los casos de Montevideo que tienen hasta 47 meses de edad. Como se observa en la Tabla 52 prácticamente no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la estimación de niños en riesgo.

Tabla 52. Porcentajes de niños categorizados en riesgo en ASQ-3 (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 1 a 47 meses de edad de Montevideo.

	COHORTE 2013	COHORTE 2018
Comunicación	4 (3;5)	4 (3;5)
Motricidad fina	7 (6;9)	8 (7;9)
Motricidad gruesa	8 (6;10)	8 (6;10)
Resolución de problemas	7 (5;8)	6 (6;8)
Habilidad socio-individual	5 (4;7)	6(5;8)
	n=1107 Edad: M=20,2(0,33) Sexo: 56% varones	n=484 Edad: M=23,2(0,46) Sexo: 54% varones

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2013 y 2018

II.13.4 Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional

Descripción del instrumento

La escala Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ-SE, Squires, Bricker, & Twombly, 2002) fue desarrollada como complemento del Ages & Stages Questionnaires. El ASQ-SE se compone de 8 cuestionarios para diferentes intervalos de edad, los cuales difieren en el número de ítems: 3 a 8 meses (con 19 ítems), 9 a 14 meses (22 ítems), 15 a 20 meses (26 ítems), 21 a 26 meses (26 ítems), 27 a 32 meses (29 ítems), 33 a 41 meses (31 ítems), 42 a 53 meses (33 ítems) y 54 a 65 meses (33 ítems).

El ASQ-SE está conformado por siete áreas de comportamientos: *Autorregulación* (este dominio evalúa la capacidad del niño para adaptarse o calmarse), *Conformidad* (acatar o adaptarse a las reglas y normas de los demás); *Comunicación* (intención y capacidad de responder a señales verbales y no verbales para expresar sus sentimientos o estados internos), *Funciones adaptativas* (capacidad para enfrentarse a las necesidades psicológicas), *Autonomía* (capacidad de comenzar una tarea o responder con independencia a un estímulo), *Afecto* (habilidad de mostrar sus sentimientos o empatía hacia los demás) e *Interacción con las personas* (iniciar o responder a claves de interacción social). En Tabla 53 se presentan ejemplos de ítems de cada área evaluada.

Tabla 53. Área y ejemplo de ítem del ASQ-SE

Área	Ejemplo de ítem
Autorregulación	Cuando su niña está alterada, ¿se puede
Conformidad	¿Hace su niña lo que usted le pide?
Comunicación	Cuando usted le habla a su niña, ¿le mira a
Adaptativas	¿Duerme su niña por lo menos 8 horas
Autonomía	¿Explora su niña lugares nuevos, como un
Afecto	¿A su niño le gusta que lo abracen o lo
Interacción con las personas	¿Usted y su niño disfrutan de la hora de comida juntos?

Cada ítem tiene una escala de respuesta de tres opciones (la mayoría de las veces = 0; a veces = 5; nunca o raramente = 10). La puntuación total del ASQ-SE se calcula mediante la suma de todos los ítems para cada cuestionario. Una puntuación elevada podría indicar algún inconveniente en las áreas evaluadas (Squires et al., 2002).

Squires et al. (2002) derivaron empíricamente puntos de corte utilizando una variable de criterio concurrente. Los niños cuyos puntajes se encuentran por encima de los puntos de corte se clasifican en “Riesgo” y deben ser considerados para una evaluación adicional o una referencia a los servicios sociales de atención a la infancia.

Resultados

En esta sección se analizan los resultados del ASQ-SE de la segunda cohorte de la ENDIS. Se presentan las puntuaciones promedio del test y la distribución de los niños en las categorías normal y riesgo por cuestionario y para el total de la muestra. Luego se reporta el porcentaje niños con riesgo según edad, sexo, región de residencia (capital y resto del país) y nivel socioeconómico.

