



SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA EN URUGUAY

PRIMEROS RESULTADOS DE LA ENDIS

GRUPO DE ESTUDIOS DE FAMILIA

Integrantes del
Grupo de Estudios de Familia

Wanda Cabella
Mauricio De Rosa
Elisa Failache
Peter Fitermann
Noemí Katzkowicz
Mercedes Medina
Juan Mila
Mathías Nathan
Ailin Nocetto
Ignacio Pardo
Ivone Perazzo
Gonzalo Salas
María Celina Salmentón
Cecilia Severi
Andrea Vigorito

ISBN 978-9974-715-35-6

Contactos

andrea@iecon.ccee.edu.uy

peterfitermann@iecon.ccee.edu.uy

severi.cecilia@gmail.com

wanda.cabella@cienciassociales.edu.uy

Resumen ejecutivo

Este trabajo y la ENDIS se realizaron en el marco de un acuerdo de cooperación entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto Nacional de Estadística y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.¹ El propósito de este relevamiento es generar información de carácter longitudinal de libre disponibilidad, a efectos de fomentar el estudio de la situación de la primera infancia en Uruguay e informar al diseño de políticas. El programa Uruguay Crece Contigo elaboró un documento (UCC, 2013) en el que se definió un conjunto de áreas temáticas de interés, a partir de las cuales el equipo de investigación trabajó en la elaboración del cuestionario y en el análisis inicial incluido en este informe.

El cuestionario de la encuesta y este informe fueron preparados por el equipo de investigación, coordinado por el Instituto de Economía de la FCEA, en permanente consulta con el grupo técnico de UCC, la Dirección de OPP y el equipo del INE. Adicionalmente, se recibieron comentarios y aportes de diversos investigadores e instituciones, cuyo detalle se provee en la versión completa de este informe. El trabajo de campo incluyó: i) una encuesta con preguntas sobre aspectos socioeconómicos, actitudes y opiniones, estilos de crianza, prácticas vinculadas a la salud y la alimentación de los niños; ii) la toma de medidas antropométricas a los niños, y iii) la aplicación de diversos instrumentos de evaluación del desarrollo infantil.

El estudio del desarrollo infantil presentó un fuerte desafío, pues implicó seleccionar un conjunto de instrumentos en un contexto de escasa experiencia en estudios poblacionales en el área. Se eligió una batería de cinco instrumentos, con los consiguientes problemas de consistencia entre ellos. Tres de ellos apuntaron a relevar información proporcionada por los padres (ASQ-SE, ASQ-3 y CBCL), aunque se combinaron con observación directa de los encuestadores, y dos fueron de observación directa (EEDP y TEPSI lenguaje). Estos instrumentos se incluyeron solo en el caso de Montevideo y fueron aplicados por estudiantes de Psicomotricidad. Adicionalmente, se aplicó la pauta de

diagnóstico elaborada por el Ministerio de Salud Pública y el DIEH.²

El objetivo general de esta primera ola fue recoger la información contextual necesaria para establecer adecuadamente el panel y realizar un primer análisis de la situación de la primera infancia, con énfasis en su estado nutricional, situación sanitaria y desarrollo. Se trata de tres aspectos interrelacionados y poco estudiados en Uruguay a escala poblacional. Si bien se dispone de un conjunto amplio de investigaciones que ahondan en estas áreas en el país, muy pocos relevamientos son representativos de la población en su conjunto.

Los hogares seleccionados para la ENDIS correspondieron a aquellos ubicados en áreas urbanas que incluían niños de 0 a 3 años cumplidos entrevistados por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) entre febrero de 2012 y noviembre de 2013. Se entrevistó a 2.665 hogares, los que totalizaron 3.077 niños.³ El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2013 y febrero de 2014.

En este documento se presenta un análisis panorámico de la ENDIS, con el objetivo de profundizar en las características y validez de la base de datos generada y dar cuenta de sus potencialidades como herramienta de análisis de los problemas de la primera infancia.

El trabajo se inicia con una caracterización general de los hogares encuestados, la cual incluye información sobre los hogares y las circunstancias que rodearon a los niños y a los adultos a cargo desde la gestación. Seguidamente, se estudian los contextos de cuidado y trabajo de los ho-

1 La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

2 Las características y los detalles relativos a todos estos instrumentos se presentan en la versión extendida del informe. Por razones de espacio, es imposible incluirlas en esta síntesis.

3 En el 96,6% de los casos las encuestas fueron respondidas por las madres de los niños. En el 1,6% de casos el respondente fue el padre y en el 1,5% respondieron las abuelas. Finalmente, el 0,3% restante correspondió a otros familiares. En función de los estratos de la ECH y las captaciones diferenciales, se preparó un juego de ponderadores, los cuales se presentan junto con la metodología para su estimación en el Anexo I.

gares, así como las prácticas de crianza. Luego se dedican tres secciones al análisis de los desempeños de los niños en materia de salud, situación nutricional y desarrollo. Por último, se repasa muy brevemente el acceso a distintos programas sociales. A continuación se detallan brevemente los principales hallazgos de este primer trabajo exploratorio.

Se encontraron importantes diferencias en términos de ingreso, hacinamiento y clima educativo entre los hogares, los cuales determinan contextos muy distintos para el desarrollo infantil. En particular, se encontró una fuerte prevalencia del hacinamiento, con uno de cada cuatro hogares en estas condiciones. Este valor aumenta al 44,5% al considerar a los hogares bajo la línea de pobreza.

Se constató que los arreglos familiares predominantes a edades tempranas son hogares nucleares integrados por ambos padres (62,4%), seguidos de hogares extendidos (29,1%) y, con menos peso, los monoparentales y compuestos (alrededor del 4% en ambos casos). El 12,5% de los niños no correside con su padre por efecto de la separación o divorcio, el 8,2% nunca convivió con él y el 2,3% no lo hace por otros motivos. A su vez, la mitad de los niños que no corresiden con su padre mantienen con este un contacto al menos semanal, al tiempo que el 31,6% no mantiene ningún contacto. El 48,0% de los padres no corresidentes no realiza ningún aporte económico al hogar del niño y el 9,8% lo hace ocasionalmente.

Una proporción significativa de los embarazos que dieron lugar al nacimiento de los niños no fueron planeados; sin embargo, tanto entre las mujeres que conforman la población de la ENDIS como en las de otros estudios recientes, los niveles de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos son muy altos. La coexistencia de una alta proporción de hijos de embarazos no planeados con un alto uso de métodos anticonceptivos modernos sugiere que es necesario estudiar mejor sus determinantes, así como las políticas existentes en varios sentidos, y abarcar, entre otros aspectos, formas de uso, el nuevo contexto legal y las decisiones en el curso de vida y reproductivas. Ello es especialmente importante en los contextos sociales más desfavorecidos, pues es allí donde se concentran los nacimientos de embarazos no planeados.

Una proporción muy alta de la fecundidad adolescente corresponde a embarazos no planeados, por lo que es necesario un tratamiento particular de los nacimientos en esa etapa. A efectos de indagar en este aspecto, se procesó información del SIP 2012, con la que se constató que los nacimientos no planeados de madres adolescentes se relacionan con el fracaso de métodos de barrera, como el preservativo (32%), y hormonales, como las pastillas anticonceptivas (24%), mientras que otros métodos muestran niveles de fracaso muy bajos. De acuerdo a estos registros, cerca del 42% de las adolescentes que dicen haber cursado un embarazo no planeado también declaran no haber usado métodos anticonceptivos para impedirlo.

La amplia mayoría de las mujeres recibe atención médica adecuada durante la gestación: el número de embarazos no controlados que se registró en la encuesta es inferior al 1%. Alrededor del 90% de las mujeres, independientemente de su condición social, acude al menos a cinco consultas prenatales y una proporción similar inicia los controles durante el primer trimestre del embarazo (captación temprana). Cuando se considera el protocolo de visitas prenatales recomendado por la *Guía en salud sexual y reproductiva* (9 controles), la proporción de embarazos que se adecuan a la recomendación también alcanza un valor alto (81%). Sin embargo, al comparar las características sociales de las mujeres tomando este umbral se observan diferencias según la condición social y la situación familiar de las encuestadas.

Si bien el hábito de fumar y tomar alcohol durante el embarazo se reduce a un grupo relativamente pequeño de mujeres (16,7 y 11,4% respectivamente), su presencia es mucho mayor entre las madres adolescentes, las mujeres pobres y las de menor educación. Dado que todas estas características se relacionan entre sí, es necesario estudiar con mayor profundidad cómo afecta cada una de ellas la probabilidad de fumar o tomar alcohol durante el embarazo. El consumo de suplementos recomendados durante el embarazo (hierro y ácido fólico) está lejos de ser una práctica universal. De acuerdo a los datos de la ENDIS, el 39% de las encuestadas recibió ambos suplementos y una parte de ellas lo hizo solo durante algunos meses. Entre las mujeres que realizaron menos de nueve consultas prenatales, la proporción se reduce a 24% y es significativamente

menor entre las que se atienden en el sector público que entre las que lo hacen en instituciones privadas.

La relación entre asistencia escolar, fecundidad e inserción laboral de las mujeres es mencionada frecuentemente en los análisis de bienestar y mercado laboral. Los datos encontrados en este relevamiento indican que la mayor parte de las mujeres interrumpieron sus estudios antes de tener hijos y que quienes aún asistían al sistema educativo —estudiantes de nivel terciario, principalmente— dejaron en buena medida de estudiar y no consiguieron retomar esa actividad. Asimismo, y en línea con investigaciones previas, el estudio ilustra la sobrecarga de trabajo de las madres con relación al cuidado de los niños y constata el menor acceso a diversos apoyos que tienen aquellas pertenecientes a los estratos bajos. Si bien los hogares de menores recursos manifiestan que existe oferta de centros de cuidado cercana a sus lugares de residencia, la disponibilidad de horarios adecuados es mayor para los estratos económicos medios y altos.

Se realizó un primer análisis de las prácticas de crianza seguidas por los hogares con base en el instrumento desarrollado por el Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP). Es posible construir una medida sintética de riesgo promedio, con la que se encontró que los niños presentan riesgo en el 22,2% de los indicadores. Se observan diferencias significativas por estrato socioeconómico en referencia a la discriminación en el trato entre varones y niñas, la cooperación y participación parental en la toma de decisiones y la propensión a poner límites mediante prácticas violentas. También se encontraron diferencias sustanciales con relación a las experiencias vividas en la infancia de los padres.

Los contextos descritos contribuyen a moldear los desempeños de los niños en términos de salud, nutrición y desarrollo infantil. Según lo reportado por los hogares, únicamente el 9% de los niños fueron diagnosticados alguna vez por anemia, con variaciones significativas según condición de pobreza (13,1% en hogares bajo la línea de pobreza versus 7,5% en el resto). Estos bajos valores contrastan fuertemente con los resultados de estudios clínicos, que ubicaban la prevalencia para menores de dos años en 31%. El 88% recibió suplementación de hierro y, dentro de este grupo, el 70% lo consumió diariamente.

La prevalencia de la desnutrición crónica o retraso de talla se ubicó entre 4,5 y 5% de los niños, valor coincidente con estudios poblacionales previos representativos de la población en su conjunto. Los niños en hogares en condición de pobreza presentaron valores en el entorno de 6,7%. Mientras tanto, el bajo peso para la edad presentó una muy baja prevalencia. Por el contrario, y en línea con los hallazgos en el ámbito internacional sobre países de ingresos medios, los mayores problemas se concentraron en el exceso de peso, que alcanzó a entre el 9 y el 11% de los niños, dependiendo de la edad.

Para indagar algunos factores asociados a estos resultados se analizaron las prácticas de lactancia, la introducción oportuna de alimentos y su variedad, pero esto requiere una mayor profundización en futuras visitas a los hogares. Se encontraron niveles de inseguridad alimentaria severa o moderada en torno al 13% de los hogares y se constató que la dieta infantil es escasa en frutas, verduras y pescado y excesiva en el consumo de alimentos tipo *snacks* y golosinas. Otro aspecto llamativo radicó en que, pese a las recomendaciones en contrario, 50% de los hogares agrega sal a los alimentos de los menores de un año.

Respecto al desarrollo infantil, en la mayor parte de los casos se observaron diferencias significativas por nivel socioeconómico, con peores desempeños de los niños en contextos de menor acceso a recursos. Una excepción la constituye la motricidad gruesa, en la que los bajos desempeños de los niños de quintiles altos equiparan a los de los más pobres. Para las cinco áreas estudiadas por ASQ-3 —Motricidad fina, Motricidad gruesa, Comunicación, Cognitiva (Resolución de problemas) y Socioindividual—, se encuentran valores similares a los hallados en estudios poblacionales en diferentes sociedades, como Brasil, España y Estados Unidos. Las dificultades encontradas en el primer año se reducen, y con la edad aumentan solo las dificultades cognitivas, mientras que las restantes áreas mejoran.

TEPSI (subtest lenguaje) evalúa a los niños mayores de 2 años y con él se obtienen buenos resultados globales. Sin embargo, se encuentra una diferenciación de los resultados de los niños por condición de pobreza, creciente con la edad.

CBCL evalúa síntomas y conductas frecuentes, y los estudios internacionales con los cuales se pueden comparar sus resultados abarcan muestras de niños con rangos de edad un poco más amplios, por lo cual es prematuro comparar los resultados. Podemos decir que son bajos con relación a los hallazgos internacionales y debemos esperar la próxima ola de la encuesta para completar el rango de edades del instrumento (18-60 meses).

Los resultados del desarrollo socioemocional que evalúa ASQ-SE de forma global en la muestra estudiada también son similares a los encontrados en países desarrollados: 93,5% de los niños en el rango normal. Se descubren nuevamente diferencias significativas en las evaluaciones si se estudian por separado los núcleos familiares según el ingreso. Los niños de hogares bajo la línea de pobreza tienen el doble de posibilidades de tener problemas en esta área (4,8%, frente a 9,8% en los de hogares pobres). En el área socioemocional los niños de más de 2 años evidencian más dificultades (11,6%) que los que tienen hasta 24 meses (4,7%)

Entender los determinantes de los desempeños de los niños en términos de su desarrollo requiere necesariamente el análisis longitudinal, por lo que solo será posible validar los resultados obtenidos en las futuras olas de la encuesta. Ello permitirá asociarlos con características del hogar y de los adultos a cargo de los niños, su propio crecimiento (dado que en el corte transversal se comparan niños de cohortes distintas), la asistencia a centros de cuidado y el acceso a programas públicos.

Los anteriores hallazgos abren un conjunto de temas de investigación y señalan áreas de intervención de políticas que requieren un análisis específico más profundo. Una vez que la base de datos sea de dominio público, esta agenda se enriquecerá con la diversidad de preguntas de investigación y perspectivas que surjan de su uso, las cuales sin duda trascenderán las perspectivas de esta primera exploración.

Índice

Resumen ejecutivo	5
Prólogo, por <i>Marina Arismendi</i> y <i>Cristina Lustemberg</i>	13
I. INTRODUCCIÓN	15
II. DETERMINANTES DE LOS DESEMPEÑOS EN LA PRIMERA INFANCIA	
II.1. Crecimiento y nutrición	17
II.2. Salud	19
II.3. Desarrollo infantil	22
III. FUENTES DE DATOS Y METODOLOGÍA	
III.1. Marco muestral y características de la encuesta	25
III.2. Instrumentos de medición del desarrollo infantil	25
III.3. Evaluación de la situación nutricional de los niños	29
IV. PRINCIPALES RESULTADOS	
IV.1. Caracterización general de los hogares	31
IV.2. Caracterización general de las madres	36
IV.3. Cuidados, prácticas de crianza y asistencia a centros de educación preescolar	55
IV.4. Salud infantil	71
IV.5. Evaluación del desarrollo infantil	83
IV.6. Acceso a programas públicos	105
V. COMENTARIOS FINALES	109
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
VII. ANEXO I. Análisis y calibración de la muestra de ucc	123
Presentación de los datos usados	123
Referencias bibliográficas	128
VIII. ANEXO II. Cuadros y gráficos adicionales	129
IX. ANEXO III. Algunas consideraciones sobre los instrumentos de tamizaje utilizados en la ENDIS, alcance de los resultados obtenidos y potencia de los datos	145

Agradecimientos

Esta investigación fue posible debido a la colaboración de las personas a cargo de los niños seleccionados para el trabajo de campo, quienes aceptaron participar, recibir encuestadores en sus hogares, responder un largo cuestionario y permitir que se tomaran medidas antropométricas y se realizaran pruebas de desarrollo a los niños. Queremos agradecer muy especialmente a los niños y a los adultos que participaron en el estudio. Asimismo, deseamos reconocer al equipo de campo del INE por la labor realizada y su fuerte compromiso con este trabajo.

A lo largo de todo el proceso de preparación de este informe, recibimos valiosos y detallados aportes y comentarios de Jorge Campanella, Florencia Cerruti, Giorgina Garibotto y Nora D'Oliveira. El estudio se benefició también de las contribuciones de Cristina Lustenberg, Laura Nalbarte, Jerónimo Roca y Anabella Santoro. A efectos de discutir los resultados relativos al desarrollo infantil se celebró una reunión en la que participaron el equipo de trabajo que preparó este informe, el equipo técnico de UCC y académicos vinculados a la temática específica. Agradecemos especialmente los aportes allí realizados por Sandra Berta, Daniel Borbonet, Ana María Ferrari, Gabriela Garrido, Gabriel González, Anabella Santoro y Cristina Scavone.

Los aportes y sugerencias de todas las personas e instituciones nombradas fueron un apoyo invaluable para la elaboración de la versión final de este informe y también para la planificación de las próximas olas del panel.

Agradecemos también la colaboración del Programa de Alimentación Escolar, que nos cedió en préstamo los tallímetros utilizados en la toma de medidas antropométricas.

La encuesta se realizó en el marco de la ejecución del componente 9 del Programa IBTAL, financiado con el préstamo 8116-UR del Banco Mundial.

Aspectos éticos y licencias de uso de pruebas psicométricas

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (véase la resolución número 159 de la sesión del 18 de marzo de 2013 de la Facultad de Medicina, expediente número 070153-000486-13).

Se utilizaron los siguientes instrumentos de tamizaje de desarrollo infantil poblacional, tanto en forma parcial como total: i) Test de Desarrollo Psicomotor - TEPSI (Haeussler y Marchant, 1985); ii) Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor - EEDP (Rodríguez y Arancibia, 1974); iii) Desarrollo Infantil Temprano para Encuestas de Hogares - DIEH (Bedregal et al., 2007); iv) Guía del desarrollo (Ministerio de Salud Pública); v) *Ages and Stages Questionnaires Third Edition-ASQ-3* (Squires et al., 2009); vi) *Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional - ASQ-SE* (Squires et al., 2002); vii) *Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 - CBCL/1½-5* (Achenbach y Rescorla, 2000). Para el uso de CBCL/1½-5 se requiere una licencia específica, que fue otorgada por Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) para la ENDIS (#889-08-13-13).

Prólogo

El desarrollo de una sociedad no depende de los recursos naturales, del tamaño del mercado, del ahorro, de la raza, de la geografía ni de la religión. La verdadera riqueza de un país no se encuentra en las cosas materiales: la riqueza verdadera está en su gente. Las políticas públicas deben orientarse a que todas las personas puedan llevar una vida plena de oportunidades para crecer y de libertades para disfrutarlas.

Uruguay se encuentra en un momento clave hacia el desarrollo, en el que las políticas orientadas a la primera infancia juegan un papel determinante. Garantizar y cuidar el desarrollo infantil temprano es esencial para que los niños y niñas ejerzan los derechos de los cuales son titulares. Garantizar el desarrollo pleno en la primera infancia ayuda además a las personas a salir de la pobreza y a combatir la inequidad. Porque la esencia de combatir la mala alimentación, la desafiliación del sistema escolar, la falta de acceso a un trabajo digno, a una vivienda decorosa, a la cobertura de salud, es la lucha por la participación democrática, por los derechos de todos y todas, es la eliminación de todo tipo de discriminación. Estamos comprometidos con el desarrollo del pensamiento, la reflexión, los vínculos sociales, la organización y las herramientas para construir presente y futuro.

De lo que empezamos a combatir en 2005 a hoy, hemos recorrido un largo y esforzado camino, con los seres humanos en el centro de nuestros desvelos. Con cada persona como fin, poniendo el foco en las oportunidades reales de las personas. Hemos constatado grandes avances en las políticas y programas destinados a la primera infancia. Pero somos conscientes de los desafíos que están pendientes para mejorar las políticas vigentes, así como para aumentar los niveles de articulación y sinergia de los distintos sectores. Somos conscientes de que las políticas deben estar basadas en la mejor evidencia científica y en información de calidad, adecuada y actualizada acerca de los problemas sobre los que debemos actuar.

Esta nueva administración del MIDES ha trazado tres grandes líneas programáticas: el Sistema Nacional de Cuidados, la descentralización de las políticas en todo el terri-

torio nacional con participación social, y el trabajo por los derechos vulnerados de las personas excluidas. En este escenario, el MIDES recibe a Uruguay Crece Contigo y se crea una Dirección Nacional para contribuir a consolidar un Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, con acciones universales para todos los niños y niñas de este país, pero con estrategias focalizadas para llegar a los más excluidos, trabajando en conjunto con el MSP, INAU, BPS y MEC, entre otros.

Esta es la primera vez que el país realiza una encuesta de primera infancia y nos enorgullece presentarla desde el MIDES. La primera infancia está en la agenda. Estamos seguros de que esta publicación resultará una contribución fundamental al diseño de las políticas dirigidas a la primera infancia en el país que tengan como eje el desarrollo humano y la inclusión social. Una vez más, salimos a estudiar la realidad, para cambiarla. El análisis se encargó para que muchos más vivan mejor. Al decir del profundamente humano Paco Espínola, "... por los hombres hay que hacer mucho más que amarlos".

Marina Arismendi
Ministra de Desarrollo Social

Como Ministerio de Salud Pública tenemos como uno de nuestros objetivos principales analizar la situación de salud de la población, relevando la información que corresponda, instrumentando y manteniendo actualizado el sistema nacional de vigilancia en salud. A partir de esta información es posible planificar las políticas públicas, de acuerdo a los problemas prioritarios detectados, y elaborar las políticas para la prevención y promoción de la salud, mejorando las prestaciones ofrecidas para finalmente incidir sobre la calidad de vida de la población.

Partiendo de esta premisa, es fundamental conocer cómo crecen y se desarrollan hoy los niños y niñas uruguayos, ya que ello nos permitirá establecer una línea base para la elaboración de planes y programas en torno a la promoción de la salud y el diseño de políticas públicas adecuadas y acordes a la realidad.

La Primera Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil marca un hito en el país, ya que es la primera vez que se conoce a escala poblacional la situación de la primera infancia y de los niños y niñas con relación a los temas de referencia. Sabemos que hemos avanzado; la matriz de protección social, incluida la reforma de la salud, ha provocado una mejora en índices decisivos: pobreza, mortalidad infantil, mortalidad materna y licencias parentales, por citar algunos de ellos. Sin embargo, nuestros niños merecen y necesitan que aún nos esforcemos más en profundizar políticas que vealen por sus derechos y la oportunidad de desarrollarse plenamente. Un país sano y educado podrá potenciar su desarrollo humano, superando las situaciones de inequidad que aún persisten.

Esta Encuesta aporta información vasta y de calidad, además de incursionar en temas como el desarrollo infantil, sobre el cual es la primera vez que se realiza un estudio a escala poblacional. Y es fundamental recalcar que esto no termina aquí, sino que la información se profundizará en sucesivos paneles, lo que dará la oportunidad de adecuar cada vez más las políticas públicas a las necesidades de la población.

Desde el MSP estamos más que complacidos de presentar hoy esta Encuesta junto con las demás instituciones involucradas, y estamos seguros de que será un aporte fundamental para mejorar la salud de nuestros niños y niñas y, por lo tanto, la salud del futuro del país.

Cristina Lustemberg
Subsecretaria
Ministerio de Salud Pública



Introducción

La ENDIS se realizó en el marco de un acuerdo de cooperación entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto Nacional de Estadística y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. El propósito de este relevamiento es generar información de carácter longitudinal de libre disponibilidad, a efectos de fomentar el estudio de la situación de la primera infancia en Uruguay e informar al diseño de políticas. El programa Uruguay Crece Contigo elaboró un documento (UCC, 2013) en el que se definió un conjunto de áreas temáticas de interés, a partir de las cuales el equipo de investigación trabajó en la elaboración del cuestionario y en el análisis inicial incluido en el presente trabajo.

El cuestionario fue preparado por un equipo de investigación coordinado desde el Instituto de Economía en permanente consulta con el grupo técnico de UCC, la Dirección de OPP y el Instituto Nacional de Estadística. En esa etapa se recibieron comentarios y aportes de seis comisiones temáticas interinstitucionales: Educación Infantil y Sistema de Cuidados, integrada por INAU, CAIF, ANEP, MIDES, MEC y UCC; Desarrollo Infantil Integral, integrada por MSP, ASSE, ANEP, MEC, INAU, BPS, UCC y Universidad de la República (cátedra de Neuropediatría y Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina y Licenciatura en Fonaudiología de la Escuela de Tecnología Médica); Estrategia Nacional para el Combate de la Desnutrición y la Anemia en la Primera Infancia, integrada por INDA, MSP, MIDES, ASSE, INAU, Sociedad de Pediatría y UCC; Acciones para la Disminución de la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud Infantil, integrada por MSP, ASSE y UCC; Políticas de Género y Salud Integral de la Mujer, integrada por MIDES, ASSE, BPS, MSP y UCC; Abordaje y Acciones en Entorno Psicosocial del Niño/a y la Familia en Situación de Vulnerabilidades Agravadas, integrada por MIDES, MSP, INAU, ASSE y UCC.

El objetivo general de esta primera ola fue recoger la información contextual necesaria para establecer ade-

cuadamente el panel y realizar un primer análisis de la situación de la primera infancia, con énfasis en su estado nutricional, situación sanitaria y desarrollo. Se trata de tres aspectos interrelacionados y poco estudiados en Uruguay a escala poblacional. Si bien se dispone de un conjunto amplio de investigaciones que ahondan en estas áreas, muy pocos relevamientos son representativos de la población en su conjunto. En las futuras olas, a medida que la cohorte crezca, los énfasis temáticos podrán variar.

En este primer documento se presenta un panorama general de los resultados encontrados. Se incluye un análisis inicial sobre la vinculación entre los desempeños estudiados y el contexto de los niños, que abarca aspectos tales como los arreglos familiares y de cuidado, la inserción laboral de las madres, el nivel socioeconómico de los hogares, las prácticas de crianza y el acceso al sistema de protección social. Asimismo, las rondas posteriores del panel permitirán conocer con mayor profundidad la evolución de estos desempeños y sus interrelaciones, lo que posibilitará el análisis de relaciones causales.

Para facilitar la lectura, hemos utilizado el término *niños* para referirnos a niños y niñas, sin que ello implique discriminación de género.

El informe se organiza como sigue. En primer lugar, se presenta un breve marco conceptual general y se repasan algunos antecedentes directos, a efectos de recabar experiencias de estudios similares (capítulo II). El capítulo III incluye detalles del relevamiento y los instrumentos utilizados. Los principales resultados obtenidos se presentan en el capítulo IV. Por último, el capítulo V reúne algunas consideraciones finales. El trabajo se complementa con un anexo web donde se incluyen el cuestionario de la encuesta, el informe de campo, la ficha técnica correspondiente y los microdatos.



Determinantes de los desempeños en la primera infancia

Durante las últimas dos décadas, la literatura académica referida a desigualdad y pobreza parece haber arribado a cierto consenso sobre la necesidad de analizar el bienestar y la privación social desde una perspectiva multidimensional (Ferreira y Lugo, 2012; Ravallion, 2011). En particular, los escritos de Amartya Sen fueron un incentivo medular para que los trabajos empíricos comenzaran a enfocarse progresivamente en el estudio de las dimensiones constitutivas de la calidad de vida y las relaciones de complementariedad o sustitución que guardan entre sí (Sen, 1992).

Biggeri et al. (2006) destacan cinco aspectos relevantes para analizar el bienestar infantil: su condicionamiento al bienestar de los adultos a cargo; el hecho de que los logros de los niños se encuentran fuertemente condicionados por las decisiones de sus familias de origen y de las instituciones donde se desarrollan (típicamente el sistema educativo); la relación de interdependencia entre los distintos logros, los cuales pueden ser fines y a la vez medios, como, por ejemplo, la nutrición; el hecho de que las dimensiones relevantes a considerar pueden variar según la edad o el sexo; la no reducción de los niños a un rol meramente pasivo, pues ellos pueden ejercer un papel activo en pos de sus logros, superando las restricciones impuestas por el entorno. Cunha y Heckman (2007) y Heckman (2007) plantean un esquema de análisis muy similar.

A su vez, el análisis de los logros durante la primera infancia es relevante tanto en sí mismo como por sus potenciales impactos sobre el bienestar a lo largo de todo el ciclo de

vida. El impacto de los desempeños tempranos a lo largo del ciclo de vida ha sido extensamente documentado en diversos trabajos provenientes de un amplio conjunto de ciencias (Behrman et al., 2009). Desde esta perspectiva, los primeros años de crianza serían decisivos para el logro de buenos resultados educativos, los que actuarían reforzando los buenos desempeños en salud. Con base en consideraciones similares, Heckman y Conti (2012) plantean que la productividad de las inversiones en los niños sería mayor cuanto más tempranamente se realizan, pues es más fácil desarrollar habilidades en la primera infancia. De esta manera argumentan a favor del fortalecimiento de las intervenciones destinadas a esa etapa del ciclo de vida. En lo que resta de este capítulo, se plantean los determinantes y algunos antecedentes de trabajos empíricos acerca de los tres grupos de desempeños centrales a analizar en este informe.

II.1. CRECIMIENTO Y NUTRICIÓN

El crecimiento y el desarrollo se caracterizan por un aumento del tamaño corporal, junto con una creciente complejidad estructural y la maduración de las funciones. En este proceso se coordinan secuencialmente cambios complejos y se integran modificaciones a escala molecular y celular, para permitir el desarrollo del organismo en su conjunto. Cualquier influencia adversa sobre este proceso, puede tener consecuencias cuya magnitud dependerá de la naturaleza, el momento, la duración y la gravedad de la perturbación (Uauy et al., 2009).

Las nuevas referencias del crecimiento de lactantes y niños pequeños desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) —estudio multicéntrico sobre referencias de crecimiento— han demostrado que, en la medida en que se garanticen las condiciones adecuadas, todos los niños crecen y se desarrollan óptimamente y describen curvas poblacionales semejantes sin que importe dónde hayan nacido (<http://www.who.int/childgrowth/en/>).

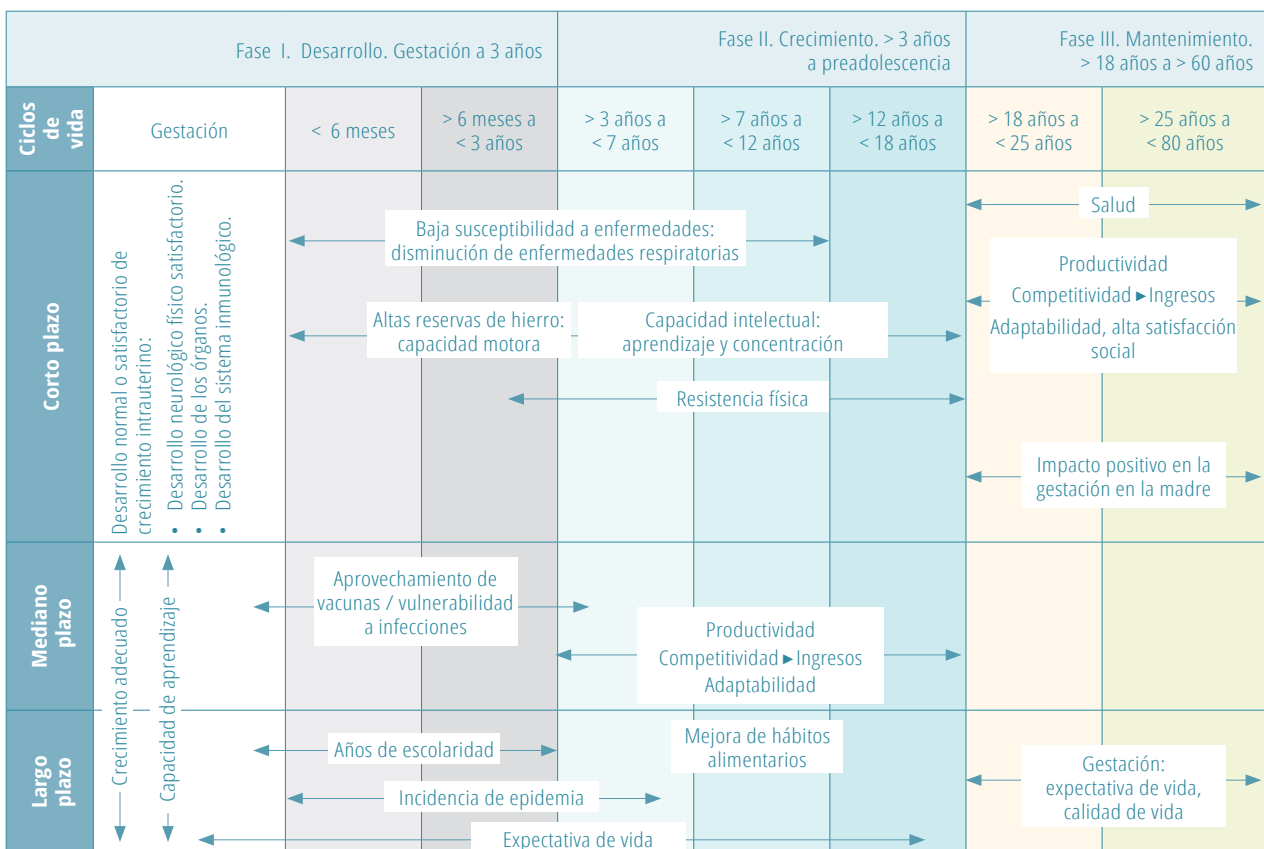
El crecimiento y la nutrición en la infancia están asociados a una interacción entre factores hereditarios, la presencia de enfermedades, especialmente en edades tempranas, el nivel socioeconómico de los hogares, su acceso a los servicios y programas públicos, así como las características de la comunidad donde se encuentran las familias (ACC/SCN, 2000; Behrman, 1987). Así, la interacción de la carga genética de los niños con el medio ambiente da como resultado el crecimiento y el estado nutricional alcanzados, que afectan o favorecen desde etapas muy tempranas la salud a corto, mediano y largo plazo (Behrman, 1987).

En la figura 1 se presentan sintéticamente los diversos niveles de impacto de una alimentación adecuada. Esta genera diferenciales en salud, capacidad intelectual, rendimiento laboral y potencialidad productiva en las grandes etapas del ciclo de vida.

Los siguientes aspectos constituyen factores asociados al estado nutricional en la primera infancia: sexo, peso al nacer y edad gestacional, prácticas de lactancia exclusiva, calidad de la alimentación complementaria, prácticas de lactancia materna continua, inseguridad alimentaria en el hogar, escolaridad materna y nivel socioeconómico del hogar, acceso a servicios de salud y calidad de estos. Dichos aspectos han sido incluidos en el cuestionario de la encuesta.

La obesidad y el sobrepeso constituyen patologías prevalentes en la mayoría de los países del mundo, con relevancia por su influencia en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La obesidad en los adultos

Figura 1. Impacto multidimensional de la nutrición adecuada en las diferentes etapas del ciclo de vida



Fuente: Tomado de Hurtado (2010).

puede estar condicionada por el sobrepeso en la infancia y en la adolescencia. Existen períodos críticos para la ganancia de peso corporal. Entre los tres factores obesogénicos —genéticos, fisiológicos y conductuales—, los dos últimos tienen clara correspondencia con el enfoque de ciclos de vida: factores fisiológicos (el muy bajo peso o el peso alto del recién nacido, la ganancia de peso acelerada en los primeros cuatro meses o el inicio de la obesidad en la adolescencia) y factores conductuales (conductas de los padres, prácticas familiares y los hábitos inculcados al hijo) (Garaulet y cols., 2008).

Uruguay es uno de los países de América Latina más adelantados en la transición epidemiológica y no escapa a la epidemia actual de la obesidad, la cual está comenzando en edades muy tempranas. Los antecedentes en estudios nutricionales de representación nacional han sido realizados para menores de 2 años y se llevaron a cabo en los años 1993, 1999, 2003, 2007 y 2011.⁴ Estos resultados parciales evidencian que en los niños menores de 2 años la prevalencia de retraso de talla es de 10,9%, y que el 9,5% mostró algún grado de sobrepeso y obesidad (IC 95%: 8,5 - 10,7%), cuando el valor esperado para ambos extremos es de 2,3%. La prevalencia de anemia es de 31% y varía según quintil de ingreso, pero aun en el último la prevalencia es de 12% (Bove et al., 2011).

Los estudios basados en el seguimiento de una cohorte de niños escolares de todo el país desde 2004 a 2009 muestran una prevalencia de obesidad de 16,7 a los 6 años y de 21,2% a los 11 años (Severi, 2013; Arim et al., 2013; Colafranceschi et al., 2013). La información obtenida a partir de esta cohorte de escolares indica que en el 6,3% de los hogares había una madre obesa y un niño con retraso de talla, que casi el 2% de los niños con retraso del crecimiento eran obesos a los 6 años de edad y el 3,1% a los 11 (Severi, 2013). Un estudio aún no publicado llevado a cabo entre el MSP y el MIDES, sobre una muestra de adolescentes de 13 a 15 años, muestra que un 26,6% presenta obesidad.

Es interesante observar que en el embarazo existen también problemas nutricionales: un 13,8% de las mujeres

inicia el embarazo con bajo peso, mientras que el 36,7% lo hace con sobrepeso, cifra que se incrementa a 46,5% al finalizar la gestación (Severi, 2013).

II.2. SALUD

El análisis de la salud de los niños se inicia con las condiciones de vida durante el período intrauterino. Las ideas predominantes durante las décadas de 1950 y 1960 concebían al feto como un “parásito perfecto”, capaz de extraer los nutrientes necesarios independientemente de la dieta materna y protegerse de las sustancias dañinas a través de la placenta (Almond y Currie, 2011). En las últimas décadas, las ciencias médicas y sociales han producido numerosos trabajos orientados a mostrar que la vida intrauterina es una etapa crítica del desarrollo humano, y revelan también que se trata de una fase maleable, sensible no solo a las condiciones particulares de la madre (nutrición, estado de salud, estrés, etc.), sino también a las circunstancias medioambientales (Currie, 2011). Existe creciente evidencia respecto al impacto de las condiciones de vida intrauterina sobre la salud de los recién nacidos y sobre la persistencia de sus efectos en la vida adulta, no solo con relación a su salud sino también a sus desempeños cognitivos, educativos y sociales (Almond y Currie, 2011). Ello implica que las desigualdades sociales se originan muy tempranamente, en la medida en que los hogares más favorecidos están en mejores condiciones de aprovechar los recursos disponibles para propiciar una alimentación adecuada durante el embarazo, lograr una atención médica de calidad y vivir en zonas con menores riesgos medioambientales. El cuadro II.1 sintetiza los principales determinantes de las prácticas durante el embarazo.

En consecuencia, las políticas dirigidas a disminuir las desigualdades sociales y a combatir la transmisión intergeneracional de la pobreza deberían estar orientadas a asegurar que los diversos contextos familiares puedan proporcionar un entorno óptimo a los niños desde el inicio de la gestación (Currie, 2011).

La atención prenatal de calidad, a tiempo y con la frecuencia adecuada, es un factor clave para la buena salud de la madre y del niño durante el embarazo, y afecta la mortali-

4 Estas encuestas se centraron en los indicadores de lactancia materna definidos por la Organización Panamericana de la Salud y la evaluación antropométrica, y en la última se midió la prevalencia de anemia.

dad materna e infantil. Entre otros aspectos, la asistencia durante el embarazo permite detectar enfermedades maternas (hipertensión, diabetes, enfermedades de transmisión sexual), obtener consejos de cuidado y nutrición, así como preparar el parto en condiciones adecuadas. También se ha documentado que los cuidados prenatales, en particular en el primer trimestre de embarazo, son efectivos para mejorar la salud del niño, dado que ayudan al diagnóstico temprano de enfermedades y malformaciones, así como permiten un acompañamiento y la transmisión de buenas prácticas de cuidado (Hoynes et al., 2012).

Los factores demográficos y sociales más estudiados en relación con las prácticas saludables y de atención adecuada del embarazo han sido la edad, la paridez, la educación y la situación conyugal materna (Bassani et al., 2010). Se ha encontrado que las mujeres jóvenes, solteras y con menor nivel educativo son más proclives a recurrir tardíamente a los servicios de atención prenatal y a no realizarse el número de controles recomendado.⁵

Las mujeres que llevan a término embarazos no planificados presentan también mayores riesgos de recibir atención prenatal tardía y servicios prenatales insatisfactorios, con la consecuente subutilización de los servicios médicos (Dibaba et al., 2013). En estos casos, también se detecta un aumento de riesgo de depresión posparto. A su vez, la edad, la paridez y la situación conyugal influyen sobre la probabilidad de llevar adelante embarazos no deseados y embarazos no planificados.

Existen distintos mecanismos a través de los cuales las condiciones socioeconómicas de los hogares pueden afectar los desempeños en salud de los niños (Paxson y Shady, 2007). Una familia con bajos ingresos tendrá menor acceso a bienes que promuevan la salud de los niños, al tiempo que es más probable que el hogar se localice en zonas donde los servicios de salud son de menor calidad o de menor accesibilidad (Paxson y Schady, 2008). Asimismo, los niños de menores recursos tendrán mayor probabilidad de experimentar déficits nutricionales, en términos de cantidad y calidad de calorías, hierro y otros micronutrientes, los cuales,

Cuadro II.1. Niveles y variables que influyen sobre las prácticas durante el embarazo

Nivel	VARIABLES
Individual	Historia reproductiva Deseo del embarazo Planificación del embarazo Número de orden del hijo Abortos Edad de los hijos anteriores, si los hay Hijos fallecidos anteriores Intervalo intergenésico Salud Salud mental y física (depresión, existencia de enfermedades) Comidas elaboradas en el hogar Uso de métodos anticonceptivos Actitudes Empoderamiento Igualdad de género (reparto de tareas) Religión
Contexto familiar	Existencia de pareja durante el embarazo Tipo de unión División de tareas del hogar Acompañamiento del parto (como <i>proxy</i> del involucramiento paterno)
Contexto de salud (institucional)	Tipo de institución Tipo de profesional que atendió el parto Preparación para el parto
Contexto socioeconómico	Nivel educativo de la madre Relación con el mercado de trabajo Variables de bienestar económico Otras variables socioeconómicas

a su vez, afectan adversamente el desarrollo cognitivo, motor y el comportamiento social. Así, el aumento del ingreso de los hogares puede afectar significativamente el desarrollo y la salud de los niños. Ello puede deberse a mejoras en el acceso a bienes básicos —como alimentos, condiciones de vivienda y cuidados de salud—, pero el mayor ingreso podría originar también un mayor gasto en materiales y actividades que estimulan a los niños o podría facilitar el acceso a actividades educativas, al tiempo que podría generar una reducción del estrés y depresión de los padres, promoviendo mejores prácticas de crianza (Paxson y Schady (2008).

La asociación positiva entre la salud de los niños y el nivel de ingresos del hogar se vuelve más pronunciada a medida que el niño crece. La salud de los niños, por tanto, no solo es relevante debido a que tiene valor en sí misma, sino a

5 El protocolo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2003 recomienda un mínimo de cuatro. A nivel local, el mínimo establecido es cinco, según la *Guía 2007* del Ministerio de Salud Pública.

que condiciona la salud en la adultez y, a través de esta, la capacidad de desenvolvimiento futuro de las personas en otros aspectos de la vida (Bengtsson y Mineau, 2009). Parte de esta relación puede ser explicada por la mayor presencia e impacto de enfermedades crónicas entre los niños de hogares de bajos ingresos. Así, uno de los canales que podrían vehicular la transmisión intergeneracional de la pobreza radicaría en el impacto de los ingresos de los padres sobre la salud de los niños (Case et al., 2002; Attanasio et al., 2005).

También ha sido ampliamente documentado que el comportamiento de los padres, y en particular el de las madres, afecta a la salud de sus hijos (Case y otros, 2002). Las madres que experimentan mayores niveles de privación tienen mayores dificultades para proporcionar un ambiente fetal saludable y, en consecuencia, los niños tienen mayor probabilidad de presentar peores desempeños al nacer (Currie, 2011). La nutrición de la madre, el consumo de drogas, tabaco y alcohol, así como su salud física y mental son reconocidos determinantes de los desempeños en salud del niño al nacer (Caulfield et al., 2004; Currie et al., 2009; Case et al., 2002).

Asimismo, las decisiones de los padres o personas a cargo de los niños respecto a efectuar controles pediátricos y odontológicos periódicos, proporcionar una alimentación sana y ejercicio adecuado pueden tener implicaciones para la salud a corto y largo plazo (Case et al., 2002).

Es esperable que buena parte de estos comportamientos se encuentren correlacionados con el nivel socioeconómico de los hogares y, por lo tanto, contribuyan a explicar la asociación entre la salud de los niños y el estatus socioeconómico de sus hogares de origen.

El principal objetivo de la atención prenatal es asegurar la buena salud de las madres durante la gestación, el parto y el puerperio, y por esta vía favorecer también la salud de los recién nacidos. En las instancias de atención prenatal pueden diagnosticarse y tratarse eventuales enfermedades y recibir educación respecto a prácticas saludables para beneficiar el desarrollo del embarazo y del niño. Si bien la eficacia de varias prácticas médicas y consejos prenatales está en discusión, y actualmente existen dudas fundamentadas respecto a sus beneficios, hay consenso en torno a la efectividad de algunas de ellas. En una revisión sistemáti-

ca realizada por encargo de la OMS, Di Mario et al. (2005) concluyen que, mientras varias intervenciones y consejos médicos son inefectivos y responden más a la tradición que a criterios basados en evidencia, otros tienen impactos positivos. Entre ellos señalan: a) un modelo de cuidados que incluya un número restringido de visitas para las mujeres de bajo riesgo; b) atención por parteras o médicos generales en mujeres de bajo riesgo; c) educación prenatal para la lactancia; d) suplementación de ácido fólico desde la preconcepción hasta las 12 semanas de gestación, para evitar defectos en el tubo neural; e) cesación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas para evitar el bajo peso al nacer; f) detección y tratamiento de diversas infecciones y enfermedades (hepatitis B, sífilis, VIH), y g) detección de la preeclampsia y educación a las mujeres para reconocer sus síntomas.

En Uruguay son prácticamente inexistentes los estudios realizados a escala de la población sobre la atención prenatal. En parte la ausencia de información sobre las condiciones de salud y las prácticas durante del embarazo se debe a que el país no cuenta con encuestas demográficas y de salud, que suelen ser las principales fuentes de información sobre estos aspectos en los países de la región, y en los países de menor desarrollo en general. Por otro lado, tampoco han sido explotadas las fuentes estadísticas oficiales (registros de nacimientos y Sistema Informático Perinatal) para analizar la atención prenatal desde una perspectiva de las ciencias sociales.

La Encuesta de Crecimiento, Desarrollo y Salud Materna en Canelones en 2007 es el único antecedente que indaga sobre los cuidados prenatales en una muestra poblacional. Esta encuesta relevó información sobre diversos aspectos de la gestación y el parto entre 225 mujeres residentes en el departamento de Canelones que estaban cursando un embarazo; los datos fueron obtenidos en el 83% de los casos a partir del carné de control obstétrico. Según los resultados de este estudio, el 37% de las mujeres encuestadas no había iniciado los controles en el primer trimestre (captación temprana) y solo el 64% había efectuado las visitas prenatales con una frecuencia adecuada (seis controles como mínimo, de acuerdo a las normas vigentes en 2007). El informe consigna que los embarazos atendidos en instituciones públicas presentaron niveles de adecuación a las recomendaciones oficiales sensiblemente inferiores a los de las mujeres que se controlaban en instituciones privadas.

II.3. DESARROLLO INFANTIL

El bienestar emocional, las competencias sociales y las habilidades cognitivas son los ladrillos y el mortero que componen los cimientos del desarrollo humano.⁶

En la actualidad, el desarrollo infantil se entiende como un proceso que atraviesa un individuo en el camino de convertirse en adulto, para el cual convergen aspectos genéticos, madurativos, emocionales, nutricionales, sanitarios, educativos, económicos, culturales y familiares. Los modelos conceptuales del desarrollo infantil intentan dar cuenta de esta multidimensionalidad mediante esquemas de interacción.

La maduración neurobiológica es influida tanto por factores genéticos como ambientales (epigenéticos), lo que implica que la determinación genética del desarrollo neurobiológico es modelada por factores variados, tales como interacción y estimulación oportuna, nutrición y estrés (Fox, Leavitt y Nelson, 2010).

Desde el inicio de la vida se desarrolla un continuo proceso en el que múltiples dimensiones van determinando condiciones biológicas, psicológicas, materiales y culturales, las cuales son de suma importancia en el desarrollo psicomotor de cada niño. Diversos autores plantean que una parte importante del desarrollo neurobiológico no vuelve a darse con la intensidad observada en los primeros años de vida, por lo cual estos se convierten en determinantes de las condiciones futuras de desarrollo de cada individuo.

Durante los primeros años se sientan las bases de los soportes neuronales así como de los procesos psicomotores, cognitivos, comunicacionales y emocionales que se desarrollan completamente a lo largo de la infancia y la adolescencia, y, aunque estas bases no quedan cerradas una vez que transcurren los primeros años, es mucho más difícil desarrollarlas en la segunda infancia (Center on the Developing Child, 2007).

Entre las dimensiones decisivas para un desarrollo temprano adecuado deben considerarse aspectos tales como el tiempo dedicado por los padres al cuidado del niño; su capacidad y sus condiciones materiales para hacer fren-

te a las necesidades y demandas de un nuevo hijo; la formación, calidad y estabilidad de los vínculos; el ambiente familiar y las prácticas de crianza; la atención sanitaria y el asesoramiento en los primeros años de vida; la participación en espacios de estimulación y educación inicial o en programas de asistencia a la infancia temprana; las condiciones socioeconómicas del grupo familiar; las instituciones sociales que apoyan y respaldan estos procesos.

Son múltiples los antecedentes de estudios que hacen foco en las condiciones de desarrollo infantil multidimensional. Sus conclusiones abarcan diversos dominios, desde la asociación positiva del trabajo materno con el desarrollo infantil hasta relativizar los efectos adversos de los arreglos familiares en los que los niños crecen. En todos se encuentran asociaciones significativas con condiciones de riesgo, pero estas se han precisado más y de esta manera se ha profundizado en la elaboración de hipótesis sobre la incidencia de factores específicos. Algunos de los estudios más importantes son el de ALSPAC (1990) en Bristol, el Estudio Cohorte del Milenio (2000), el estudio longitudinal de Australia (2004) y el estudio longitudinal de Chicago (1999). En la región, Chile ha desarrollado la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (2009). En el presente estudio se recogieron experiencias de algunos de estos trabajos para la selección de instrumentos, de manera de poder realizar comparaciones regionales e internacionales.

En los últimos años los trabajos que intentan identificar los determinantes socioeconómicos del bienestar infantil han crecido de forma exponencial. En muchos casos se ha intentado determinar los impactos que distintos programas han tenido sobre el desarrollo en la primera infancia, así como sus repercusiones futuras en la inserción laboral. En Conti y Heckman (2012) se resumen varios canales que influyen en el bienestar infantil. Los autores señalan que la inversión realizada por los padres, la salud del niño, los antecedentes familiares, la transmisión intergeneracional de habilidades y las condiciones de vida en la primera infancia son los principales determinantes identificados (Cunha et al., 2006; Currie, 2009; Bjorklund y Salvanas, 2011; Almond y Currie, 2011). Por otro lado, en Heckman (2007) se pone particular énfasis en los entornos familiares como uno de los factores que afectan el bienestar infantil.

6 National Scientific Council on the Developing Child, 2007: 8 (traducción de los autores).

Algunos trabajos identifican los factores que influyen en el desarrollo infantil en el marco de evaluaciones de políticas dirigidas a la primera infancia. Es el caso de Urzúa y Veramendi (2011), quienes analizan el impacto de la asistencia a centros de cuidado para el caso chileno. De forma similar que en este trabajo, los autores realizan dos pruebas para evaluar las habilidades cognitivas, el EEDP y el TEPSI, y aplican dos instrumentos socioemocionales, el ASQ-3 y el CBCL. Encuentran que las variables que explican positivamente los resultados en el TEPSI son la asistencia a un centro educativo, ser niña, la edad, la educación del padre, el coeficiente intelectual (IQ) de la madre y sus habilidades no cognitivas, en tanto existe una relación negativa con el tamaño del hogar. En el caso del CBCL se encuentra que existe una relación negativa con los problemas en función de la educación (aunque este efecto desaparece cuando se utilizan variables instrumentales), el IQ y las habilidades no cognitivas de la madre.

En Uruguay existen algunos antecedentes de estudios del desarrollo infantil a escala nacional, y de ellos también hemos tomado algunos instrumentos con fines comparativos. Entre los principales se cuentan el estudio del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP), realizado a partir de los datos aportados por una encuesta con dirección de Juan Pablo Terra en 1989 (GIEP, 1996); las evaluaciones del Plan CAIF de 1999 y 2010; la encuesta de evaluación del programa Infamilia en 2004; el estudio epidemiológico en salud mental realizado por Viola et al., (2008), y el estudio de Fitermann y Zerpa (2015) basado en la ESF-2008.

En la mayoría de los estudios antes mencionados se utilizaron los instrumentos EEDP y TEPSI, herramientas creadas en Chile y utilizadas en la región para estudiar indicadores de desarrollo temprano (Haeussler y Marchant, 2007). Asimismo, con base en un instrumento desarrollado por el GIEP, se han estudiado las prácticas de crianza, en particular en el caso del Plan CAIF, y se ha intentado estudiar el impacto del programa analizando los indicadores de desarrollo en niños que asisten al Plan y comparándolos con muestras similares de niños que no asisten.

Estos estudios han destacado el peso de las variables de pobreza y educación materna como factores de riesgo vinculados a problemas conductuales y de desarrollo, así como a bajos desempeños escolares.

En Uruguay, a partir de la muestra de Terra y cols. obtenida en 1989, los investigadores del GIEP (1996, 2001) encuentran que, para el índice global del TEPSI (que integra coordinación, motricidad y lenguaje), el 2% de los niños de la *población no pobre* se ubica en el rango de retraso (más de 2 desviaciones estándar) y el 9% en el rango de riesgo (entre 1 y 2 desviaciones estándar);⁷ entre los niños de la *población pobre*, la frecuencia aumenta de forma considerable: 10% se ubica en el rango de retraso y 26% en el rango de riesgo. En el mismo estudio se calculan, para el subtest de Lenguaje del TEPSI, valores de 89,3% en el rango normal, 10,7% en el rango de riesgo y 1,8% en el rango de retraso en los niños que provienen de hogares no pobres, mientras que en los provenientes de hogares pobres los valores son de 54,5% en el rango normal, 32,5% en el rango de riesgo y 13% en el rango de retraso.

Viola et al. (2008) estudian síntomas frecuentes utilizando la escala CBCL en niños en edad escolar y encuentran valores de 15,6% en zona de riesgo y 20,1% de problemas conductuales y emocionales en una muestra seleccionada de escuelas de Montevideo, con diferencias significativas por área geográfica.

La Encuesta de Situaciones Familiares, realizada en 2008, incluyó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (Goodman, 1997, 2000), el cual se utiliza para evaluar síntomas y conductas frecuentes en niños de entre 4 y 16 años. A partir de esta información, Fitermann y Zerpa (2015) encontraron que el 23% de los niños y adolescentes obtuvieron puntajes de rango clínico (superior al percentil 90) en el índice global y el 11% se ubicó en el rango límite (entre percentiles 80 y 90). Se analizó solo a los niños de edad escolar; los resultados hallados fueron similares a los de Viola, Garrido et al. (2008). El estudio de Fitermann y Zerpa también mostró valores 2 y 3 veces más altos en el índice global en los niños del tercil de hogares más pobre,

7 Los instrumentos de evaluación del desarrollo infantil utilizan rangos para analizar los puntajes obtenidos por los niños en los diferentes tests. Usualmente se utilizan dos o tres rangos. Si la escala usa tres rangos (por ejemplo, TEPSI, EEDP, CBCL, SDQ), los resultados se distribuyen en: a) un rango *normal*, b) un rango *intermedio límite o de riesgo* y c) un rango de detección del problema estudiado, llamado *rango clínico o de retraso*.

Se estila usar percentiles para separar los rangos; a menudo se encuentran valores expresados en desviaciones estándar del valor promedio; otras veces se utilizan puntos de corte obtenidos por técnicas estadísticas más complejas, como curvas ROC, que comparan los resultados obtenidos con otros tests.

mientras que entre los niños del tercil más rico se encontraron valores similares a los de Goodman en Inglaterra.⁸

Al igual que en los estudios mencionados, en casi todas las áreas de síntomas y problemas hay predominio de los varones sobre las mujeres. En cuanto a la edad, el máximo de sintomatología aparece para los niños en la edad escolar y para las niñas en la adolescencia.

Todos los antecedentes demostraron que, al analizar los desempeños de los niños y adolescentes, las variables de ingreso y educación estaban asociadas significativamente a los problemas conductuales.

Las evaluaciones de programas (CAIF, INFAMILIA) se ocupan de grupos específicos de la población, por lo que los resultados indican niveles superiores de retraso y vulnerabilidad (Equipos Mori, 2010) en comparación con análisis realizados sobre poblaciones más amplias.

De la revisión de antecedentes, se resalta que en el país no se cuenta desde 1989 con estudios que abarquen a toda la población y que aborden conjuntamente indicadores de desarrollo infantil (emocionales, cognitivos, psicomotores, etc.) e indicadores socioeconómicos, familiares, antropométricos y nutricionales.

8 Los hallazgos revelaron que Uruguay tiene valores similares a los países en vías de desarrollo (Brasil, Irán, China, etc.) y se encuentra alejado de los valores encontrados para problemas psicológicos, emocionales y conductuales en niños y adolescentes de países desarrollados (Goodman, 2000, 1997; Fleitlich, 2001; Klasen et al., 2000; Rodríguez Hernández, 2006; Shahrivara, 2009; Shojaei, 2009; Syed et al., 2007; Woerner, 2004).



Fuentes de datos y metodología

III.1. MARCO MUESTRAL Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA

Los hogares seleccionados para la ENDIS fueron aquellos encuestados por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre febrero 2012 y noviembre 2013 que incluían niños de 0 a 3 años.

Dado que la ECH no releva la fecha de nacimiento sino la edad en años cumplidos de las personas al momento de la visita del encuestador, la selección de niños se operacionalizó de la siguiente manera: a) en la ECH 2012 se seleccionaron hogares que incluyeran niños menores de 2 años; b) en la ECH 2013 se seleccionaron hogares con niños menores de 3 años. Este criterio se utilizó para minimizar la posibilidad de encontrar hogares que a la hora del relevamiento (octubre de 2013) incluyeran niños de más de 3 años y 11 meses.

Ello totalizó 4.942 hogares elegibles a visitar, de los cuales fue posible entrevistar a 2.665, los que totalizaron 3.077 niños (véase el Informe del trabajo de campo en el Anexo web). En el 97% de los casos las encuestas fueron respondidas por las madres de los niños, en el 1,5% por el padre y en el 1,3% por las abuelas; el 0,25% restante correspondió a otros familiares. En función de los estratos de la ECH y las captaciones diferenciales, se preparó un juego de ponderadores, los cuales se presentan en el Anexo I, junto con la metodología utilizada para su estimación.

Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizó una prueba piloto que permitió mejorar la fluidez y claridad del cuestionario y reducir los tiempos de entrevista, así como

determinar el orden de aplicación de los diversos instrumentos que formaron parte del relevamiento.

El cuestionario principal de la encuesta abarcó un amplio conjunto de preguntas sobre condiciones socioeconómicas, de historia genésica, trayectoria laboral de las madres, prácticas de crianza —con base en instrumentos desarrollados por el GIEP—, seguridad alimentaria y hábitos y pautas de desarrollo infantil DIEH y MSP (véase el cuestionario en el Anexo web). El análisis de estas últimas no se presenta en este informe debido a que se encuentran en proceso de validación y estandarización, pero la información está disponible en los microdatos.

Dado que se recogió el número de cédula de madres y niños, es posible concatenar los datos del certificado de nacido vivo (CNV) y del Sistema de Información Perinatal (SIP). A efectos de garantizar el secreto estadístico, esta tarea está siendo realizada por el personal del INE. Por razones de tiempo, dicha información no se procesó en esta versión del informe, pero estará disponible en los microdatos.

Adicionalmente, se tomaron medidas antropométricas de los niños. En Montevideo se aplicaron otros cinco instrumentos de medición del desarrollo infantil, cuya descripción se presenta enseguida.

III.2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

La ENDIS incluye varios instrumentos para evaluar a niños de 0 a 47 meses: ASQ-3, ASQ-SE, CBCL, EEDP, TEPSI (subtest de lenguaje), la pauta DIEH y la *Guía* del MSP. Los instrumentos de evaluación del desarrollo seleccionados permiti-

Cuadro III.2.1. Instrumentos, indicadores, rangos y número de observaciones por instrumento

Instrumento	Dimensiones e indicadores	Rangos			Edades aplicación	Número de casos
ASQ-3	Comunicación	Normal (-1=<z)	Monitoreo (-2=<z<-1)	Riesgo (-2>z)	De 1 a 47 meses	1.163
	Motricidad gruesa	Normal (-1=<z)	Monitoreo (-2=<z<-1)	Riesgo (-2>z)	De 1 a 47 meses	1.163
	Motricidad fina	Normal (-1=<z)	Monitoreo (-2=<z<-1)	Riesgo (-2>z)	De 1 a 47 meses	1.163
	Resolución de problemas	Normal (-1=<z)	Monitoreo (-2=<z<-1)	Riesgo (-2>z)	De 1 a 47 meses	1.163
	Socioindividual	Normal (-1=<z)	Monitoreo (-2=<z<-1)	Riesgo (-2>z)	De 1 a 47 meses	1.163
ASQ-SE	Dificultades socioemocionales	Normal (véase cuadro III.2.2)	Riesgo (véase cuadro III.2.2)		De 3 a 47 meses	1.086
CBCL	Problemas totales	Normal (véase cuadro III.2.3)	Límite (véase cuadro III.2.3)	Clínico (véase cuadro III.2.3)	De 18 a 47 meses	781
	Problemas internalizados	Normal (véase cuadro III.2.3)	Límite (véase cuadro III.2.3)	Clínico (véase cuadro III.2.3)	De 18 a 47 meses	781
	Problemas externalizados	Normal (véase cuadro III.2.3)	Límite (véase cuadro III.2.3)	Clínico (véase cuadro III.2.3)	De 18 a 47 meses	781
TEPSI	Lenguaje (desarrollo psicomotor)	Normal (T>40)	Riesgo (30<T<40)	Retraso/rezago (T<30)	De 24 a 47 meses	534
EEDP	Coefficiente de desarrollo*	Normal (PE>0.84)	Riesgo (0,7<PE<0,84)	Retraso/rezago (PE<0.7)	De 1 a 23 meses	506

* Razón EM/EC (edad mental/edad cronológica).

ten obtener indicadores que cuantifican capacidades desarrolladas y evalúan logros madurativos. Los dos primeros no han sido utilizados en el país, en tanto que el tercero fue empleado por Viola y Garrido (2008) y los últimos son de uso más extendido. En el cuadro III.2.1 se resumen las principales dimensiones contenidas en cada test y los rangos de puntajes con los que se realizan las evaluaciones.

Los instrumentos utilizados e ítems evaluados variaron por edad en días (cuadro III.2.2).

Cuadro III.2.2. Índices de desarrollo por franja de edad

Rango de edad (días/meses)	Índices de desarrollo según instrumentos	Total de indicadores/ ítems del desarrollo evaluados (aproximado)
0-30	1	10-20
30-45	6	40-55
45-90	6	40-55
90-120	7	59-74
120-180	7	59-74
180-360	7	62-76
12-18 meses	7	62-80
18-24 meses	10	162-180
24-47 meses	10	176-186

En lo que sigue se presentan las principales características de los instrumentos utilizados.

III.2.1. Ages and Stages Questionnaires Third Edition (ASQ-3)

ASQ-3 (Squires, Twombly, Bricker y Potter, 2009) es un instrumento de *screening* de desarrollo creado por un equipo de especialistas en evaluación del desarrollo temprano, cuya primera versión data de 1995. En la actualidad se ha generalizado su aplicación en el ámbito internacional como un sistema de monitoreo de indicadores del desarrollo infantil. Se considera que es un buen estándar para evaluar el desarrollo longitudinal de niños.

Es un instrumento económico, breve y eficiente tanto para fines de investigación como de detección y monitorización precoz. Fue diseñado para ser aplicado por los propios padres o cuidadores del niño y puede ser utilizado por evaluadores con un entrenamiento básico.

Abarca el rango de edades comprendido entre 1 y 66 meses. Está conformado por 21 cuestionarios, adecuados al desa-

rollo infantil de cada edad madurativa de los niños. Este instrumento permite evaluar desempeños en cinco áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, comunicación, resolución de problemas y socioindividual (o personal-social). Cada cuestionario contiene 30 ítems divididos en seis grupos para cada una de las cinco áreas. En la ENDIS se utilizaron 19 de los 21 cuestionarios disponibles (hasta 47 meses).

Ocasionalmente algunos ítems se repiten durante un período de tiempo más amplio que el que corresponde a un solo cuestionario.⁹ A menudo el mismo ítem va modificándose en complejidad en los rangos sucesivos de edad, aunque se continúa evaluando la misma pauta (por ejemplo, construir torres con un número cada vez mayor de cubos).

Cada ítem se valora con diez puntos cuando se logra totalmente y con cinco cuando el logro es parcial. En cada área se suman los puntajes obtenidos para los ítems correspondientes. Los puntajes brutos resultantes se comparan con una tabla de puntos de corte según la edad del niño. El total de ítems/conductas/indicadores del desarrollo que evalúa ASQ-3 es de 251 en el rango de edades estudiado.

A partir de los valores obtenidos se distinguen tres rangos: una zona de valores normales (84% de los puntajes que obtienen los niños por encima de -1 desviación estándar); una zona de monitoreo para los valores correspondientes al rango entre -1 y -2 desviaciones estándar (donde en una población normal se ubicaría el 13,6% de niños) y una zona de derivación o de riesgo para los puntajes de -2 desviaciones estándar (donde se espera encontrar 2,5% de los casos).

III.2.2. Ages and Stages Questionnaires Social-Emotional (ASQ-SE)

ASQ-SE (Squires et al., 2002) fue desarrollado por los mismos autores de ASQ-3. Consiste en una batería de ocho cuestionarios diseñados para niños de 3 a 66 meses. A diferencia de ASQ-3, que evalúa logros madurativos, ASQ-SE interroga y evalúa sobre una lista de indicadores de perturbación —conductas— en el desarrollo socioemocional.

Evaluar el desarrollo emocional y social de niños pequeños puede resultar una tarea difícil, y más aún a escala poblacional. Que un niño llore mucho, busque con la mirada a sus personas cercanas, haga lo que se le pide, disfrute los cuentos o historias que se le cuentan son elementos difíciles de evaluar en forma sistemática. Cuando se construyen estos instrumentos se trata de obtener cuestionarios que abarquen los principales indicadores de trastornos en el desarrollo emocional de un niño pequeño y seleccionar los que mejor puedan detectar signos o síntomas de alarma.

Este instrumento evalúa cincuenta ítems/conductas en las siguientes áreas: autorregulación (12 preguntas); obediencia (2 preguntas); comunicación (5 preguntas); conductas adaptativas (10 preguntas); autonomía (2 preguntas); afecto e interacción con personas (5 preguntas), adultos (6 preguntas) y pares (4 preguntas). En la ENDIS se utilizaron los siete primeros, pues abarcan hasta los 47 meses. Los cuestionarios tienen entre 22 y 36 preguntas cada uno. Los indicadores evaluados se van modificando de acuerdo a la edad del niño.¹⁰

Se distinguen dos rangos: normalidad y riesgo. Dado que los resultados de ASQ-SE no se comportan de acuerdo a una distribución normal, los puntos de corte entre los rangos se derivan mediante curvas ROC (Achenbach, 1991, 1992, y Sparrow, 1998, citados por Squires, 2001). Los umbrales varían con la edad en meses, de la forma que se establece en el cuadro III.2.3.

Cuadro III.2.3. Determinación de puntajes en ASQ-SE

Tramo de edad	Umbral zona de riesgo
3 a 8 meses	> 45
9 a 14 meses	> 48
15 a 20 meses	> 50
21 a 26 meses	> 50
27 a 32 meses	> 57
33 a 41 meses	> 59
42 a 53* meses	> 70

*Solo se considera hasta los 47 meses

9 Por ejemplo, para el rango entre 28,5 meses y 45 meses hay cuatro cuestionarios diferentes y en todos encontramos el ítem *Si Ud. le pregunta a su niña "¿Quién está ahí?" cuando se ve en el espejo, ¿contesta "yo" o dice su nombre?*.

10 Por ejemplo, el ítem *Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de 30 minutos?* cambia a partir del decimocuarto mes a *Cuando su niño está alterado, ¿se puede calmar dentro de 15 minutos?*

III.2.3. CBCL 1 ½-5 (para preescolares)

CBCL forma parte de un sistema de evaluación de la psicopatología de los niños en edad preescolar llamado ASEBA¹¹ (Achenbach y Rescorla, 2000), que se completa con un cuestionario equivalente para los profesores (CTRF) y un protocolo de desarrollo de lenguaje (LDS) que no fueron utilizados en esta oportunidad. Este instrumento es en la actualidad uno de los sistemas más utilizados en estudios poblacionales para evaluar salud mental infantil.

Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado, dirigido a los padres o cuidadores del niño. La robustez del CBCL se basa en las características psicométricas, así como en la disponibilidad de documentación en el ámbito internacional y en la facilidad con la que puede ser administrado.

El relevamiento consiste en una lista de cien indicadores de síntomas y/o conductas frecuentes en la infancia que pueden constituir problemas comunes, los cuales se puntúan 0, 1 y 2.¹² El ítem 100 está abierto a problemas no especificados en el cuestionario. En este caso se contabiliza un solo problema, que es el de mayor frecuencia entre los que hayan sido mencionados. A partir de la aplicación de este instrumento pueden calcularse indicadores globales, síndromes empíricos y escalas. En este informe presentamos exclusivamente los indicadores globales, pero en trabajos futuros de profundización se analizarán los síndromes empíricos y escalas (cuadro III.4).

El indicador de *problemas internalizados* reúne 36 ítems y agrupa los vectores emocional-reactivo, ansioso-depresivo, quejas somáticas y repliegue-aislamiento. El indicador de *problemas externalizados* suma los síntomas correspondientes a los problemas de atención (e hiperactividad) y conducta agresiva, reuniendo 25 ítems.

En los tres casos se establecen tres rangos para los valores hallados: *normal*, *límite* y *clínico*. Los puntos de corte establecidos corresponden a los límites de los percentiles 83 (límite superior del rango normal) y 90 (límite inferior del rango clínico) para la población de referencia. Dichos valores se encuentran entre los puntajes brutos de 52 a 60

para el total, 14 a 17 para *problemas internalizados* y 21 a 24 para *problemas externalizados* (cuadro III.2.4).

Cuadro III.2.4. CBCL. Indicadores globales y síndromes empíricos abarcados por dimensión

A: Indicadores globales	Problemas totales	Se calcula sumando la puntuación de la totalidad de los ítems
	Problemas internalizados	Síndromes empíricos abarcados: emocional reactivo, ansioso/depresivo, quejas somáticas, repliegue/aislamiento
	Problemas externalizados	Síndromes empíricos abarcados: problemas de atención, conducta agresiva

III.2.4. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)

EEDP (Rodríguez y Arancibia, 1974) y TEPSI (Hauser y Marchand, 1985) son dos instrumentos de tamizaje de origen chileno, ampliamente utilizados y conocidos en nuestro país desde hace décadas. Son inventarios de ítems que analizan el desarrollo evolutivo del niño evaluando los logros madurativos, psicomotores y cognitivos entre el nacimiento y los 66 meses (de 0 a 24 meses en el caso de EEDP; de 24 a 66 en TEPSI).

La construcción de ambos tests parte de la apuesta de poder evaluar tanto las dificultades como las fortalezas de los niños. En estas pruebas se asignan puntajes iguales a ítems que los niños deben aprobar de forma binaria (*sí/no*). El puntaje total es la suma de cada uno de los ítems. Luego este es estandarizado y utilizando tablas de conversión se asignan tres rangos: *normal*, *riesgo* y *retraso* (puntajes T de menos de 30, 30-40 y más de 40 en la muestra original). Para puntuar los resultados se utilizan los valores de la estandarización chilena original.

EEDP abarca setenta y cinco ítems (entre cinco y quince ítems por trimestre) para el segmento de 0 a 24 meses. Si un niño pasa los cinco ítems correspondientes a su edad, se siguen investigando los que le siguen en la lista en orden creciente de dificultad hasta encontrar un fallo en cinco consecutivos. Si falla en su edad, se toma un período de edad anterior y se evalúa el máximo período de edad en el que complete cinco ítems. Se pueden obtener cinco indi-

11 Achenbach System of Empirically Based Assessment.

12 Las respuestas corresponden a: 0=No es cierto (que sepa usted); 1=Relativamente, algunas veces; 2=Muy cierto o cierto a menudo.

cadore parciales de desarrollo: uno general, denominado *puntaje global*, y cuatro de maduración por área (*social, motor, lenguaje, coordinación*). El puntaje global se clasifica en tres rangos (*normal, riesgo y retraso*).

Las cuatro áreas permiten analizar el perfil de desarrollo de cada niño en particular, sin proponer propiamente una medida en tres rangos para cada una de ellas. No serán tenidas en cuenta en este estudio por no existir normas comparativas.

TEPSI es un test que consta de 52 ítems subdivididos en tres subtests: coordinación, motricidad y lenguaje. Debido a lo extensa que es la evaluación y la encuesta propuesta, fue necesario reducir los tests preseleccionados inicialmente y se utilizó únicamente el subtest de lenguaje, por ser el componente que mostró mayor desigualdad en sus resultados en anteriores evaluaciones. Es además el subtest que contiene los ítems que están más saturados de aspectos que usualmente conocemos como cognitivos. “Reconoce *grande y chico, más y menos*, nombra animales, objetos, *largo y corto*, verbaliza acciones, conoce la utilidad de objetos, discrimina *pesado y liviano*, verbaliza su nombre y apellido, identifica su sexo”, son algunos de los ítems evaluados.

III.2.5. Pauta DIEH y Guía de desarrollo del MSP

Adicionalmente se incluyeron dos instrumentos: la pauta DIEH y la *Guía de desarrollo del MSP*. En este informe no se presentan análisis de estos instrumentos, dado que no se dispone de criterios de estandarización y agregación de los resultados, pero están incluidos en las bases de datos para análisis posteriores de otros investigadores.

III.3. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS

Una de las formas más sencillas y útiles para medir el estado nutricional consiste en efectuar mediciones antropométricas. El peso, la talla y el perímetro cefálico se relevaron el día de la encuesta realizando doble medición de cada parámetro. Fueron tomados siguiendo un manual de procedimientos diseñado para la encuesta y con el cual fue entrenado el

equipo de antropometristas (véase el informe de campo en el Anexo web). Adicionalmente, los datos sobre talla, peso y perímetro cefálico fueron copiados del carné de salud del niño para el primer y el último control de salud realizados, en los casos en que el carné fue suministrado al encuestador. El cuestionario relevó también el peso al nacer de los niños por recordación de la persona entrevistada.

A continuación se definen los principales indicadores antropométricos calculados y utilizados en este trabajo.

- ▶ **Peso al nacer.** El peso al nacer es una medida de resumen de la situación del niño al nacer. A la vez, un peso al nacer adecuado constituye un factor protector del estado nutricional del niño en la primera infancia. Cuando un niño nace con peso por debajo de 2.499 gramos incrementa la probabilidad de morbimortalidad, por lo que ese es el límite habitualmente considerado y seguido en este trabajo. A la vez, se toma el intervalo entre 2.500 y 2.999 gramos como peso insuficiente, 3.000 a 3.999 gramos como peso deseable y macrosomía a partir de 4.000 gramos.
- ▶ **Talla para la edad (T/E).** La talla alcanzada durante la primera infancia depende de la herencia, pero la expresión genética se modula de acuerdo a las condiciones de vida que facilitan u obstaculizan este proceso, tales como la alimentación, la salud, la pobreza y las condiciones de higiene del hogar. El retraso de talla revela condiciones adversas en la historia nutricional del niño.
- ▶ **Peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T) e índice de masa corporal (IMC).**¹³ Estos indicadores refieren a la situación nutricional actual, es decir, si se encuentra en situación de delgadez, normal o con exceso de peso para la altura. Se analizaron, por tanto, los déficits y excesos, y se definió como *sobrepeso y obesidad* al exceso de grasa corporal que daña la salud. Estos indicadores antropométricos dan cuenta en forma simple y sencilla de este problema.
- ▶ **Perímetro cefálico para la edad.** Esta medida brinda información acerca del crecimiento cerebral de los

13 El IMC se calcula como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla al cuadrado en metros.

niños. Existe evidencia de que los niños con un perímetro cefálico por debajo de 2 desvíos estándar (DE) respecto al estándar de la OMS presentan entre dos y tres veces mayor riesgo de retraso en el desarrollo (Kimmel et al., 2011).

Todos los desempeños antropométricos fueron expresados en puntaje *z*. Se admitieron como válidos los valores aceptados por la OMS. Fueron excluidas del análisis las medidas con puntajes *z* de peso/edad <-6 o >5, de talla/edad <-6 o >6 y de IMC <-5 o >5, dado que son límites biológicamente imposibles. Para la evaluación se utilizó el programa ANTHRO de la OMS, que tiene incorporados los estándares de crecimiento y puntos de corte recomendados por la OMS (2006) y arroja los resultados en puntajes *z*. Los niños con un puntaje *z* inferior a -2 DE en T/E, P/T y P/E fueron clasificados respectivamente como *niños con*

retraso de talla, con bajo peso para la talla y con bajo peso para su edad, mientras que los de IMC superior a 2 DE fueron clasificados como *niños con sobrepeso y obesidad* y los que estaban por encima de 3 DE se consideraron *obesos*. Para los niños menores de 2 años se realizó la misma clasificación con base en el P/E.

La toma de medidas antropométricas fue realizada por licenciadas en nutrición, a quienes se les entregó un manual de operaciones con las especificaciones de los procedimientos que siguen los criterios establecidos por la OMS y se les realizó un entrenamiento teórico-práctico de dos días. Los niños menores de 2 años fueron medidos y pesados acostados y los mayores parados. Para el peso se usaron balanzas electrónicas de dos tipos: en los menores de 2 años se trabajó con balanzas de bandeja deslizable y en los niños mayores, con balanzas de pie.

IV

Principales resultados

En este capítulo se presenta, en primer lugar, una caracterización general de los hogares encuestados (sección IV.1). A continuación se analizan algunas características de las madres de los niños estudiados relativas a la fecundidad, el uso de métodos anticonceptivos y las condiciones del embarazo y nacimiento del niño (IV.2). La caracterización culmina con una sección donde se estudian los contextos de cuidado y trabajo de los hogares, así como las prácticas de crianza (IV.3). Posteriormente se incluyen tres secciones que analizan los desempeños de los niños en materia de salud (IV.4), estado nutricional y seguridad alimentaria (IV.5) y desarrollo infantil (IV.6). Por último, se incluye una sección donde se detalla el acceso del hogar a distintos programas sociales (IV.7).

IV.1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS HOGARES

En esta sección se presenta una caracterización general de los niños encuestados y sus hogares. Para ello se contextualizan los arreglos familiares de los que forman parte (IV.1.1) y las características socioeconómicas de sus hogares (IV.1.2).

IV.1.1. Características de los arreglos familiares y contextos de cuidado

En este apartado se analizan los datos de la ENDIS relativos a la composición de los hogares de los niños y se examinan las características del vínculo entre niños y padres varones no corresidentes.

Los cambios en los arreglos familiares verificados en Uruguay en las últimas décadas han provocado un creciente interés por conocer sus diversos impactos. Sin embargo, la escasa disponibilidad de datos longitudinales ha difi-

cultado la realización de estudios que permitan contestar muchas de las preguntas planteadas.

En particular, el aumento de las separaciones y divorcios y la pérdida del contacto cotidiano con la figura paterna concentra especial atención por sus potenciales efectos sobre el desempeño emocional, social y cognitivo de los niños. Los estudios realizados en diversos países han puesto en evidencia que existe un amplio rango de situaciones familiares en las que se procesa la ruptura conyugal y que no todos los hogares presentan el mismo grado de vulnerabilidad frente a las transiciones familiares (Bernardi et al., 2013). Sin embargo, existe acuerdo en que los nuevos hogares que albergan a los niños experimentan, por lo general, una caída de ingresos (Bartfeld et al., 2012). Ello se debe a que los niños continúan viviendo con sus madres. En un estudio realizado a partir de una muestra de mujeres residentes en Montevideo y el área metropolitana, Vigorito (2011) encuentra un deterioro en el bienestar económico en los hogares donde continúan residiendo las mujeres y los niños luego de la separación o el divorcio.

Vinculado a esto último, en la literatura sobre cambio familiar se ha encontrado que la ausencia de la figura paterna en el hogar se asocia 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 corresidente (McLanahan y Percheski, 2008; Thomson, Hanson y McLanahan, 1994).

Al examinar la estructura de los hogares con niños de entre 0 y 3 años se observa que existe un amplio predominio de los hogares biparentales con hijos (62,4%). Le siguen en importancia los hogares extendidos (29,1%), que pueden incluir o no un núcleo conyugal.¹⁴ Los hogares monoparentales (encabezados casi en su totalidad por mujeres) y los compuestos alcanzan a un número relativo bastante menor de hogares particulares: 4,3% y 4,2%, respectivamente (cuadro IV.1.1).

Cuadro IV.1.1. Distribución de los hogares con niños de entre 0 y 3 años por tipo de hogar (en porcentaje)

Pareja e hijos	62,4
Monoparental	4,3
Extendido	29,1
Compuesto	4,2
Total	100,0

(N=2.665)

El 77,1% de los niños estudiados vive con sus dos progenitores y el 22,5% solo con su madre (cuadro IV.1.2). Basados en datos del Censo 2011, Cabella y Nathan (2014) encuentran resultados similares: uno de cada cuatro niños de entre 0 y 4 años no vive con ambos padres en el hogar, y esa proporción aumenta entre los niños de mayor edad.

A la vez, la probabilidad de que un niño conviva con su padre y su madre es más baja entre los hijos de mujeres con menor nivel educativo y en los hogares en situación de pobreza. En estos últimos, un tercio de los niños vive solo con la madre (32,2%). La edad de las mujeres al nacimiento del hijo también se relaciona con las diferencias en la situación conyugal de los padres: 54,4% de los niños cuyas madres tenían menos de 20 años a la fecha del parto vive con ambos padres, cifra que asciende a 83,9% en el caso de aquellos niños cuyas madres habían alcanzado 30 y más años cuando ellos nacieron (cuadro A.2.1).

Al combinar la información sobre presencia de madre/padre en el hogar y las razones por las que el padre no vive con el niño, se obtiene una clasificación más detallada de los contextos familiares en los que se ubican los niños. El

12,4% de los niños no correside con su padre por efecto de la separación o divorcio de sus padres, mientras que el 8,2% nunca convivió con el padre y el 2,1% no convive con él por otros motivos (cuadro A.2 del Anexo). En este último caso se agrupa emigración, reclusión y muerte.

No se observan diferencias de magnitud según condición de pobreza. En cambio, la distribución por nivel educativo de la mujer presenta especificidades que vale la pena mencionar. Entre los hijos de mujeres con nivel educativo alto (13 y más años de educación), la ruptura conyugal explica el 66,3% de los casos en los que los padres no corresiden, mientras que entre los hijos de mujeres con nivel educativo bajo (hasta 9 años de educación) representa el 52,0%. La proporción de casos en los que el hombre nunca vivió con su hijo es mayor entre estos últimos (37,0%) que entre los hijos de las mujeres más educadas (33,7%). Asimismo, la proporción de *otras* razones también resulta superior entre los hijos de mujeres con nivel educativo bajo, donde alcanza al 11,0% de los casos.

El presente estudio permitió constatar que, de los niños que no corresiden con su padre, la mitad mantiene con este un contacto al menos semanal, y aproximadamente uno de cada cinco lo ve todos los días (cuadro IV.1.4).¹⁵ Por otro lado, 31,6% de los niños no tiene ningún contacto con su padre. Las situaciones de baja frecuencia de contacto (menos de una vez por semana) o contacto nulo son más comunes entre los hogares más vulnerables en términos de ingreso.