En la tabla 55 se presenta el promedio (junto a su desvío estándar) de las puntuaciones del ASQ-SE y porcentaje de niños clasificados según las dos categorías del instrumento (normal y riesgo) por cuestionario. El 16% del total de la población fue identificado en situación de riesgo. La puntuación media del ASQ-SE tiende a aumentar entre los niños más pequeños (de 6 meses) hasta los 36 meses, luego de lo cual decrece progresivamente. La proporción de niños en zona de riesgo tiende a aumentar en función de la edad hasta los 36 meses, patrón similar al del promedio de las puntuaciones del ASQ-3. La prevalencia de riesgo alcanza su punto máximo (27%) a los 36 meses de edad y su mínimo (10%) en 6 meses de edad.

Tabla 54: Puntuaciones del ASQ-SE y porcentaje de casos clasificados como normal y riesgo (n = 2285)

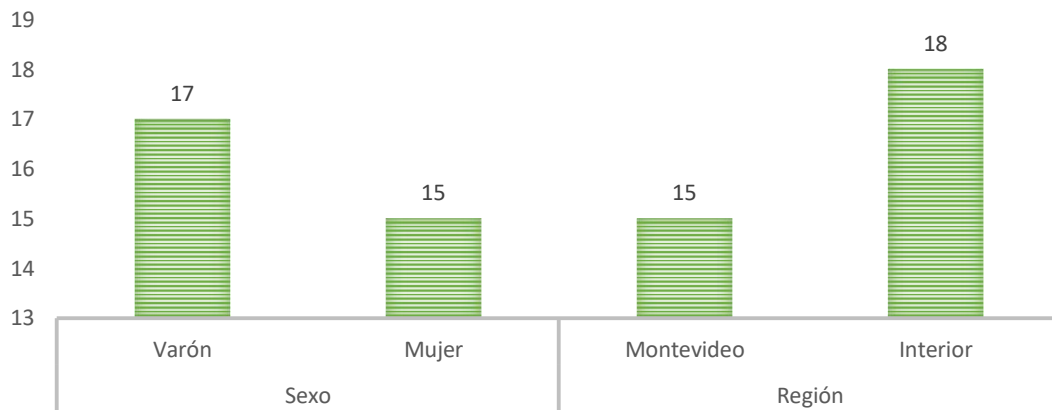
Cuestionario	M (DT)	Normal	Riesgo
6 meses	19,8 (17,5)	90	10
12 meses	25,6 (19,2)	89	11
18 meses	26,8 (21,4)	86	14
24 meses	28,1 (19,5)	86	14
30 meses	44,3 (25)	77	23
36 meses	45,4 (27,6)	72	28
48 meses	42,8 (31,3)	85	15
60 meses	38,9 (26,8)	89	11
Total	35,6 (26,7)	84	16

Notas. M (DT)= Media (Desviación Típica).

Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

En el Gráfico 100 se presenta el porcentaje de niños en riesgo según sexo y región de residencia de los niños. La comparación por sexo evidencia mayor incidencia de riesgo en los varones que las mujeres (17% frente al 15% en las mujeres). Este dato es consistente con los resultados presentados por Squires et al. (2002) con una muestra de 3.014 niños, en la cual se encuentran diferencias significativas entre los puntajes promedio de niños y niñas en los cuestionarios de 30, 36, 48 y 60 meses de edad. Se aprecian diferencias en los niveles de riesgo del ASQ-SE según región de residencia. Los niños del interior del país reportan mayor porcentaje de riesgo que las personas que viven en la capital.