La frecuencia de contacto y el motivo por el que el padre no vive en el hogar se encuentran estrechamente asociados (cuadro IV.1.5). Entre los niños que nunca convivieron con su padre, el contacto es esporádico o inexistente en la mayor parte de los casos. Por el contrario, en casos de ruptura conyugal, el contacto entre padre y niño suele ser más frecuente (21,3% lo ve todos los días y 41,0% al menos una vez por semana), aunque vale señalar que, de todos modos, uno de cada cinco niños en esta situación perdió contacto con su padre. El patrón observado dentro de la categoría *otros* parece estar más cercano al de la separación o divorcio.

14 No se analizó la presencia de parejas del mismo sexo debido al muy escaso número que capta la Encuesta Continua de Hogares. El Censo 2011 registró 2.278 personas en pareja con cónyuge del mismo sexo (equivalente a 0,2% de la población unida mayor de 14 años). A la vez, la ENDIS incluyó preguntas orientadas a captar información sobre la adopción de niños; sin embargo, el número recogido en el relevamiento fue exiguo (once madres adoptaron niños), por lo que no dedicó un apartado específico al análisis de las situaciones de adopción.

15 Las preguntas sobre la frecuencia de contacto con el padre no corresidente y su aporte económico al hogar de residencia del niño no fueron aplicadas si el padre del niño había muerto.

Cuadro IV.1.2. Distribución de los niños por presencia de madre y padre en el hogar según educación de la madre y condición de pobreza (en porcentaje)

	Total	Educación			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Ambos padres	76,7	67,8	82,4	92,4	81,6	61,4
Solo con la madre	22,7	32,2	17,6	7,6	18,0	37,4
Solo con el padre	0,3	-	-	-	0,2	0,5
Ninguno de los dos	0,3	-	-	-	0,2	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N total=3.028; Nivel educativo=2.907; Condición de pobreza=3.026)

Cuadro IV.1.3. Distribución de los niños con padre no corresidente por razones por las que el padre no vive en el hogar, según educación de la madre y condición de pobreza (en porcentaje)

	Total	Educación			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Separación o divorcio	54,4	52,0	62,8	66,3	55,6	52,6
Nunca vivió con su hijo	35,8	37,0	30,1	33,7	35,3	36,5
Otras*	9,8	11,0	7,1	0,0	9,1	10,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Fallecimiento, emigración, reclusión y otras razones no especificadas.

(N total=757; Nivel educativo=712; Condición de pobreza=757)

Cuadro IV.1.4. Distribución de los niños con padre no corresidente por frecuencia con la que ven al padre, según educación de la madre y condición de pobreza (en porcentaje)

	Total	Educación			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Todos los días	19,8	19,1	24,4	19,8	22,6	15,9
Al menos una vez por semana	29,7	26,8	36,9	47,9	34,5	22,8
Menos de una vez por semana	17,0	18,5	12,9	13,4	14,3	20,8
No tiene contacto	31,6	33,4	24,8	18,9	27,4	37,8
NS/NC	1,9	2,2	1,0	0,0	1,2	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N total=745; Nivel educativo=700; Condición de pobreza=745)

Cuadro IV.1.5. Distribución de los niños con padre no corresidente por frecuencia con la que ven al padre, según razones por las que el padre no vive en el hogar (en porcentaje)

	Separación o divorcio	Nunca vivió con su hijo	Otros*
Todos los días	21,3	14,8	31,4
Al menos una vez por semana	41,0	15,6	17,1
Menos de una vez por semana	15,3	17,4	26,0
No tiene contacto	21,9	51,9	8,4
NS/NC	0,5	0,3	17,1
Total	100,0	100,0	100,0

* Reclusión, migración u otras razones no especificadas (no incluye los casos de muerte del padre).

N=745.

Con relación a los recursos, 48,0% de los padres no corresidentes no realiza aportes económicos al hogar del niño y 9,8% lo hace ocasionalmente (cuadro IV.1.6). En este sentido, los resultados obtenidos confirman los hallazgos previos de Bucheli y Cabella (2005) y Bucheli y Vigorito (2015) sobre el cumplimiento del pago de las pensiones alimenticias. Los datos de la encuesta indican, además, que el aporte económico regular de los padres es más frecuente entre los hogares donde la madre de los niños tiene nivel educativo alto, lo cual podría vincularse con la proporción de separaciones y divorcios versus los casos en que el padre nunca convivió con el niño.

En efecto, las transferencias de recursos económicos son menos frecuentes en los casos en que los niños nunca convivieron con sus padres (cuadro IV.1.7). En el 62,6% de estos casos, los padres no realizan ningún aporte económico al hogar del niño. Otros estudios nacionales también identificaron que los padres con menos ingresos y los que mantienen relaciones más conflictivas con sus exparejas son los que presentan mayor nivel de incumplimiento en la efectivización de las transferencias económicas establecidas por la ley (Bucheli, 2003; Bucheli y Cabella, 2005).

En suma, cabe destacar que durante la primera infancia la amplia mayoría de los niños correside con ambos padres (en hogares nucleares o extendidos) y que dentro del conjunto de los niños que por diversas razones no conviven con su padre hay una proporción importante que no recibe aportes económicos de este y pierde el contacto.

Este aspecto merece mayor atención, dado que es posible implementar medidas legislativas y de política pública que contribuyan a aliviar las dificultades de los hogares con niños pequeños que experimentan la disolución conyugal de los padres. En las últimas décadas, los países que han registrado fuertes aumentos de las rupturas conyugales han ajustado sus legislaciones y creado distintos programas orientados a evitar el debilitamiento de los vínculos entre padres e hijos luego de la ruptura parental y a fomentar la responsabilidad económica del progenitor que sale del hogar en el que continúan residiendo sus hijos (Families and Societies, 2014). Además de las políticas que contemplen los vínculos filiales posruptura, también es importante considerar la potencial vulnerabilidad de las situaciones en las cuales los niños nunca convivieron con uno de sus progenitores.

Cuadro IV.1.6. Distribución de los niños con padre no corresidente por aporte económico del padre, según educación de la madre y condición de pobreza (en porcentaje)

	Total	Educación			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Sí, aporta regularmente	40,0	37,7	46,1	56,8	45,0	32,7
Sí, aporta ocasionalmente	9,8	11,2	8,2	2,6	9,5	10,2
No	48,0	48,8	43,0	40,6	43,4	54,8
NS/NC	2,2	2,3	2,7	0,0	2,1	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N total=745; Nivel educativo=700; Condición de pobreza=745)

Cuadro IV.1.7. Distribución de los niños con padre no corresidente por aporte económico del padre, según razones por las que el padre no vive en el hogar (en porcentaje)

	Separación o divorcio	Nunca vivió con su hijo	Otros*
Sí, aporta regularmente	48,3	26,7	42,8
Sí, aporta ocasionalmente	9,4	9,9	11,4
No	41,2	62,6	30,6
NS/NC	1,1	0,8	15,2
Total	100,0	100,0	100,0

* Reclusión, migración u otras razones no especificadas (no incluye los casos de muerte del padre). (N=745)

IV.1.2. Caracterización socioeconómica de los hogares

En este apartado se presenta una rápida caracterización de los hogares que integran los niños incluidos en este estudio. Para ello se repasa su situación en términos de ingresos, hacinamiento y clima educativo, tres dimensiones que dan cuenta de distintos aspectos ligados a su bienestar.

Los ingresos de los hogares

Para ubicar los hogares de los niños entrevistados en la distribución del ingreso del conjunto del país, se construyeron quintiles a partir de las ECH de 2012 y 2013 por separado. Se utilizó el ingreso per cápita deflactado a valores de diciembre 2013. Al analizar la posición de los hogares estudiados en estos grupos, se observa que se distribuyen de forma similar al conjunto de la población.

Si se consideran exclusivamente los ingresos de los hogares estudiados, se observan niveles de desigualdad ligeramente más elevados que los que corresponden a la población en su conjunto: el índice de desigualdad de Gini tomó el valor de 0,399 en la muestra, mientras que para el conjunto de los hogares se mantuvo entre 0,38 y 0,39 para el mismo período (Burdín et al., 2014). Los ingresos promedio per cápita con valor locativo alcanzaron el valor de \$ 11.610 mensuales.

La incidencia de la pobreza fue considerablemente mayor que la observada para el conjunto de la población: se ubicó en 29,6% si se la calcula considerando a todos los integrantes de los hogares de los niños, cifra que representa casi el triple de los promedios nacionales en los años estudiados. Tal como diversos estudios lo atestiguan, pese a la significativa mejora, los hogares con niños pequeños enfrentan mayores privaciones de ingreso que el resto de la población (Colafranceschi y Vigorito, 2013). Si se considera la incidencia de la pobreza entre los niños estudiados exclusivamente, esta fue del 25,4%, valor muy similar al que surge de calcular la incidencia de la pobreza para niños de 0 a 3 años en el mismo período con datos de las ECH (23,7%).

Mientras tanto, la incidencia de la extrema pobreza alcanzó al 2,22% de los niños estudiados y al 2,9% de las personas que integraban los hogares entrevistados.¹⁶ Para el

16 Dado que el número absoluto de niños en hogares en situación de indigencia fue muy bajo (61), no se realizan aperturas basadas en esta condición.

mismo período, la incidencia de la indigencia en niños de 0 a 3 años, de acuerdo a la ECH, fue de 1,62%.

En síntesis, se observa que el acceso a recursos continúa siendo un problema relevante para los hogares con niños pequeños y que persisten fuertes disparidades en el conjunto de estos hogares.

El hacinamiento

Como aproximación sintética a las condiciones de las viviendas en las que residen los niños, se eligió analizar el hacinamiento, dado su potencial impacto en diversos desempeños de salud, nutrición y desarrollo. Siguiendo la práctica utilizada en los análisis de necesidades básicas insatisfechas realizados en el país a partir de datos censales, se consideró que un hogar presentaba hacinamiento si el cociente entre el número de integrantes y las habitaciones disponibles —excluyendo baño y cocina— valía más de 2 (Calvo et al., 2013).¹⁷

En primer lugar, debe recordarse que, por la etapa del ciclo de vida en que estos hogares se encuentran, su tamaño es mayor que el promedio nacional. El tamaño promedio de los hogares incluidos en este estudio fue de 4,7, valor consistente con el fuerte predominio de hogares biparentales y extendidos.

Se encontró que el 25,4% de los niños estudiados se encontraba viviendo en condiciones de hacinamiento, cifra que alcanzaba el 47,4% al considerar a aquellos hogares en condición de pobreza de ingresos y descendía al 17,8% al considerar a los hogares que superaban dicho umbral.

Las desigualdades en la condición de hacinamiento pueden sintetizarse mediante el índice de Gini del cociente entre el número de integrantes del hogar y habitaciones, el cual arroja un valor de 0,347. Este supera al valor de 0,304, correspondiente al conjunto de los hogares en 2011 (Colafranceschi et al., 2013), pese a la menor diversidad de configuraciones familiares observada en los hogares incluidos en el presente estudio.

17 Existen dos formas muy extendidas de operacionalizar el indicador y el umbral de hacinamiento. Además de la aquí planteada, otros estudios utilizan el cociente entre el número de integrantes del hogar y el número de habitaciones utilizadas para dormir. En ese caso, el límite se fija en 3.

La incidencia del hacinamiento contrasta fuertemente con los promedios observados para el conjunto de la población (3% de los hogares y 6% de las personas) y pone de relieve que los problemas de vivienda constituyen una dimensión muy relevante dentro de las privaciones que enfrentan los hogares con niños pequeños.

Clima educativo

Como aproximación al acceso al conocimiento formal del entorno que rodea a los niños se consideró el clima educativo del hogar. Este se calculó como el promedio de años de educación formal aprobados por los adultos de 22 años y más.¹⁸

El promedio de años de educación aprobados entre los adultos de estos hogares se ubicó en 9,7, valor claramente por encima del promedio nacional, dado que se trata de hogares comparativamente más jóvenes. La distribución de los niños según el clima educativo de sus hogares mostró que la mitad reside en hogares con un promedio equivalente a haber culminado el primer ciclo de enseñanza media (cuadro III.1.8).

Cuadro IV.1.8. Distribución de los niños según intervalos de clima educativo promedio de sus hogares

Promedio en años	%	% acumulado
0 a 6	15,8	15,3
7 a 9	34,5	49,7
10 a 12	26,3	76,1
12 a 15	13,2	89,3
16 y más	10,7	100,0
Total	100,0	

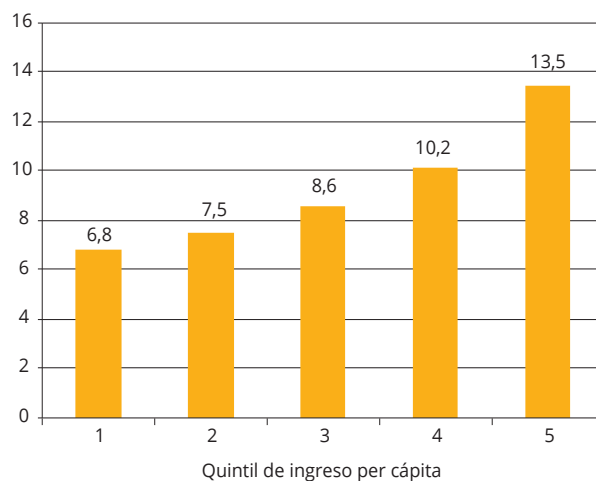
(N=2.753)

Las disparidades en esta dimensión, medidas por el índice de Gini, alcanzan el valor de 0,201, lo que indica una menor magnitud que la observada en las otras variables consideradas en este apartado. Ello se vincula con los valores acotados que pueden tomar los valores máximos de clima educativo.¹⁹ La comparación con la desigualdad

en el conjunto de los hogares del país, donde el índice de Gini alcanzaba en 2011 el valor de 0,220, indica una menor desigualdad en este caso.

Si se considera el clima educativo promedio por quintil de ingreso, se ponen de relieve fuertes disparidades: en el quintil más rico el promedio de años de educación corresponde a estudios terciarios y duplica al del primer quintil, el cual equivale a haber iniciado el primer año de enseñanza media (gráfica IV.1.1).

Gráfica IV.1.1. Clima educativo promedio de los hogares entrevistados según quintil de ingreso per cápita del hogar con valor locativo (valores a diciembre 2013)



(N=2.753)

En síntesis, los contextos que rodean a los niños presentan fuertes disparidades en términos del acceso a recursos, el entorno habitacional y el acceso a conocimientos formales. Al final de este trabajo se retomarán estos aspectos.

IV.2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS MADRES

En primer lugar se presenta una descripción de las madres de los niños encuestados en lo que refiere a su nivel educativo y trayectoria laboral (III.2.1). A continuación, se profundiza sobre aspectos vinculados a la fecundidad y los cuidados y prácticas durante el embarazo (III.2.2). En ambas secciones se incluye información para los casos en que las madres fueron las personas entrevistadas.

18 Este arbitrario límite de edad se tomó siguiendo estudios previos y considerando que a esa altura de la vida el grueso de las personas ya llegó al máximo nivel de educación que alcanzará, aun cuando el número de años aprobados podría aumentar para aquellos que asisten a la educación terciaria. En los casos en que no había ninguna persona en este tramo etario en los hogares, se tomó la educación del jefe. Esta situación se verificó en 53 casos.

19 Para una discusión sobre la pertinencia de utilizar índices de Gini para el análisis de la desigualdad en los años de educación formal aprobados por la población, véase Cruces et al. (2014).

IV.2.1. Características laborales y educativas de las madres

Se trata de mujeres menores de 40 años en su enorme mayoría, de las cuales algo más del 10% aún transita la adolescencia (gráfica IV.2.1). Respecto a los años de educación formal aprobados, la amplia mayoría ha alcanzado el nivel de enseñanza media, pero no lo ha finalizado. Al mismo tiempo, una de cada cinco entrevistadas presenta nivel primario o menos, mientras que una de cada cuatro ha realizado estudios terciarios. El 15,2% de las madres señala que se encontraba estudiando al momento del embarazo de alguno de sus hijos menores de 4 años. La apertura por niveles educativos actuales indica que se trataba en su mayoría de mujeres que asistían a segundo ciclo de secundaria o a la universidad (30 y 41% del total, respectivamente). Esto indicaría que, para las menos educadas, la interrupción de los estudios ocurrió en forma previa al embarazo. Solo un 18,5% del grupo de mujeres que abandonó los estudios los retomó y finalizó, y un 13,3% retomó pero no pudo culminar.

Respecto a la inserción laboral, las tasas de actividad son altas con relación al promedio nacional. Sin embargo, con relación a sus cohortes se observan tasas de inactividad (32,7%) mayores, cuyas causas podrían vincularse a la eta-

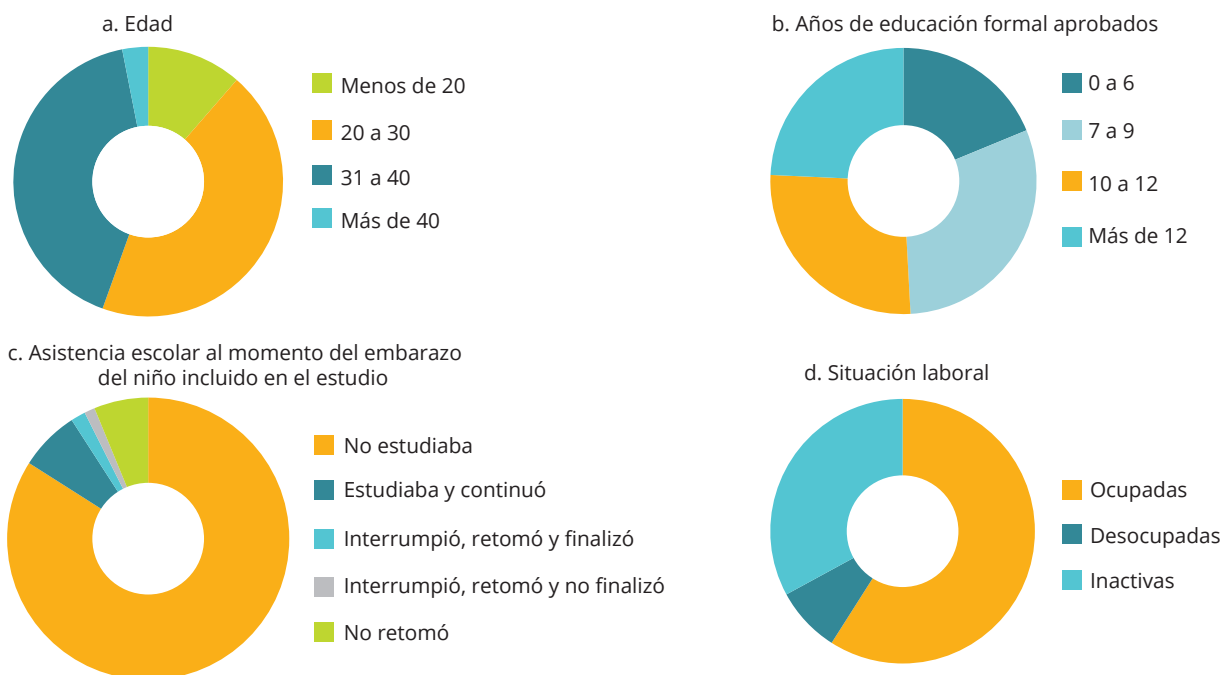
pa del ciclo de vida que transitan, pues solo un 16,3% de las madres que no trabajan actualmente señala no haber trabajado nunca. A la vez, las tasas de actividad en Montevideo son mayores que en el interior del país (62,8% y 55,2%, respectivamente).

Las madres que declaran haber trabajado alguna vez iniciaron su actividad laboral en promedio a los 18 años y tuvieron su primer empleo de tiempo completo en torno a los 21 años (cuadro IV.2.1). La edad de inicio de la vida laboral aumenta con el nivel educativo, pero el salto más importante se presenta entre las madres con más de doce años de educación.

Cuadro IV.2.1. Edad a la que las madres comenzaron a trabajar y obtuvieron su primer empleo de tiempo completo, por nivel educativo de la madre y condición de pobreza

Años de educación	Edad de inicio	Primer empleo de tiempo completo
0 a 6	17,6	19,6
7 a 9	17,1	20,1
10 a 12	18,0	20,4
Más de 12	20,0	23,0
No pobre	18,4	21,4
Pobre	17,5	20,0
Total	18,2	21,1
Casos	2.774	2.426

Gráfica IV.2.1. Características de las madres entrevistadas



(N=2.753)

El 61% de las madres indica que desde que comenzó a trabajar interrumpió al menos una vez su actividad laboral por más de seis meses (cuadro III.2.2). La mayor parte de ellas la interrumpió solo una vez (56%), si bien se presentan diferencias notorias por nivel educativo. Mientras aproximadamente tres de cada cuatro madres con nivel educativo primario interrumpieron su actividad laboral al menos una vez, la proporción cae a menos de la mitad en el caso de aquellas con nivel educativo terciario (más de doce años de educación). La mayor frecuencia de interrupciones se observa entre las madres con primer ciclo de enseñanza media (cuadro A.4 del Anexo). Algo similar sucede con la condición de pobreza: en tanto 71% de las madres que viven en hogares pobres interrumpió su trabajo por más de seis meses, de las madres en hogares no pobres lo hizo un 57,4%.

Cuadro IV.2.2. Interrupciones laborales de seis meses o más por nivel educativo de la madre (en porcentaje)

Años de educación	Sí	No	NS/NC	Total
0 a 6 años	75,8	23,8	0,4	100,0
	20,8	10,4	10,0	16,7
7 a 9 años	69,6	29,7	0,7	100,0
	34,2	23,1	28,6	29,9
10 a 12 años	56,4	42,9	0,8	100,0
	26,0	31,3	31,4	28,1
Más de 12 años	45,7	53,5	0,8	100,0
	19,0	35,3	29,9	25,3
Total	60,9	38,5	0,7	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Casos	1.499	941	16	2.456

La mitad de las madres señala haber interrumpido su vida laboral durante más de tres meses por haber tenido un hijo. En este caso no existen grandes diferencias por nivel educativo ni condición de pobreza. Del total que interrumpe a causa del nacimiento de un hijo, 33% lo hace por un año y 23% por dos años (cuadro A.4 del anexo). Cabe destacar que se preguntó por interrupciones de más de tres meses, a efectos de no incluir licencias maternales.

Cuando se consulta a las madres específicamente por su trayectoria laboral en lo que respecta a los niños menores de 4 años, 86,6% de ellas señala que trabajaba antes de ese embarazo, con una carga semanal promedio de 36 horas, sin variaciones por nivel educativo. En los seis meses posteriores al nacimiento del niño de referencia, si bien el 53,7% declara haber trabajado al menos una hora semanal, el pro-

medio cae a 27 horas. Con posterioridad al nacimiento, las horas trabajadas se diferencian por niveles educativos: las madres con hasta primaria trabajaron en promedio 31 horas semanales, mientras que aquellas con calificación intermedia trabajaron entre 28 y 29 horas, en tanto las de mayor nivel educativo declaran un promedio de 23 horas.

En cuanto a la categoría ocupacional actual, predomina la condición laboral de asalariada privada (cuadro III.2.3). Entre las madres que viven en hogares con ingresos superiores a la línea de pobreza, el peso del empleo público es mayor que entre quienes viven en hogares en condición de pobreza (25% y 7,7%, respectivamente). Asimismo, la gravitación del empleo por cuenta propia y las mujeres que trabajan en calidad de miembros del hogar no remunerados es mayor entre las madres en hogares pobres (33,4% y 14,9%, respectivamente). Cabe señalar que menos de un 10% de las madres declara haber cambiado de trabajo en los siguientes seis meses al nacimiento de sus hijos menores de 4 años.²⁰ El escaso número de casos que cae en esta categoría no permite realizar un análisis detallado de las razones de estos cambios.

Cuadro IV.2.3. Categoría de ocupación de las madres empleadas por condición de pobreza

Categoría	No pobre	Pobre	Total
Asalariado privado	54,7	51,3	54,1
Asalariado público	24,9	7,7	21,9
Miembro de cooperativa de producción	0,7	0,0	0,6
Patrón	3,6	2,5	3,4
Cuenta propia sin local o inversión	9,1	19,6	11,0
Cuenta propia con local o inversión	4,1	7,7	4,7
Miembro del hogar no remunerado	1,8	6,0	2,5
Programa social de empleo	0,4	2,8	0,8
NS/NC	0,8	2,4	1,1
Total	100,0	100,0	100,0
Casos	1.482	334	1.816

Finalmente, para presentar una primera aproximación a la calidad del trabajo de las mujeres, se analizó la cobertura de la seguridad social: casi el 70% declara realizar aportes

²⁰ El porcentaje es decreciente con el nivel educativo; pasa del entorno del 13% de las madres con menos de 10 años de educación a 7% en el caso de las más educadas.

a la seguridad social (cuadro III.2.4), valor que aumenta a casi el 80% si se considera solo a las mujeres mayores de 25 años. Este porcentaje es similar a la media nacional (74,4% en 2012). No obstante, existen importantes diferencias por nivel educativo de la madre. Solo el 41% de las madres con hasta seis años de educación y el 50% de las que tienen entre siete y nueve años de educación realizaban aportes al momento de ser encuestadas.

Cuadro IV.2.4. Aportes a la seguridad social por nivel educativo de la madre

	Sí	No	NS/NC	Total
0 a 6 años	41,0	58,1	0,9	100,0
	6,8	23,1	9,9	11,6
7 a 9 años	50,0	47,6	2,4	100,0
	18,8	42,9	59,4	26,2
10 a 12 años	73,7	25,5	0,8	100,0
	30,3	25,1	22,4	28,7
Más de 12 años	92,0	7,8	0,3	100,0
	44,1	8,9	8,3	33,5
Total	69,8	29,1	1,1	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
Casos	1.235	565	16	1.816

Las diferencias en cobertura por condición de pobreza son muy pronunciadas (cuadro III.2.5). En tanto las madres en hogares no pobres aportan en un 78,7% de los casos, entre las mujeres pobres los aportes se producen en un 36,5% de los casos.

Cuadro IV.2.5. Aportes a la seguridad social por condición de pobreza

Pobre	Sí	No	NS/NC	Total
No	77,1	22,2	0,7	100,0
	90,8	62,4	56,9	82,1
Sí	35,9	61,5	2,6	100,0
	9,2	37,7	43,1	17,9
Total	69,8	29,2	1,1	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0

(N=1.816)

En síntesis, las madres de los niños incluidos en la primera ola del panel son predominantemente mujeres en edades activas, con una proporción relevante de adolescentes. Su nivel educativo correspondió, en promedio, a enseñanza media sin concluir y, en su mayoría, habían abandonado sus estudios antes del embarazo del niño de referencia. Aquellas que interrumpieron sus estudios a causa del embarazo no han logrado culminarlos con posterioridad. Si

bien la amplia mayoría tiene alguna experiencia laboral, aquellas de menores niveles educativos han experimentado mayor intermitencia. Las mujeres inactivas al momento de la encuesta eran algo menos de un tercio del total. Al igual que en la población en su conjunto, las tasas de actividad laboral son mayores entre las más educadas; sin embargo, la carga horaria de trabajo semanal en los seis meses posteriores al nacimiento del niño es más elevada entre las mujeres con nivel educativo primario. Si bien este aspecto requiere un mayor análisis, podría vincularse a la inserción laboral y a las coberturas de la seguridad social diferenciales, que llevarían a disparidades en el acceso a licencia maternal y medio horario por lactancia. Nuevamente, se constatan desigualdades significativas en los entornos de los niños y niveles de protección social muy distintos entre las mujeres con hijos pequeños.

IV.2.2. Anticoncepción, fecundidad y embarazos no planeados

En esta sección se abordan los resultados de la encuesta en torno al período de la gestación y el parto. La ENDIS incluyó un módulo con preguntas sobre las prácticas maternas durante el embarazo, los cuidados prenatales y las condiciones en que se desarrollaron el embarazo y el nacimiento de cada niño menor de 4 años.²¹ Además de las preguntas relativas a la planificación del embarazo, los principales aspectos incluidos en este módulo fueron los siguientes: a) atención prenatal y parto; b) ingesta de suplementos recomendados para el embarazo; c) consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, otras drogas) y medicamentos durante la gestación, y d) enfermedades o trastornos diagnosticados durante el embarazo y el puerperio.

En los apartados que siguen se presentan los resultados de la encuesta en estos bloques.

Anticoncepción y fecundidad

En las últimas décadas, la población uruguaya ha alcanzado niveles de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos que se acercan a la cobertura universal. Por un lado, casi el 100% de las mujeres conoce métodos anticon-

21 El análisis no incluye los casos de hijos adoptados ni aquellos en los que la persona que respondió no fue la madre del niño. En estos últimos la ENDIS no recogió información sobre anticoncepción, planificación del embarazo ni atención y prácticas prenatales.

ceptivos; por otro, el 87% declaró usar alguno en su última relación sexual, con mínimas diferencias según nivel educativo (MYSU, 2014). En términos de tasa de prevalencia, las cifras alcanzan al 77% para quienes declaran usar algún método y al 75% para métodos modernos,²² valores por encima del nivel regional (73% y 67%, respectivamente) (UNFPA, 2013).

En la muestra de la ENDIS, el 86,9% de las mujeres declara que suele usar algún método, sin diferencias significativas según características socioeconómicas. En ninguno de los sectores o estratos considerados se declara usar métodos anticonceptivos en una proporción menor al 84% de la población femenina (cuadro A.5 del Anexo). A la vez, se constata que los métodos utilizados corresponden en su abrumadora mayoría a métodos modernos, con una presencia marginal de otros métodos (cuadro IV.2.6). Dentro de los tipos modernos, más del 40% utiliza pastillas anticonceptivas y también es frecuente el uso de preservativos y del diu (23% y 19% aproximadamente). Mientras tanto, la esterilización femenina ronda el 14%.

Cuadro IV.2.6. Tipo de método anticonceptivo usado (en porcentaje)

Tipo de método	%
Píldoras o pastillas anticonceptivas	41,8
Condón o preservativo	23,4
Diu	18,7
Esterilización femenina	13,6
Otros	2,5

(N=2.295)

Así, las causas de posibles embarazos no planeados en mujeres que utilizan métodos anticonceptivos podrían vincularse a fallas en el uso de los métodos no permanentes, tales como pastillas y preservativos. En el primer caso podría especularse con el olvido de alguna de las tomas y en el segundo con la no utilización del preservativo de forma correcta, en todos los encuentros sexuales y durante todo el encuentro.

Existen diferencias relativamente menores en el tipo de método utilizado según estrato social. Las mujeres que integran hogares en condición de pobreza, con bajo nivel educativo y que atendieron su embarazo en instituciones

públicas presentan una moderada tendencia a utilizar más el diu y la esterilización y menos el preservativo y las pastillas. Ello podría deberse a que ese perfil de mujeres ha acumulado un número mayor de hijos y es probable que, tras un nacimiento, haya tomado contacto con la posibilidad de un método de anticoncepción permanente y la haya concretado.

Es necesario recordar que la promulgación de la ley 18987, de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), reglamentada en noviembre de 2012, ha modificado el contexto de reproducción de la población uruguaya. De todos modos, no es probable que sus efectos se aprecien significativamente en los resultados de la ENDIS, ya que la encuesta registra nacimientos mayoritariamente anteriores a esa fecha. Es esperable que una de las consecuencias futuras de la ley sea la disminución del número de nacimientos no esperados o deseados, lo que a la vez podría modificar en algún sentido el uso de anticonceptivos, aunque el marco legal de la interrupción de un embarazo es solamente uno de los varios factores que inciden en la relación entre embarazos no planificados y mecanismos de contracepción.

Los patrones de fecundidad han sido descritos en estudios recientes basados en las Estadísticas Vitales y el Censo de Población de 2011. En ellos se indica que una de las tendencias más notorias es la reducción de la tasa global de fecundidad hasta llegar a valores inferiores al 2,1 (descendió de 2,5 hijos en 1996 a 1,9 hijos en 2011) (Varela et al., 2014; Nathan, Pardo y Cabella, 2014).

Otra tendencia relevante es la persistencia de importantes diferenciales, tanto en la intensidad de la fecundidad como en su calendario, según estrato de ingresos, nivel educativo, nivel de necesidades básicas insatisfechas en el hogar u otros criterios de estratificación social vertical. Como resultado, puede apreciarse una gran heterogeneidad territorial, con una fecundidad más alta y más temprana en la periferia de Montevideo que en el centro y la costa este (Varela et al., 2014), así como diferencias entre departamentos, aunque con un patrón más difuso en este caso.

Por otra parte, los chequeos realizados muestran congruencia entre la cantidad de hijos nacidos vivos (HNV) que tienen las mujeres encuestadas por la ENDIS y las tendencias observadas con Estadísticas Vitales y datos censa-

²² Los métodos anticonceptivos modernos, a diferencia de los naturales (método del ciclo, coito interrumpido), son aquellos que requieren elementos ajenos al cuerpo humano.

les, lo que puede contarse a favor de la representatividad de la muestra en términos de cantidad de hijos por mujer.

En cuanto al contexto familiar, el dato más significativo consiste en que, en aproximadamente el 93% de los casos, todos los hijos viven con su madre, que suele ser además quien reporta en la ENDIS la información del hijo más reciente. En cualquier caso, dada la información desarrollada más arriba y la resultante de la ENDIS, el atributo de mayor interés en los patrones de fecundidad de la población uruguaya no es su tendencia general, similar a la de la mayoría de los países de baja fecundidad, sino lo dispar de su distribución según características sociodemográficas. Para observar esta disparidad, elegimos considerar los atributos utilizados en cuadros anteriores y reducir el número de categorías de la variable a tres grupos de peso proporcional similar: 1, 2, y 3 hijos y más (cuadro IV.2.7).

Nuevamente, los resultados extraídos de la muestra de la ENDIS están en consonancia con lo que han mostrado los estudios más recientes sobre el tema (Varela et al., 2014). La tendencia a la convergencia en términos territoriales (aunque las descendencias más numerosas aún son más frecuentes en el interior que en Montevideo) no es acompañada con una reducción significativa de la disparidad en términos de clivajes sociales tales como la condición de pobreza o el nivel educativo.

Finalmente, la fecundidad adolescente es un tema de interés en sí mismo. Entre 1996 y 1998 hubo aproximadamente 72 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes (15-19 años), mientras que los datos más recientes oscilan en

torno a los 60 nacimientos por mil. Esta reducción no ha sido especialmente intensa, lo que contrasta con el fuerte descenso de la fecundidad total en el mismo período. Esto colabora con una peculiaridad del actual régimen de fecundidad uruguayo: el nivel de la fecundidad adolescente es alto con relación a los valores esperables en regímenes de fecundidad de similares características. La disparidad social del fenómeno es aún más marcada que en el caso de la fecundidad total (Varela et al., 2014).

En suma, la heterogeneidad social del comportamiento reproductivo y el nivel relativamente alto de la fecundidad adolescente son dos de los aspectos más notorios del patrón actual de la fecundidad uruguaya. Si bien podría discutirse si estos fenómenos son un problema en sí mismo, la existencia de un mayor número de nacimientos en hogares vulnerables y la permanencia de altas tasas de fecundidad entre las adolescentes (vulnerables a problemas como la desafiliación escolar una vez que se convierten en madres) suele verse como un síntoma de malestar social y una fuente de incertidumbre en la crianza de los niños. Ambos fenómenos responden a dimensiones tan amplias como la persistente desigualdad social, la exclusión de sectores amplios de la población, la inequidad de género o las diferencias en expectativas y curso de vida entre mujeres de diferentes estratos, pero también a dimensiones específicamente reproductivas, como el uso de anticonceptivos. Las intervenciones estatales vinculadas a este último aspecto suelen apuntar al objetivo (central para las políticas basadas en criterios de salud sexual y reproductiva) de eliminar los nacimientos de embarazos no planeados.

Cuadro IV.2.7. Número de hijos nacidos vivos por mujer según atributos seleccionados

Número de hijos	Total	Edad al parto del niño/a				Nivel educativo (en años)		
		<20	20-24	25-29	30+	0-9	10-12	13+
1	37,6	74,5	42,6	32,2	24,6	29,7	43,1	47,4
2	34,1	20,4	35,8	36,7	36,8	30,1	37,0	39,3
3+ (*)	28,2	5,1	21,5	31,0	38,6	40,2	19,9	13,3
Número de hijos	Pobreza		Región		Tipo de institución de atención prenatal		Nacimiento planeado	
	Pobre	No pobre	Montevideo	Interior	Privado	Público	Sí	No
1	26,1	41,2	40,4	35,6	40,8	33,4	41,4	33,1
2	25,6	36,8	33,0	34,9	37,6	29,3	39,5	27,6
3+	48,3	22,0	26,5	29,5	21,6	37,3	19,1	39,2

(Véase el número de casos en el cuadro A.6 del Anexo)

(*) Las cantidades corresponden a 3 hijos: 15,7; 4 hijos: 5,9; 5 hijos: 3,1; 6 y más: 3,0.

Fecundidad y embarazos no planeados

Distinguir entre lo que se suele llamar *fecundidad deseada* y *no deseada* tiene valor estratégico para las políticas públicas. Los nacimientos que resultan de embarazos planeados son cualitativamente diferentes a aquellos que resultan de embarazos no planeados, en especial desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, dado que está en juego el ejercicio del derecho a tener hijos en el número y el momento que se prefiera.

Así, reducir la gravitación de los embarazos y nacimientos no planeados es un objetivo razonable en el marco de políticas de salud reproductiva. Los nuevos datos al respecto permiten complementar la evidencia existente acerca del tema en el Uruguay (Amarante y Cabella, 2010; Peri y Pardo, 2008) y mejorar la identificación de su magnitud y ubicación en el contexto territorial y social. Esta información es central para la orientación de eventuales intervenciones, así como para el peso diferencial que podría otorgarse al conocimiento, el acceso y el uso de métodos anticonceptivos con relación a otros aspectos vinculados a la fecundidad y la salud sexual y reproductiva en general.

Sin embargo, su medición tiene varias dificultades. No solo porque la conceptualización del fenómeno no es tan lineal como podría parecer, sino también por la variedad de opciones para construir el dato, e incluso para elegir la terminología con la que se lo describe. A propósito, en este informe se hablará de nacimientos de *embarazos planeados* o *no planeados*. La expresión *fecundidad deseada*, si bien es frecuente para referirse al conjunto de los nacimientos buscados, puede prestarse a equívocos: se trata de la traducción más directa del extendido *desired fertility*, pero el significado de *deseado* no resulta lo suficientemente claro. Tampoco es exacto el término *fecundidad planificada*, que denota una estrategia reproductiva explícita y minuciosa hacia el total de los nacimientos y embarazos, que no necesariamente condice con la práctica habitual de las mujeres y parejas.

Para mayor complejidad, en encuestas de corte transversal resulta difícil captar el rol de la adaptación *ex post* a la luz de los sentimientos posteriores al parto, y, por tanto, se puede subestimar la cantidad de hijos que nacieron sin estar en los planes explícitos de sus progenitores.

Existe consenso en la necesidad de captar el fenómeno con preguntas sencillas que combinen el relevamiento de opiniones y conductas, así como en la necesidad de incluir más de una pregunta sobre el tema, de forma que puedan validarse entre sí y eventualmente minimizar sus sesgos respectivos. Las olas sucesivas de la encuesta permitirán un mejor seguimiento del tema, ya que, además de nuevos relevamientos, será posible contrastar las respuestas de las mujeres acerca de su voluntad de tener hijos adicionales con la fecundidad real que van alcanzando. Con base en las preguntas incluidas en la ENDIS, se creó una variable binaria que clasifica a cada niño en las categorías de *embarazo planeado* o *embarazo no planeado*.²³

Las dos preguntas principales sobre estos aspectos en la ENDIS muestran un comportamiento razonablemente similar. Cerca de un 55% de las mujeres declaran que querían embarazarse cuando eso sucedió (cuadro IV.2.8) y cerca de un 45% declara además haber buscado el embarazo en las semanas previas (cuadro IV.2.9). En el caso de la primera pregunta, se destaca la proporción de mujeres que no solo no querían quedar embarazadas en ese momento, sino que no querían tener más hijos (21,2%)

Cuadro IV.2.8. "Cuando quedó embarazada..."

Cuando quedó embarazada...	%
... quería quedar embarazada	54,8
... quería, pero más adelante	24,0
... no quería tener (más) hijos	21,2
Total	100,0

(N=2.785)

Cuadro IV.2.9. "En las semanas anteriores a quedar embarazada, ¿había estado buscándolo?"

	%
Sí	48,8
No	51,1
NS/NC	0,1
Total	100,0

(N=2.785)

La diferencia entre ambas preguntas se explica fundamentalmente por el 11,7% de mujeres que responden que querían quedar embarazadas, pero que no lo estaban buscando cuando ocurrió (cuadro IV.2.10). Estas diferencias son menores, aunque muestran que las preguntas de las encuestas suelen ser muy sensibles a su formulación. Es

23 Ver preguntas EM1 y EM2 en el Anexo digital.

Cuadro IV.2.10. Nacimientos planeados según ambas preguntas de la ENDIS

Cuando quedó embarazada...	En las semanas anteriores a quedar embarazada... ¿había estado buscándolo?			
	Sí	No	NS/NC	Total
... quería quedar embarazada	88,3	11,7	0,0	100,0
... quería, pero más adelante	3,2	96,7	0,1	100,0
... no quería tener (más) hijos	0,5	99,0	0,5	100,0
Total	48,8	51,1	0,1	100,0

(N=2.785)

posible que una parte de la población femenina no considere equivalentes *querer* quedar embarazada y *estar buscando* un embarazo.

En todo caso, dado que no se trata de un porcentaje abultado y que la pregunta acerca de querer o no querer estar embarazada es más habitual en los estudios sobre preferencias de fecundidad que la que refiere al concepto de estar buscando el embarazo, tomaremos como referencia la primera de las preguntas. En los análisis que siguen, la respuesta “cuando quedó embarazada... quería quedar embarazada” corresponderá a la categoría *embarazo planeado*, mientras que las respuestas “quería, pero más adelante” y “no quería tener más hijos” corresponderán a la categoría *embarazo no planeado*.

En el registro del Sistema Informático Perinatal (SIP) 2012, se incluye la variable *embarazo planeado*, que resulta útil para contrastar la distribución de los datos con la que muestra la variable escogida, basada en la primera de las preguntas al respecto en la ENDIS.

La variable *embarazo planeado* del SIP —generada a partir de la primera de las respuestas excluyentes de la pregunta *Cuando supo de este embarazo, ¿quería estar embarazada, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijos?*— presenta valores similares a los de la pregunta análoga de la ENDIS. Esto puede interpretarse como una confirmación de la plausibilidad de los datos de esta encuesta, aunque no se trate exactamente del mismo rango temporal. En 2012, según el SIP, un 54,0% de los nacimientos fueron planeados, cifra muy cercana al 54,8% registrado en la ENDIS.

Todas las variables sociodemográficas muestran diferencias respecto a la planificación del embarazo en el momento en que se produjo, a excepción de la región (cuadro

IV.2.11). Existe mayor proporción de embarazos no planeados entre las mujeres jóvenes, las que integran hogares con ingresos inferiores al umbral de pobreza, las no primerizas y las que no viven en pareja.²⁴ La evidencia acumulada sobre el tema, tanto desde la investigación médica como desde las ciencias sociales, ha detectado una mayor proporción de embarazos no planeados en los sectores más desfavorecidos de la población, sobre todo en términos socioeconómicos y étnico-raciales (Dehlendorf et al., 2010; Gillespie et al., 2007).

Cuadro IV.2.11. Embarazo planeado según atributos seleccionados de las mujeres (en porcentaje)

Nivel educativo (N=2.773)			
0 a 9	10 a 12	13+	
44,2	56,0	75,4	
Condición de pobreza (N=2.784)			
Pobre	No pobre		
39,5	59,6		
Edad al parto (N=2.780)			
<20	20-24	25-29	30+
33,9	46,4	59,3	64,0
Paridez (N=2.782)			
Primer hijo	Otros		
60,1	51,6		
Región (N=2.784)			
Montevideo	Interior		
55,8	54,1		
¿Vive en pareja? (N=2.771)			
Sí	No		
60,8	31,3		

(N: véase el cuadro IV.2.11 del Anexo)

En este caso, hay casi 30 puntos porcentuales de diferencia entre las mujeres que viven en pareja y las que no, y la misma distancia existe entre las que alcanzaron nueve o menos años de educación y quienes acumularon trece años o más.

24 En este grupo figuran aquellas que se separaron luego del nacimiento junto con las que no estaban en pareja al momento del parto.

Mediante la estimación de un modelo de regresión logística binaria (logit), es posible analizar la relación entre la probabilidad de que el nacimiento sea planeado (variable dependiente del modelo) y las variables escogidas más arriba, pero controlando el efecto de las restantes variables (cuadro IV.2.12). Esta estimación busca sintetizar los resultados anteriores y no debe ser interpretada en forma causal, dado que está sujeta a potenciales problemas de causalidad reversa y omisión de variables relevantes. Las variables independientes, concebidas como factores asociados a la presencia de un embarazo planeado o no planeado, serán las mismas: la edad al parto, la región, los años de educación, la paridez (primer hijo / otros), la condición de pobreza y el estado conyugal (vive o no en pareja).²⁵

La probabilidad de cursar un embarazo no planeado se concentra en las edades más jóvenes. En comparación con el hijo de una adolescente, es aproximadamente dos veces y media más probable que el hijo de una mujer de 30 años resulte de un embarazo planeado. Esta asociación de la edad con la variable dependiente, junto con la de los quintiles de ingresos del hogar, son las más importantes en esta especificación del modelo.

La probabilidad de que el nacimiento sea planeado aumenta de forma lineal y progresiva a medida que observamos quintiles más altos. Específicamente, las mujeres que viven en hogares en los quintiles de ingreso 4 y 5 tienen mayor probabilidad de nacimientos planeados que las que viven en hogares del quintil 1. Con relación al quintil 1, tener un hijo producto de un embarazo planeado es 1,5 veces más probable en el quintil 4 y 2,5 veces más probable en el 5.

Es interesante notar que, en esta especificación del modelo, la educación de la mujer no presenta asociación significativa con la probabilidad de que el nacimiento haya sido planeado. En especificaciones alternativas del modelo que no contenían la variable ingresos por quintiles (cuadro A.7 del Anexo), las categorías más altas de educación se asociaban a una mayor probabilidad de embarazo planeado. Se constata que las mujeres con mayor probabilidad de haber cursado un embarazo no planea-

do son aquellas que pertenecen a los sectores más desaventajados, ya sea en términos de ingresos de su hogar o su nivel educativo.

Para terminar, quienes viven en pareja y son primerizas tienen asimismo mayor probabilidad de cursar embarazos planeados que el resto de las entrevistadas, mientras que no existen diferencias por región de residencia, tal como se presentó en los cuadros previos.

En síntesis, lejos de estar distribuidos aleatoriamente en la población, los nacimientos no planeados son más probables en un perfil determinado de mujeres, cuyos atributos remiten mayoritariamente a sectores con características particulares: mujeres muy jóvenes, pertenecientes a hogares con ingresos bajos, que no viven en pareja y que ya habían tenido hijos.²⁶

Cuadro IV.2.12. Análisis de regresión logística binaria: probabilidad de nacimiento planeado (odds ratio)

Variables	OR	Error estándar	z	P>z	Intervalos de confianza (95%)	
Quintiles (respecto a 1)						
2	0,98	0,17	-0,09	0,93	0,70	1,38
3	1,17	0,18	1,02	0,30	0,86	1,60
4	1,55	0,25	2,71	0,00	1,13	2,14
5	2,50	0,47	4,90	0,00	1,73	3,61
Educación (respecto a menos de 9 años)						
10 a 12 años	0,95	0,11	-0,43	0,67	0,76	1,19
13+ años	1,32	0,20	1,80	0,07	0,97	1,79
Edad al parto (respecto a 15-19 años)						
20-24	1,68	0,26	3,34	0,00	1,23	2,28
25-29	2,33	0,38	5,17	0,00	1,69	3,21
30+	2,64	0,42	6,12	0,00	1,93	3,60
Primer hijo	1,81	0,20	5,40	0,00	1,46	2,26
Región (Montevideo)	0,87	0,08	-1,47	0,14	0,72	1,04
Vive en pareja	2,54	0,29	8,14	0,00	0,11	0,23
Constante	0,16	0,03	-9,57	0,00	0,11	0,23

(N=2.756) Pseudo R2=0,1082

El caso de la fecundidad adolescente amerita un tratamiento específico, pues se trata de un fenómeno especialmente importante y existe consenso en que debe interpretarse como un comportamiento reproductivo cualitativamente distinto al de la fecundidad en general.

25 Los *odds ratio* mayores de 1 indican mayor probabilidad de que el embarazo sea planeado y los menores de 1 una probabilidad menor, cuando existe significación estadística.

26 Vale repetir que en todos los casos nos referimos a hijos nacidos vivos: los embarazos interrumpidos no se toman en cuenta.

Una proporción muy alta de la fecundidad adolescente corresponde a embarazos no planeados. A efectos de indagar en este aspecto, se procesó información del SIP 2012, con la que se constató que los nacimientos no planeados de madres adolescentes se relacionan con el fracaso de métodos de barrera, como el preservativo (32%), y hormonales, como las pastillas anticonceptivas (24%), mientras que otros métodos muestran niveles de fracaso muy bajos. De acuerdo a estos registros, cerca del 42% de las adolescentes que dicen haber cursado un embarazo no planeado también declaran no haber usado métodos anticonceptivos para impedirlo.

En cuanto a los atributos de las mujeres encuestadas en la ENDIS que fueron madres antes de los 20 años, puede decirse que 42% de las que tuvieron un hijo de un embarazo no planeado vive en hogares con ingresos menores a la línea de pobreza (dentro de este grupo de adolescentes especialmente vulnerables, algo menos de la mitad vivía en pareja al momento de la encuesta).

Una parte importante de la reproducción de la población estudiada está asociada a embarazos no planeados. Es relevante que esto no suceda en el marco de un acceso restringido de métodos anticonceptivos modernos, sino en un escenario casi opuesto: tanto entre las mujeres que conforman la población de la ENDIS como en estudios recientes, cuyos universos representan a la población femenina en su conjunto, los niveles de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos son muy altos. La coexistencia de una alta proporción de hijos de embarazos no planeados con un alto uso de métodos anticonceptivos modernos sugiere que es necesario afinar las políticas en varios sentidos. Uno de ellos podría consistir en propiciar el mejoramiento de las formas de uso de estos métodos. Otros elementos en los cuales profundizar se vinculan al curso de vida y las decisiones reproductivas en el marco de los contextos sociales más desfavorecidos, pues es allí donde se concentran los nacimientos de embarazos no planeados.

IV.2.3. La atención prenatal y el cuidado de la salud durante el embarazo

En esta sección se abordan los resultados de la ENDIS respecto a la atención prenatal, las prácticas de cuidado de la salud durante la gestación y la frecuencia de hábitos

nocivos para el desarrollo del feto y la salud de la mujer. Asimismo, se describen las circunstancias del parto.

Frecuencia y oportunidad de las consultas prenatales

En Uruguay, las metas asistenciales del Ministerio de Salud Pública establecen que la captación institucional del embarazo debe ocurrir en el primer trimestre de gestación y que las consultas prenatales deben ser al menos cinco.^{27,28} Sin embargo, la *Guía en salud sexual y reproductiva* aconseja que las mujeres controlen mensualmente el embarazo durante las primeras 32 semanas, quincenalmente hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto (MSP, 2007). Este calendario implica un total de consultas que duplica la meta asistencial.

De acuerdo a los datos del certificado de nacido vivo (UINS-MSP), en los últimos años hubo un aumento de las mujeres que asisten a la consulta prenatal y un aumento en la frecuencia de consultas. En 1996, alrededor de un 6,3% de los nacimientos vivos no habían sido controlados; en 2005 la cifra se redujo al 3% y en 2012 se mantuvo en niveles similares (2,7%). Hubo avances mayores entre las madres adolescentes, que pasaron de 8,1% en 1996 a 3,1% en 2005 y 2,5% en 2012.²⁹

La captación temprana de los embarazos también registró avances importantes en las dos últimas décadas. En 1996, algo más de un tercio (37%) de las gestantes iniciaba los controles en el primer trimestre; en 2005 la proporción aumentó a 54% y llegó al 74% en 2012. La proporción de adolescentes que inician el control del embarazo en el primer trimestre continúa siendo menor, aunque su aumento fue significativo entre 1996 y 2012 (de 26% a 60%).

27 Según la definición del MSP, el primer trimestre comprende hasta las 14 semanas inclusive. La pregunta formulada en la ENDIS agrupa desde la semana 14 a la 19, por lo que en este estudio se toma como umbral la semana 13 para definir la captación temprana del embarazo.

28 Anteriormente la meta establecía un mínimo de seis controles prenatales; a partir de 2013 se redujeron a cinco. En este trabajo utilizamos el umbral de seis, ya que el formulario de la ENDIS agrupa en una misma categoría cuatro y cinco consultas prenatales.

29 Asimismo, la proporción de las mujeres embarazadas adolescentes que tuvieron al menos seis consultas obstétricas aumentó 17 puntos porcentuales entre 1996 y 2012 (64% a 81%). Aunque de menor magnitud, se produjo también un aumento importante de las madres de todas las edades que realizaron al menos seis consultas prenatales (pasaron de 74 a 88%).

De acuerdo a los resultados de la ENDIS, 0,6% de las madres recientes no recibió atención prenatal, una proporción menor a la que recogen las estadísticas oficiales (2,7%). Igualmente, el número de consultas declaradas en la ENDIS difiere respecto a la distribución que se obtiene a partir de los datos del CNV. Las respuestas recogidas mediante recordación tienden a sobreestimar el número de consultas y a subestimar su ausencia, en comparación con los valores obtenidos a partir de los registros obstétricos (cuadro IV.2.13).

Cuadro IV.2.13. Atención prenatal según fuente (porcentaje)

	ENDIS	CNV-MSP (2012)
No consultó*	0,6	2,7
Número de consultas prenatales** (como porcentaje de las que consultaron)	ENDIS	CNV-MSP (2012)
1 a 3	1,0	3,7
4 a 5	3,6	8,0
6 a 8	14,6	23,3
9 o más	80,8	65,0
Total	100,0	100,0
Sin dato	0,3	2,5

*N (ENDIS)=2.768 **N (ENDIS, consultaron)=2.737.
N (CNV-MSP)=48.200.

Según la información recogida en la ENDIS, el total de encuestadas que no consultó o consultó menos de seis veces es 5,2%, mientras que el valor que indica el CNV casi triplica esa cifra (14,4%). La comparación de la información relativa a la captación temprana del embarazo presenta diferencias que van en el mismo sentido: 91,2% contestó que había iniciado el control del embarazo en el primer trimestre (antes de la semana 14), mientras que las cifras oficiales consiguen 74% (cuadro IV.2.14). A pesar de que ambas fuentes de datos no son estrictamente comparables, las diferencias son sustantivas y muestran consistentemente que la declaración obtenida en la encuesta tiende a ser superior al registro institucional. Dado que la información del CNV-MSP proviene de la ficha de control obstétrico, puede considerarse que refleja con mayor fidelidad las prácticas efectivas. No es posible determinar las razones que explican las diferencias; quizás las mujeres, en particular las que tuvieron a sus hijos hace más tiempo, declaren una cifra global que resume la percepción de que fueron varias veces a controlarse. En el caso de las diferencias respecto a la semana de inicio de la atención, también es posible que muchas madres no puedan ubicar exactamente la semana, pero recuerdan o perciben que fueron a controlarse en las primeras semanas o al poco tiempo de que se enteraron del embarazo.

Cuadro IV.2.14. Trimestre de inicio de la atención prenatal según fuente (en porcentaje)

Trimestre	ENDIS	CNV-MSP (2012)
Primero (semanas 1 a 13)	91,2	74,0
Segundo (semanas 14 a 29)	8,2	23,9
Tercero (semana 30 o posterior)	0,3	2,1
Total	100,0	100,0
Sin dato	0,4	3,5

N (ENDIS)=2.769; N (CNV-MSP)=48.200.

Independientemente de las inconsistencias, cuyas fuentes de explicación pueden ser varias, es importante tener en cuenta que la información provista por la población sobre el número y la oportunidad de las consultas prenatales está sujeta a fallas de una magnitud considerable. En consecuencia, se sugiere que en futuras encuestas se revise la manera de preguntar y se consideren formas de ayudar a las mujeres a ubicar temporalmente el inicio de la atención prenatal y la rememoración del número de consultas.³⁰

Dejando de lado estas consideraciones, los resultados de la ENDIS muestran que la mayoría de las mujeres encuestadas supera las cinco consultas; el cronograma real de consultas parece estar más acorde con las recomendaciones de la *Guía en salud sexual y reproductiva* antes señaladas, en la medida en que la vasta mayoría consulta como mínimo nueve veces. Estos resultados sugieren que los médicos o parteras indican a las madres el seguimiento de una pauta de atención que incluye un número alto de consultas. Así, de acuerdo a los datos del CNV-MSP de 2012, el 50% de las mujeres consultaron diez veces o más, y de las que consultaron nueve o más veces solo el 20% efectuó nueve consultas. Este patrón se asemeja al de varios países de la OCDE, en los que las visitas prenatales superan el número aconsejado por los sistemas de salud, incluso cuando este número es alto (OCDE, 2009).³¹

Dado que en la práctica los centros de salud parecen guiarse por las recomendaciones de la *Guía en salud se-*

30 En anexo se presenta la pregunta tal como fue formulada a las mujeres y la distribución completa de las frecuencias de acuerdo a las categorías que se incluyeron en la encuesta.

31 De acuerdo a los datos presentados en esta publicación, a mediados de la década de 2000 el número de visitas prenatales recomendadas en la mayoría de los países de la OCDE era 9 o 10; Japón, Australia y Canadá recomendaban 15-16, mientras que en Francia eran 7, en Hungría 4 y en Austria 5.

xual y reproductiva (MSP), los análisis que se presentan a continuación consideran el umbral de nueve visitas como criterio normativo. El indicador de captación temprana divide a las madres entre quienes consultaron antes de la semana 14 y el resto. Si bien la evidencia médica sugiere que no hay ganancias significativas para la salud de las madres y los neonatos por consultas adicionales una vez superadas las cinco visitas (siempre que se trate de embarazos de bajo riesgo), conocer qué perfil de madres sigue las recomendaciones ofrecidas por el personal de la salud puede brindar información relevante. Es razonable suponer que las madres que concretan nueve o más visitas prenatales, cumpliendo con las recomendaciones de sus médicos tratantes, prestan mayor atención al desarrollo de su embarazo y tienen una tendencia más incorporada al cuidado de su salud y la del feto.

Aun tomando en cuenta que ambos indicadores se ubican en niveles muy altos, que llevan a presuponer escasa variabilidad, existe un gradiente social que se expresa en casi todas las características seleccionadas, con mayor intensidad en el caso del indicador de frecuencia de visitas (cuadro IV.2.15).

En todos los indicadores, con excepción de la región y la paridez, las encuestadas que presentan mayor vulnerabilidad tienen menos chances de iniciar tempranamente la atención prenatal y de realizar las nueve visitas prenatales durante su gestación. Las diferencias más importantes se observan en la edad, el nivel educativo y el tipo de institución. Las mujeres más jóvenes, en especial las adolescentes, quienes han completado menos años de educación formal y las que se atienden en el sistema público presentan valores menores en ambos indicadores. Lo mismo sucede si el embarazo fue no planeado y si el padre no convive con la madre del niño, aunque con distancias menos acentuadas. Entre las mujeres que alcanzaron nivel terciario, las que se controlan en el sistema privado y las que planearon el embarazo, la captación temprana es prácticamente universal. En la medida en que las mujeres con fecundidad temprana, embarazos no planificados y usuarias del sistema público son también las mujeres pobres y con menor educación, la información presentada de esta forma no permite explorar cuáles son los atributos que inciden en estos resultados. El cuadro simplemente da cuenta de los distintos niveles de asistencia prenatal en términos de la ubicación social de

Cuadro IV.2.15. Indicadores de frecuencia y oportunidad de la atención prenatal según características de las mujeres (en porcentaje)

Características de las mujeres		Indicadores de frecuencia y oportunidad de controles prenatales		
		6 o más visitas prenatales (MSP-meta asistencial)	9 o más visitas prenatales (MSP-guía SR)	Captación temprana
Paridez	Primer hijo	95,6	82,7	91,1
	Otros	95,2	79,6	91,7
	N	2766	2.766	2.757
Edad al parto	<20	89,0	67,8	80,9
	20-24	95,8	76,4	89,4
	25-29	97,0	83,9	94,7
	30+	96,4	85,9	94,6
	N	2.764	2.764	2.755
Nivel educativo	0 a 9	92,4	73,4	87,0
	10 a 12	97,2	84,6	93,6
	13+	99,1	91,6	98,5
	N	2.757	2.757	2.749
Pobreza	Pobre	90,7	70,8	84,7
	No pobre	96,8	83,8	93,6
	N	2.768	2.768	2.759
Región	Montevideo	94,9	83,8	92,5
	Interior	95,6	78,7	91,0
	N	2.769	2.769	2.760
Tipo de institución	Privado	98,2	87,6	96,3
	Público	91,1	69,5	84,5
	N	2.761	2.761	2.753
Embarazo planeado	Sí	97,6	86,6	96,7
	No	92,5	73,5	85,3
	N	2.767	2.767	2.758
Padre convive con la madre	Sí	96,6	83,4	96,8
	No	91,0	71,6	83,8
	N	2.766	2.766	2.757
Total		95,3	80,8	91,6

(N=2.768)

las madres, el tipo de institución en la que se atienden y su entorno familiar.

A efectos de determinar qué variables presentan una mayor asociación con la realización de controles prenatales, se estimaron dos regresiones logísticas (cuadro A.9 del Anexo). En un caso, la variable dependiente consistió en la probabilidad de haber realizado al menos nueve consultas prenatales y, en el otro, se modelizó la probabilidad de haber iniciado la atención prenatal antes de la semana 14 (captación temprana). Las covariables fueron las mismas que las presentadas en el cuadro IV.2.12, a excepción de la condición de pobreza.

Los resultados respecto al número de visitas muestran que la paridez, la edad al parto y el área de residencia no resultaron significativas. Las mujeres del grupo 25-29 años tienen mayor probabilidad que las más jóvenes (15-19 años) de consultar nueve o más veces; lo mismo puede decirse de las mujeres de 30 y más años, pero con un nivel de significación menor. Las mujeres que están en pareja, las que declaran haber planeado el embarazo y las que se atienden en el sistema privado de salud tienen mayores chances de consultar nueve o más veces. Finalmente, solo se encuentran diferencias significativas entre las mujeres con mayor nivel educativo (13 o más años de estudio). En este grupo, la probabilidad de consultar es casi tres veces mayor que en el grupo con menor nivel educativo (9 años de estudio o menos).

Los resultados obtenidos en la estimación de la probabilidad de iniciar los controles en el primer trimestre son similares a los recogidos en el análisis de la frecuencia de consultas. Sin embargo, cabe señalar que la captación temprana es más probable entre las mujeres que atienden su primer embarazo. Lo mismo ocurre entre las madres recientes que residen en Montevideo (cuadro A.10 del Anexo).

Los mecanismos que crean las diferencias de prácticas por estratos sociales requieren un mayor estudio, visto que las madres con mayores ventajas declaran realizarse controles prenatales acordes con las recomendaciones médicas. En particular, deberían estudiarse mejor estas diferencias en lo que refiere a la captación temprana, cuyos efectos positivos sobre la salud de la madre y el niño son más consensuados. Por otro lado, como se ha argumentado que la información sobre captación temprana está sobrestimada, es factible que los comportamientos de riesgo sean mayores que los obtenidos con la ENDIS.

Mientras que la atención prenatal ha sido incluida en estudios que buscan analizar los determinantes sociales de la salud de los recién nacidos en Uruguay (Balsa y Triunfo, 2012; Amarante et al., 2011), existen escasos estudios específicos sobre la frecuencia y la oportunidad con que asisten las madres a las consultas prenatales, sus características y posibles causas.³²

32 Hay antecedentes de estudios realizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell a partir de muestras pequeñas e intencionales. El más reciente refiere a una muestra de 135 madres que dieron a

La mayoría de las mujeres consultadas en la ENDIS (en torno al 60%) contestan que no acudieron a la consulta en el primer trimestre por no saber que estaban embarazadas. Un segundo grupo de mujeres esgrime razones relativas a la inseguridad respecto a la continuación de la gestación u otros miedos relativos al embarazo (en torno al 25%) y, finalmente, otro grupo de menor magnitud aduce razones de índole pragmática, tales como lejanía del centro de atención o insatisfacción con la atención, trabajo, falta de tiempo, etc. Las mujeres que tenían 30 años o más al momento del parto y las de mayor nivel educativo declararon con mayor frecuencia que no sabían que estaban cursando un embarazo.³³

Con relación a la calificación de quien prestó la atención prenatal a las madres encuestadas, la amplia mayoría fue atendida por médicos obstetras (82%), mientras que una proporción bastante minoritaria recibió atención de una partera durante la gestación (cuadro IV.2.16).

Cuadro IV.2.16. ¿Qué profesional le brindó la atención prenatal? (en porcentaje)

Tipo de profesional	Tipo de institución		Nivel educativo			Total
	Privado	Público	0-9	10-12	13+	
Partera/o	3,3	34,5	25,4	9,8	2,77	15,9
Ginecóloga/o	95,8	61,5	70,9	88,8	96,8	81,9
Médico/a de familia	0,5	3,3	2,7	0,8	0,2	1,6
Otros	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2
NS/NC	0,3	0,5	0,6	0,4	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N=2.769)

La atención prenatal en Uruguay muestra la preeminencia de una orientación fuertemente medicalizada, en especial en el sistema privado, en el que es provista casi universalmente por obstetras. En el sistema público, a pesar de que también la mayoría de los embarazos

luz en ese centro entre mayo y junio de 2009 sin haberse realizado controles previos (Verde et al., 2012). En ese estudio se les preguntó a las madres cuál era la razón por la que no se habían controlado y casi la mitad (48%) declaró "falta de interés", según consignan los autores. Otras razones mencionadas fueron las dificultades para compatibilizar la asistencia a un centro de salud con el cuidado de otros hijos (17%) y no tener carné de asistencia (10%).

33 No se presentan cuadros con diferenciales debido a que el número de casos en la mayoría de las celdas es muy pequeño (recuérdese que solo algo menos del 10% declara que inició la atención prenatal más allá del primer trimestre).

son atendidos por estos especialistas, una proporción importante de las gestantes son atendidas por parteras y médicos de familia (ambas categorías suman 38%). De acuerdo a estos datos, Uruguay presenta fuertes contrastes con varios países de la OCDE, en los que predomina una orientación social hacia la atención prenatal, donde las parteras y médicos de familia juegan el papel más importante en la atención de las mujeres embarazadas de bajo riesgo (OCDE, 2009). Cabe destacar que en la revisión sistemática realizada por Di Mario et al. (2005) no se encuentran diferencias en la calidad de la atención ni en los resultados de salud de la madre y el recién nacido en función del tipo de profesional que realizó el seguimiento de los embarazos. En ese mismo estudio se señala que para Estados Unidos hay evidencia que indica que las gestaciones atendidas por parteras tienen mejores resultados en el indicador de mortalidad neonatal.

Finalmente, se presenta información respecto a las recomendaciones recibidas en torno a las prácticas de lactancia y la preparación para el parto (cuadro IV.2.17). El 42% de las mujeres declara haber recibido algún tipo de consejería en torno a estos aspectos. Esta cifra resulta baja si se considera que el parto institucionalizado es universal en Uruguay y que las madres reciben, cuando menos, lineamientos básicos sobre lactancia antes de obtener el alta hospitalaria. Es factible que la formulación de la pregunta incida en los resultados, ya que se incluyeron tres ítems indiscriminados: *¿Recibió alguna instancia de educación para el parto, la lactancia y/o crianza?* La consejería de lactancia se ofrece antes y después del parto en distintas instancias (opcionales y no opcionales). La preparación para el parto suele consistir en una serie de encuentros grupales opcionales que exigen cierta dosis de compromiso y disponibilidad (traslados, tiempo, etc.)³⁴ y los consejos para la crianza no se ofrecen en un formato estándar o definido, por lo que es muy probable

que la pregunta esté recogiendo distintas cosas. En teoría, es posible que esté reflejando la proporción de mujeres que asistió a los encuentros de preparación para el parto, ya que es el ítem más identificable como “instancia de educación”.

Cuadro IV.2.17. Consejos de parto y lactancia según características de la madre

Paridez (N=2.783)	63,3	63,5
	30,3	28,6
Edad al parto (N=2.781)	37,4	36,8
	38,2	37,9
	42,6	41,5
	46,9	46,7
Años de educación (N=2.774)	25,7	24,5
	48,8	47,6
	70,7	70,9
Pobreza (N=2.785)	17,7	16,3
	50,4	50,0
Región	42,6	41,8
	43,1	42,3
Tipo de institución (N=2.762)	54,7	54,0
	25,3	24,5
Total que recibió consejería (N=2.785)		42,6

A excepción del área geográfica, se constatan diferencias de gran magnitud en todas las variables seleccionadas. Las mujeres de más edad son más proclives a recibir educación en torno a la lactancia y el parto, pero las diferencias por edad no son tan importantes como las observadas entre los distintos estratos educativos, la condición de pobreza y el tipo de institución. A título de ejemplo: solo el 18% de las madres en situación de pobreza, el 26% de las madres que alcanzaron enseñanza secundaria básica y el 25% de quienes se atendieron en los servicios públicos obtuvieron algún tipo de consejería. Los valores observados entre las mujeres de mayor nivel educativo, en hogares de mayores recursos y usuarias del sistema privado duplican con creces esas cifras.

Principales enfermedades y condiciones médicas durante el embarazo

La encuesta indagó la presencia de algunas enfermedades específicas durante el período de gestación. En el cuadro IV.3.19 se presentan los resultados obtenidos. La anemia, la diabetes gestacional, los procesos infecciosos (estrep-tococo B y bacteriuria), la toxoplasmosis y la depresión

34 Según la Ley 18426, las mujeres tienen derecho y la institución la obligación de garantizar la preparación para la maternidad. Dicha ley establece que debe ser un servicio universal. En el sistema mutual y privado existe oferta de cursos de preparación para el parto y los primeros cuidados del niño. De acuerdo a las consultas realizadas, en el sistema público lo más frecuente es que en los centros de APS las parteras se encarguen de ofrecer la consejería. Cuando no hay parteras, desde el Hospital de la Mujer se ha realizado una intensa difusión en centros periféricos para que las mujeres tengan la oportunidad de prepararse, pues cuenta con un servicio de preparación del Departamento Obstétrico.

son las patologías que se presentaron con mayor frecuencia según la declaración de las mujeres. Los valores declarados de anemia son sustantivamente mayores que los recogidos en el SIP 2012: según esta fuente, solo al 6% de las mujeres les fue diagnosticada esta enfermedad durante el embarazo. La diabetes gestacional declarada por las encuestadas también presenta un valor superior a la información que surge del SIP 2012 (5%). Debe recordarse que las dos fuentes no son estrictamente comparables, por diversas razones;³⁵ sin embargo, llama la atención que las proporciones declaradas de las enfermedades anteriormente señaladas sean mayores que las encontradas en el SIP. En el anexo se presentan los intervalos de confianza de los valores obtenidos en la encuesta, donde se ve que las cifras de máxima estimadas para la anemia y la diabetes gestacional son superiores a las del SIP.

El análisis pormenorizado de las enfermedades durante la gestación, así como las diferencias que resultan de la comparación de fuentes, excede los objetivos de este informe, en el que solo se presentan los principales resultados. Estos aspectos deberán ser analizados por especialistas del área médica en trabajos específicos.

Cuadro IV.2.18. ¿Durante el embarazo le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas? (en porcentaje)

Enfermedad	%	Condiciones médicas	%
Anemia	9,7	Depresión	3,2
Diabetes gestacional	7,6	Trastorno obsesivo compulsivo	0,1
Toxoplasmosis	3,7	Trastorno de ansiedad generalizada	0,9
Estreptococo B	2,6	Fobia	0,8
Bacteriuria	1,7	Trastorno de pánico	0,8
Sífilis	0,3	Estrés postraumático	0,7
Chagas	0,2	Trastorno bipolar	0,4
Paludismo/malaria	0,1		

(N=2.785)

35 Entre otros posibles sesgos se destaca que la encuesta recoge información sobre gestaciones ocurridas aproximadamente entre 2009 y 2012, mientras que el SIP refiere a las gestaciones solo del año 2012. Por otra parte, el SIP contiene información sobre las enfermedades para 40.600 mujeres sobre un total de 48.200 nacimientos ocurridos ese mismo año.

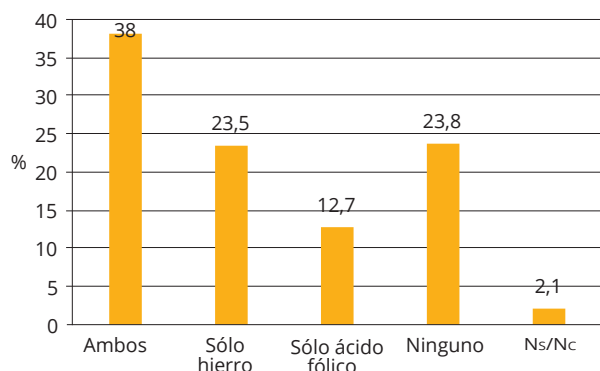
El SIP no incluye variables sobre las condiciones médicas referidas a la salud mental de las mujeres embarazadas, por lo que no es posible comparar los valores obtenidos en la ENDIS con una fuente de información oficial.

Consumo de suplementos durante el embarazo

La ENDIS indagó sobre las prácticas de las mujeres en referencia a la suplementación de hierro y ácido fólico durante la gestación. La OMS (2014) recomienda que las gestantes tomen un suplemento diario de hierro y ácido fólico durante todo el embarazo. Esta directriz tiene el objetivo de evitar la ferropenia (falta de hierro) y la anemia en la mujer embarazada y el bajo peso al nacer en los recién nacidos. La suplementación con ácido fólico contribuye a cerrar el tubo neural y, en consecuencia, a evitar que los niños nazcan con espina bífida.

Aproximadamente la cuarta parte de las entrevistadas (23,8%) no recibió suplementación alguna. Este valor es muy similar al obtenido cuando se indaga si le fueron recetados por el médico. Por otro lado, solo cerca del 30% recibió los dos suplementos durante nueve o más meses. Cuando los suplementos no son tomados en conjunto, es más frecuente que las mujeres reciban hierro. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bove y Cerruti (2011) en una encuesta realizada en servicios de salud públicos y privados. En este estudio se constata que el 50% de las mujeres no tomaron ácido fólico durante el embarazo y un tercio no recibió hierro. Si bien son muestras diferentes, los valores son muy parecidos y estarían indicando que no hubo avances en ese terreno en estos años.

Gráfica IV.2.2. Suplementación de hierro y ácido fólico durante el embarazo³⁶



(N=2.785)

Cuadro IV.2.19. Número de meses que recibió suplementación de hierro y ácido fólico³⁷

Meses	¿Durante cuántos meses recibió hierro y ácido fólico?	
	Ácido fólico	Hierro
1 a 3	32,0	28,0
4 a 8	36,4	40,3
9 o más meses	27,9	28,3
Otro/sin dato	3,7	3,4
Total	100,0	100,0
	(N=1.420)	(N=1.730)

Las mujeres pertenecientes al estrato educativo bajo presentan niveles de consumo de ambos suplementos significativamente menores que las que alcanzaron más años de educación formal. Entre las primeras, la ingesta de hierro es la práctica más habitual y muy pocas consumen solo ácido fólico. Inversamente, quienes alcanzaron nivel educativo terciario presentan un valor elevado en el consumo de ambos suplementos, bajo consumo de hierro aislado y mayor consumo de ácido fólico solo. Un patrón similar se observa si se considera la condición de pobreza y el

36 La pregunta realizada fue: *Durante el embarazo, ¿el médico le indicó tomar hierro, o ácido fólico para el tratamiento de la anemia o enfermedades congénitas?* A continuación, a las mujeres a las que se les habían indicado los suplementos se les preguntó si los habían tomado y con qué frecuencia. El cuadro presenta los datos de las que efectivamente tomaron, que es casi coincidente con el total de mujeres a las que se les recetaron.

37 La pregunta realizada fue: *Durante el embarazo, ¿el médico le indicó tomar hierro, o ácido fólico para el tratamiento de la anemia o enfermedades congénitas?* A continuación, a las mujeres a las que se les habían indicado los suplementos se les preguntó si los habían tomado y con qué frecuencia. El cuadro presenta los datos de las que efectivamente tomaron, que es casi coincidente con el total de mujeres a las que se les recetaron.

tipo de institución. En el sistema público priman quienes consumen solo hierro y es muy baja la cifra de quienes toman ácido fólico solamente. Lo mismo sucede entre las madres pobres, lo que es por un lado previsible, porque son quienes se asisten con mayor frecuencia en el sistema público, pero, por otro lado, debería esperarse que fuera recetado en igual medida que en el sistema privado, dado que se trata de un protocolo de suplementación prenatal para todo el sistema de salud. La proporción de mujeres que toman solo hierro es mayor entre las residentes en el interior respecto a las montevideanas; estas últimas declaran haber consumido ambos suplementos con mayor frecuencia que sus pares del interior. Finalmente, hay diferencias muy menores por área geográfica en el consumo aislado de ácido fólico.

Cuadro IV.2.20. Consumo de suplementos durante el embarazo

Características de la madre		Suplementos					
		Solo hierro	Solo ácido fólico	Ambos	Ninguno	Sin dato	Total
Paridez	Primer hijo	21,0	14,61	43,29	18,9	2,2	100,0
	Otros	24,9	11,5	35,0	26,7	1,9	100,0
Edad al parto	<20	36,3	4,6	28,0	28,8	2,3	100,0
	20-24	24,5	8,0	32,3	29,8	2,4	100,0
	25-29	23,3	15,0	37,2	22,4	2,0	100,0
	30+	16,8	16,6	45,1	19,6	1,8	100,0
Años de educación	0-9	33,0	5,0	29,0	30,6	2,4	100,0
	10-12	20,0	15,9	39,4	23,3	1,5	100,0
	13+	7,4	24,6	55,7	10,4	1,9	100,0
Pobreza	Pobre	37,0	2,9	25,9	31,9	2,3	100,0
	No pobre	19,2	15,7	41,8	21,2	2,0	100,0
Región	Montevideo	19,1	14,3	44,3	19,3	2,8	100,0
	Interior	26,5	11,5	33,5	26,9	1,6	100,0
Tipo de institución	Privado	17,3	17,8	44,3	18,8	1,8	100,0
	Público	32,9	5,3	29,3	29,9	2,5	100,0
Todas		23,4	12,7	38,0	23,7	2,1	100,0

(N=2.784)

Consumo de sustancias tóxicas y medicamentos durante la gestación

Fumar durante el embarazo es el hábito nocivo que se declara con más frecuencia entre las madres encuestadas: 16,7% del total declaró que había fumado al menos

un cigarrillo diario en el período de gestación. Entre las mujeres que fumaron, en torno al 80% contestó que había fumado más de un cigarrillo diario durante el embarazo. Cabe señalar que, a partir de 2005, el gobierno ha implementado un conjunto de medidas antitabaco dirigidas al conjunto de la población. En el caso específico del tabaquismo durante el embarazo, el impacto ha sido estudiado por Harris et al. (2014), quienes consiguen que, en 2007, el 15% de las embarazadas abandonó el cigarrillo durante el tercer trimestre y la tasa de cesación aumentó a 42% en 2012.

El consumo de alcohol es algo menor: el 11,3% de las madres contestó que había ingerido alguna bebida alcohólica, ya fuera regular o esporádicamente, durante el embarazo (cuadro IV.2.21).

Cuadro IV.2.21. Consumo de sustancias tóxicas y medicamentos durante la gestación según características de la madre (porcentaje)

Características de las mujeres		Consumo de sustancias tóxicas o medicamentos		
		Cigarrillos	Alcohol	Medicamentos
Paridez	Primer hijo	11,9	9,6	29,2
	Otros	19,6	12,3	27,6
Edad al parto	<20	21,2	12,7	18,7
	20-24	21,8	10,5	25,3
	25-29	14,4	10,8	29,7
	30+	13,8	11,5	32,2
Años de educación	0-9	25,9	12,8	22,2
	10-12	9,5	10,0	31,9
	13+	5,7	9,7	36,7
Pobreza	Pobre	30,3	13,3	19,7
	No pobre	12,4	10,6	30,9
Región	Montevideo	16,2	9,9	27,5
	Interior	17,0	12,2	28,8
Tipo de institución	Privado	9,8	10,1	31,8
	Público	26,3	13,1	23,4
Embarazo planeado	Sí	21,7	10,3	27,0
	No	12,5	12,4	29,3
Todas		16,7	11,3	28,2
N		2.784	2.781	2.772

El número de casos según la característica de las mujeres se presenta en el cuadro A.11.

Las madres adolescentes o muy jóvenes, las que ya han tenido hijos, las que tienen menos años de educación formal, las usuarias del sistema público y las que se encuentran bajo la línea de pobreza son las que presentan los

consumos más altos de cigarrillos y alcohol. Asimismo, las mujeres que no estaban buscando el embarazo consumen en mayor medida estas sustancias. En la medida en que todas estas características están relacionadas entre sí, nuevamente es importante destacar que no puede deducirse de este cuadro que estos atributos contribuyan *per se* a la adopción de conductas de riesgo en el período gestacional. Ello no obsta para decir que las mujeres que están en condiciones de mayor vulnerabilidad son también las que tienen menos oportunidades de proveer un entorno favorable para el desarrollo del feto.

Debe notarse que los clivajes sociales en el nivel de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco se observan en particular en el hábito de fumar. Los valores más extremos se constatan entre las mujeres con nivel educativo terciario (5,7% declara que fumó) y las que no alcanzaron el bachillerato (25,9%). Una diferencia de similar magnitud se constata entre las mujeres que viven en hogares en situación de pobreza en relación con las que superan el umbral de pobreza.

Respecto al consumo de alcohol, las diferencias son escasas y probablemente no sean significativas; solo quienes ya fueron madres muestran una distancia de varios puntos en la ingesta de bebidas alcohólicas respecto a las que inician la vida reproductiva. Llama la atención el mayor consumo de alcohol entre las mujeres residentes en el interior, aunque la diferencia con las montevideanas no es de gran magnitud.

Casi un tercio de las mujeres recibió medicación durante el embarazo. Aproximadamente la mitad de ellas recibió medicación de forma regular durante todo el embarazo, mientras que la otra mitad solo tomó medicamentos de forma ocasional. La encuesta recoge una larga lista de medicamentos, que engloba calmantes comunes, antivomitivos, antidepresivos, anticoagulantes, insulina, medicación para controlar la presión sanguínea, drogas específicas para la maduración del feto, antibióticos, etc. En el cuadro que se presenta a continuación se agruparon los medicamentos que aparecieron con mayor frecuencia. La categoría *otros medicamentos* es residual: incluye una variedad importante de fármacos que tienen muy escasa representación en la muestra.

Cuadro IV.2.22. Mujeres que recibieron medicación durante la gestación y tipo de medicación recibida (en porcentaje)

Tipo de medicamento	% del total de las mujeres encuestadas	% de las que tomaron medicamentos
Antibióticos	5,7	19,9
Analgésicos	4,8	16,9
Anticoagulantes (incluye aspirina)	3,3	11,4
T4	3,2	11,3
Antihipertensivos	2,6	9,0
Psicofármacos	1,4	5,0
Hipoglucemiantes (insulina u otros)	1,0	3,6
Antialérgicos	0,8	2,8
Broncodilatadores	0,4	1,2
Antiepilépticos	0,2	0,8
Corticoides	0,2	0,8
Otros medicamentos	2,9	10,2
Sin dato/no recuerda	2,1	7,2
Total	28,6	100,0
N	2.785	770

En el 93% de los casos la medicación fue recetada por el médico tratante; el 3,5% declara que tomó medicación sin que le haya sido prescrita por el médico y el 3,5% no recuerda si los medicamentos le fueron recetados.

Las diferencias socioeconómicas y demográficas se invierten respecto al consumo de sustancias tóxicas: son las mujeres de mayor edad, las que tienen mayor nivel educativo, las usuarias del sistema privado de atención de la salud y las que no son pobres las que consumen más medicamentos durante la gestación. No se observan diferencias relevantes en las variables relativas a la planificación del embarazo, a la historia genésica ni al área de residencia. Es posible que, en la medida en que las mujeres más educadas tienen sus hijos más adelante en la vida reproductiva, ello implique la manifestación de síntomas menos frecuentes entre las madres más jóvenes, aunque también puede estar contribuyendo una mayor medicalización de la gestación en el sistema privado. Como, a su vez, son las madres más favorecidas socialmente quienes se atienden en el sistema privado de salud, no es posible determinar cómo se combinan estos factores para lograr este resultado, en caso de que tengan efectos sobre el consumo de medicamentos. Para ello se requiere un análisis más detallado y la aplicación de técnicas de análisis estadístico que permitan aislar estos y otros posibles factores explicativos.