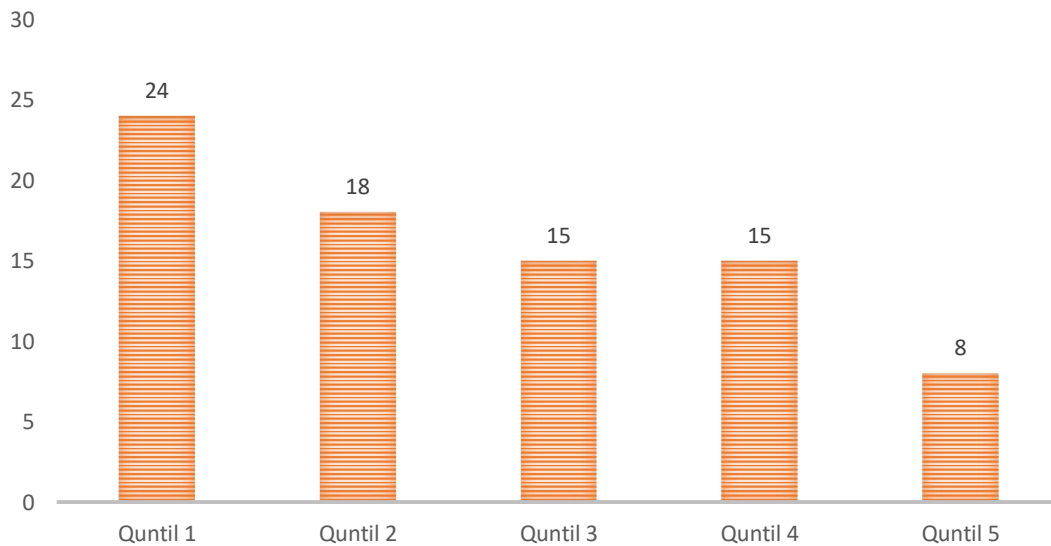
Gráfico 100: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE según sexo y región



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

La prevalencia de riesgo según ASQ-SE clasificado por quintil de ingreso es presentada en el Gráfico 101. La prevalencia de riesgo según el ASQ-SE presenta importantes variaciones por quintiles de ingreso del hogar, al igual que en los restantes instrumentos de evaluación del desarrollo empleados en este estudio. El porcentaje de niños con riesgo en el quintil 1 (24%) triplica el de los niños del quintil 5 (8%). El porcentaje de riesgo disminuye en función del aumento de quintil.

Gráfico 101: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE según quintil de ingresos del hogar



Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Al igual que con los otros instrumentos, se compara a modo descriptivo la estimación con la obtenida por los niños evaluados en la primera ola de ENDIS. Se observa un aumento en el porcentaje de niños en riesgo del ASQ-SE (Tabla 56).

Si bien se consideran solo los casos de Montevideo de 3 a 47 meses de edad (para emparejar en edad y procedencia las características de las muestras comparadas), la segunda cohorte posee una proporción mayor de varones.

Tabla 55: Porcentaje de niños categorizados en riesgo en el ASQ-SE (e intervalos al 95% de confianza) en las cohortes 1 y 2 de la ENDIS. Niños de 3 a 47 meses de edad de Montevideo.

	COHORTE 1	COHORTE 2
Riesgo ASQ-SE	7 (6;9)	15 (13;17)
	n=1086	n=838
	Edad: M=20,4(0,33)	Edad: M=24,7(0,45)
	Sexo: 51% varones	Sexo: 55% varones


Fuente: Elaboración propia en base a ENDIS 2018

Conclusiones

Del análisis de los resultados de esta versión de la ENDIS surgen algunos aspectos importantes a discutir, vistos de forma recurrente a través de los diferentes instrumentos. Primero, se observa un marcado efecto del nivel socioeconómico de las familias en aspectos cognitivos y socioemocionales del desarrollo, incluso en edades tan tempranas como el año o los dos años de vida. Esto es especialmente preocupante en la medida que, por ejemplo, el CBCL 1 ½-5 ofrece indicios tempranos de psicopatología infantil. Asimismo, la acumulación de circunstancias adversas (estrés o situaciones de adversidad persistentes) puede provocar que los efectos sean más marcados con la edad (algo que se aprecia, en parte, con el aumento de las situaciones de riesgo en quintil 1).

Un segundo efecto recurrente a través de instrumentos es el del sexo, que favorece a las niñas. Esto es consistente con un número importante de estudios anteriores (incluyendo datos nacionales mediante la evaluación con el Inventario de Desarrollo Infantil) que muestra una maduración más rápida de las niñas que los niños.

Tercero, la población del interior (en comparación a la de Montevideo) presenta niveles mayores de rezago en diferentes áreas del desarrollo, efecto pequeño, pero consistente e inesperado. Futuros investigadores deberán realizar estudios para comprobar si este efecto de la región es ocasionado por terceras variables que inciden en este resultado (por ejemplo: la muestra del interior presenta menores niveles de ingresos que la de Montevideo).