El parto

La mayoría de las madres tuvieron a sus hijos por parto vaginal (53,8%), aunque es elevado el número de mujeres a las que se les practicó una cesárea (cuadro IV.2.23). El aumento de las cesáreas en Uruguay ha sido importante en los últimos años: de acuerdo a los datos del CNV-MSP, en 1996 el 23% de los nacimientos correspondió a partos por cesárea; aumentó a 32% en 2005 y a 40% en 2012.

La proporción de cesáreas que recoge la ENDIS es un poco más alta que las cifras que se obtienen a partir de los datos del MSP. Esta diferencia se explica mayormente porque en la encuesta el número de cesáreas que declaran las mujeres jóvenes (menores de 25) es mayor que el observado en los registros oficiales.

Cuadro IV.2.23. Tipo de parto según características de la madre (porcentaje)

Tipo de parto		Parto normal	Cesárea	Fórceps	Otro
Paridez	Primer hijo	48,5	47,1	4,3	0,1
	Otros	56,8	41,5	1,2	0,4
Edad al parto	<20	62,2	32,9	4,6	0,3
	20-24	61,9	36,2	1,6	0,3
	25-29	51,8	45,8	1,6	0,7
	30+	47,9	49,6	2,5	0,0
Años de educación	0-9	63,5	33,6	2,4	0,5
	10-12	49,2	49,2	1,4	0,1
	13+	39,0	57,4	3,6	0,0
Pobreza	Pobre	65,8	31,3	2,0	0,9
	No pobre	50,0	47,3	2,5	0,1
Región	Montevideo	49,1	46,8	3,5	0,5
	Interior	57,1	41,2	4,6	0,1
Tipo de institución	Privado	46,5	51,0	2,4	0,1
	Público	64,3	32,7	2,5	0,3
Total		53,8	43,5	2,4	0,3

(N=2.784)

Las cesáreas aumentan con la edad y los años de educación. Las mujeres con menor nivel educativo y las que pertenecen al estrato de hogares pobres tienen chances significativamente mayores de tener a sus hijos por parto vaginal. Esto resulta coherente con la significativa diferencia que se observa en el tipo de parto según se trate de instituciones privadas o públicas. En estas últimas, el peso de las cesáreas es 18 puntos porcentuales menor que en los servicios privados (33% y 51% respectivamente). Los partos vaginales son más frecuentes entre las mujeres re-

sidentes en el interior, en consonancia con la mayor cantidad de usuarias del sistema público de salud que registran estos departamentos. La proporción de cesáreas es menor si se trata del primer hijo de las encuestadas.

En total, 2,4% de los partos requirieron fórceps. Las madres de mayor nivel educativo, las que residen en Montevideo y los extremos etarios tienen más probabilidades de que sea necesario recurrir a esta maniobra.³⁸

Con relación a las circunstancias que rodearon al nacimiento de los niños, la gran mayoría de las mujeres declaró que estuvo acompañada en el momento del parto (87%). En torno a las tres cuartas partes estuvieron acompañadas por su pareja y cerca del 10% por su madre. No se encuentran diferencias relevantes por edad ni por condición de pobreza, y las diferencias según nivel educativo son pequeñas. La diferencia más importante se registra según área de residencia, pues en Montevideo el 94% de las mujeres declara tener acompañante, mientras que en el interior este valor es de 82%. Asimismo, las usuarias de servicios privados de salud presentan cifras más altas respecto a las mujeres que se atendieron en el sistema público (90% y 82%, respectivamente).

No es posible concluir si las mujeres encuestadas ejercieron su derecho a estar acompañadas en la sala de partos. La pregunta fue realizada con ese objetivo, pero, al analizar las respuestas relativas a la persona que las acompañó durante el parto, la variedad de acompañantes —en muchos casos, múltiples— despierta dudas respecto a cómo fue interpretada la pregunta (*¿Durante el parto estuvo acompañada por su pareja, algún familiar o alguna persona significativa para usted?*).³⁹ Ello sugiere que no todas las respuestas refieren estrictamente al momento del alumbramiento, sino que se mezclan con respuestas relativas a la o las personas que estuvieron presentes durante el trabajo de parto. La fuerte presencia del padre del niño en las respuestas sugiere que fue él quien entró

a la sala de partos, pero las limitaciones mencionadas no permiten confirmarlo. De todas maneras, los datos de la encuesta son coherentes con la información recogida por el SIP (2012). En ese año, el 85% de las parturientas estuvieron acompañadas en la sala de partos. Del total de mujeres que contaron con acompañante, la pareja de la mujer estuvo presente en el 80% de los casos.

* * *

A modo de resumen, puede decirse que la vasta mayoría de las mujeres recibe atención médica adecuada durante la gestación: el número de embarazos no controlados que se registró en la encuesta es inferior al 1%. En torno al 90% de las mujeres, independientemente de su condición social, acude al menos a cinco visitas prenatales y una proporción similar inicia los controles durante el primer trimestre del embarazo (captación temprana). Cuando se considera el protocolo de visitas prenatales recomendado por la *Guía en salud sexual y reproductiva* (nueve controles) la proporción de embarazos que se adecua a la recomendación también alcanza un valor alto (81%). Sin embargo, al comparar las características sociales de las mujeres tomando este umbral, se observan diferencias según la condición social y la situación familiar de las encuestadas. Así, las mujeres que están en situación de pobreza, las adolescentes, las mujeres que no conviven con el padre de sus hijos y las que se atienden en instituciones públicas acuden con menos frecuencia a la visita prenatal.

Fuera de que no hay evidencias de que un número mayor de cuatro controles tenga beneficios adicionales para las madres y los recién nacidos, los resultados deberían ser estudiados con mayor detenimiento en la medida en que pueden expresar diferentes actitudes de autocuidado y capacidad de control de la salud entre las madres en condiciones de mayor vulnerabilidad y las que no presentan riesgos sociales. Por ejemplo, si bien el hábito de fumar y tomar alcohol durante el embarazo se reduce a un grupo relativamente pequeño de mujeres (16,7 y 11,3%, respectivamente), su presencia es mucho mayor

38 Debe tenerse en cuenta que son valores absolutos pequeños.

39 El listado de acompañantes incluye vecinos, familiares cercanos y parientes lejanos, y en muchos casos más de una persona (por ejemplo, su pareja y su madre). Como solo está permitido que entre un acompañante a la sala de partos, se desprende que en esos casos la encuestada no se estaba refiriendo a quién la acompañó en el momento del parto.

entre las madres adolescentes, las mujeres pobres y las de menor educación. Dado que todas estas características se relacionan entre sí, es necesario estudiar con mayor profundidad cómo afecta cada una de ellas la probabilidad de fumar o tomar alcohol durante el embarazo.

En especial el hábito de fumar requiere particular atención en lo que atañe a políticas informativas que alcancen a toda la población: solo el 5,7% de las mujeres universitarias declaró que fumó durante el embarazo, mientras que esta proporción asciende a 26% entre las que alcanzaron nueve o menos años de estudio. Igualmente, el 30% de las mujeres en situación de pobreza respondió que fumó durante el período gestacional, frente a 12% de las mujeres no pobres. Otro aspecto que las políticas de información sobre hábitos saludables durante el embarazo deberían tomar en cuenta es que la proporción de mujeres que fuman y toman alcohol aumenta mucho en los embarazos de segundo y siguientes órdenes respecto al primero. En el caso del cigarrillo, prácticamente se duplica.

Finalmente, el consumo de suplementos recomendados durante el embarazo (hierro y ácido fólico) está lejos de ser una práctica universal. De acuerdo a la OMS (2013), el consumo diario de estos suplementos durante la gestación tiene beneficios probados para la salud del feto, y del feto y la madre en el caso del hierro, a tal punto que ha sido adoptado como directriz por este organismo. De acuerdo a los datos de la ENDIS, el 38% de las encuestadas recibió ambos suplementos y una parte de ellas lo hizo solo durante algunos meses. Entre las mujeres que realizaron menos de nueve consultas prenatales, la proporción se reduce a 24%, y es significativamente menor entre las que se atienden en el sector público respecto a las que se controlan en instituciones privadas. La implementación de políticas que refuercen la receta y el consumo efectivo de estos suplementos podría contribuir a disminuir la anemia de las mujeres gestantes y a equiparar algunos resultados de la salud de los recién nacidos.

IV.3. CUIDADOS, PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ASISTENCIA A CENTROS DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

En esta sección se presentan los principales resultados en términos de arreglos de cuidado (IV.3.1) y prácticas y creencias sobre crianza (IV.3.2). Por último, se presenta un análisis de la asistencia a centros educación inicial, en vinculación con la trayectoria laboral de la madre (IV.3.3).

IV.3.1. Arreglos de cuidado

En este apartado se analiza la organización del cuidado de los niños. Cuando se consulta acerca de las distintas personas que se ocupan de ello, casi 100% de los entrevistados responde que las madres se hacen cargo, sin diferencias por condición de pobreza (cuadro IV.3.1). Le siguen en importancia los padres, aunque con diferencias apreciables por condición de pobreza (64,9% en hogares no pobres versus 44,9% en hogares en condición de pobreza). Como se vio, esto puede vincularse con la mayor presencia de los padres en los hogares de mayores ingresos. En los hogares en situación de pobreza se observa una mayor incidencia del cuidado por parte de hermanos mayores que en el resto de los hogares. Como era de esperar, la situación inversa se observa con relación al cuidado por parte de personas remuneradas para la tarea. En ningún caso se registraron diferencias según edad del niño, excepto en cuanto al cuidado a cargo de hermanos, que resultó creciente con la edad de los más pequeños.

Cuadro IV.3.1. Personas encargadas del cuidado de los niños según condición de pobreza (porcentaje de respuestas positivas a cada ítem)*

Cuidador del niño	No pobre	Pobre	Total
Madre	99,2	98,5	99,0
Padre	64,9	44,9	59,9
Se quedan solos	0,1	1,6	0,5
Pareja de la madre	1,1	1,7	1,3
Hermanos >10 años	6,8	13,0	8,4
Hermanos <10 años	1,2	3,6	1,8
Abuelos	38,4	38,1	38,3
Otro pariente	11,0	17,3	12,6
Vecinos	2,0	2,0	2,0
Persona remunerada	14,1	1,9	11,1

*No se limitó el número de opciones que podía elegir cada hogar. La información se relevó mediante diez preguntas independientes, a las cuales se podía responder *Sí, No* o *No sabe/no contesta*. (N total=3.040; No pobres=2.264; Pobres=776).

Cuadro IV.3.2. Miembros del hogar que toman las decisiones con respecto a educación, salud, hábitos y límites según respondente (porcentaje de respuestas positivas a cada ítem)

	Responde				Responde		
	Madre	Padre	Abuela		Madre	Padre	Abuela
Educación				Hábitos			
Mayormente yo	34,9	20,1	40,6	Mayormente yo	36,9	18,5	41,2
Mi pareja y yo (50/50)	62,9	76,8	11,8	Mi pareja y yo (50/50)	61,5	71,6	14,4
Mayormente mi pareja	1,0	0,0	0,0	Mayormente mi pareja	0,7	6,9	0,0
Otro (mujer)	0,5	3,0	39,7	Otro (mujer)	0,6	3,0	42,0
Otro (hombre)	0,0	0,0	5,5	Otro (hombre)	0,0	0,0	0,0
Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0	0,0	Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0	0,0
NS/NC	0,8	0,0	2,4	NS/NC	0,4	0,0	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	Total	100,0	100,0	100,0
Salud				Límites			
Mayormente yo	47,3	18,7	54,6	Mayormente yo	35,7	24,2	50,2
Mi pareja y yo (50/50)	50,5	67,5	14,3	Mi pareja y yo (50/50)	56,4	70,1	10,2
Mayormente mi pareja	0,7	10,8	0,0	Mayormente mi pareja	6,2	2,8	2,9
Otro (mujer)	1,0	3,0	28,7	Otro (mujer)	1,0	3,0	29,7
Otro (hombre)	0,1	0,0	0,0	Otro (hombre)	0,2	0,0	2,6
Servicio doméstico o niñera	0,1	0,0	0,0	Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0	0,0
NS/NC	0,4	0,0	2,4	NS/NC	0,6	0,0	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	Total	100,0	100,0	100,0

(N total=3.067; Madres=2.973; Padres=53; Abuelas=41)

En el cuadro IV.3.2 se presenta la distribución de las respuestas acerca de quiénes toman decisiones sobre educación, salud, hábitos y límites de los niños. En los casos en que quien responde es el padre o la madre, la respuesta más frecuente es “mi pareja y yo 50/50”, con un porcentaje que varía entre 50,5% y 76,8% según la decisión de que se

trate. Cuando contestan las abuelas, son ellas quienes mayormente deciden (más de 40% según el tipo de decisión).

Si se consideran exclusivamente los casos en los que responde la madre y se distingue a los hogares por condición de pobreza, se encuentran claras diferencias (cuadro IV.3.3).

Cuadro IV.3.3. Distribución de la toma las decisiones respecto a educación, salud, hábitos y límites según condición de pobreza

	No pobre	Pobre		No pobre	Pobre
Educación			Hábitos		
Mayormente yo	28,8	52,4	Mayormente yo	30,8	55,2
Mi pareja y yo (50/50)	69,1	44,8	Mi pareja y yo (50/50)	67,7	42,7
Mayormente mi pareja	1,0	0,7	Mayormente mi pareja	0,7	0,7
Otro (mujer)	0,3	1,1	Otro (mujer)	0,4	1,1
Otro (hombre)	0,0	0,0	Otro (hombre)	0,0	0,0
Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0	Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0
NS/NC	0,7	1,0	NS/NC	0,4	0,4
Total	100	100	Total	100	100
Salud			Límites		
Mayormente yo	42,2	62,5	Mayormente yo	30,3	51,8
Mi pareja y yo (50/50)	55,7	34,9	Mi pareja y yo (50/50)	62,1	39,0
Mayormente mi pareja	0,8	0,6	Mayormente mi pareja	6,0	6,7
Otro (mujer)	0,8	1,5	Otro (mujer)	0,7	1,9
Otro (hombre)	0,0	0,0	Otro (hombre)	0,3	0,0
Servicio doméstico o niñera	0,1	0,0	Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0
NS/NC	0,4	0,4	NS/NC	0,6	0,7
Total	100	100	Total	100	100

(N=2.971)

En el caso de los hogares no pobres, predominan las decisiones en conjunto con la pareja (entre 55,7% y 69,1% de los casos), en tanto en el caso de los hogares pobres predominan las decisiones de la madre (entre 51,8% a 62,5% de los casos). Esto se debe, al menos en parte, a la composición de los hogares. Mientras en los hogares no pobres los padres están presentes en un 81,3% de los casos, en los hogares en situación de pobreza solo lo están en un 59,9% de los casos, y además el tiempo de permanencia de los padres no corresidentes es menor (véase la sección III.2). Cuando se consideran exclusivamente aquellos hogares en condición de pobreza en los que los padres del niño corresidenten, la frecuencia de la toma conjunta de decisiones varía entre 51,6% y 65,5%, según la dimensión de que se trate.

Se consultó acerca de qué tan frecuentemente se ponen de acuerdo los padres cuando toman decisiones en conjunto. En los hogares no pobres la respuesta es “casi siempre” en un 81,5% de los casos, en tanto en los pobres lo es en un 60,7% de los casos. En estos hogares le sigue en importancia la respuesta que refiere a que uno solo de los padres es el que toma la decisión (27,0%).

Respecto a cuánta ayuda reciben las madres para la crianza de sus hijos, 80,7% de las mujeres que viven en hogares no pobres y 72,4% de las que viven en hogares en condición de pobreza señalan que es “mucho” y 3,1% y 9,2% respectivamente señalan que “ninguna”.

IV.3.2. Prácticas y creencias sobre la crianza

Las prácticas de crianza refieren a las formas en que los padres se relacionan con sus hijos y a los comportamientos específicos que adoptan para lograr determinados objetivos en su socialización; por ejemplo, ayudar a los niños a hacer los deberes, controlar las horas que miran televisión, pegarles o gritarles (Cabella y Nathan, 2015). Estas prácticas, en general, no resultan observables y menos cuantificables. Por ello, habitualmente se recurre a analizar las opiniones de los padres sobre lo adecuado de ciertas prácticas, es decir, las creencias sobre los criterios normativos que se deberían contemplar a la hora de ejercer de manera adecuada la crianza. Adicionalmente resulta habitual que se indague sobre la forma concreta que toman las actitudes de los padres al momento de criar

a sus hijos. Naturalmente, ambos casos deberían presentar un fuerte correlato con las prácticas en sí, en el entendido de que constituyen buenas aproximaciones al vínculo que establecen con sus hijos y a los elementos que intentan estimular en su proceso de socialización. Finalmente, el tercer aspecto a considerar radica en la *cooperación parental* y su *participación en la toma de decisiones*. Estas tres fuentes, que moldean el modo en que son criados los niños en sus hogares, serán analizadas en esta sección, detallando la relación que existe entre estas creencias y un conjunto de variables socioeconómicas, así como otras percepciones y actitudes asociadas a distintas esferas de la vida.

Los estudios sobre este tema no son muy abundantes en Uruguay. El Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP) ha desarrollado desde hace más de veinte años una línea de investigación en este campo con diversos hallazgos. En GIEP (1996) se estudian los problemas de desarrollo psicomotor en niños. Se encuentra una elevada asociación con la condición de pobreza y con las creencias y prácticas de crianza del entorno familiar, la cual aumenta con la edad de los niños. En GIEP (2000) se analiza el Programa de Experiencias Oportunas; se observa que el estado emocional de los adultos se modifica cuando al menos asisten a diez de los talleres previstos y se percibe un resultado favorable en sus prácticas de crianza. Asimismo, en un estudio realizado a partir de una muestra de mujeres de 25 a 54 años en el área metropolitana, Cabella y Nathan (2014) indican que casi todas las madres combinan el afecto y el establecimiento de límites como criterios para desarrollar la crianza de los niños. Al mismo tiempo, se señala que estos límites, en general, no van acompañados de castigos físicos. En el trabajo citado no se observan diferencias significativas en las prácticas adoptadas según condición socioeconómica. Los autores plantean la necesidad de conectar las prácticas parentales con las características del niño, ya que estas últimas también pueden influir en el comportamiento de los padres. Este aspecto podrá ser investigado con detalle con la información generada en la segunda ola de la ENDIS, donde se contará con información rezagada del desarrollo infantil de los niños.

Las prácticas de crianza pueden constituir un aspecto de suma relevancia para explicar los niveles de desarrollo alcanzados en la infancia. Los recursos destinados por los padres a sus hijos —no solo aquellos derivados del dinero

o del tiempo, sino también en términos de afecto y cariño— cumplen un rol sustancial en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños (Coleman, 1988; Gibson-Davis, 2008). En la sección III.6 se presenta un primer indicio de esta relación para el caso uruguayo, donde se muestra el vínculo entre un conjunto de creencias de los padres —en aspectos tales como lo adecuado de poner ciertos límites, el uso de la violencia o el afecto como criterios para incentivar algunos comportamientos de los niños— y las distintas pruebas de desarrollo infantil aplicadas en la ENDIS.

En este apartado se presenta un conjunto de estadísticas que describen las creencias de los padres en función de sus percepciones y actitudes, sus características socioeconómicas y las distintas formas de organización familiar. Para ello se utiliza gran parte del Instrumento de Prácticas de Crianza del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (IPCGIEP) incluido en la ENDIS. Se excluyen de este análisis las tres primeras preguntas del instrumento que se puntúan (edad del niño al nacer, peso al nacer del niño y sexo), ya que, si bien probablemente influyan en el desarrollo del niño, en este informe se considerarán por separado, dado que el interés de esta sección radica en las prácticas de crianza en sí mismas.

Se utilizan 14 preguntas del instrumento y 23 afirmaciones que permiten identificar situaciones de riesgo (véase el cuadro A.II.12 del Anexo). Adicionalmente, el instrumento agrega una pregunta para el caso de los niños menores de 12 meses y dos preguntas para los niños cuyos padres están separados. Por lo tanto, se cuenta con 37 preguntas/afirmaciones puntuadas para la totalidad de los niños, las que ascienden a 38 para los menores de 12 meses y a 39 para los niños con padres separados (40 para los niños menores de 12 meses con padres separados). En este trabajo se presenta la proporción de respuestas que identifican riesgo para la población de niños en general y se indica qué ocurre cuando se considera las respuestas asociadas a niños menores de 12 meses y aquellos con padres separados.

Por último, se construye una tipología que identifica distintas dimensiones de las creencias sobre las prácticas de crianza siguiendo, en parte, la propuesta de Cabella y Nathan (2014). Para la operacionalización de esta tipología se utiliza gran parte de las preguntas incluidas en el

instrumento del GIEP, más preguntas adicionales referidas a la cooperación parental. Los autores identifican cinco dimensiones relevantes: i) límites y reglas cotidianas; ii) cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños; iii) participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños; iv) prácticas de crianza relativas al control de la conducta, y v) contexto afectivo de la crianza. A estas dimensiones se agregan tres que surgen de preguntas o afirmaciones realizadas en el IPCGIEP y que no son contempladas en esta tipología: vi) discriminación parental entre varones y niñas; vii) desarrollo temprano de la autonomía, y viii) grado de interacción social del niño. Las variables incorporadas en cada una de estas dimensiones se presentan en el cuadro A.II.13 del Anexo.

En lo que sigue, se comentan los principales resultados con diferentes niveles de apertura. En primer lugar, se indican las diferencias más notorias entre las respuestas de los entrevistados según un conjunto de características del propio entrevistado y del hogar. En segundo lugar, se presenta la variación del IPCGIEP comentada unos párrafos atrás. Se identifica la proporción de respuestas que aproximan a situaciones riesgosas o problemáticas y se construyen quintiles del puntaje. Esto último permite identificar distintas graduaciones del riesgo que enfrentan los niños según las pautas de crianza seguidas por sus padres. Finalmente, se presentan los resultados según la tipología construida a partir de la propuesta realizada en Cabella y Nathan (2014).

Distribución de respuestas sobre creencias de la práctica de crianza según situación socioeconómica

En los cuadros A.II.14 y A.II.15 del Anexo se detalla la distribución de las respuestas sobre creencias de los adultos acerca de lo adecuado de ciertas prácticas de crianza, para aquellas preguntas que recogen mayor variabilidad según las características socioeconómicas del niño. De las afirmaciones realizadas en el cuestionario, tres refieren al posible uso de la violencia como forma de adecuar el comportamiento de los niños: “Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles”, “A los hijos, una buena paliza de vez en cuando les hace bien” y “A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarles”. En general se observa que los adultos que residen en el interior

declaran estar de acuerdo con estas afirmaciones en mayor medida que quienes viven en Montevideo. No obstante, en todos los casos la mayoría de los respondientes está en desacuerdo con las afirmaciones, con variaciones en las respuestas positivas que oscilan entre el 15% y el 45%, según la pregunta. Las respuestas presentan un gradiente significativo en relación con el tamaño del hogar: se evidencia un importante aumento de las respuestas consideradas riesgosas, hasta llegar al 50% de los entrevistados que declaran estar de acuerdo con la primera de las afirmaciones para hogares de cinco o más personas.

La apertura según el quintil de los ingresos per cápita del hogar o los años de educación del entrevistado también muestra una alta variabilidad para las distintas categorías, con guarismos algo superiores para la afirmación “Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles”. Más del 50% de las personas declaran compartir dicha creencia en el primer quintil y entre quienes tienen menos de siete años de educación. Si bien las respuestas afirmativas no desaparecen cuando aumenta el nivel educativo o los ingresos, sí se reducen considerablemente, hasta alcanzar al 30% de los entrevistados. En el resto de las frases referidas al posible uso de la violencia, la caída en las respuestas afirmativas va del 20% o 30% entre quienes presentan mayores privaciones, hasta cerca del 10% entre quienes se encuentran en mejor situación relativa.

Los entrevistados que poseen menor nivel educativo o pertenecen al primer quintil de ingresos se muestran de acuerdo principalmente (en el entorno del 80%) con las frases “Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están de en la escuela” y “Para que a los niños se les vayan las rabetas hay que esperar que se tranquilicen solos, sin prestarles mucha atención”. En la primera de las afirmaciones la caída en la proporción de personas que están de acuerdo es importante a medida que mejora la situación socioeconómica (hasta el 40%), mientras que con la segunda frase los niveles se mantienen elevados en toda la distribución.

Si bien no está muy extendida la idea de que se debe brindar un trato diferencial en el hogar a los niños y a las niñas, cerca del 10% de los entrevistados respondió positivamente a las afirmaciones que buscaban identificar este

tipo de creencias.⁴⁰ Las respuestas consideradas riesgosas son más altas en hogares donde el padre está ausente, y crecen a medida que se incrementa el tamaño del hogar. Este aspecto puede asociarse a la condición de pobreza del hogar; en este sentido, se observa que los adultos que reportan estas creencias se ubican en los tramos más bajos de la distribución del ingreso y presentan menores niveles de educación formal. Mientras que entre un 25% y un 30% de los adultos con menos de siete años de educación declara estar de acuerdo con las mencionadas creencias, casi no existen respuestas afirmativas entre quienes tienen más de doce años de educación. Un efecto similar se observa cuando se clasifican los hogares por quintil de ingresos: las respuestas afirmativas alcanzan entre un 20% y 25% en el primer quintil, hasta desaparecer en el último.

Dos afirmaciones asocian el llanto y la ausencia de sueño a las “mañas” del niño: “El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) tiene mañas” y “Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen”. En el primer caso se muestra de acuerdo el 20% de los entrevistados y en el segundo, poco más del 25%. En este último caso no existen diferencias por grupos, salvo por nivel educativo, donde la incidencia alcanza al 50% entre quienes tienen nivel más bajo y poco menos del 30% en los más educados. En la primera de las afirmaciones, las respuestas también se asocian a los hogares más numerosos y se registran en mayor medida en los casos en que el padre está ausente (28% versus 18%). Se observan, a la vez, diferencias importantes según la situación socioeconómica (la cual se asocia estrechamente con el tamaño de hogar); la incidencia de las respuestas afirmativas cae desde el 35% hasta el 10% conforme la situación mejora.

Una de las creencias potencialmente más relevantes para el proceso de socialización del niño es aquella que intenta capturar la forma en que se da la comunicación entre padres e hijos en los primeros meses de vida. En concreto, a los entrevistados se les plantea la siguiente afirmación: “Si el niño todavía no habla, es imposible saber lo que quiere”. En los casos en que el padre del niño está ausente, el

40 Se trata de las siguientes afirmaciones: “A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en casa”, “A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno”, y “A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa”.

23% de los entrevistados indican estar de acuerdo con esta afirmación, mientras que en los casos en que el padre se encuentra presente el guarismo se reduce al 12%. Asimismo, en los niveles socioeconómicos más bajos, cerca del 30% de las personas entrevistadas están de acuerdo con la afirmación, mientras que en los tramos más altos esta creencia prácticamente no existe.

Adicionalmente se analizan algunas respuestas acerca de un conjunto de percepciones sobre las prácticas que los adultos entienden describen sus actitudes en la crianza (cuadros A.II.16 y A.II.17 del Anexo). No se registran variaciones según el sexo del niño en las variables consideradas, por lo que esta variable no se incluye en los cuadros. Naturalmente, cuando el padre está ausente, una proporción baja (31%) contesta afirmativamente que cuando ambos padres toman las decisiones se ponen de acuerdo. En cambio, cuando el padre reside en el hogar, el guarismo alcanza más del 90%. Asimismo, conforme la situación socioeconómica mejora, ya sea medida por los años de educación o por el quintil de ingresos, también lo hace la participación conjunta en las decisiones, desde valores que se ubican en el entorno del 60% hasta niveles superiores al 90%.

También se le pregunta a la persona a cargo si acostumbra a contarles cuentos, cantarles canciones o enseñarles juegos a los niños. En el primer caso se observa que la proporción de quienes realizan estas actividades se incrementa a medida que el niño crece, pasando del 56% al 86%. La evolución es similar para el resto de las actividades. Las respuestas afirmativas a estas preguntas también crecen con los años de educación y el quintil de ingresos. En particular, contarles cuentos (que es la actividad que presenta mayor prevalencia y la que más crece) varía entre los hogares que están en peor situación y aquellos que están

mejor, entre un 15% y un 20%. Por último, cabe destacar la variación en la proporción de respuestas afirmativas según los meses del niño cuando se pregunta a los entrevistados si el niño “siempre se sale con la suya”, pues estas pasan del 52% en el primer año, al 72% en el cuarto.

Distribución del riesgo en las prácticas de crianza a partir variables del IPCGIEP

En el cuadro IV.3.4 se presenta la proporción de riesgos identificados entre los niños mediante el IPCGIEP. En promedio, los niños tienen riesgo en el 22,2% de los indicadores. La situación no varía según la edad en meses y se incrementa al 30,1% entre aquellos con padres separados. Como fue mencionado, se construyeron quintiles con la proporción de respuestas que son identificadas como riesgosas en el IPCGIEP. La proporción de niños que se ubica en cada quintil no muestra una relación monótona: es mayor el peso de los niños con riesgo muy bajo y bajo (quintiles 1 y 2: 48%) que la de los niños con riesgo alto y muy alto (quintiles 4 y 5: 34,9%). Se observan leves diferencias entre la proporción de niños identificados en el primer quintil cuando se considera la población general (20,1%) que con relación a los niños mayores de 12 meses (25,8%). Asimismo, en el caso de los niños con padres separados, la concentración en los quintiles 4 y 5 es del 39,6%, cuando en la población general alcanza a menos del 34,9%.

En la gráfica IV.3.1 se presenta la distribución de las respuestas a dos subcomponentes del IPCGIEP, considerando por un lado preguntas de este índice que son de carácter más descriptivo de las prácticas de crianza (PC tipo II) y, por otro, aquellas preguntas asociadas a la concordancia de los padres con ciertas afirmaciones, que, como fue indicado, dan cuenta de los criterios normativos que subyacen en las afirmaciones de los padres sobre la adecuación

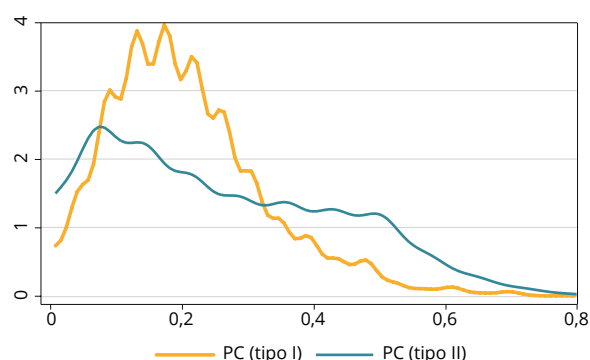
Cuadro IV.3.4. Proporción de situaciones riesgosas en niños y distribución de niños según grado de riesgo en las prácticas de crianza

	Media	N	Quintil del IPCGIEP				
			1 Muy bajo	2 Bajo	3 Intermedio	4 Alto	5 Muy alto
General	0,222	3.077	0,201	0,279	0,170	0,182	0,167
Mayores de 12 meses	0,227	2.670	0,258	0,193	0,161	0,200	0,189
Padres separados	0,301	787	0,222	0,190	0,192	0,214	0,182

Nota: En el caso de las preguntas específicas para niños mayores de 12 meses y con padres separados se indica la proporción de preguntas que reflejan alto riesgo y se agregan aquellas preguntas específicas para el subgrupo (1 en el caso de los mayores de 12 meses y 2 para niños con padres separados). No obstante, la proporción de respuestas no varía si se consideran exclusivamente las preguntas generales realizadas a toda la población: es de 0,222 en el caso de los niños mayores de 12 meses y de 0,303 en el caso de los niños con padres separados.

de ciertas prácticas de crianza (PC tipo I). Se observa una menor heterogeneidad en el primer grupo de preguntas, con cierta estabilidad en la proporción de padres que brindan respuestas que se asocian a situaciones riesgosas (en el tramo de 10% a 50%). En cambio, la distribución de las respuestas dadas a las preguntas normativas presenta la forma de campana, con una mayor concentración en la baja proporción de respuestas riesgosas.

Gráfica IV.3.1. Distribución de frecuencias del puntaje en IPCGIEP según tipo de componente (función de densidad kernel)



En los siguientes cuadros se muestra la distribución de los niños en cada quintil del puntaje IPCGIEP, según un conjunto de variables socioeconómicas, características propias del niño y su hogar, y otras percepciones subjetivas de los padres (véase cuadro A.II.18 del Anexo). No se observan diferencias importantes según el quintil del IPCGIEP, ni por sexo, ni según la edad de los niños. Existen algunas diferencias según el tamaño del hogar. Por ejemplo, más del 50% de los niños que no comparten el hogar con otros menores de 4 años presentan bajo o muy bajo riesgo; 40% es el guarismo para quienes residen con al menos otro menor. Al contrario, la incidencia del alto y muy alto riesgo

alcanza al 30% en el primer caso y a más del 40% en el segundo. Algo similar se observa cuando se considera el tamaño del hogar. En aquellos hogares donde residen menos de cinco personas, el riesgo bajo o muy bajo se ubica en el 54,1%, y en hogares más numerosos la cifra se reduce al 26,8%. Finalmente, se perciben leves diferencias según la región de residencia. Casi el 55% de los niños que residen en Montevideo presenta riesgo bajo o muy bajo, en tanto el guarismo en el interior del país se ubica cercano al 45%. Asimismo, la incidencia del riesgo alto o muy alto en Montevideo es del 30% y en el interior alcanza al 38,2%.

En el cuadro IV.3.5 se presentan los quintiles del IPCGIEP según un conjunto de vivencias pasadas y percepciones de los entrevistados. En este sentido, cerca del 40% de los niños que residen en hogares donde los entrevistados declararon que les pegaron en la infancia presentan alto o muy alto riesgo, en tanto el guarismo se reduce a menos del 30% cuando no se reportan tales hechos. Al contrario, la incidencia del bajo y muy bajo riesgo es más elevada entre aquellos a quienes no les pegaron durante la infancia, con porcentajes de 43,3% y 54,5%, respectivamente. Asimismo, existe una alta asociación entre la satisfacción con la familia —reportada por el entrevistado— y el grado de riesgo del niño. La incidencia del bajo y muy bajo riesgo entre quienes indican el valor más alto de satisfacción —en una escala del 1 al 10— se encuentra en el entorno del 50%, lo que implica diez puntos porcentuales por debajo de la incidencia en el resto de la población. La misma diferencia, aunque en sentido contrario, se observa para el caso del riesgo alto y muy alto, que alcanza el 30% entre los niños que viven en hogares donde la satisfacción es alta o muy alta y a más del 40% donde no es mucha la satisfacción.

Cuadro IV.3.5. Distribución del grado de riesgo en las prácticas de crianza según percepciones de los entrevistados

	Riesgo en las prácticas de crianza (IPCGIEP)					N
	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Intermedio	4 Alto	5 Muy alto	
Le pegaron de niño						
No	0,260	0,285	0,165	0,159	0,131	1.088
Sí	0,162	0,271	0,178	0,198	0,192	1.948
Mucha satisfacción con la familia						
No	0,156	0,257	0,172	0,205	0,211	1.052
Sí	0,222	0,285	0,174	0,173	0,146	1.979
Para salir adelante es necesario ...						
... el trabajo duro	0,181	0,262	0,169	0,189	0,199	1.876
... el trabajo duro y la suerte	0,236	0,306	0,177	0,176	0,105	1.055
... la suerte	0,078	0,205	0,195	0,197	0,324	97

Finalmente, existe una tendencia generalizada a identificar al trabajo duro como el principal requerimiento para salir adelante en la vida. En este grupo la incidencia del riesgo alto y muy alto, así como el riesgo bajo y muy bajo, se ubica en el entorno del 39% y 44% respectivamente. Quienes creen que es la suerte el principal determinante constituyen un grupo mucho más reducido, menos del 10% de la población, y la incidencia del riesgo alto y muy alto es bastante más elevada: alcanza a la mitad de los niños. La respuesta asociada a la necesidad conjunta del trabajo duro y la suerte, que puede dar cuenta de una mayor complejidad a la hora de interpretar los desempeños individuales, es la que muestra mayor asociación a un menor riesgo (54,2%) y el riesgo alto y muy alto alcanza solo a un cuarto de los niños.

Al tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas se advierte la más fuerte asociación entre tales condiciones y el riesgo observado (véase el cuadro IV.3.6). Considerando tanto el quintil de ingresos del hogar como los años de educación del entrevistado, el riesgo se incrementa a medida que las privaciones crecen. Por ejemplo, entre quienes integran hogares ubicados en el quintil de ingresos más alto, la incidencia del muy bajo riesgo es de 40,1%, cifra que alcanza al 44,6% entre los niños que viven en hogares donde el entrevistado completó más de doce años de educación formal. Por el contrario, en el primer quintil de ingresos la incidencia del riesgo muy bajo solo alcanza al 4,8%, y al 7,1% cuando el entrevistado tiene menos de siete años de educación. La situación inversa ocurre con el riesgo muy alto.

Adicionalmente, en el mismo cuadro se presenta la distribución de niños que no viven con el padre según el nivel de riesgo. Es muy evidente el cambio en la incidencia en los distintos tramos. Entre los niños que no residen con su padre, el peso del muy bajo riesgo es de solo el 2,4%, mientras que en los hogares donde el padre está presente el riesgo muy bajo supera levemente al 25% de los niños. Los guarismos del riesgo muy alto alcanzan al 36% en los niños que viven en hogares sin su padre y al 10,6% cuando el padre sí está presente.

Distribución del riesgo en las prácticas de crianza según dimensiones

En lo que sigue, se analizan las distintas dimensiones de las prácticas de crianza en relación con el riesgo. Se identifican situaciones de alto y bajo riesgo estableciendo como umbral la mediana de la proporción de situaciones de riesgo identificadas en cada dimensión. El cuadro IV.3.7 indica la proporción de casos de alto y bajo riesgo en cada dimensión. La proporción de casos de alto riesgo se ubica en un mínimo de aproximadamente 20% en discriminación entre varones y niñas y en interacciones sociales, y un máximo de 45% en participación parental en la toma de decisiones (como es de esperar, muy asociado a la presencia de rupturas familiares dentro del hogar), seguido de la cooperación parental, con 42%.

La incidencia del riesgo alto en cada una de las dimensiones se presenta en los siguientes cuadros, según algunas

Cuadro IV.3.6. Distribución del grado de riesgo en las prácticas de crianza según características del hogar del niño

	Riesgo en las prácticas de crianza (IPCGIEP)					N
	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Intermedio	4 Alto	5 Muy alto	
Años de educación del entrevistado						
<7	0,071	0,140	0,131	0,269	0,388	623
7-9	0,089	0,249	0,199	0,246	0,217	930
10-12	0,218	0,367	0,200	0,146	0,068	835
>12	0,446	0,343	0,130	0,062	0,019	652
Quintil de ingreso del hogar						
1	0,048	0,136	0,188	0,243	0,385	456
2	0,092	0,198	0,183	0,298	0,229	642
3	0,123	0,300	0,184	0,195	0,198	450
4	0,241	0,347	0,179	0,138	0,095	676
5	0,401	0,346	0,134	0,092	0,026	698
Ausencia del padre en el hogar						
No	0,257	0,322	0,167	0,148	0,106	2.286
Sí	0,024	0,142	0,181	0,293	0,360	793

Cuadro III.3.7. Distribución de alto y bajo riesgo por dimensiones de la práctica de crianza (en porcentaje)

	Bajo riesgo	Alto riesgo	Total	N
Límites y reglas cotidianas	80,4	19,6	100,0	3.075
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	58,1	41,9	100,0	3.077
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	55,3	44,7	100,0	3.065
Control de la conducta	59,4	40,5	100,0	3.075
Contexto afectivo de la crianza	67,0	33,0	100,0	3.073
Discriminación entre varones y niñas	82,7	17,3	100,0	3.075
Autonomía temprana	69,5	30,5	100,0	3.075
Interacciones sociales	74,1	25,9	100,0	3.075

características del hogar (cuadro IV.3.8), percepciones de los entrevistados (cuadro IV.3.9) y situación socioeconómica (cuadro IV.3.10). Las aperturas según sexo, región de residencia y meses del niño no muestran diferencias importantes, por lo cual no son presentadas.

Respecto a las características del hogar, en el cuadro IV.3.8 se indica la incidencia de situaciones de alto riesgo en términos de las prácticas de crianza según el número de menores de 4 años que residen en el hogar (uno o más de uno), el total de integrantes del hogar (menos de cinco o cinco y más) y la presencia o ausencia del padre en el hogar. En todas las dimensiones consideradas se observa que la incidencia del alto riesgo es mayor en los niños que no corresiden con su padre. Como fue mencionado, y era de esperar, la mayor diferencia se encuentra en la *cooperación parental* y en la *participación parental en la toma de decisiones* (riesgos en el entorno de 95% y 90%, respectivamente). Un segundo grupo, con diferencias menos importantes según coresidencia con el padre, está integrado por cuatro dimensiones: *control de conducta*, *contexto afectivo de la crianza*, *autonomía temprana* e *interacciones sociales*. En estos casos, los riesgos se ubican en el entorno del 40%.

Son menores las diferencias en *discriminación entre varones y niñas* y en *límites y reglas cotidianas*.

Los hogares muy numerosos muestran en general una mayor incidencia de alto riesgo en las prácticas de crianza de los niños, lo que, al igual que la coresidencia paterna, se encuentra fuertemente asociado a la situación de pobreza de los hogares. Las diferencias se observan tanto si se considera el total de integrantes del hogar como el número de menores de 4 años, aunque de forma más importante en el primero de los casos. Utilizando ambos criterios para identificar el tamaño del hogar, en las dimensiones *discriminación entre varones y niñas* y en el *control de la conducta* se observan diferencias de aproximadamente diez puntos porcentuales en la incidencia del alto riesgo. Se perciben, también, diferencias importantes (de más de veinte puntos porcentuales) en las dimensiones *cooperación* y *participación parental*, aunque solo cuando se discrimina según el total de integrantes del hogar. De hecho, en la dimensión *participación parental* casi no existen diferencias en la proporción de niños con alto riesgo entre hogares donde hay solo uno o más de un niño menor de 4 años. De igual forma, existen diferencias importantes según el tamaño del hogar

Cuadro IV.3.8. Incidencia de alto riesgo según características del hogar del niño por dimensiones de las prácticas de crianza

	Número de menores de 4 años en el hogar		Total de integrantes del hogar		Ausencia del padre en el hogar	
	> 1	1	> 4	< 5	Sí	No
Límites y reglas cotidianas	0,239	0,175	0,239	0,185	0,222	0,188
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	0,435	0,401	0,625	0,356	0,964	0,249
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	0,463	0,431	0,615	0,395	0,891	0,309
Control de la conducta	0,453	0,385	0,498	0,382	0,426	0,399
Contexto afectivo de la crianza	0,368	0,306	0,378	0,314	0,368	0,318
Discriminación entre varones y niñas	0,226	0,146	0,290	0,141	0,255	0,147
Autonomía temprana	0,326	0,296	0,412	0,278	0,389	0,279
Interacciones sociales	0,268	0,255	0,359	0,232	0,336	0,235
N	979	2.040	642	2.391	793	2.286

en las dimensiones *autonomía temprana e interacción social* (diferencias que no se observan en función del número de menores de 4 años residentes en el hogar).

En el cuadro IV.3.9 se muestran las distintas dimensiones en función de un conjunto de respuestas de los entrevistados sobre situaciones de violencia en su pasada infancia, con relación al grado de satisfacción que declaran respecto a su familia, y acerca de si creen que para salir adelante en la vida es necesario el trabajo duro, la suerte o una combinación de ambos factores.

El riesgo de los niños en todas las dimensiones es más alto en los casos en que el entrevistado declara que le pegaron cuando era niño. Las diferencias entre padres que vivieron ambas situaciones son más importantes a la hora de establecer el control de la conducta, donde casi el 50% de los niños que viven con padres que declaran haber sufrido situaciones de violencia en la niñez presentan alto riesgo, mientras la incidencia baja a poco más del 30% cuando los padres declaran que nunca vivieron situaciones de esa naturaleza. En cuanto a los entrevistados que reportan mucha satisfacción con la familia, se encuentran varias dimensiones donde no existen diferencias importantes con aquellos que declaran menor satisfacción; por ejemplo, en *límites y reglas*

cotidianas, en la *discriminación entre varones y niñas* y en las *interacciones sociales*. Por otro lado, en las dimensiones de *cooperación parental y participación parental* las diferencias son importantes. En el primer caso, el riesgo se observa en el 49% de quienes declaran menor satisfacción familiar frente al 37% de los que señalan estar muy satisfechos. En términos de participación parental, el 50% de los niños cuyos padres indican menor satisfacción presentan alto riesgo, proporción que desciende al 41% entre los entrevistados con mucha satisfacción.

Finalmente, cuando se considera la pregunta sobre los factores principales que el entrevistado entiende son importantes para salir adelante, las respuestas son más diversas, aunque en todos los casos la incidencia del riesgo alto es menor entre los niños cuyos padres indican que es el trabajo duro conjuntamente con la suerte lo que explica los resultados. La mayor proporción de niños con riesgos altos se ubica en hogares cuyos padres declaran que es la suerte el principal motivo, aunque en algunas dimensiones los riesgos se asemejan a los de los niños pertenecientes a hogares en los que los entrevistados declaran que la forma de salir adelante es exclusivamente el trabajo.⁴¹ En las restantes dimensiones las diferencias no son muy importantes e incluso en algunos casos llegan a ser nulas.

Cuadro IV.3.9. Incidencia de alto riesgo según percepciones del entrevistado por dimensiones de las prácticas de crianza

	Le pegaron de niño		Mucha satisfacción con la familia		Para salir adelante es necesario...		
	No	Sí	No	Sí	... el trabajo duro	... el trabajo duro y la suerte	... la suerte
Límites y reglas cotidianas	0,172	0,214	0,201	0,197	0,212	0,170	0,277
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	0,378	0,431	0,489	0,368	0,429	0,370	0,548
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	0,395	0,471	0,506	0,410	0,470	0,387	0,581
Control de la conducta	0,318	0,466	0,445	0,394	0,418	0,392	0,549
Contexto afectivo	0,306	0,345	0,352	0,320	0,341	0,310	0,394
Discriminación entre varones y niñas	0,144	0,193	0,175	0,176	0,199	0,120	0,341
Autonomía temprana	0,294	0,319	0,332	0,299	0,345	0,245	0,373
Interacciones sociales	0,249	0,270	0,262	0,263	0,287	0,213	0,363
N	1.088	1.948	1.052	1.979	1.876	1.055	97

41 Por ejemplo, en las dimensiones participación parental (58% versus 47%), cooperación parental (55% versus 43%), discriminación entre varones y niñas (34% versus 20%) y control de conducta (55% versus 42%) son importantes las diferencias en la incidencia del riesgo alto entre quienes creen que el principal determinante de los logros futuros radica exclusivamente en la suerte o el trabajo duro.

Cuadro IV.3.10. Incidencia de alto riesgo según características socioeconómicas del hogar del niño por dimensiones de las prácticas de crianza

	Años de educación del entrevistado				Quintil de ingreso del hogar				
	<7	7-9	10-12	>12	1	2	3	4	5
Límites y reglas cotidianas	0,289	0,228	0,156	0,116	0,291	0,222	0,214	0,164	0,133
Cooperación parental y consistencia en la crianza	0,594	0,536	0,354	0,170	0,652	0,567	0,476	0,339	0,196
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	0,633	0,527	0,413	0,209	0,654	0,561	0,500	0,383	0,254
Control de la conducta	0,486	0,482	0,379	0,272	0,506	0,478	0,433	0,368	0,304
Contexto afectivo de la crianza	0,434	0,359	0,308	0,220	0,422	0,376	0,339	0,300	0,257
Discriminación entre varones y niñas	0,424	0,196	0,089	0,023	0,373	0,245	0,218	0,085	0,038
Autonomía temprana	0,514	0,390	0,211	0,126	0,447	0,394	0,376	0,259	0,137
Interacciones sociales	0,417	0,319	0,183	0,135	0,383	0,332	0,285	0,200	0,163
N	623	930	835	652	456	450	676	698	794

En el cuadro IV.3.10 se presenta la incidencia del alto riesgo en los niños en cada una de las dimensiones, según los años de educación del entrevistado y el quintil de ingresos del hogar. En ambos casos existe una relación monótona y decreciente, ya que a medida que mejora la situación del hogar se reduce la incidencia del riesgo. La intensidad de esta relación es más importante en algunas dimensiones. Por ejemplo, respecto a la cooperación y participación parental se observa que la incidencia en niños cuando el entrevistado alcanzó menos de siete años de educación formal (59% y 63%, respectivamente) es tres veces más alta que cuando el entrevistado superó los doce años de educación (17% y 21%, respectivamente). Esta diferencia se mantiene cuando se compara a los niños que integran hogares pertenecientes al primer y al quinto quintil de ingresos: la incidencia va del 65% en ambos casos al 20% en la cooperación parental y al 25% en la participación parental. La discriminación entre varones y niñas presenta una muy alta incidencia en los casos en que el entrevistado aprobó menos de siete años de educación (casi 42% de los casos), y se reduce a poco más del 2% cuando el entrevistado alcanzó doce años de educación o más. Las diferencias son menos importantes en las dimensiones que refieren fundamentalmente a *límites y reglas cotidianas*, *contexto afectivo de crianza* y *control de conducta*. En estos casos las distancias entre los rangos extremos de las dos variables que describen la situación socioeconómica es de aproximadamente el doble.

IV.3.3. Asistencia a centros de educación preescolar y trayectoria laboral de las madres

En este apartado se describe la asistencia a centros preescolares por parte de los niños incluidos en la muestra y se analiza la relación de estos comportamientos con la trayectoria laboral de las madres. Ambas dimensiones son relevantes en sí mismas y, como lo sugieren diversos estudios previos, están estrechamente vinculadas.

Un gran número de estudios sugiere que existen altos retornos a la educación inicial, en particular para los hogares que experimentan mayores niveles de privación (Cascio, 2013). En efecto, la educación temprana contrarresta las diferencias de origen familiar promoviendo la igualdad de oportunidades en el aprendizaje. Los trabajos más recientes en la literatura económica sobre capital humano argumentan que no solo las habilidades adquiridas en las primeras etapas de la vida tienen rendimientos acumulativos sobre la inversión en capital humano en las etapas siguientes, sino que algunas habilidades son más difíciles de alcanzar después de cierta edad (Cunha et al., 2006; Cunha y Heckman, 2010). Para Uruguay se han encontrado efectos positivos de la expansión del sistema preescolar, tanto sobre los años culminados en la educación formal como sobre la permanencia en el sistema educativo (Berlinski et al., 2008; Borraz y Cid, 2013). Mullen y Vairo (2014) encuentran que la expansión preescolar de los años noventa logró disminuir la probabilidad tanto de rezagarse como de desertar del sistema educativo, especialmente en la cohorte de 4 años.

Asimismo, en las últimas décadas, los cambios en los arreglos familiares y la progresiva inserción de las mujeres en el mercado de trabajo han derivado en una tensión creciente en la distribución del tiempo entre trabajo remunerado y no remunerado, especialmente entre las mujeres, quienes siguen siendo las principales encargadas de las tareas de cuidado y del hogar (Loutfi, 2001). En Uruguay, por ejemplo, Salvador (2007a, 2007b, 2009) y Batthyány (2009) analizan la relación entre el cuidado de niños y ancianos y el trabajo no remunerado a partir de la información sobre *uso del tiempo libre* disponible en la ECH para 2007. Concluyen que las tareas vinculadas al cuidado de los niños recaen principalmente sobre las mujeres, lo que condiciona, entre otros aspectos, su inserción en el mercado laboral. En este contexto, la falta de servicios de cuidado universales o de ayudas públicas para facilitar la conciliación entre la vida familiar y la laboral reproduce las desigualdades sociales y de género.

Según datos que surgen de la ENDIS, solo un tercio de los niños menores de 4 años asiste o asistió a un centro educativo o de cuidados (cuadro III.3.11). Como era de esperar, este porcentaje es creciente con la edad. En tanto el 21,3% de los niños que no cumplieron 1 año concurre a un centro de cuidado, este porcentaje trepa a 62% entre los niños de 3 años. Cabe señalar que del total que declara asistir o haber asistido, más del 75% en todos los tramos de edad indica estar asistiendo actualmente (84,4% en promedio). No se registraron diferencias por sexo (cuadro A.19. del Anexo).

Cuadro IV.3.11. Asiste o asistió a un centro educativo o de cuidados según edad en años cumplidos

Edad	Sí	No	Total
0	21,3	78,7	100,0
	12,2	29,4	22,6
1	36,1	63,9	100,0
	32,8	37,8	35,8
2	49,9	50,1	100,0
	42,6	27,9	33,7
3	62,0	38,0	100,0
	12,5	5,0	8,0
Total	39,5	60,5	100,0
	100,0	100,0	100,0

(N=3.077)

En promedio, los niños que asisten actualmente a un centro de cuidados (33,7) comenzaron a asistir a los 13 meses. La asistencia es levemente mayor en el interior que en Montevideo (42,6% y 36,3%, respectivamente) (cuadro A.20. del Anexo).

La mayor parte de los respondientes indicó que envía a los niños a un centro de cuidados porque considera que es bueno para el niño (58,8%). Le sigue en importancia el hecho de que la madre trabaje (27,2%). Estos motivos son los principales para todos los tramos educativos de la madre (cuadro A.21. del Anexo).

La principal razón esgrimida para no enviar a los niños a un centro de cuidados radica en que los niños son muy pequeños aún (34,2%); la gran mayoría de las madres que señalan este motivo tienen hijos de un año o menos (77%). El segundo motivo señalado es que no necesita enviar a su hijo a un centro de cuidados porque lo cuida ella misma (33,8%). Nuevamente, no hay diferencias importantes por nivel educativo de la madre en estas dos respuestas.

Un aspecto relevante en este punto consiste en si existen o no opciones de cuidado en el barrio o cercanas al barrio de residencia. Solo la mitad de las madres (51,7%) piensa que existen opciones de cuidado en el barrio donde residen o cerca de allí. En este caso existen diferencias apreciables por región (57% en el interior y 44% en Montevideo).

Asimismo, 35,6% de los que residen en el interior señala no disponer de opciones de cuidado en las cercanías de su residencia, en tanto ese porcentaje asciende a 42,6% en la capital. Cuando se discrimina por condición de pobreza, 56,8% de los hogares pobres señala disponer de opciones de cuidado cercanas, frente a un 50% en el caso de los no pobres. Es muy similar por región la proporción que responde que existen opciones pero no hay cupos (en torno a 5%).

El porcentaje de niños menores de 4 años que asiste a un centro educativo es creciente con los años de educación de la madre (cuadro IV.3.12). Asimismo, del total de niños que asisten, 80,5% reside en hogares con ingresos por encima del umbral de pobreza (cuadro A.22. del Anexo). En este caso, las diferencias por región son pequeñas.

Cuadro IV.3.12. Asistencia actual a un centro de cuidados por nivel educativo de la madre

Años de educación de la madre	Asiste		Total
	No	Sí	
0 a 6 años	75,4	24,6	100,0
	22,3	14,5	19,7
7 a 9 años	71,1	28,9	100,0
	32,2	26,1	30,1
10 a 12 años	62,6	37,4	100,0
	24,9	29,6	26,5
más de 12 años	57,9	42,2	100,0
	20,6	29,9	23,7
Total	66,6	33,4	100,0
	100,0	100,0	100,0

(N=3.077)

El 59,7% de los niños que asisten a un centro preescolar concurre a un centro público, incluyendo en esta categoría a los centros CAIF (cuadro A.23. del Anexo). Es posible que la fuerte presencia de CAIF en las zonas de menor nivel socioeconómico explique que sean estos hogares los que señalan en mayor medida que disponen de centros de cuidado cercanos a su zona de residencia. Como era de esperar, aquí existen importantes diferencias por condición de pobreza. En tanto los niños en hogares pobres asisten en un 90,7% a un centro público, este porcentaje desciende a 52,4% entre los niños de hogares no pobres (cuadro IV.3.13).

Cuadro IV.3.13. Tipo de centro al que asiste y condición de pobreza

	Tipo de centro			Total
	Pobre	Privado	Público	
No	47,6	52,4	100,0	
	95,5	70,4	80,4	
Sí	9,3	90,7	100,0	
	4,5	29,6	19,6	
Total	40,1	59,9	100,0	
	100,0	100,0	100,0	

(N=1.161)

Los niños mayoritariamente se trasladan caminando hasta el centro de cuidados (53,6%). Le sigue en importancia el traslado en auto (21,6%). Existen en este caso algunas diferencias entre regiones. En tanto en Montevideo el 60,9% de los entrevistados declara trasladarse a pie, este porcentaje cae a 49,1% en el interior. Esta diferencia es compensada en el interior por las opciones

en bicicleta (9,1%) y en moto (14%), que presentan una frecuencia muy baja en la capital. Estos datos indicarían que los padres eligen mayormente centros de cuidado cercanos al hogar. El tiempo promedio destinado a llevar a los niños al centro de cuidados es de 11 minutos, con un máximo de 75 minutos. No hay diferencias importantes por región o condición de pobreza.

El número de horas semanales que asisten los niños al centro de cuidado se encuentra en torno a las 13 en el caso de los niños de 0 a 1 año, sube a 18 para los niños de 2 años y a 22 horas en los de 3 años. En tanto 47% de los niños que no cumplieron un año asisten menos de 5 horas semanales a un centro de cuidados, este porcentaje desciende a 6,8% en el caso de los niños de 3 años (cuadro IV.3.14). Casi 80% de los niños de 0 a 3 años asiste 20 horas o menos.

Cuadro IV.3.14. Número de horas semanales de permanencia en centros de cuidado según edad e intervalo de horas (en porcentaje)

Edad	Horas que asiste						Total
	5 o menos	6 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	40 o más	
0	47,0	0	39,6	9,0	1,7	2,8	100,0
	16,4	0	10,4	9,4	2,4	12,6	11,5
1	50,0	4,3	25,9	11,2	6,5	2,1	100,0
	48,4	62,7	18,9	32,6	25,8	26,7	31,8
2	24,4	1,3	51,6	10,8	9,2	2,8	100,0
	32,5	24,9	51,8	43,3	50,5	48,6	43,7
3	6,8	2,1	63,3	12,4	13,1	2,4	100,0
	2,7	12,4	18,9	14,8	21,3	12,1	13,0
Total	32,9	2,2	43,6	10,9	8,0	2,5	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N=1.161)

Si bien la cantidad de horas que asisten los niños a un centro de cuidados es reducida, el 68,4% de las madres considera que el horario del centro de cuidados es compatible con su horario de trabajo (cuadro IV.3.15). Se registra un mayor grado de conformidad entre las mujeres de nivel educativo alto. El hecho de que las madres menos calificadas señalen en mayor medida que el horario del centro de cuidados es corto o que cierran muy temprano es consistente con que envían en promedio 3 horas menos a sus hijos al jardín. Es posible que esto esté vinculado al hecho de que sus hijos concurren a centros públicos de cuidado o CAIF, con horarios más restringidos.

Cuadro IV.3.15. Compatibilidad entre el horario del centro de cuidados y el empleo de la madre por nivel educativo de la madre

	Sí	No, el horario es corto	No, abren muy tarde	No, cierran muy temprano	NS/NC	Total
0 a 6 años	56,5	17,3	0	20,3	6,0	100,0
	11,9	15,0	0	29,3	20,5	14,5
7 a 9 años	61,7	18,3	1,3	14,3	4,3	100,0
	23,5	28,6	45,6	37,3	26,6	26,1
10 a 12 años	71,8	16,0	0,8	7,8	3,6	100,0
	31,2	28,4	33,7	23,2	24,9	29,6
Más de 12 años	76,4	15,4	0,5	3,4	4,0	100,0
	33,4	28,1	20,7	10,2	28,0	29,9
Total	68,4	16,7	0,7	10,0	4,2	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N=1.161)

Las madres que trabajan lo hacen en promedio 32 horas semanales en todos sus empleos, con diferencias importantes por categoría de ocupación (cuadro IV.4.16). Cabe señalar que 40,7% de las madres que trabajan señalan que estarían dispuestas a trabajar más horas, pero no consiguen más trabajo (11,5%) o sus responsabilidades familiares no se lo permiten (22,4%) (el 6,8% restante esgrime otros motivos). Las mujeres que declaran no conseguir más horas trabajan en promedio 26 horas semanales, en tanto las que no trabajan más horas por motivos familiares lo hacen en promedio 27 horas.

Cuadro IV.4.16. Categoría de ocupación y horas promedio trabajadas por las madres en todos sus empleos

	% de madres	Horas promedio
Asalariado privado	54,0	35,3
Asalariado público	21,8	32,9
Miembro de cooperativa de producción	0,6	35,0
Patrón	3,4	34,6
Cuenta propia sin local o inversión	11,1	23,6
Cuenta propia con local o inversión	4,7	34,1
Miembro del hogar no remunerado	2,5	21,0
Programa social de empleo	0,8	32,6
NS/NC	1,1	22,4
Total		32,6

(N=1.818)

IV.3.4. Distribución de tareas dentro del hogar

Las tareas del hogar suelen estar repartidas de manera inequitativa y recaen mayormente en las mujeres, según lo consignan distintos estudios (Batthyány, 2010). Como se comentó en el apartado III.3.1, el cuidado de los niños lo asumen mayoritariamente las mujeres, quienes cuentan con distintos niveles de apoyo por parte de sus parejas u otros involucrados, dependiendo de las características del hogar.

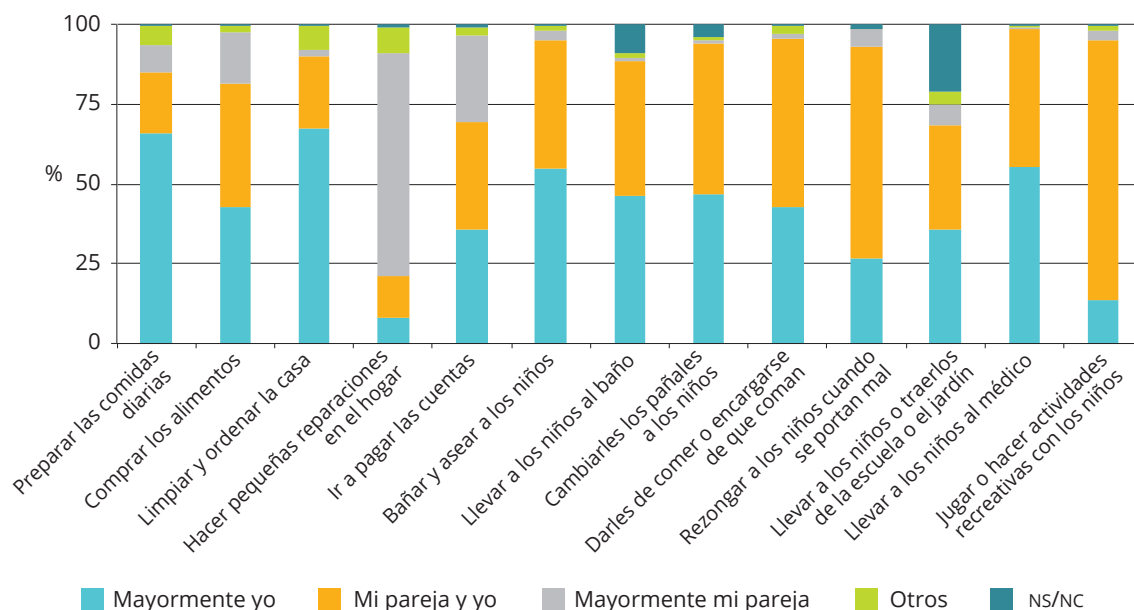
En cuanto a las horas dedicadas a la realización de tareas domésticas, excluyendo las que tienen que ver con el cuidado de los niños, los resultados de la encuesta arrojan que las mujeres encuestadas dedican en promedio 23 horas semanales al trabajo dentro del hogar (cuadro IV.3.17). El promedio de horas es mayor entre las que viven en pareja (23,8), las que tienen menos de 10 años de educación formal (25,2) y las pertenecientes a hogares pobres (25,8). La combinación de situaciones de mujeres de estratos socioeconómicos bajos y con pareja en el hogar arroja como resultado un valor promedio de más de 26 horas semanales dedicadas a las tareas domésticas. Por el contrario, las mujeres con nivel educativo alto y en situación económica favorable dedican a estas tareas un número menor de horas, que se reduce aún más en el caso de las que no tienen pareja. Por otra parte, el volumen de horas dedicadas a estas tareas es mucho mayor entre las mujeres que no trabajan fuera del hogar.

Cuadro IV.3.17. Promedio de horas dedicadas por las mujeres encuestadas a las tareas domésticas (excluido el cuidado de los niños)

	Total	Con pareja	Sin pareja
Educación			
Hasta 9 años	25,2	26,8	21,5
10 a 12 años	23,5	24,9	16,1
13 y más años	17,9	18,0	16,6
Pobreza			
No pobre	21,9	22,7	18,1
Pobre	25,8	27,4	22,8
Trabajo fuera del hogar			
30 y más horas por semana	19,1	19,0	19,5
Hasta 30 horas por semana	22,6	23,5	17,9
No trabaja	27,1	28,4	21,7
Total	23,0	23,8	19,9

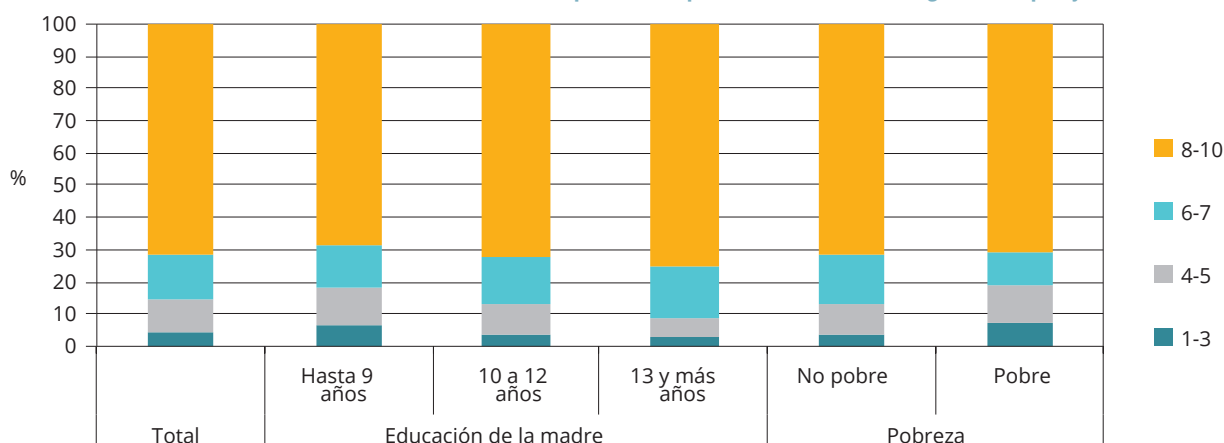
(N total=2.890; Nivel educativo=2.871; Condición de pobreza=2.888; Trabajo=2.832)

Gráfica IV.3.2. Reparto de tareas dentro del hogar entre la madre y su pareja (solo para las mujeres con pareja en el hogar)



(N=2.268)

Gráfica IV.3.3. Satisfacción con la forma en que están repartidas las tareas del hogar con su pareja



(N total=2.266; Nivel educativo=2.254; Condición de pobreza=2.2264)

Al revisar el reparto de las tareas en aquellos hogares donde la mujer vive con su pareja⁴² (gráfica IV.3.2), se observa que las mujeres absorben la mayor parte de la responsabilidad en tareas como preparar las comidas diarias, limpiar y ordenar la casa, bañar y asear a los niños o llevarlos al médico. Los hombres, en cambio, asumen en el 70% de los casos las reparaciones en el hogar. Hay otro conjunto de tareas que suelen asumirse de manera algo más igualitaria entre

hombres y mujeres, como comprar alimentos, ir a pagar las cuentas, rezongar a los niños cuando se portan mal o jugar o realizar actividades recreativas con ellos. En los hogares pobres y de mujeres con educación baja la segmentación de las tareas en función del género aparece incluso de manera más intensa (véase el cuadro A.24 del anexo).

Asimismo, las mujeres ocupadas suelen recibir mayor apoyo a la hora de realizar las tareas del hogar, tal como se aprecia en el cuadro IV.3.18. Por ejemplo, para bañar y asear a los niños o llevarlos al médico, las mujeres encuestadas que trabajan 30 y más horas fuera del hogar

42 Los datos sobre reparto de tareas en el hogar refieren exclusivamente a los hogares donde padre/madre del niño vive con su pareja en el hogar.

declaran compartir esta tarea con sus parejas en la mitad de los casos, mientras que entre las madres no ocupadas el porcentaje que menciona que esas tareas son llevadas a cabo de manera equitativa por ambos integrantes de la pareja es de 26,9% y 33,9%, respectivamente. Si bien también se registran diferencias a la hora de revisar la

distribución de responsabilidades en la elaboración de comidas y la limpieza de la casa en función de si las mujeres trabajan fuera del hogar, en estas dos tareas se observa que la carga recae fuertemente sobre ellas, incluso cuando tienen una carga alta de horas de actividad laboral.

Cuadro IV.3.18. Reparto de tareas dentro del hogar entre la madre y su pareja (solo para las mujeres con pareja en el hogar)

	Trabajo fuera del hogar		
	30 y más horas por semana	Menos de 30 horas por semana	No trabaja
Preparar las comidas diarias			
Mayormente yo	55,5	68,0	74,6
Mi pareja y yo	24,2	21,9	13,3
Mayormente mi pareja	12,2	6,0	6,6
Otro (mujer)	5,2	2,9	4,5
Otro (hombre)	0,2	0,0	0,8
Servicio doméstico o niñera	2,4	1,0	0,1
NS/NC	0,2	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Limpiar y ordenar la casa			
Mayormente yo	51,8	65,7	83,0
Mi pareja y yo	31,6	23,4	14,1
Mayormente mi pareja	4,3	1,7	0,6
Otro (mujer)	5,2	2,0	1,5
Otro (hombre)	0,1	0,0	0,0
Servicio doméstico o niñera	6,9	6,7	0,5
NS/NC	0,2	0,5	0,4
Total	100,0	100,0	100,0
Bañar y asear a los niños			
Mayormente yo	41,5	51,6	69,8
Mi pareja y yo	51,1	42,7	27,9
Mayormente mi pareja	5,2	3,7	1,5
Otro (mujer)	1,1	0,3	0,7
Servicio doméstico o niñera	0,9	1,4	0,0
NS/NC	0,3	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Llevar a los niños al médico			
Mayormente yo	46,8	51,7	65,4
Mi pareja y yo	51,5	47,6	33,9
Mayormente mi pareja	1,0	0,2	0,2
Otro (mujer)	0,5	0,0	0,4
Otro (hombre)	0,1	0,0	0,0
NS/NC	0,2	0,5	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

(N=2.225)

En el formulario de la encuesta, se les pidió a los entrevistados que señalaran cuán satisfechos estaban con la forma en que se reparten las tareas del hogar con su pareja en una escala de 10 puntos, en la que 1 es nada satisfecho y 10 completamente satisfecho. Como se observa en la gráfica IV.3.3, el grado de satisfacción con la forma en que están repartidas las tareas con la pareja no presenta diferencias por grupos socioeconómicos. Las madres se encuentran muy satisfechas en más del 70% de los casos. Es decir, tanto en el caso de las menos educadas, entre las que la mayor carga de las tareas domésticas recae sobre la madre del niño, como en aquellos hogares más aventajados, en los que el reparto es algo más equitativo, el nivel de satisfacción declarado por las mujeres es similar. No obstante, se aprecia un mayor nivel de disconformidad entre las mujeres que no trabajan fuera del hogar, quienes asumen fuertemente la carga de tareas domésticas y reciben escaso apoyo de sus parejas (véase la gráfica A.1 del anexo).

Dado que las madres recientes se encuentran en el período de crianza más exigente en términos de atención y cuidados infantiles, llaman la atención los altos niveles de satisfacción con la división de tareas domésticas, en particular porque, aun en los hogares en los que el reparto es más equitativo, la responsabilidad continúa siendo mayoritariamente de las madres.

IV.4. SALUD INFANTIL

En esta sección se presenta un análisis de la realización y periodicidad de controles de salud y la prevalencia de algunas enfermedades (IV.4.1). Luego se presentan los resultados obtenidos con relación al estado nutricional de los niños (IV.4.2), la presencia de anemia (IV.4.3) y la seguridad alimentaria (IV.4.4).

IV.4.1. Controles de salud y prevalencia de enfermedades

Un primer aspecto a considerar es la cercanía de los hogares a los centros de salud donde se atienden los niños. El 61,7% de los entrevistados declara vivir a más de un kilómetro.

El promedio, es de cinco kilómetros y medio de distancia, sin diferencias por condición de pobreza. En cuanto a los tiempos de espera a la hora de atenderse en un centro de salud, 54,1% afirma aguardar menos de media hora, 75,1% menos de una hora y 86,6% menos de dos horas. En este caso, existen diferencias por condición de pobreza. En tanto los entrevistados en hogares pobres señalan en un 64,6% de los casos esperar una hora o menos, este porcentaje asciende a 78,6% en el caso de los no pobres. No hay diferencias ni en distancias ni en tiempos de espera entre habitantes de Montevideo y el interior del país. Sí se observan diferencias por tipo de prestador de salud. El 82,8% de los usuarios de la salud privada (mutualistas y seguros privados) indican tiempos de espera de una hora o menos; este porcentaje desciende a 63,4% en el caso de los prestadores públicos.

Pese a las posibles dificultades enfrentadas a la hora de desplazarse hacia el centro de salud o a los tiempos de espera, es alto el porcentaje de niños que son controlados en forma adecuada. En efecto, la amplia mayoría de los niños cuenta con carné de vacunas (96,8%) y carné de salud del niño (99%). La casi totalidad de las entrevistadas (95,7% en el primer caso y 97,4% en el segundo) accedió a mostrárselo al encuestador, a efectos de que copiase algunos datos. Este resultado indica que el carné de salud, que es obligatorio en todo el país desde 1978 (Ley 14852), es un elemento ampliamente difundido en la población. En los niños en edad escolar y que asisten a centros preescolares, otras normas —como el requisito de la presentación del carné de salud del niño para la inscripción en el jardín de infantes y al ingreso de cada año escolar— contribuyen a difundirlo en toda la población. Es además el único documento de validez nacional que certifica la aptitud para la realización de actividades físicas y recreativas hasta los 12 años.

Asimismo, es alto el porcentaje de niños que fueron atendidos durante las primeras semanas de vida. En efecto, al 85,4% de los menores de 4 años se les realizó el primer control médico en la primera semana de vida o antes, y al 93% en las primeras dos semanas (cuadro IV.4.1). Los porcentajes no muestran grandes cambios cuando se considera la condición de pobreza (cuadro A.25 del Anexo).

Cuadro IV.4.1. Tiempo después del nacimiento en que recibió el primer control, por nivel educativo de la madre

Tiempo antes del primer control	Años de educación formal aprobados por la madre				Total
	0 a 6	7 a 9	10 a 12	Más de 12	
Antes de la semana	18,6	28,1	23,7	29,6	100,0
	15,1	14,8	14,0	19,4	15,7
1 semana	18,8	29,7	27,8	23,8	100,0
	67,3	69,1	72,8	70,0	69,7
2 semanas	25,0	32,5	24,7	17,8	100,0
	9,8	8,2	7,0	5,6	7,6
3 semanas	22,1	46,1	22,7	9,3	100,0
	0,9	1,2	0,7	0,4	1,2
1 mes o más	26,3	46,8	20,0	6,9	100,0
	1,7	1,9	0,9	0,4	1,2
Quedó internado	20,7	25,4	25,8	28,2	100,0
	4,7	3,8	4,3	5,2	4,4
Nunca lo llevó	0	57,0	0	43,0	100,0
	0	0,2	0	0,2	0,1
NS/NC	25,2	55,2	19,6	0	100,0
	0,6	0,8	0,3	0	0,4
Total	19,4	29,6	26,7	24,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(N=3.077)

Para el 94% de los niños se dispone de la fecha del primer control de salud tomada por el encuestador del carné del niño, lo cual permite verificar la información declarada por el entrevistado. Tomando los datos del carné, se encuentra que el 89% de los niños se realizó el primer control en las dos primeras semanas de vida (90% de los no pobres y 86% de los pobres). Asimismo, el 95% se lo había realizado antes del primer mes de vida (no se encuentran diferencias por condición de pobreza). Por lo tanto, puede concluirse que el nivel de atención en el primer mes es muy elevado. No obstante, la recomendación del Programa de Atención al Niño impresa en el carné de salud es que el primer control se realice antes del décimo día de vida (entre el sexto y el noveno día). Si se considera este umbral, se encuentra que el 74,9% controló a su hijo antes del día 10.

En promedio, un 56,7% de los controles fueron realizados en un prestador privado y 38,4% en uno público (cuadro IV.4.2). Estos porcentajes se invierten cuando se considera la condición de pobreza y no existen diferencias por región.

Cuadro IV.4.2. Realización del primer control por tipo de prestador de salud y condición de pobreza

Prestador	Pobre		Total
	No	Sí	
Privado	91,9	8,1	100,0
	69,4	18,4	56,7
Público	49,6	50,4	100,0
	25,4	77,6	38,4
NS/NC	79,6	20,4	100,0
	5,2	4,0	4,9
Total	75,0	25,0	100,0
	100,0	100,0	100,0

(N=3.077)

Según la OMS, hasta 2011 alrededor del 5,4% de los niños de entre 0 y 17 años presentaba una discapacidad y 0,7% de ellos una discapacidad grave. En el país, los datos oficiales sobre la discapacidad son muy recientes y provienen de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad desarrollada en el 2004, del Módulo Salud de la Encuesta Continua de Hogares Ampliada del 2006 y, más recientemente, del Censo de Población del 2011 (UNICEF, 2013).

Según los datos del Censo, que utiliza una definición de discapacidad acorde con las definiciones internacionales, la población de 0 a 17 años presenta en un 5,6% alguna discapacidad, prevalencia similar al de la población infantil mundial. En el tramo de 0 a 4 años este porcentaje se ubica en 1,5% (UNICEF, 2013).

En la ENDIS se relevaron las discapacidades de los niños de forma similar al Censo de Población 2011. Se encuentra que el 1,9% de los niños de entre 0 y 4 años presenta limitaciones para oír, ver o movilizarse, porcentaje algo superior al registrado en el Censo. Un 0,4% presenta limitaciones para ver, y el valor es similar en el caso de las dificultades para oír y para usar brazos o manos. En tanto, las dificultades para caminar alcanzan al 0,7% de los niños. En el censo 2011 estos porcentajes fueron 0,5% para ver, 0,3% para oír y 0,7% en conjunto las discapacidades físicas (UNICEF, 2013). Las diferencias parecen concentrarse en una mayor prevalencia de discapacidades físicas.

La ENDIS reveló que un 0,2% de los niños de entre 0 y 3 años presenta síndrome de Down. La prevalencia internacional de esta enfermedad es de un 0,14% (1 cada 700 nacimientos). Finalmente, un 5% de los niños menores de 4 años presentó alguna enfermedad congénita al nacer.⁴³ El 10,9% de los niños nació antes de las 37 semanas de embarazo. Conjuntamente con las enfermedades congénitas, la prematuridad es un factor de riesgo para la salud infantil y una causa relevante de muerte neonatal.

Con relación a la morbilidad reciente, el 46,6% de los niños presentó, en las tres semanas previas a la encuesta, algunos síntomas como fiebre, tos o vómitos, y el 43% de los entrevistados afirmó haber solicitado consejo a algún centro de salud, farmacia, vecinos o amigos. Cuando se distingue entre niños prematuros y nacidos a término, se encuentra que, en tanto el 52,7% de los niños que nacieron prematuros presentaron algún síntoma de enfermedad, entre los que nacieron a término este porcentaje fue de 45,5%.

Cuando se consulta al entrevistado sobre quién cuidó al niño cuando estuvo enfermo por última vez, 55,5% señala como primera opción que fue la madre o la pareja del padre y 39% que fue el padre o la pareja de la madre. Le siguen en importancia las abuelas, con casi 2%. Los hogares por encima del umbral de pobreza responden en un 42% que lo cuidó el padre y en un 52,4% la madre. En el caso de los hogares en situación de pobreza, los valores fueron 31,2% y 64,2%, respectivamente.

Solo un 3% de los niños ha recibido asistencia psicológica y menos de 1% asistencia psiquiátrica. Estos porcentajes son crecientes con la edad: llegan a 8,5% y 2% entre los niños de 3 años. También son mayores en los hogares no pobres (cuadro A.26 del anexo). Un 38% recibió asistencia odontológica, aunque el porcentaje también es creciente con la edad, ya que llega a 67% en el caso de los niños de 3 años. Los porcentajes caen bastante para las personas que viven en hogares en condición de pobreza, en los cuales los valores fueron 25,4% y 42,3% respectivamente. Finalmente, 11,8% de los niños recibió orientación de nutricionista, con ligeras diferencias por

condición de pobreza (13,8% entre niños en condición de pobreza y 11% en el resto).

Finalmente, en lo que refiere a los accidentes, 31,8% señala que el niño tuvo algún tipo de accidente en los últimos 12 meses: 91,1% en su casa, 6,4% en la calle y 2,4% en el centro educativo. Los accidentes más frecuentes son las caídas (29,5% de los niños sufrió al menos una), seguidos en mucho menor medida por las quemaduras (3,4% de los niños sufrieron quemaduras).

IV.4.2. Situación nutricional y seguridad alimentaria del hogar

Dentro del contexto latinoamericano, Uruguay se encuentra en una fase muy adelantada de la transición epidemiológica y no escapa a la epidemia actual de obesidad, la cual está comenzando en edades muy tempranas. Como se señaló, la obesidad está asociada a la aparición de enfermedades crónicas del adulto, como las enfermedades del sistema circulatorio y la diabetes tipo 2.

En Uruguay no existían estudios representativos del total de la población de niños menores de 4 años que permitieran conocer en detalle su situación en términos de nutrición y vincularla con sus determinantes socioeconómicos. Como se indicó en la revisión de antecedentes, los estudios nutricionales de representación nacional previos fueron realizados para menores de 2 años.

La ENDIS brinda información valiosa para la descripción de los desempeños nutricionales y los factores a ellos asociados, como el peso al nacer, las prácticas de lactancia exclusiva, la calidad de la alimentación complementaria, las prácticas de alimentación de las familias, el nivel de inseguridad alimentaria en el hogar y los factores socioeconómicos asociados con estos desempeños. En este apartado se presenta una caracterización de la situación nutricional de los niños, las prácticas de alimentación y las condiciones de seguridad alimentaria de los hogares.

Situación nutricional

Se analizó el estado nutricional de los niños y se prestó especial atención a la doble carga de malnutrición (desnutrición y retraso de talla) y exceso de peso (sobrepeso y obesidad) de acuerdo a diferentes variables y rutinas re-

⁴³ Dentro de este grupo, las enfermedades cardíacas alcanzaron al 28,5% de los casos, las respiratorias al 23,4%, las malformaciones o anomalías congénitas al 31,3%, mientras que 1,4% presentó displasia de cadera; el 15% restante corresponde a otras enfermedades.

lacionadas con las instancias de alimentación, tales como interacciones con el niño, mirar TV a la hora de comer o comer acompañado.

El 10,6% de los niños nacieron en edad prematura. La media del peso al nacer por recordación del entrevistado o registrado del carné de salud del niño fue de 3.293,0 gramos⁴⁴ y la incidencia del bajo peso al nacer correspondió a 7,2%, valor levemente menor al reportado por el MSP (2012), el cual fue de 8,1% (cuadro IV.4.3). El 17,6% de los niños se ubicó entre 2.500 y 2.999 gramos, lo que se denomina *peso insuficiente*, ya que presentan mayor riesgo de alteraciones de salud que aquellos que nacen con 3.000 gramos o más. El 8,4% de los niños nacieron con un peso mayor de 4.000 gramos, lo que se denomina *macrosomía* y es también un factor de riesgo para la salud infantil. No se encontraron diferencias significativas por tramo de edad del niño, situación socioeconómica de los hogares ni región de residencia.

Cuadro IV.4.3. Distribución del peso al nacer

Peso al nacer	%
Bajo peso	7,2
Peso insuficiente	17,6
Peso normal	63,9
Macrosomía	8,4
NS/NC	2,9
Total	100,0

(N=3.077)

Se analizó la prevalencia del bajo peso al nacer según la edad materna y el nivel de pobreza del hogar. De estas dos variables, la edad fue la que mostró diferencias, al aumentar la prevalencia en las madres más jóvenes y las mayores de 34 años (cuadro IV.4.4).