La inspección psicométrica que realizamos con esta muestra y con otras muestras anteriores de la ENDIS nos indica que es arriesgado hacer comparaciones entre cohortes y/o con datos internacionales. Sin embargo, observamos dos tendencias comparativas sobre las que vale detenerse. La primera refiere a los indicadores de mayor riesgo clínico en la Cohorte 2018 en CBCL y ASQ-SE, ambos instrumentos diseñados para evaluar problemas emocionales y de comportamiento.

Si bien las diferencias en el muestreo entre cohortes hacen que sea difícil concluir la existencia de un aumento real en la cantidad de niños con riesgo clínico, estos resultados, por su relevancia, ameritan nuevas investigaciones para explorar si se debe a un artefacto metodológico o a una tendencia epidemiológica en población infantil montevideana.

Segundo, observamos en la comparación internacional que las puntuaciones medias de la población uruguaya son algo mejores en términos de desarrollo infantil, pero la dispersión es mayor.

Este se traduce, en última instancia, en que algunos porcentajes de clasificación de riesgo son mayores en la población uruguaya que en las muestras normativas de referencia (en general, estadounidenses).

Futuros estudios podrían analizar si estos datos son un antecedente de la dispersión (o brecha) en logros educativos que presenta Uruguay en pruebas de evaluación educativa (Ineed, 2017).

Pero, antes que nada, permiten visualizar la desigualdad en las condiciones de desarrollo de la población infantil uruguaya que hace crucial el reforzamiento de las políticas públicas especializadas desde lo sanitario, lo educativo y lo social.

BIBLIOGRAFÍA

(GEF), G. d. (2014). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Montevideo.

Academia Americana de Pediatría. (2017). Your Overweight Child and the Risk of Disease. Obtenido de:

<https://www.healthychildren.org/English/healthissues/conditions/obesity/Pages/Your-Overweight-Child-and-the-Risk-of-Disease.aspx>.

Academia Estadounidense de la Medicina del Sueño. (2016). Los buenos hábitos del sueño: ¿cuántas horas de sueño necesita su niño? Obtenido de

<https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/sleep/Paginas/healthy-sleep-habitshow-many-hours-does-your-child-need.aspx>

Academia Americana de Pediatría. (2017). Alimentación del niño, Ingestión de calorías (energía): cantidades de alimentos y bebidas recomendadas para los niños. Obtenido de

<https://www.healthychildren.org/spanish/healthy-living/nutrition/paginas/energy-inrecommended-food-drink-amounts-for-children.aspx>

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Research Center for Children, Youth, & Families - University of Vermont.

American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5):958-61.

Colafranceschi, M., Failache, E., & Vigorito, A. (2013). DESIGUALDAD MULTIDIMENSIONAL Y DINÁMICA DE LA POBREZA EN URUGUAY EN LOS AÑOS RECIENTES. EL FUTURO EN FOCO. Cuadernos sobre Desarrollo Humano.


Evans, J., Myers, R., & Ilfeld., E. (2000). Early Childhood Counts. A Programming Guide on Early Childhood Care for Development. Washington D.C: World Bank Institute.

FAO. (2012). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo.

Farajian, P., Panagiotakos, D., Risvas, G., Malisova, O., & Zampelas, A. (2014). Hierarchical analysis of dietary, lifestyle and family environment risk factors for childhood obesity: the GRECO study. *Eur J Clin Nutr*, 1107-12.

GEF/IECON. (2015). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay, Primeros resultados de la Encuesta Nacional Desarrollo Infantil, Nutrición y Salud.

Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children *Science*, (5782), 1900.



Institute, National Heart Lung and Blood. (2017). Overweight and Obesity. Obtenido de https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/peds_guidelines_sum.pdf

Landers, C., Mercer, R., Molina, H., & Eming Young, M. (2006). Desarrollo Integral en la Infancia: una Prioridad para la Salud. Manual de Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. (2015). Actividad Física y Salud de 3 a 6 años. Obtenido de

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/GuiaAF_3_6anos_docentes.pdf

MSP – MIDES – RUANDI – UNICEF. (2011). Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores públicos y privados del Uruguay.