Cuadro IV.4.4. Peso al nacer según edad materna

Edad materna	Bajo peso
	%
Menor de 20 años	7,95
20 a 34 años	5,95
Mayor de 34 años	11,7

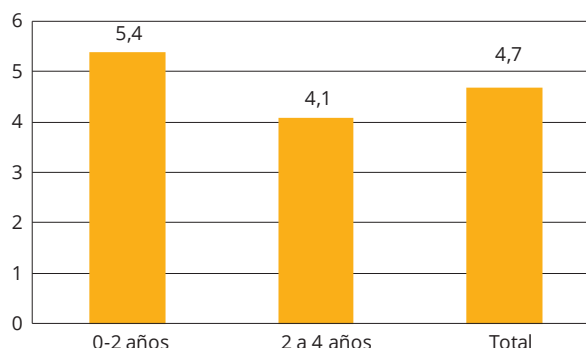
(N=2.843)

La talla expresa el resumen de la situación nutricional del niño hasta ese momento. El 4,7% de los niños encuestados de 0 a 3 años presentó retraso de talla para la edad (índi-

ce z por debajo de -2 desvíos estándar), valor más bajo que los históricamente encontrados en otros estudios en el país (MSP-MIDES-RUANDI-UNICEF, 2011; MSP-UNICEF-RUANDI, 2007). Si se excluyen del análisis los niños menores de 2 años que nacieron prematuros, el valor del retraso de talla baja a 4,3%. Estos valores se asemejan a los encontrados en los Censos Nacionales de Talla de primer año escolar en niños de 6 años (4,1%) (ANEP, 2003) y en la Encuesta de Situación Nutricional de los Niños, que halló valores similares para niños de la misma edad (Amarante et al., 2004). Una posible explicación de estas diferencias podría encontrarse en cuestiones metodológicas, ya que los estudios anteriores fueron realizados en los servicios de salud cuando los niños acudían al control y no en población general en el ámbito del hogar.

Cuando se analizan las cifras de retraso de talla por edades se observa que los niños menores de 2 años presentan un mayor retraso de talla (5,4%) que los niños de 2 a 3 años (4,1%). Al observar otros países de Latinoamérica, el fenómeno por edad es similar al encontrado en Uruguay (Freire et al., 2014; Atalah et al., 2014).

Gráfica IV.4.1. Prevalencia del retraso de talla por edad



(N=2.726)

La desagregación de los datos por variables socioeconómicas y sanitarias puso de manifiesto ciertas disparidades. El 11,7% de los niños que nacieron con bajo peso presentó retraso de talla. Entre los niños que integran hogares en situación de pobreza de ingresos, el indicador alcanza a 7,4%, al tiempo que se reduce a 3,7% entre los hogares que superan el umbral de pobreza. Al igual que en estudios previos, se hallaron diferencias por sexo: es mayor el retraso de talla entre los varones que entre las niñas (cuadro IV.4.5). Cabe destacar que para este análisis se excluyeron los niños menores de 2 años que nacieron prematuramente.

44 El intervalo de confianza de la medida al 95% es 3.290,2-3.295,7 gramos.

Cuadro IV.4.5. Retraso de talla según variables sanitarias, condición de pobreza, sexo y región

Retraso de talla		%
Peso al nacer (N=2.726)	Bajo peso	11,7
Pobre (N=2.723)	Sí	7,4
	No	3,7
Sexo (N=2.726)	Niñas	3,7
	Varones	5,5
Región geográfica (N=2.726)	Montevideo	4,9
	Interior	4,5

La desnutrición actual de los niños es denominada *emaciación* en la bibliografía. Internacionalmente, el peso para la edad se utiliza como un buen indicador únicamente para los niños menores de un año, y en esta encuesta se detectó que 1,4% se encontraba por debajo de -2 desvíos estándar. Para los niños de entre 1 y 2 años, el indicador recomendado es el peso para la talla, cuyo valor hallado también es muy bajo: 0,9% de déficit. La OMS recomienda el IMC para la evaluación de los niños mayores de 2 años. En este caso se encontró que 0,9% se ubicaba por debajo de -2 desvíos estándar. Estos resultados muestran que la emaciación no es un problema de salud pública en el Uruguay. La evaluación según la situación socioeconómica de los hogares no arrojó diferencias significativas.

En cuanto al exceso de peso, cuando el peso de los niños se encuentra entre 2 y 3 desvíos estándar se denomina *sobrepeso*, y cuando excede los 3 desvíos se denomina *obesidad*. Ambas categorías son importantes para el análisis de la salud en la infancia. En este informe varias veces se presentará el valor de ambas categorías sumadas: sobrepeso y obesidad.

En la muestra relevada por la ENDIS se encontró que el 10% de los niños menores de 2 años presentan sobrepeso y obesidad utilizando el indicador *peso/talla*. En cuanto a los niños mayores de 2 años, con base en el IMC se encontró que un 11,1% presentaba sobrepeso y obesidad. Para ambos indicadores, el porcentaje de obesidad (mayor de 3 desvíos estándar) fue similar: 1,7% para peso/talla y 2,3% para IMC.

Se encontró un porcentaje mayor de sobrepeso y obesidad en los niños que residen en Montevideo en comparación con los del interior, tanto para el peso/talla (10,8% y 9,5% respectivamente) como para el IMC (13,3% y 9,9% respectivamente).

En cuanto a las diferencias según la situación socioeconómica de los hogares, los niños en hogares en condición de pobreza presentaron un 9,0% de sobrepeso, mientras que en los hogares por encima del umbral la proporción alcanzó a un 10,4%. Cuando se analiza el sobrepeso y obesidad en función del peso al nacer, se destaca que solamente el 2,7% de los niños con sobrepeso nacieron con bajo peso y un 11,3% fueron macrosómicos. No se encontraron diferencias por sexo.

Si se compara el estado nutricional y el retraso de talla de los niños uruguayos con los de otros países, se destaca que, en cuanto al retraso de talla, Uruguay es de los países con menor prevalencia, al igual que Chile. En ese caso, el valor es aún menor: 1,9% para los niños de 1 a 4 años y 2,3% en los niños menores de 1 año (cuadro IV.4.6).

En cuanto a sobrepeso y obesidad, Uruguay presenta una prevalencia de 10,5% (valor promedial de los niños de 0 a 3 años), lo que lo ubica como uno de los países con mayor incidencia en la región, al igual que Chile, país que presenta un 9,4% en los niños de 1 a 4 años (cuadro IV.4.6).

Cuadro IV.4.6. Comparación de la prevalencia de malnutrición con otros países de América Latina⁴⁵

País	Año del estudio	Edad (años)	N	Retraso de talla (1)	SP/O
				%	%
Brasil	2006-2007	<5	20.395	7,1	7,3 (2)
Chile	2011	<1	356.972	2,3	7,6 (3)
Chile	2011	1 a <4	346.367	1,9	9,4 (3)
Chile	2011	4 a <6	303.367	1,4	12,9 (3)
Colombia	2010	<5	17.696	13,2	5,2 (2)
Ecuador	2012	<5	8.894	25,3	8,6 (2)
Guatemala	2008	<5	10.178	48	8,6 (3)
México	2012	<5	10.658	13,6	8,6 (3)
Uruguay	2013	<4	2.934	4,7	10,5 (2)(3)

(1) <-2 score z. (2) IMC >2 score z. (3) P/T >2 score z.

Se analizaron las prácticas de lactancia materna considerando su inicio oportuno, duración, lactancia exclusiva al sexto mes, lactancia continua (al año de vida y a los dos años), la incorporación de alimentos oportuna, prematura o tardía, y los motivos del destete para aquellos que no recibían leche materna en el momento de la encuesta.

45 Rivera et al., 2014.

Para algunas variables se realizó un análisis diferenciado por grupo de edad, considerando a los menores de 2 años y a los niños de 2 a 3 años cumplidos. Para el primer grupo, en la descripción se utilizaron los criterios planteados por la OMS y UNICEF para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Se analizan las prácticas de lactancia y la frecuencia de alimentación así como la variedad de grupos de alimentos consumidos. La OMS establece una frecuencia mínima aceptable de consumo diario según la edad, que en niños amamantados de 6 a 8 meses es de dos veces diarias, y de tres veces diarias para niños amamantados de 9 a 23 meses (excluyendo las comidas líquidas) (USAID, UC DAVIS, IFPRI, UNICEF, OMS, 2009).

Para analizar la variedad en la alimentación se conformaron 6 grupos de alimentos de acuerdo a las respuestas:

- ▶ Grupo 1 - Cereales, raíces y tubérculos
- ▶ Grupo 2 - Legumbres y nueces
- ▶ Grupo 3 - Lácteos (leche, yogur, queso)
- ▶ Grupo 4 - Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)
- ▶ Grupo 5 - Huevos
- ▶ Grupo 6 - Frutas y verduras ricas en vitamina A

En el grupo de 2 a 3 años se describe la frecuencia y la cantidad consumida de alimentos, así como los que aportan calorías vacías o gran cantidad de grasas, sal y azúcar (golosinas, alfajores, *nuggets*, embutidos, entre otros).

Seguidamente, para este grupo de edad las respuestas de consumo de alimentos también fueron reagrupados pero de acuerdo a las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) del Ministerio de Salud Pública para niños de esta edad.

La práctica de la lactancia materna contribuye a la nutrición, la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños. Contribuye también a la protección de la salud de las mujeres, al espaciamiento de los embarazos y a la protección del medio ambiente. Por estas razones, la lactancia constituye una estrategia de salud pública esencial que debe ser evaluada y monitoreada en forma constante (OMS-UNICEF, 2014; Ketan y Ketan, 2005).

La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuada hasta el año ha sido identificada como una de las intervenciones de prevención más eficaces para reducir la mortalidad infantil. Se estima que, a nivel mundial, la implementación de esta estrategia con una cobertura de 90% podría prevenir 13% de la mortalidad de los menores de cinco años, lo que contribuiría sustancialmente al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la supervivencia infantil (Steketee et al., 2003; ONU, 2014).

Para este estudio se calcularon los indicadores propuestos por la OPS para medir la situación de la práctica de la lactancia en el Uruguay, mediante recordatorio de 24 horas en cuanto a la selección de lo que había consumido el niño menor de 6 meses.

Las recomendaciones nacionales sobre lactancia materna se detallan en la Norma Nacional de Lactancia Materna del MSP (2009), que propone la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida, lactancia continua hasta los 2 años y la incorporación de alimentos sólidos a los 6 meses.

La encuesta indica que el 97% de todos los niños encuestados fue amamantado alguna vez, resultado similar al hallado en la Encuesta Nacional sobre Estado Nutricional, Prácticas Alimentarias y Anemia de 2011, realizada en la población de niños menores de 2 años.

Respecto al tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada, se observa que el 66% de los menores de 24 meses fueron amamantados en la primera hora después del parto, valor que supera al relevado por la encuesta de 2011 mencionada en el párrafo anterior (60%).

A su vez, el 67,6% de los niños recibió lactancia materna exclusiva antes de los primeros 6 meses de vida. La proporción de niños de 12 a 15 meses que estaban siendo amamantados —indicador de lactancia materna continua según OMS—, correspondió al 47,2 (cuadro A.27 del Anexo).

En promedio, el amamantamiento supera los 12 meses. Nótese que la edad promedio en meses de los niños que integran hogares bajo la línea de pobreza y son actualmente amamantados es un mes más que la de aquellos ubicados en hogares que superan el umbral (cuadro IV.4.7).

Cuadro IV.4.7. Promedio de número de meses en que los niños son amamantados

Situación económica	Media	DS	IC 95%
Pobres	17,4	0,07	17,3 - 17,5
No pobres	15,9	0,04	15,8 - 15,9

(N=818)

Si bien la práctica de la lactancia materna está ampliamente extendida, desciende progresivamente con el transcurso de los meses. Al año, el 53,9% de los niños recibía leche materna, y este valor baja a 28,1% en los niños de 2 años. En promedio, la incorporación de una leche diferente a la materna ocurrió algo después de los 5 meses. Las razones que se destacaron para no practicar lactancia exclusiva hasta los 6 meses correspondieron a cantidad de leche insuficiente (37,3%), indicación médica (22,0%), trabajo materno (9,2%), destete natural (8,7%) y decisión materna (6,7%) (véase el cuadro A.28 del Anexo). En los casos en que los niños no tomaron leche materna, las razones de mayor prevalencia fueron la cantidad insuficiente de leche (37,0%), la no succión del niño (32,9%) e indicación médica (9,4%) (cuadro A.28 del Anexo).

Un niño menor de 6 meses que no recibe leche materna debe consumir leches apropiadamente modificadas para su edad. De lo contrario, se incrementa el riesgo de desarrollar anemia, presentar insuficiente consumo de nutrientes, tales como los ácidos grasos esenciales, o sobrecarga del riñón debido a una excesiva carga de solutos (MSP, 2006) (American Academy of Pediatrics, 1998; Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 2004). Se encontró que el 53,7% de los niños comenzó a tomar leches distintas a la materna antes de los 6 meses, un 17,8% lo hizo a los 6 meses y un 22,0% entre los 7 y los 12 meses. Dentro del 6,6% restante, la amplia mayoría incorporó otras leches entre el primer año y los 2 años, y solo una mínima parte (0,6%) lo hizo luego de los 2 años.

Solo en el caso de los menores de 6 meses se preguntó por el tipo de leche consumida el día anterior. Se observó que el 78,6% había tomado leche materna y el 32,9% leche de fórmula. En cuanto a otros líquidos que les fueron brindados, el 34,2% tomó agua, el 5,3% jugos preparados en casa, y té y tisanas el 2,4%. Nótese que ninguno había consumido refrescos, jugos en polvo o jugos comprados. Por tanto, si bien las combinaciones encontradas en la alimentación de los niños menores de 6 meses abarcan en su gran mayoría a la leche materna y solo el 19,1% consume

leche materna en exclusividad, son datos que merece la pena profundizar, ya que el número de la muestra de estos niños es algo pequeño (cuadro IV.4.8).

Cuadro IV.4.8 Caracterización de la alimentación de los niños menores de 6 meses*

Consumo de leches en menores de 6 meses	% (N=39)
Leche materna	19,1
Leche de vaca	6,1
Leche de fórmula	8,7
Leche materna + leche de vaca	17,6
Leche materna + infusiones**	28,7
Leche materna + leche de fórmula	16,7
Leche materna + leche de vaca + leche de fórmula + infusiones*	3,1
Total	100,0

* El cuadro se realizó para aquellos niños que contestaron todas las preguntas de consumo de leches. En caso de que para alguna pregunta no hubiera dato, no se lo incluyó en el análisis.

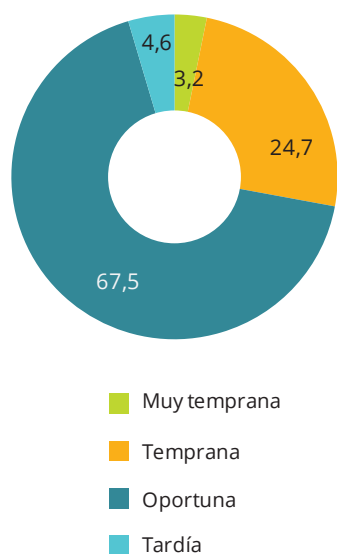
** Infusiones: té, tisanas.

La alimentación complementaria consiste en la transición que se produce desde una dieta basada en la leche materna, o algún sustituto, hacia la incorporación total del niño a la mesa familiar. Es recomendable que el proceso no se inicie antes de los 6 meses y que se extienda hasta el final del primer año aproximadamente (OPS, 2003).

Tanto la introducción temprana de alimentos como la tardía representa un riesgo para la salud de los lactantes. En este análisis se buscó detectar prácticas inadecuadas de incorporación de alimentos. Para ello se tomó como *alimentación complementaria oportuna* la introducción de alimentos sólidos o semisólidos a los 6 meses. La incorporación de alimentos sólidos no debe realizarse antes de los 6 meses, por lo que se considera *alimentación temprana* la introducción de sólidos entre los 4 y los 6 meses y *alimentación complementaria muy temprana* la incorporación antes del cuarto mes de vida.

Las recomendaciones nacionales e internacionales plantean la incorporación de alimentos a los 6 meses, tanto si los niños son amamantados como alimentados con fórmula, y se encontró que 67,5% de los niños incorporaron los alimentos en forma oportuna (gráfica IV.4.2). Sin embargo, la media de edad de incorporación de alimentos fue de 5,8 meses, con un intervalo de confianza muy estrecho, lo que indica una edad de comienzo de la alimentación complementaria muy cercana a lo recomendado. Este valor ha aumentado desde lo registrado en la última encuesta de lactancia (5,5±3,5) (UNICEF, 2011).

Gráfica IV.4.2. Distribución de la secuencia de incorporación de alimentos (N=2.098)



La desagregación de la alimentación complementaria por condición de pobreza del hogar indica que la proporción de incorporación de alimentos muy temprana fue mayor en los hogares pobres. Estos valores correspondieron a 5,1% para los hogares bajo la línea de pobreza y 2,2% en los hogares situados por encima del umbral.

Para el diseño de políticas educativas que fortalezcan a las familias para tomar las mejores decisiones sobre la alimentación es necesario conocer primero la composición real de la dieta. Los análisis que se presentan a continuación están orientados a describir los patrones de consumo de alimentos considerados críticos nutricionalmente en la dieta de los niños. Para ello el análisis se desagrega por grupos de edad.

Niños de 6 a 23 meses

Según los principios de orientación para la alimentación complementaria de la OPS, y los indicadores propuestos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño de la OMS, el niño amamantado sano debe recibir dos comidas diarias entre los 6 y los 8 meses y cuatro comidas entre los 9 y los 23 meses. Los niños no amamantados deben consumir cuatro comidas diarias. Estas comidas incluyen tanto comidas principales como meriendas nutritivas, como una fruta, un trozo de queso, un pedazo de pan, según lo que desee. Las meriendas se definen como *alimentos consumidos entre las comidas*.

Se encontró que, de los niños amamantados, el 95,7% cumple con la frecuencia mínima de comidas al día, mientras que en los no amamantados esta proporción disminuye a 94,8%.

La proporción de niños que tuvieron una dieta con una diversidad adecuada, entendida como el consumo de cuatro grupos de alimentos o más, fue de 62,6%, con ligeras variaciones por grupo de edad (cuadro IV.4.9).

Cuadro IV.4.9. Distribución porcentual del indicador de OMS sobre diversidad alimentaria por edad

Variedad de grupos consumidos	Total % (N=1.224)	6 a 11 meses % (N=376)	12 a 17 meses % (N=376)	18 a 23 meses % (N=472)
4 o más grupos de alimentos	62,6	61,0	64,5	62,3
Menos de 4 grupos	37,4	39,0	35,5	37,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuando se desagregan los alimentos consumidos por los niños menores de 2 años se destaca el bajo consumo de verduras (62,1%) y el consumo de pescado (7,0%) (cuadro A.30 del Anexo).

Niños de 2 a 3 años

El 92% de los niños de 2 a 3 años realiza las cuatro comidas principales. En cuanto a las colaciones o meriendas nutritivas entre horas, la media fue de 2,4.⁴⁶ El tipo de alimentos consumidos por los niños se describe en el cuadro IV.4.10, donde se observa que, si bien en los más grandes aumenta el consumo de frutas y verduras, un 25,5% no las consumía al momento de la encuesta y un 38,6% consume pescado (cuadro A.30 del Anexo).

Cuadro IV.4.10. Frecuencia de alimentos consumidos por grupo y tramo de edad

Grupos de alimentos	6 a 23 meses % (N=1.233)	2 a 3 años % (N=1.693)
Lácteos	95,5	99,2
Cereales, tubérculos y leguminosas	92,3	99,4
Carnes y huevo	89,4	99,6
Frutas y verduras	62,3	74,5
Panificados y galletas	-	97,7
Azúcares y dulces	-	93,5

Al comparar con la GABA (INDA-INAU-MASP-CAIF, 2012) se pudo detectar que una amplia mayoría cumple las reco-

46 El 40,8% come dos colaciones diarias, mientras que el 17,1% come tres.

mendaciones de frecuencia de consumo diario de lácteos, mientras que menos de la mitad de los niños consume frutas y verduras en forma diaria. A la vez, menos de la cuarta parte alcanza una frecuencia de consumo adecuada de pescado y 27,5% no cumple con la recomendación de consumo de carne (cuadro IV.4.11).

Es probable que los jugos de frutas sean vistos por los adultos a cargo de los niños como alimentos saludables, dado que ciertas variedades aportan algunas vitaminas y minerales. Sin embargo, es importante destacar que los jugos (aun los jugos exprimidos) no presentan ventajas nutricionales sobre el consumo de frutas enteras. Dado que los jugos de frutas pueden ser consumidos en exceso, lo cual puede traer como consecuencia una disminución del apetito por alimentos más nutritivos, la Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos recomienda que los niños de 1 a 6 años no consuman más de 180 cc de jugos 100% de frutas por día. Este organismo no ofrece recomendaciones sobre la cantidad de jugo que podría consumir un niño menor de 1 año (American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition, 2001; Stephen et al., 2008).

Si bien puede debatirse sobre el valor nutricional de ciertos tipos de jugos y su empleo en la alimentación de los niños pequeños, es indiscutible que otras bebidas, como las gaseosas y los jugos sintéticos, no aportan valor nutricional alguno y, además, contienen sustancias inadecuadas para los niños pequeños, como conservantes y colorantes (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006). Por lo tanto, estas bebidas no deberían formar parte de la alimentación habitual (WHO, 2014).

Se destaca que el 79,1% de los niños menores de 2 años consume agua, la cual es embotellada en el 49,7% de los casos.

Entre los niños de 2 años o más, estas cifras corresponden al 74,6% y al 43,4%, respectivamente (cuadro IV.4.12).

Para el análisis de las bebidas se sumaron todas aquellas consumidas por los niños, con excepción del agua, sin distinguir entre jugos envasados de fruta, jugos sintéticos y refrescos. Un elemento alarmante es que el 18,4% de los niños de menos de 23 meses consumió jugos y refrescos. Este valor asciende a 25,4% en los niños mayores de 2 años, sin haber hallado diferencias significativas de acuerdo al estado nutricional (cuadro III.4.12).

Cuadro IV.4.12. Frecuencia de bebidas por grupo y tramo de edad

Bebidas	6 a 23 meses % (N=1.236)	2 a 3 años % (N=1.710)
Agua de la canilla	29,4	31,2
Agua embotellada	49,7	43,4
Jugos y refrescos	18,4	25,4
No consume	2,5	0

Actualmente se sabe que el consumo excesivo de sal se relaciona con la aparición de hipertensión como factor de riesgo fisiopatológico de las enfermedades crónicas. En la GABA (INDA-INAU-MSP-CAIF, 2012) y en el carné del niño del MSP se especifica que no se debe agregar sal a las comidas de los niños menores de 2 años y que, luego de esa edad, el consumo debe ser reducido. El requerimiento de sodio del organismo es obtenido de los propios alimentos.

Al analizar la información de la encuesta sorprende que, en todos los tramos de edad considerados, a una elevada proporción de las comidas de los niños se les adicione sal. Las cifras ascienden a 48,5% en menores de un año, 69% en menores de dos y 87,7% para mayores de dos años. La sal más utilizada es la común yodada, seguida por la sal común yodada y fluorada.

Cuadro IV.4.11. Frecuencia de consumo de alimentos (número de días por semana) en relación con las recomendaciones de las GABA Uruguay

Grupos de alimento	1	2 o 3	4 a 6	7	NS/NC	Total (N=1.710)
Lácteos y derivados	0,7	3,4	3,5	91,7*	0,7	100,0
Carnes	3,2	24,5	26,7*	44,8	0,8	100,0
Pescado	71,6	22,7*	2,9	1,9	0,9	100,0
Verduras y frutas	16	32,0	14,2	37,1*	0,8	100,0
Cereales	3,5	36,2	26,8	33*	0,6	100,0
Panes y galletas	1,1	8,8	9,2	80,4*	0,5	100,0
Azúcar y dulces	4,2	14,4	9,6	71,3*	0,7	100,0

*Las celdas indicadas con * se basan en la frecuencia de consumo recomendada en la GABA.

El control del consumo de grasas durante toda la vida e incluso en etapas tempranas es relevante, debido a que el consumo excesivo y frecuente de grasas saturadas y aceites hidrogenados (grasas trans) tienden a aumentar las grasas y el colesterol en sangre, con la consecuente aparición de enfermedades. La encuesta evidenció que la amplia mayoría (90,4%) de los niños menores de 2 años consume las comidas con agregado de manteca o aceite. Esta proporción asciende a prácticamente la totalidad en el tramo de edad siguiente (99,1%). Estos valores no se discriminaron en cuanto a qué es lo que se le adiciona (manteca versus aceite). En cuanto al tipo de aceites usados, el de mayor frecuencia fue el aceite de girasol (35% para menores de 2 años y 37% para la edad siguiente), seguido por el de soja (27% y 32%), maíz (12,9 y 8,2%) y oliva 8,0% y 6,4% respectivamente. Los menos usados corresponden a canola y alto oleico, con porcentajes menores al 2,5% (cuadro A.31 del Anexo).

El consumo habitual de productos de copetín impacta directamente sobre la cantidad de grasas, sodio y calorías que ingieren los niños pequeños. Durante los primeros años de vida el consumo de productos de copetín debería ser mínimo o nulo, dada su mala calidad nutricional. La cantidad de golosinas también condiciona la calidad de la dieta, ya que los dulces aportan calorías que no son acompañadas por nutrientes necesarios para el crecimiento de los niños. Otro aspecto importante del consumo de las golosinas es que pueden desplazar la ingesta de alimentos más nutritivos al reducir el apetito de los niños. En el cuadro IV.4.13 se detalla el consumo a partir de un recordatorio de 24 horas de este tipo de alimentos con alto contenido en grasa, sodio y azúcares refinados. Se encontró que el 39,3% de los niños menores de 23 meses consumió alfajores o golosinas el día anterior y esta cifra aumenta al 72,1% en los niños de 2 años y más. También es alarmante el consumo de productos con alto contenido en sodio y grasas saturadas: los consume un 32,2% de los niños menores de 2 años y casi la mitad de los mayores de 2 años. En cuanto a lácteos procesados, tales como leche chocolatada y postres de leche envasados, se encontró que un 58,2% de los niños de 2 a 3 años los consume.

Para terminar el análisis de la alimentación de los niños cabe remarcar que, a fin de realizar una valoración completa, se requiere abarcar aspectos tales como la forma en que los alimentos son provistos y el ambiente que rodea

Cuadro IV.4.13. Frecuencia de alimentos industrializados por grupo y tramo de edad

Grupos de alimentos	6 a 23 meses % (N=1.228)	2 a 3 años % (N=11.693)
Alimento hipergrasos y altos en sodio ⁽¹⁾	32,2	49,0
Golosinas y alfajores ⁽²⁾	39,3	72,1
Lácteos procesados ⁽³⁾	-	58,2
Comidas de bebe procesadas	3,7	1,9

⁽¹⁾ Incluye nuggets, hamburguesas, panchos, purés y sopas instantáneas, preparaciones de papa.

⁽²⁾ Incluye golosinas, alfajores y galletitas.

⁽³⁾ Incluye postres de leche envasados y leche chocolatada.

el momento de la alimentación (alimentación perceptiva), además del análisis de la cantidad y calidad nutricional de lo que se les brinda a los niños.

En tal sentido, la OMS formula una serie de recomendaciones, tales como alimentar directamente a los lactantes y que los niños mayores sean asistidos por un adulto cuando comen por sí solos, atendiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos; minimizar las distracciones durante la comida y utilizar los momentos de la comida como situaciones de aprendizaje, hablándoles a los niños y manteniendo contacto visual (WHO, 2014). Con base en la ENDIS, es posible describir varios de estos factores, que abarcan aspectos tales como si el niño comparte la mesa familiar, si realiza alguna comida con los integrantes de la familia, si mira televisión mientras come y si le hablan durante la comida.

Se observó que todos los menores de 2 años comen acompañados y que las madres son quienes mayoritariamente alimentan a los niños (81,4%) (cuadro IV.4.14). En el grupo de niños de 2 a 3 años, el 91,8% come acompañado y el 96,7% comparte la mesa familiar. El 94,9% de las familias comparte toda junta alguna comida al día. A la amplia mayoría de los niños se les habla durante la comida (92%, aproximadamente) (cuadro IV.4.14).

La encuesta reveló que al 85% de los niños menores de 2 años se les permite tocar los alimentos y llevárselos a la boca por sí mismos, porcentaje que asciende a 98,4% en los niños de 2 a 4 años. Asimismo, se encontró que un 38,7% de los menores de 2 años mira televisión durante la comida. Ese valor aumenta a la mitad de los niños para el grupo de 2 a 4 años (51,5%) (cuadro IV.4.14).

Cuadro IV.4.14. Otras pautas

Características de las pautas de alimentación	0 a 23 meses(1) % (N=1.237)	2 a 3 años (2) % (N=1.710)
Come acompañado	100,0	91,8
Le hablan durante la comida	92,9	92,3
Le permiten tocar la comida y llevarse los alimentos a la boca (1) / comer por sí solo (2)	85,0	98,4
Mira televisión	38,7	51,5

IV.4.3. Anemia y suplementación de micronutrientes

La encuesta muestra que únicamente 8,9% de los niños fueron diagnosticados alguna vez con anemia. Se observan diferencias significativas entre los niños según condición de pobreza e indigencia de sus hogares (12,9 versus 7,5%, pobres y no pobres respectivamente) (cuadro A.31. del anexo). Estos bajos valores de diagnóstico constituyen un llamado de atención si se considera que el estudio nacional sobre anemia dio como resultado que el 31% de los niños menores de 2 años presentaba niveles de hemoglobina inferiores a 11 mg/dl, lo cual se considera *anemia* desde el punto de vista clínico. El análisis del consumo de suplementos de hierro mostró que 88,6% de los niños recibió suplemento. El 66,8% de los menores de 2 años lo tomaba diariamente, el 7,1% lo tomaba casi todos los días y el 21,1% ya lo había dejado de tomar. No se encontraron diferencias significativas en estos aspectos entre los niños de hogares pobres y no pobres.

En cuanto al inicio de la suplementación de hierro, un 52,3% ingirió el complemento desde el nacimiento, un 8,1% al mes de vida, un 6,9% a los 2 meses, un 10,1% a los 3 meses, un 12,1% a los 4 meses y un menor porcentaje corresponde a niños más grandes. Al comparar la situación de los hogares, se observa que en los dos primeros meses de vida el porcentaje es levemente mayor en los hogares pobres que en el resto.⁴⁷

El suplemento más extendido es el Cheltin (47,5%), seguido por el Ibofer (17,5%) y el Iberol (12,0%); el 18,2%

47 Cabe destacar que las recomendaciones nacionales de suplementación de hierro comienzan a partir del primer mes de vida y refieren a los lactantes prematuros, gemelares y/o con bajo peso al nacer, así como a los lactantes a término alimentados con pecho exclusivo o con leche de vaca a partir de los 4 meses de vida. Véase MSP, Carné de salud del niño y la niña. Documento de identificación en los servicios de salud y establecimientos educativos. Ley 14.852. Decreto 542/007.

utiliza otros suplementos. Se encontraron diferencias significativas en los suplementos utilizados por condición de pobreza, dados principalmente por un menor consumo del Cheltin en los hogares en condición de pobreza respecto a los otros (33,3% y 51,9%, respectivamente).

La encuesta evidencia que el 58,2% de los niños recibía suplementos de vitaminas u otros minerales antes de los 2 años. Esta proporción es mayor en los niños menores de 1 año (78,1%), con una marcada disminución a medida que los niños son más grandes. El suplemento vitamínico más extendido correspondió a la vitamina D. La recibía casi la totalidad de los menores de 1 año (93,1%), proporción que bajaba al 80,1% en niños de 12 a 23 meses y a 66,5% en mayores de 2 años.⁴⁸ El segundo lugar de esta variedad de complementos lo ocupó el Dayamineral, consumido por el 7,4% de los niños. No se observaron diferencias en el consumo de dichos complementos según condición de pobreza del hogar.

IV.4.4. Seguridad alimentaria

El concepto de *seguridad alimentaria* refiere a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos. En la Cumbre Mundial sobre Alimentación se declaró que existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana (FAO, 1996).

Con el objetivo de combatir la inseguridad alimentaria y colaborar en el diseño de adecuadas políticas de nutrición, así como para vigilar y monitorearlas, se han realizado esfuerzos para desarrollar instrumentos que logren medir adecuadamente este fenómeno. Históricamente se utilizaron indicadores económicos, de producción y disponibilidad de alimentos, pero estos no reflejan el acceso efectivo a nivel de los hogares. A su vez, se identificó que el fenómeno podría medirse en forma directa a través de la experiencia de los hogares frente a la situación de inseguridad alimentaria. Es así que comenzaron a construirse escalas de medición de diferentes dimensiones subyacen-

48 Las recomendaciones nacionales indican que la suplementación de vitamina D debe proveerse a todos los niños hasta los 2 años de edad (MSP, Carné de salud del niño y la niña).

tes: psicológicas, de calidad y cantidad de alimentos, de sensación de hambre (FAO, 2012).

El instrumento cualitativo incluido en Uruguay en la ENDIS ha sido discutido, probado y promovido por la FAO y ya ha sido aplicado en por lo menos veinte países, entre los que se encuentran Estados Unidos, Brasil, Colombia, Guatemala y México. Esta escala mide las siguientes dimensiones: cantidad suficiente de alimentos; calidad adecuada de los alimentos; seguridad y predictibilidad en la adquisición de alimentos; aceptabilidad social en la manera de adquirir los alimentos, y seguridad alimentaria en el hogar para adultos y niños (Radimer et al., 1992).

Así, el proceso puede entenderse de la siguiente manera:

[...] los hogares experimentan en un comienzo incertidumbre y preocupación en torno al acceso a los alimentos. Más adelante, dadas las restricciones que experimentan, hacen ajustes en la calidad de los alimentos que consumen, dejando de ingerir una dieta variada. Al profundizarse la severidad de la inseguridad alimentaria, los ajustes afectan la cantidad de alimentos consumidos, se disminuyen las raciones que se ingieren o se saltan tiempos de comida. Más adelante el hambre se hace presente sin que se pueda satisfacer. Finalmente, cada una de estas dimensiones llega a afectar a los niños, después de que ha afectado a los adultos. Es decir, los niños son protegidos, especialmente por la madre, hasta que la inseguridad alimentaria alcanza niveles de severidad que hacen imposible protegerlos (FAO, 1996: 13).

La escala incluye un conjunto de quince preguntas que se hacen a nivel del hogar, que se puntúan en 1 si la respuesta es *sí* y en 0 si es *no* (véase el Anexo web). Según el puntaje obtenido, los hogares se clasifican en:

- ▶ Seguridad: 0 punto;
- ▶ Inseguridad:
 - leve: 1 a 5 puntos
 - moderada: 6 a 10 puntos
 - severa: 11 a 15 puntos

El resultado de la aplicación de esta escala en Uruguay reveló que el porcentaje de inseguridad moderada es menor que el nivel de pobreza observado en este grupo poblacional (25,4%) (cuadro IV.4.15). Sin embargo, la proporción de niños en hogares que experimentan seguridad alimentaria severa (4,4%) fue superior a la prevalencia de la indigencia en el grupo (2,2%). Si bien las formas de medición de ambos conceptos difiere y una de ellas responde a percepciones, una posible explicación de este fenómeno podría ser que la población que ha salido en los últimos años de la situación de indigencia tenga una sensación de inseguridad mayor que la esperable de acuerdo a su situación de ingresos, o que los ingresos sean más inestables en este grupo de población. También podría indicar que la línea de indigencia es demasiado restrictiva, en tanto representa un mínimo ingreso que debería destinarse exclusivamente a la compra de alimentos para satisfacer los mínimos calóricos prescritos.

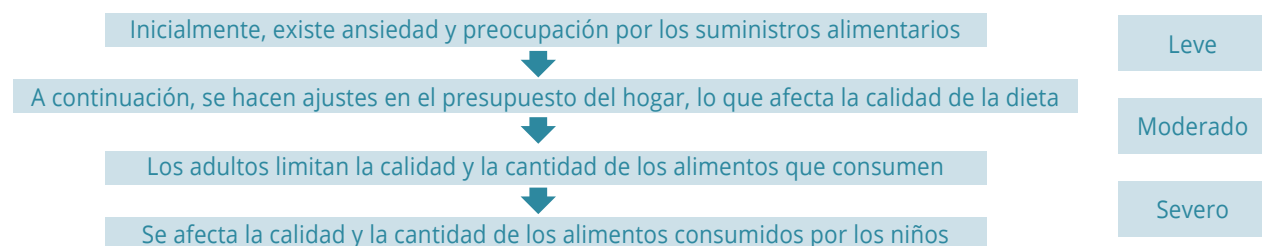
Cuadro IV.4.15. Distribución de los niños según nivel de seguridad alimentaria de sus hogares

Inseguridad alimentaria	%
Severa	4,4
Moderada	8,7
Leve	28,4
Seguridad	56,6
NS/NC	1,9
Total	100,0

(N=3.077)

No se encontraron diferencias en la prevalencia de bajo peso al nacer de acuerdo a los niveles de seguridad alimentaria. Al analizar los hogares en situación de pobreza, un 66% de las familias percibe algún nivel de seguridad alimentaria, mientras que en los hogares no pobres esta prevalencia desciende a 33%. Asimismo, 92% de los hogares en condiciones de indigencia manifestó tener algún nivel de inseguridad alimentaria.

Figura IV.1. Marco conceptual de la inseguridad alimentaria en el hogar (FAO, 2012)



Entre los niños con retraso de talla, 21% vive en hogares donde las entrevistadas perciben un nivel de seguridad alimentaria moderado o severo, mientras que el valor entre los niños sin retraso correspondió a un 12%. También fueron analizados los datos de inseguridad del hogar por sobrepeso y obesidad de los niños, sin hallar diferencias significativas.

IV.5. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de desarrollo infantil reseñados en IV.3 (V.5.1). Posteriormente se realiza un análisis multivariado (V.5.2). Se trata de una primera exploración que deberá ser profundizada en estudios específicos. En el Anexo III se incluyen consideraciones acerca de los métodos de estandarización de las pruebas utilizadas, así como sobre las circunstancias en que se aplicaron. La mayor parte de los estudios epidemiológicos recientes para la infancia subrayan la presencia de alrededor de un 10 a 15% de dificultades en el desarrollo infantil. Esta magnitud depende de un amplio conjunto de factores, algunos de índole metodológica, tales como el tipo de estudio, los instrumentos utilizados, la calibración de puntos de corte y zonas de riesgo definidas poblacionalmente como frontera entre normalidad y patología.

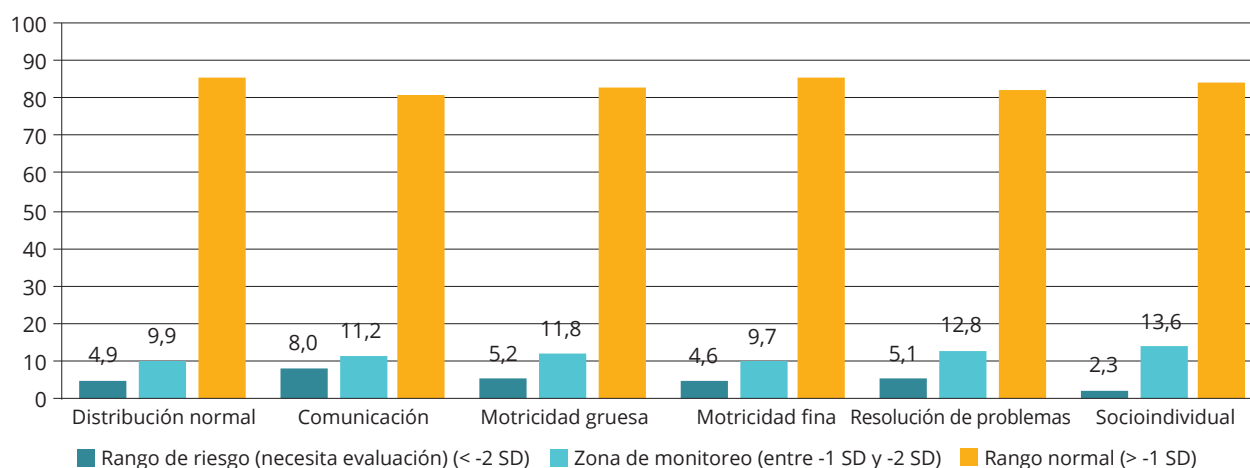
IV.5.1. Resultados de los instrumentos aplicados

ASQ-3

Este instrumento evalúa algunos aspectos del desarrollo adecuados a la edad del niño en cinco áreas: *comunicación*, *motricidad gruesa*, *motricidad fina*, *resolución de problemas* y *socioindividual*. Permite agrupar a los niños en tres rangos: normal, zona de monitoreo y zona de riesgo, de acuerdo a los puntajes obtenidos en cada área. Dichos rangos corresponden en la población de referencia a 84%, 13,6% y 2,3% de los niños, respectivamente.

Los resultados obtenidos en el total de niños de la submuestra Montevideo indican que aproximadamente el 83% de los niños se ubica en el rango de normalidad, proporción muy cercana a los valores esperados (gráfica IV.5.1). Al considerar las cinco áreas se encuentra la misma situación, excepto en el caso de la *motricidad gruesa*, donde la proporción de resultados que corresponden al rango normal es algo inferior a la esperada (80,8%). En las cinco áreas, los valores en el rango de monitoreo son inferiores a lo esperado en una distribución normal (13,6%). Por el contrario, en el rango de riesgo, las proporciones encontradas duplican a las esperadas (5,5% versus 2%). La mayor prevalencia de la situación de riesgo se encuentra, nuevamente, en el caso de la *motricidad gruesa* (8%).

Gráfica IV.5.1. Resultados globales para ASQ-3. Montevideo, 1-47 meses



(N=1.091 (comunicación); 1.108 (motricidad gruesa); 1.102 (motricidad fina); 1.088 (resolución de problemas); 1.106 (socioindividual))

Cuadro IV.5.1. Resultados del ASQ-3 por área y rango según edad en meses de los niños

Rango	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Socioindividual	
	<24 meses	>24 meses	<24 meses	>24 meses	<24 meses	>24 meses	<24 meses	>24 meses	<24 meses	>24 meses
Riesgo	4,6	5,7	10,0	2,3	5,8	3,3	4,4	5,0	5,8	3,2
Monitoreo	10,8	7,4	13,1	5,9	12,0	11,5	9,8	9,3	13,5	11,0
Normal	84,6	86,9	76,9	91,8	82,2	85,2	85,8	85,6	80,8	85,9
N	513	578	512	576	511	568	510	554	508	594
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Al categorizar a los niños según edades, considerando 0 a 24 meses y 24 meses y más, se evidenció un patrón de disminución de las dificultades en los niños mayores (cuadro IV.5.1). En cuatro de las áreas, las diferencias entre los grupos son significativas al 5% y *resolución de problemas* es la única que no presenta una disminución significativa. La disminución de la prevalencia de niños en los rangos de riesgo y monitoreo parecería indicar una nivelación luego del primer período de desarrollo.