MSP. (2007). Control periódico del niño y niña hasta los 14 años, Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención. Obtenido de

<http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Pediatria/Control%20Periodico%20del%20Nino%20y%20Niña>

MSP. (2016). Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional, Perfil epidemiológico nutricional Revisión para la elaboración de la Guía Alimentaria para la población uruguaya.

MSP. (2016). Guía Alimentaria para la población uruguaya. Obtenido de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MS_guia_web_0.pdf

MSP. (2017). Guía de Alimentación Complementaria para niños de 6 a 24 meses. Montevideo.

MSP. (2017). Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza Ministerial Nº 62. Montevideo, Montevideo, Uruguay.

MSP. (2018). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro.

OMS. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento [Global nutrition targets. Ginebra.

OMS. (2009). OMS. Obtenido de Nutrición, Publicaciones:

<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/es/>

OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/.

OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Alimentación del lactante y el niño pequeño:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA):

https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/

OMS, División de salud mental. (1994). A User's guide to the self reporting questionnaire (SQR). Geneva.

Peña Quintana, L., Ros Mar, L., González Santana, D., & Rial González, R. (2010). Alimentación del preescolar y escolar. Hospital Universitario Miguel Servet. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escrondar.pdf

Rosario E. Ortiz-Félix, Y. F.-P.-V. (2015). Predictores maternos del índice de masa corporal. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICIÓN, 158-165.

Sánchez Echenique, M. (2012). Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 14(Supl. 22), 9-14. Obtenido de <http://scielo.isciii.es>: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200001>

Sociedad Argentina de Pediatría. (2017). Bebés, niños, adolescentes y pantallas: ¿qué hay. *Arch Argent Pediatría*, 115(4):404-408.

Sociedad Uruguaya de Pediatría. (2004). Pautas Guías de alimentación del niño preescolar y escolar. *ArchPediatrUrug*, 159-163.

Squires, J., Bricker, D., & Potter, L. (1997). Revision of a Parent-Completed Developmental Screening Tool: Ages and Stages Questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, 313-28.

Tamis-LeMonda, C., & Rodríguez, E. (2008). El rol de los padres en fomentar el aprendizaje y desarrollo del lenguaje en niños pequeños. New York University, EE.UU.

Unicef - OMS. (Julio de 2018). Unicef. Obtenido de Unicef:


https://www.unicef.org/spanish/publications/index_102949.html

UNICEF. (2013). MEJORAR LA NUTRICIÓN INFANTIL. NY, Estados Unidos.

Almlund, M., Duckworth, A.; Heckman, J, y Kautz, T. (2011) Personality psychology and economics. In E. A. Hanushek, S. Machin, and L. Wößmann (Eds.), *Handbook of the Economics of Education*, Volume 4, pp. 1–181. Amsterdam: Elsevier.

Costa Jr., P. y McCrae, R. (1992). "Four ways five factors are basic", *Personality and individual differences*, 13(6), 653-665.

John, O., y Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L. Pervin y O. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). Guilford Publications.



Hutton, J. S., Horowitz-Kraus, T., Mendelsohn, A. L., DeWitt, T., Holland, S. K., y C-Mind Authorship Consortium. (2015). Home reading environment and brain activation in preschool children listening to stories. *Pediatrics*, 136(3), 466-478.

Perazzo, I., Salas, G., y Sena, E. (s/f) "Informe final. Prácticas de crianza y desarrollo infantil. Un estudio longitudinal sobre la bidireccionalidad de este vínculo." Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/informe-21110.-practicas-de-crianza-y-desarrollo-infantil.-perazzo-salas-y-sena.pdf>

Roberts, B. y DelVecchio, W. (2000). "The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies", *Psychological bulletin*, 126(1), 3.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 1 1/2-5, Language Development Survey, Caregiver-teacher Report Form; an Integrated System of Multi-informant Assessment. University of Vermont, research center for children youth & families.

Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Vásquez-Echeverría, A. (2018a). Propiedades psicométricas del Ages&StagesQuestionnaires: Social-Emotional (ASQ-SE) en una muestra representativa uruguaya. Análisis de confiabilidad y validez utilizando datos de la ENDIS. Montevideo, Uruguay.

Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Vásquez-Echeverría, A. (2018b). Propiedades psicométricas del Ages&StagesQuestionnaires (ASQ-3) en una muestra representativa uruguaya. Análisis de confiabilidad y validez utilizando datos de la ENDIS. Montevideo, Uruguay.

Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Vásquez-Echeverría, A. (2018c). Propiedades psicométricas del ChildrenBehaviorCheckList (CBCL) - Versión 1 ½-5 en una muestra representativa uruguaya. Análisis de confiabilidad y validez utilizando datos de la ENDIS. Montevideo, Uruguay.

INEEd (2017). Informe sobre el estado de la educación en Uruguay 2015-2016. Montevideo: INEE.

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., Verhulst, F. C. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE User's Guide: for the Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2009). *Ages & stages questionnaires*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños / Organización Mundial de la Salud

y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). ISBN 978 92 75 31656 6 (NLM: WA 250)”

Bryce J et al. (2008) Maternal and Child Under nutrition 4: Effective action at national level. *Lancet*, 371: 510–26.

Durán P. (2007) Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver. *Arch Argent Pediatr*, 105(6):488-490.

ANEP, INAU, SIPIAV y UNICEF. 2013. Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Segunda edición. Montevideo.

Child Protection Monitoring and Evaluation Reference Group: Measuring violence against children: inventory and assessment of quantitative studies, Nueva York: UNICEF, 2014.

Pinheiro, Paulo Sérgio: Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, Nueva York: Naciones Unidas, 2006.

Retamoso, Alejandro y Vernazza, Lucía, 2017. Panorama de la violencia hacia la infancia en Uruguay. UNICEF, 2017.

Trajtenberg, Nicolás; Eisner, Manuel. 2014. Hacia una política de prevención de la violencia en Uruguay. Universidad de Cambridge, UDELAR-FCS, ANEP. Montevideo.

UNICEF, 2018. Herramientas para la crianza. www.tratobien.org. Montevideo.

UNICEF, 2015. Uruguay. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2013. Montevideo.

Morales-Ruán, Ma. del Carmen, Méndez-Gómez Humarán, Ignacio, Shamah-Levy, Teresa, Valderrama-Álvarez, Zaira, & Melgar-Quiñónez, Hugo. (2014). La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Pública de México*, 56(Supl. 1), s54-s61. Recuperado en 29 de mayo de 2019,


[dehttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700009&lng=es&tlng=es).

Casas López, . Mario J., &Ayllón Valdés, Lucía. (2002). Anorexia en la infancia. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(3), 213-221. Recuperado en 29 de mayo de 2019, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000300005&lng=es&tlng=es.

Machado, Karina, Denis, Natalia, Fernández, Natalia, Miguez, Carolina, &Pírez, Catalina. (2016). Dificultades en la alimentación de niños sanos en Montevideo-Uruguay. *Revistachilena de nutrición*, 43(3), 228-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182016000300001>

Rogers R, et al, The Relationship between Childhood Obesity, Low Socioeconomic Status, and Race/Ethnicity: Lessons from Massachusetts, *Child Obes*. 2015 Dec;11(6):691-5. doi:



10.1089/chi.2015.0029. Epub 2015 Nov 12.

OMS, 2019 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WHO, 2017. The double burden of malnutrition. Policy brief.

<http://www.who.int/nutrition/publications/doubleburdenmalnutrition-policybrief/en/>

WHO. Double-duty actions. Policy brief.

<http://www.who.int/nutrition/publications/double-duty-actions-nutrition-policybrief/en/>

Secretaría Técnica ENDIS

Uruguay Crece Contigo -MIDES

Tel.: (+598) 2400 0302, int. 3191

Mail: endis@mides.gub.uy

www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/endis

www.gub.uy/PrimeraInfancia



ENDIS

ENCUESTA DE NUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