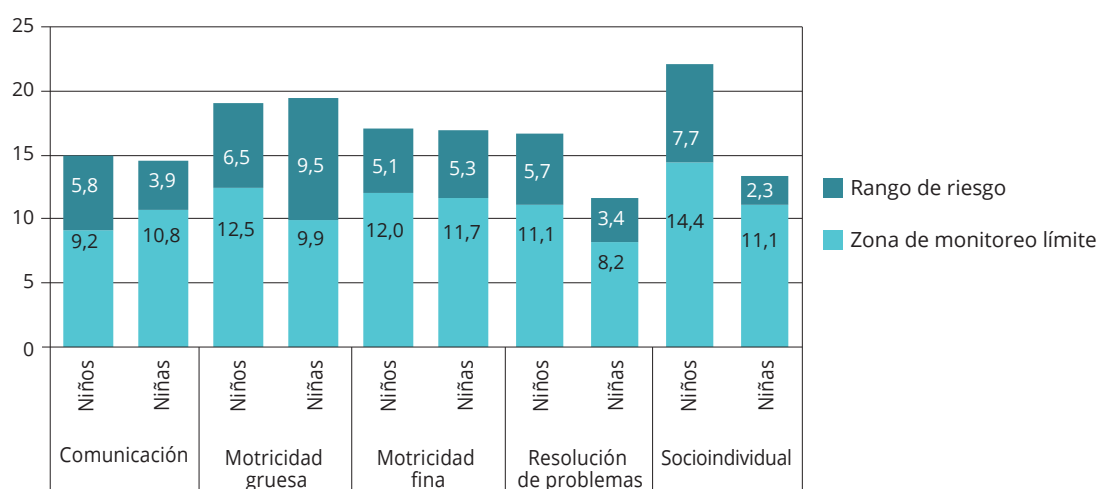
Las áreas con mayor incidencia de dificultades luego de los 24 meses son *comunicación* y *resolución de problemas*. En este último caso, los valores aumentan levemente en el rango de riesgo, lo cual probablemente se vincule con el tipo de capacidades y dificultades propias de dicha área. Los problemas planteados en la evaluación aumentan en complejidad, por lo cual los niños evidencian mayor variación en los resultados a medida que crecen.

El análisis por años cumplidos no mostró diferencias estadísticamente significativas, salvo en el caso de *motrici-*

Cuadro IV.5.2 Resultados del ASQ-3 por área y rango según edad en años cumplidos

Rangos de evaluación	Resultados por rango de meses				
	0-12	12-23	24-35	36-47	
Comunicación	Riesgo	3,0	6,3	6,2	3,8
	Monitoreo	7,8	14,2	8,4	3,8
	Normal	89,2	79,6	85,4	92,4
	N	162	351	374	204
Motricidad gruesa	Riesgo	12,1	7,8	2,0	3,2
	Monitoreo	18,7	7,2	6,8	2,9
	Normal	69,3	85,0	91,2	93,9
	N	161	351	373	203
Motricidad fina	Riesgo	4,9	6,9	3,7	1,8
	Monitoreo	10,0	14,1	12,4	8,2
	Normal	85,2	79,1	83,8	90,0
	N	161	350	367	201
Resolución de problemas	Riesgo	4,3	4,5	4,3	7,6
	Monitoreo	9,4	10,3	8,7	11,7
	Normal	86,4	85,2	87,0	80,7
	N	161	349	358	196
Socioindividual	Riesgo	6,5	4,9	3,1	3,5
	Monitoreo	16,3	10,4	12,0	7,4
	Normal	77,2	84,7	84,9	89,1
	N	161	347	358	196

Gráfica IV.5.2. Resultados del ASQ-3 por área y rango según edad en años cumplidos y sexo



(N=1.091 (comunicación); 1.108 (motricidad gruesa); 1.102 (motricidad fina); 1.088 (resolución de problemas); 1.106 (socioindividual)).

Cuadro IV.5.3. Resultados de ASQ-3 en niños según rangos de pobreza

Rango	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Socioindividual	
	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre
Riesgo	4,3	6,0	7,2	9,5	4,8	6,0	3,4	6,8	3,0	9,3
Monitoreo	8,1	13,6	12,0	9,7	11,0	13,6	9,4	10,2	13,5	11,6
Normal	87,6	80,4	80,8	80,8	84,3	80,4	87,1	83,0	83,6	79,1
N	723	368	720	368	713	366	703	361	701	361
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dad gruesa y comunicación, donde se registra una mejora a medida que los niños crecen (cuadro IV.5.2). Las áreas de comunicación y motricidad fina muestran dificultades ligeramente mayores en el segundo año de vida, pero los desempeños posteriores también registran mejoras con relación al inicio. En cuatro de las cinco áreas evaluadas, los desempeños más favorables se alcanzan cuando los niños ya tienen 3 años cumplidos. Por el contrario, nuevamente en los indicadores del área resolución de problemas se observa un aumento importante en el porcentaje de niños en zona de riesgo a medida que aumenta la edad, que llega al 7,6% en los niños con 3 años cumplidos. Este es un dato significativo, ya que luego de los 3 años los niños han recorrido un número muy importante de eventos y situaciones que hacen a su desarrollo psicomotor, conductual, social, emocional y cognitivo. Esta área parece recoger mejor las dificultades del desarrollo que comienzan a manifestarse a partir de los 24 meses y van en aumento con la edad. Es prematuro extraer conclusiones, por lo que hay que esperar a la próxima ola de panel para estudiar los resultados cognitivos de los niños que en esta ola tienen puntaje de rango de riesgo para resolución de problemas.

Al realizar aperturas por sexo, se encontraron diferencias significativas al 5% para todas las áreas, excepto en el caso de motricidad gruesa. Los resultados obtenidos indican una leve ventaja en los desempeños a favor de las niñas (gráfica IV.5.2).

Se encontró una asociación entre el acceso a recursos de los hogares y los desempeños en el ASQ-3, con peores resultados para los niños en situación de pobreza y pertenecientes a hogares de menores ingresos en las áreas de comunicación, motricidad fina, resolución de problemas y socioindividual (cuadros IV.5.3 y IV.5.4).⁴⁹ Sin embargo,

no se encuentran diferencias estadísticamente significativas vinculadas a ingreso en los indicadores de motricidad gruesa, área que registra los peores desempeños entre los niños en mejores condiciones económicas. De esta forma, la no diferenciación no estaría ligada a una situación de ventaja de los niños en condiciones de mayor privación, sino a dificultades del resto de los niños.

Cuadro IV.5.4. Resultados del ASQ-3 por área y rango según quintil de ingreso per cápita del hogar

		Quintil de ingreso					Total
		1	2	3	4	5	
Comunicación	Riesgo	9,0	2,2	4,5	2,4	5,6	4,9
	Monitoreo	17,6	10,8	6,1	11,6	7,3	9,9
	Normal	73,4	87,0	89,4	86,0	87,1	85,2
	N	162	124	208	221	376	162
Motricidad gruesa	Riesgo	9,1	10,7	11,2	9,2	4,4	8,0
	Monitoreo	14,3	8,7	6,5	12,0	12,7	11,2
	Normal	76,6	80,6	82,3	78,8	83,0	80,8
	N	162	124	208	218	376	162
Motricidad fina	Riesgo	5,2	6,9	8,2	2,1	4,8	5,2
	Monitoreo	18,9	9,5	11,7	11,8	9,7	11,8
	Normal	75,9	83,5	80,1	86,1	85,5	83,0
	N	161	123	208	215	372	161
Resolución de problemas	Riesgo	6,7	7,8	4,4	3,4	3,3	4,6
	Monitoreo	13,0	9,4	11,6	6,7	9,2	9,7
	Normal	80,3	82,8	84,0	90,0	3,0	85,8
	N	159	121	206	213	365	159
Socioindividual	Riesgo	8,6	11,3	2,8	4,4	3,0	5,1
	Monitoreo	14,4	8,9	12,2	10,2	15,2	12,8
	Normal	77,0	79,8	84,9	85,5	81,8	82,1
	N	159	121	206	211	365	159

49 Las diferencias estadísticamente significativas no se observan necesariamente para cada uno de los rangos que puede adoptar la

variable, pero sí al menos para uno. Se expresa en términos generales para no sobrecargar el texto. Los detalles pueden verse en el Anexo.

Para finalizar la sección, debe destacarse que esta es la primera vez que se utiliza en Uruguay el ASQ-3, el cual se incluyó en la encuesta para poder comparar los desempeños de los niños con estudios similares a nivel internacional. Los resultados están en línea con lo encontrado en estudios poblacionales realizados en otros países. Sin embargo, para una cabal comprensión de los resultados se requiere la aplicación del instrumento en una nueva ola de la ENDIS. El cuadro IV.5.5 incluye una comparación de los resultados promedio, expresados en puntajes absolutos o brutos, con otros países para cada una de las áreas.

ASQ-SE

ASQ-SE evalúa dificultades en el desarrollo infantil temprano en las áreas *emocional* y *social*. Cada niño es evaluado por los padres o personas a cargo, de acuerdo con su edad, con base en veinte o treinta ítems que reflejan aspectos de su conducta, capacidades, habilidades y dificultades.

Mediante un algoritmo inverso al de ASQ-3 se puntúan las dificultades o la ausencia de conductas saludables. El puntaje es creciente cuanto mayores sean los problemas detectados. Posteriormente se agrupa a los niños en los rangos *normal* y *de monitoreo*. En este último caso se recomienda derivar para una evaluación en profundidad.

Considerando el total de los niños se encontró que el 93,5% cae en el rango de normalidad y el 6,5% en el de monitoreo. La incidencia de este último rango es baja en comparación con los valores encontrados en otros países. Al abrir por grupo de edad se encuentra que la prevalencia del rango de monitoreo aumenta con la edad (cuadro IV.5.6). Dado que ASQ-SE evalúa pautas de desarrollo socioemocional, estos hallazgos son congruentes con la literatura internacional.

La sintomatología se profundiza a medida que la edad aumenta, conforme el desarrollo avanza. Así se duplica el

Cuadro IV.5.5 Puntajes brutos en ASQ-3 según edad en meses, área y país

Cuestionario en meses		ASQ-3 medias de diferentes países o regiones				
		Estados Unidos	Uruguay	España (Galicia)	Brasil	Noruega
12	Comunicación	42	49	39	36	42
	Motricidad gruesa	49	43	40	43	46
	Motricidad fina	49	48	46	38	52
	Resolución de problemas	49	44	49	36	51
	Personal social	45	43	38	34	44
16	Comunicación	49	41	38	30	42
	Motricidad gruesa	55	51	52	52	57
	Motricidad fina	52	47	45	43	54
	Resolución de problemas	50	45	46	37	54
	Personal social	48	46	46	34	48
20	Comunicación	48	49	38	33	47
	Motricidad gruesa	55	57	52	52	57
	Motricidad fina	54	52	50	41	52
	Resolución de problemas	49	51	44	38	50
	Personal social	53	50	47	36	51
24	Comunicación	50	49	44	44	53
	Motricidad gruesa	54	54	50	52	56
	Motricidad fina	53	49	53	43	53
	Resolución de problemas	51	48	48	41	50
	Personal social	52	48	48	36	51
30	Comunicación	56	52	54	50	57
	Motricidad gruesa	51	54	53	53	56
	Motricidad fina	50	40	53	34	50
	Resolución de problemas	51	47	49	45	52
	Personal social	53	52	51	46	53
36	Comunicación	54	55	54	47	54
	Motricidad gruesa	55	56	52	54	56
	Motricidad fina	52	48	54	42	52
	Resolución de problemas	55	49	48	48	54
	Personal social	53	53	51	49	53

número de niños en zona de monitoreo cuando se pasa de la primera a la segunda mitad del rango de edades estudiado. Ello sugiere que es importante investigar la continuidad y discontinuidad de las dificultades del desarrollo psicológico, cognitivo y psicomotor, así como de la patología durante la infancia y la adolescencia.

Al realizar aperturas de acuerdo a los niveles de ingreso de los hogares de los niños, nuevamente se encontraron peores desempeños en aquellos provenientes de los hogares con mayores privaciones económicas (gráfica IV.5.2). El 9,8% de los niños se ubica en el rango de monitoreo en el caso de los hogares bajo la línea de pobreza, frente a solo un 4,8% del resto de los niños. A la vez, la incidencia de los problemas socioemocionales es tres veces mayor en el primer quintil (9,7%) que en el quintil más rico (3,1%). Estos hallazgos son similares a los encontrados por Fitermann y Zerpa (2015) para el año 2008, al evaluar síntomas y conductas frecuentes en niños y adolescentes de entre 4 y 16 años. Mientras tanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo: 7,6% de los varones y 5,3% de las niñas se ubicaron en el rango de monitoreo.

Se compararon los resultados aquí obtenidos con los que surgen de la aplicación de ASQ-SE en un estudio poblacional realizado en Chile en 2012 (cuadro A.II.39 del anexo). En todos los grupos de edad considerados se encontraron proporciones de 15 a 23% de niños en la región de monitoreo, sustancialmente mayores que las observadas en la ENDIS. Los patrones de prevalencia por quintil de ingreso son similares a los verificados en Uruguay.

Cuadro IV.5.6. Resultados de ASQ-SE según edad en meses de los niños

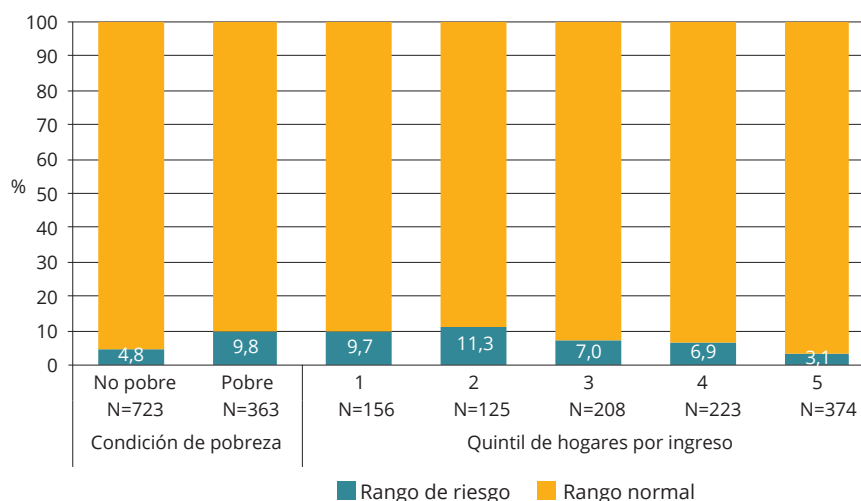
ASQ-SE	Rangos de edad en meses		Total
	0-24	24-47	
Rango normal	95,3	88,4	93,5
Zona de monitoreo	4,7	11,6	6,5
Total	100,0	100,0	100,0
N	516	570	1.086

Los resultados encontrados en esta sección sugieren que se debe profundizar el estudio de los factores de riesgo psicosocial que se asocian a mayor incidencia de sintomatología emocional en los niños estudiados.

CBCL 1 ½-5 para preescolares

CBCL 1 ½-5 releva síntomas y conductas frecuentes en niños a partir de los 18 meses. Agrupa algunos indicadores de conductas y síntomas y los ubica en tres rangos: *normal*, *límite* y *clínico*. A su vez, permite distinguir entre *problemas internalizados* y *externalizados*. Esta distinción se usa habitualmente en psicopatología de niños y adolescentes para hacer referencia a síntomas o conductas que predominantemente se expresan hacia dentro o hacia fuera del sí mismo (Achenbach, 1978). Por extensión, se utilizan las expresiones *trastornos internalizados* o *externalizados* para distinguir dos grandes grupos de trastornos psiquiátricos. Los *internalizados* engloban los trastornos del estado de ánimo y depresiones, los trastornos de ansiedad, las quejas somáticas y el retraimiento, entre los principales. Los *trastornos o problemas externalizados* abarcan los trastornos de conducta (disocial y oposicionista), y los trastornos con hiperactividad, las conductas impulsivas o destructivas, el

Gráfica IV.5.3. Resultados de ASQ-SE según quintil de ingreso del hogar y condición de pobreza



abuso de sustancias y las adicciones, problemas con las reglas, la agresividad no controlada, etc. Diseñado para ser aplicado a niños menores de seis años, CBCL 1 ½-5 permite distinguir siete síndromes; cuatro de ellos se clasifican como *internalizados* y dos como *externalizados*, quedando uno —problemas del sueño— no incluido en ninguna de las dos categorías. Los síndromes internalizados son: *emocional-reactivo*, *ansioso-depresivo*, *quejas somáticas* y *retraining*, y los externalizados son *problemas de atención y conducta agresiva* (Achenbach y Rescorla, 2000).

Se encontró que casi un 9% presenta *problemas totales* en rangos límite o clínico (cuadro IV.5.7). Estos valores se ubican en el 8,1% en el caso de *problemas internalizados* y ascienden a casi el 15,8% en *problemas externalizados*.

Las aperturas por sexo y condición de pobreza (cuadro A.II.40 del anexo) no arrojaron valores con diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los resultados por quintil de ingreso proyectaron perfiles similares a los obtenidos para ASQ-3 y ASQ-SE, con peores desempeños para los niños ubicados en hogares de menores ingresos (gráfica III.8). Así, la proporción de niños fuera del rango normal es entre tres y cinco veces mayor en el quintil 1 que en el quintil 5.

Al desagregar por edad, no se encuentra un patrón único de variación para los diferentes indicadores globales de CBCL (cuadro IV.5.8). Mientras que los *problemas totales* y los *externalizados* disminuyen con la edad, los *problemas internalizados* se incrementan. Los primeros se reducen

Cuadro IV.5.7. Resultados del CBCL según rango e indicador global (18 a 47 meses)

Rangos del CBCL	% problemas totales	% problemas internalizados	% problemas externalizados	Distribución esperada según percentiles (p83- p90)
Normal	90,98	91,89	84,16	83%
Límite	5,23	5,80	7,05	7%
Clínico	3,78	2,31	8,79	10%
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

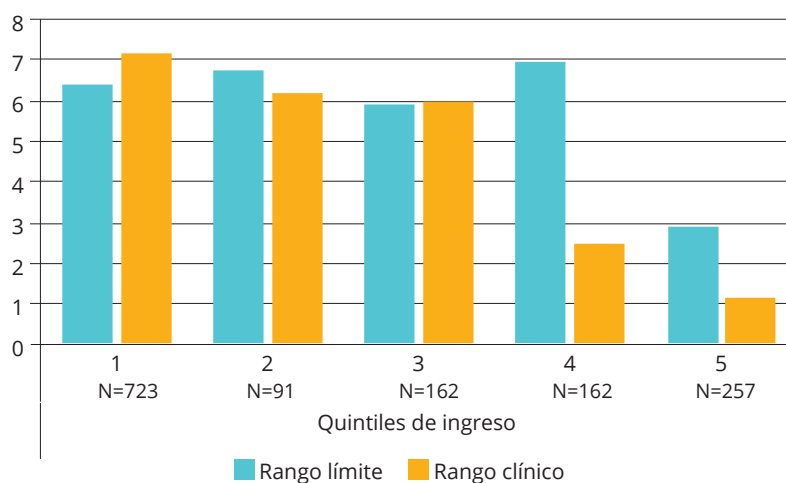
(N=781)

Cuadro IV.5.8. Distribución de los puntajes de CBCL según edad del niño, tipo de problema y rango

Rangos de CBCL y tipo de problema global	18-23 meses	24-35 meses	36-47 meses	Total
Rango normal				
Problemas totales	90,35	90,98	93,12	90,98
Problemas internalizados	93,08	91,18	90,35	91,89
Problemas externalizados	83,19	84,19	87,39	84,16
Rango límite				
Problemas totales	4,61	5,94	4,85	5,23
Problemas internalizados	5,48	5,91	6,51	5,8
Problemas externalizados	5,67	8,37	7,14	7,05
Rango clínico				
Problemas totales	1,44	2,92	3,14	2,31
Problemas internalizados	11,14	7,44	5,47	8,79
Problemas externalizados	11,14	7,44	5,47	8,79
N	200	372	209	781

notoriamente, pasando de 11,1% en el cuarto semestre de vida a 5,5% en el tercer año. Tampoco en este caso se apreciaron variaciones estadísticamente significativas por sexo para ninguno de los indicadores analizados.

Gráfica IV.5.4. Resultados de CBCL 1 ½-5 por quintil de ingreso de los hogares en rangos límite y clínico



La mayoría de los estudios poblacionales que utilizan CBCL 1 ½-5 abarcan niños mayores que los incluidos en la ENDIS, por lo cual no es posible comparar los resultados encontrados con los de dichas investigaciones. Respecto a estos, y probablemente debido a las mencionadas dificultades de comparabilidad, en la ENDIS se estarían relevando frecuencias relativamente bajas de dificultades emocionales, sociales y conductuales (cuadro IV.5.9).

Debe notarse, sin embargo, que los valores de riesgo correspondientes a problemas externalizados se ubican en el promedio internacional, mientras que los que refieren a problemas internalizados y totales están por debajo de las medias internacionales. Cada síntoma o dificultad con presencia parcial (la respuesta frente al ítem preguntado es “a veces, en ciertas ocasiones”) equivale a un punto en el puntaje bruto (*raw score*) de CBCL; cada síntoma presente en forma plena equivale a dos puntos en el puntaje bruto (la respuesta frente al ítem preguntado es “frecuentemente o casi siempre”). Si la media obtenida en la ENDIS se ubica en 24, esto equivale a un total de respuestas ubicadas entre 24 síntomas con intensidad mínima o a 12 síntomas completos (intensidad máxima).

Si bien ASQ-SE y CBCL 1 ½-5 evalúan las áreas emocional, social y conductual, y ambos arrojan resultados bajos, es la primera vez que se aplican en nuestro medio y estos resultados se deben analizar en profundidad.

EEDP y TEPsi (subtest de lenguaje)

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del EEDP indican que un 11% de los niños se ubica en rango de retraso, porcentaje mayor que el esperable para una distribución normal (cuadro IV.5.10). El rango de riesgo de EEDP abarca un 15,4% de los niños y el rango normal un 73,6%. Por su parte, TEPsi presenta una alta zona de riesgo y un retraso comparativamente menor. Estos resultados deben ser tomados con cautela, pues a simple vista podrían parecer contradictorios.

En el caso del EEDP, se observan diferencias estadísticamente significativas al considerar niños menores y mayores de 12 meses: los resultados en las zonas de riesgo y retraso casi se duplican al pasar de un grupo al otro (cuadro IV.5.11). En cuanto a las variaciones por sexo, nuevamente no son conclusivas y aparece una leve ventaja a favor de las niñas en el rango de normalidad y de riesgo, y una leve

Cuadro IV.5.9. Promedios de valores de CBCL 1 ½-5 en otras sociedades

Comparación de medias con otras sociedades CBCL preescolares	Problemas totales	Problemas internalizados	Problemas externalizados
Chile ELPI (18-70 meses)	55,2	-	-
Turquía (2-3 años)	39,5	10,7	13
China, 2010 (media edad 66 meses)	33,9	10,47	10,39
Italia, 2006	33,4		
Estados Unidos (1)	33,3	8,6	12,9
Media omnicultural CBCL 1,5/5	33,3	9,6	12
Alemania, 2007	30,5	-	-
España, 1996 (CBCL 2-3 años)	27,2	-	-
Uruguay, 2013 (18-47 meses)	24,6	5,3	11,8
Dinamarca, 2010 (1,5-5años)	17,3	-	-

Fuente: Lui et al. (2011) y Rescorla et al. (2010), ELPI (2012).

Cuadro IV.5.10. Resultados globales TEPsi subtest lenguaje y EEDP

	Normal	Riesgo	Retraso/rezago	Edad en meses	N
Valores esperados en una distribución normal (por 1 y 2 SD)	84,10%	13,60%	2,30%		
TEPsi (lenguaje)	79,6	18,7	1,7	24 a 47	529
EEDP	73,6	15,4	11,0	1 a 23	514

Cuadro IV.5.11. Resultados de EEDP según variables sociodemográficas

Rango	Total	Condición de pobreza del hogar		Sexo		Edad en meses	
		No pobre	Pobre	Varón	Niña	0-12	12 a 23
Normal	73,6	73,67	73,46	71,67	75,76	79,59	65,78
Riesgo	15,41	15,12	15,95	18,63	11,79	11,93	19,95
Retraso	10,99	11,21	10,59	9,7	12,44	8,48	14,27
N	514	341	173	251	263	191	323

desventaja en zona de retraso. A diferencia de ASQ-3, que indicaba áreas comprometidas al considerar niveles de ingreso, EEDP no muestra asociaciones significativas con ingreso o pobreza.⁵⁰

50 En el anexo III se presenta un análisis detallado de las posibles discordancias entre los instrumentos y se discuten, en particular, los potenciales efectos de los métodos de estandarización utilizados en EEDP y TEPsi.

Cuadro IV.5.12. Resultados del TEPPI según variables sociodemográficas

Rango	Total	Condición de pobreza del hogar		Sexo		Edad en meses	
		No	Sí	Varón	Niña	24-35	36-47
Normal	79,6	85,8	74,7	84,0	1,6	80,5	76,6
Riesgo	18,7	13,5	29,5	23,6	14,3	19,5	15,8
Retraso	1,7	0,7	1,8	1,6	84,0	0,0	7,6
N	529	350	179	236	293	337	192

Cuadro IV.5.13. Resultados de TEPPI según quintil de ingreso del hogar

Rango	Quintil por ingreso de los hogares					Total
	1	2	3	4	5	
Normal	56,9	76,9	75,9	86,0	88,2	79,6
Riesgo	37,3	21,1	22,5	13,0	11,3	18,7
Retraso	5,8	2,0	1,6	1,0	0,5	1,7
N	71	63	119	109	167	529

En relación con los resultados obtenidos en niños de 24 a 47 meses, a partir del subtest de lenguaje del TEPPI, los valores en el rango de riesgo (18,7%) y en el de normalidad evidencian desempeños peores que los esperables para una población normal, mientras que la incidencia del rango de retraso es menor de lo esperado (1,7%) (cuadro IV.5.12 y cuadro IV.5.13).

Las aperturas por edad y condición de pobreza indican diferencias estadísticamente significativas. En este último caso, las diferencias correspondieron a más de 15 puntos en el rango de riesgo y fueron cinco veces mayores en el

rango de retraso. Se observan también acusadas diferencias por quintil de ingreso.

Estos resultados indican mejores desempeños que muchos de los obtenidos en estudios anteriores en Uruguay en el caso del TEPPI (cuadro IV.5.14 y cuadro IV.5.15). En buena medida, ello se debe a que en los estudios antecedentes estaban sobrerrepresentadas las poblaciones con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

En suma, a lo largo de esta sección se encontraron resultados variables en función de los instrumentos usados. La posibilidad de que ello ocurriera fue una de las razones por las cuales se decidió emplear un conjunto amplio de instrumentos que permitiese innovar en las formas de monitoreo del riesgo psicosocial en Uruguay.

El doble estándar posibilitó evaluar de forma exhaustiva tanto el desarrollo psicomotor y psicológico de los niños de la muestra estudiada en Uruguay (TEPPI y EEDP) como realizar el primer tamizaje con nuevos instrumentos de uso generalizado a nivel internacional (ASQ-3, ASQ-SE, CBCL para prescolares).

Se obtuvieron múltiples y diferentes medidas que permitirán comparar tanto las evaluaciones entre sí como observar el comportamiento de diversos instrumentos en la población infantil monitoreada en la ENDIS. Ello posibilitará comparar el desarrollo infantil temprano en

Cuadro IV.5.14 Resultados de EEDP (0-24 meses) en distintos estudios realizados en Uruguay

Rango	Puntaje T	% esperado	ENDIS/ EEDP (2013)	Grupo control CAIF (2010)	Grupo tratamiento CAIF (2010)		Evaluación GIEP (1999)		Terra y cols. (1989)	
					Evaluación		Evaluación		Pobres	No pobres
					1. ^a	2. ^a	1. ^a	2. ^a		
Normal	40	84,1%	73,6%	60,0%	81,0%	83,0%	71,0%	92,0%	72,0%	81,0%
Riesgo	30-40	13,6%	15,4%	28,0%	15,0%	16,0%	24,0%	6,0%	23,0%	18,0%
Retraso	<30	2,3%	11,0%	12,0%	4,0%	1,0%	5,0%	2,0%	6,0%	2,0%

Fuente: 2013-2014 ENDIS y documento de trabajo de Equipos Consultores, <<http://www.plancaif.org.uy>>

Cuadro IV.5.15 Resultados de TEPPI subtest de lenguaje (2 a 4/5 años) en Uruguay

Rangos	Puntajes T	% Esperados	ENDIS/ 2013	ENDIS/ No pobre 2013	ENDIS/ Pobre 2013	Grupo Control CAIF 2010	Evaluación CAIF 2010	Evaluación CAIF 1999	Terra y cols. 1989
Normal	40	84%	79,6%	85,83	66,69	63,0%	74,0%	59,0%	45,9%
Riesgo	30-40	14%	18,7%	13,46	29,54	29,0%	20,0%	28,0%	39,4%
Retraso	< 30	2%	1,7%	0,71	3,77	8,0%	6,0%	18,0%	14,7%

Fuente: 2013-2014 ENDIS; documento de trabajo de Equipos Consultores, <<http://www.plancaif.org.uy>>; GIEP, 1996

nuestro país con estudios nacionales previos y con las investigaciones que se realizan a nivel internacional con similar metodología.

IV.5.2. Determinantes del desarrollo en la primera infancia

A partir de los resultados obtenidos en el análisis de los distintos instrumentos, en este apartado se busca realizar una primera incursión en sus determinantes. Las subsiguientes olas del panel permitirán profundizar estos aspectos. Lamentablemente, en este trabajo no se dispone de información sobre las habilidades cognitivas y no cognitivas de los padres, por lo que no será posible capturar la transmisión intergeneracional de habilidades, lo que constituye una de las limitaciones de mayor importancia, que se espera corregir en futuras olas del panel.

Se presentan algunas asociaciones entre las diferentes pruebas de desarrollo infantil que fueron aplicadas y un conjunto de variables socioeconómicas y de la salud del niño. Referimos a asociaciones y no a causalidad debido a la potencial presencia de sesgos de selección que deberán ser estudiados más adelante. En particular es relevante el hecho de que las características no observadas de los padres, a las que se hizo referencia más arriba, influyan en la asistencia de los niños a centros educativos, al tiempo que es posible que existan vínculos intergeneracionales entre inobservables de los niños y de los padres, así como con sus dotaciones, ya sea en la educación, la ocupación o los ingresos (Ursúa y Veramendi, 2011). Esto último es indicado en el modelo de Becker y Tomes (1986), donde existe una transmisión del estatus económico de padres a hijos.

Para cada instrumento se analiza la probabilidad de presentar problemas o situaciones de riesgo (columna *a*) y se estiman modelos lineales para todo el puntaje de las pruebas (columna *b*). La categoría *problemas* utilizada aquí incluye en el ASQ-3 tanto la zona de monitoreo como de riesgo, en el CBCL el puntaje límite y clínico, y en TEPSI y EEDP la zona de riesgo y rezago.

En primer lugar se presentan las estimaciones para las pruebas TEPSI y EEDP (cuadro IV.5.16). Respecto a los problemas que identifica el EEDP no se observan asociaciones relevantes, salvo en los casos de la edad y la presencia de anemia: la probabilidad de tener problemas se

Cuadro IV.5.16 Estimaciones del TEPSI y EEDP (regresiones lineales estimadas por mínimos cuadrados ordinarios)

	TEPSI		EEDP	
	(1a)	(1b)	(2a)	(2b)
Sexo (1=Varón)	0,082** [0,036]	-3,008*** [1,095]	0,051 [0,043]	0,003 [0,015]
Ln Número de personas en el hogar	-0,008 [0,073]	2,935 [2,204]	0,106 [0,085]	0,006 [0,034]
Ln Número de menores de 12 años*	0,075 [0,073]	-4,181** [1,666]	0,017 [0,067]	-0,031 [0,023]
Asistencia a centro educativo (1=Sí)	-0,109*** [0,040]	3,303*** [1,200]	-0,027 [0,049]	0,009 [0,018]
Edad (en meses)	0,005 [0,003]	-0,395*** [0,098]	0,010*** [0,003]	-0,003** [0,001]
Años de educación del entrevistado	-0,011* [0,006]	0,773*** [0,194]	-0,008 [0,007]	0,003 [0,002]
Anemia (1=Sí)	0,090 [0,091]	-2,658 [2,609]	0,170* [0,093]	-0,067** [0,030]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)				
Ve al niño al menos 1 vez al mes	0,044 [0,058]	-1,924 [1,431]	0,010 [0,069]	-0,016 [0,024]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	0,003 [0,067]	-2,843** [1,429]	-0,077 [0,075]	0,025 [0,025]
Quintiles (omitida: primer quintil)				
Segundo y tercer quintil	-0,130* [0,077]	3,418** [1,592]	0,018 [0,070]	-0,014 [0,026]
Cuarto y quinto quintil	-0,140* [0,084]	2,181 [1,793]	0,064 [0,077]	0,003 [0,028]
Talla para la edad (omitida: normal)				
-2> DS <-1	0,078 [0,051]	-0,435 [1,486]	-0,044 [0,053]	0,003 [0,017]
DS <-2	0,188* [0,111]	-3,436 [2,643]	-0,056 [0,100]	0,044 [0,039]
Constante	0,257 [0,172]	49,328*** [4,683]	0,024 [0,170]	0,924*** [0,063]
Media de la variable dependiente	0,204	50,55	0,264	0,922
Observaciones	505	505	486	486
R ²	0,127	0,184	0,045	0,044

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. En la columna *a* se presenta la estimación de la probabilidad de presentar problemas y en la columna *b* del puntaje de la prueba.* Se considera la cantidad de niños menores de 12 años, pero mayores que el niño que realizó la prueba.

incrementa conforme aumentan los meses de los niños y si el niño tiene anemia. Cuando las estimaciones se basan en el puntaje PE se observan las mismas asociaciones. Adicionalmente, se realizan para cada una de las pruebas estimaciones específicas según el sexo del niño. Los resultados son presentados en los cuadros A.II.41 y A.II.43 del Anexo. Para las niñas, tanto con el puntaje PE como con la probabilidad de tener problemas en el EEDP, se encuentra que ninguna de las variables incorporadas resulta significativa. En el caso de los varones, al igual

que en los resultados generales, la presencia de anemia y los meses del niño son significativos cuando se considera el puntaje del EEDP.

Cuando se estima la probabilidad de tener problemas en TEPSI, se encuentra un mayor número de variables asociadas. Esta probabilidad se incrementa entre los varones en un 40% si se la compara con el valor medio de la variable dependiente, cifra similar a la que corresponde a quienes no asisten a centros educativos. Entre los niños que residen en hogares del primer quintil de ingresos, la probabilidad de presentar problemas se incrementa casi un 15% con relación a quienes residen en el resto de los hogares. De igual forma, niños con retraso de talla grave (menos de -2 desvíos estándar) presentan un puntaje un 20% más bajo que el resto de los niños. Finalmente, la relación entre la probabilidad de presentar problemas con el TEPSI y los años de educación del entrevistado es negativa: por cada año de educación adicional se reduce 1,1% la probabilidad de presentar problemas. En otras palabras, un niño que nace en un hogar donde el adulto referente tiene 16 años de educación tiene un 11% menos de probabilidades de presentar problemas que un niño donde el adulto referente tiene 6 años de educación.

Algunas variables adicionales son significativas cuando se analiza el puntaje en todo el recorrido de la prueba TEPSI, en tanto el retraso de talla no explica los resultados. Naturalmente, en este caso el signo esperado de los coeficientes es contrario a las especificaciones asociadas a la existencia de problemas, dado que el puntaje más alto corresponde a una mejor situación del niño. En el caso del sexo, por ejemplo, las mujeres obtienen un puntaje casi un 6% más alto que el valor medio de la población. La relación es similar para quienes asisten a un centro educativo. Los niños que viven en hogares pertenecientes al segundo y el tercer quintil obtienen un puntaje casi 7% más alto que el promedio. Cada año de educación adicional del adulto referente aumenta el puntaje en 0,80, lo que equivale a 1,6% del valor promedio del puntaje encontrado en los niños. Retomando el ejemplo anterior, esto implica que si se contrasta la situación de dos niños que viven en hogares idénticos, salvo en la educación del adulto referente —por ejemplo, en un caso el adulto tiene 16 años de educación y en el otro solo 6—, es esperable que los niños tengan 16 puntos de diferencia en la prueba TEPSI.

La presencia de menores de 12 años en el hogar, los meses del niño y la ausencia del padre (cuando no lo visita con frecuencia) presentan una relación negativa con el puntaje del TEPSI. Por cada mes adicional del niño se reduce el puntaje de la prueba en 0,4, es decir que un niño de 48 meses presenta casi 10 puntos menos que un niño de 24 meses, lo que representa un 20% del puntaje promedio. En el caso de la ausencia del padre cuando no lo visita se observa que el puntaje predicho para el niño estará un 6% por debajo del promedio.

Las estimaciones se realizan de forma específica para los varones y las niñas y se observa que la asistencia a centros educativos, los años de educación del entrevistado, el retraso de talla y el quintil de ingresos del hogar donde reside el niño son significativos solo para uno de los dos subgrupos (tanto con el puntaje total como cuando se intenta explicar la probabilidad de tener problemas). En el caso de la asistencia al centro educativo y en los quintiles de ingreso, la relación es positiva con el puntaje total y se da solo para los varones. Entre las niñas se encuentra una asociación positiva con la educación del entrevistado y negativa con el retraso de talla. Como es esperable, la relación es la inversa cuando se considera la probabilidad de tener bajo puntaje en el TEPSI.

Para el caso de las pruebas ASQ-3 se presentan las estimaciones en sus cinco componentes: comunicación, motricidad fina, motricidad gruesa, resolución de problemas y sociopersonal (véase el cuadro IV.5.17). En comunicación (columnas *1a* y *1b*) se observa que los varones tienen mayor probabilidad de tener problemas y que estos se incrementan entre quienes residen en hogares pertenecientes al primer quintil de ingresos. En este último caso, la probabilidad de tener problemas se incrementa en torno al 15%. Cuando consideramos el puntaje estandarizado de la prueba en este componente, la significatividad de los quintiles se mantiene, en tanto los meses del niño muestran una relación negativa. En este último caso se observa una reducción de 0,007 desvíos estándar en el puntaje del ASQ-3 por cada mes adicional. En el caso de los hogares pertenecientes al segundo y el tercer quintil el puntaje se incrementa en 0,375 desvíos estándar, y para quienes residen en hogares de los quintiles 4 y 5 el puntaje se incrementa en 0,228 desvíos estándar (en ambos casos con relación al primer quintil). Esta última variable es significativa tanto para varones como para niñas cuando las estimaciones se

Cuadro IV.5.17. Estimaciones de ASQ-3. MCO

	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Sociopersonal	
	(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)	(5a)	(5b)
Sexo (1=Varón)	0,048** [0,021]	-0,133** [0,062]	-0,004 [0,026]	0,114 [0,070]	-0,000 [0,027]	-0,035 [0,078]	0,039 [0,024]	-0,171** [0,070]	0,081*** [0,024]	-0,311*** [0,066]
Ln Número de personas en el hogar	0,049 [0,044]	-0,056 [0,120]	-0,002 [0,044]	0,102 [0,130]	-0,005 [0,052]	0,078 [0,149]	-0,078* [0,046]	0,167 [0,134]	0,037 [0,048]	-0,025 [0,124]
Ln Número de menores de 12 años*	-0,049 [0,037]	-0,062 [0,107]	0,026 [0,046]	-0,097 [0,124]	-0,001 [0,050]	-0,017 [0,141]	0,051 [0,043]	-0,189 [0,125]	0,045 [0,043]	-0,092 [0,112]
Asistencia a centro educativo (1=Sí)	-0,041* [0,025]	0,159** [0,069]	-0,045* [0,025]	0,174** [0,073]	-0,088*** [0,029]	0,237*** [0,077]	-0,054** [0,027]	0,222*** [0,076]	0,001 [0,027]	0,105 [0,075]
Edad (en meses)	0,001 [0,001]	-0,007** [0,003]	-0,008*** [0,001]	0,029*** [0,004]	0,001 [0,001]	0,004 [0,004]	0,000 [0,001]	-0,007** [0,003]	-0,004*** [0,001]	0,006* [0,004]
Años de educación	-0,002 [0,003]	0,009 [0,009]	-0,001 [0,004]	-0,003 [0,011]	-0,005 [0,004]	0,027** [0,012]	0,001 [0,004]	0,006 [0,011]	0,002 [0,004]	-0,009 [0,011]
Anemia (1=Sí)	-0,054 [0,040]	0,135 [0,147]	0,145** [0,058]	-0,471*** [0,167]	0,064 [0,060]	-0,157 [0,174]	0,043 [0,056]	-0,065 [0,161]	0,023 [0,051]	-0,146 [0,172]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)										
Ve al niño al menos 1 vez al mes	0,036 [0,033]	0,024 [0,092]	-0,002 [0,037]	-0,145 [0,109]	-0,002 [0,042]	-0,061 [0,115]	0,029 [0,036]	-0,159 [0,100]	0,066* [0,040]	-0,126 [0,104]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	0,053 [0,046]	-0,173 [0,128]	-0,054 [0,040]	-0,115 [0,133]	0,029 [0,053]	-0,056 [0,136]	0,135*** [0,052]	-0,358*** [0,133]	0,066 [0,046]	-0,236* [0,125]
Quintiles (omitida: primer quintil)										
Segundo y tercer	-0,143*** [0,045]	0,375*** [0,120]	-0,066 [0,047]	0,127 [0,131]	-0,059 [0,053]	-0,020 [0,140]	-0,050 [0,050]	0,082 [0,129]	-0,041 [0,042]	0,043 [0,117]
Cuarto y quinto	-0,112** [0,049]	0,228* [0,132]	-0,037 [0,053]	0,112 [0,147]	-0,073 [0,058]	0,122 [0,152]	-0,094* [0,053]	0,256* [0,139]	-0,001 [0,047]	-0,046 [0,129]
Talla para la edad (omitida: normal)										
-2> DS <-1	0,032 [0,031]	0,009 [0,087]	0,031 [0,036]	-0,123 [0,102]	0,032 [0,037]	-0,053 [0,102]	0,044 [0,033]	-0,116 [0,095]	-0,031 [0,030]	-0,054 [0,080]
DS <-2	0,081 [0,058]	-0,251 [0,165]	0,026 [0,063]	-0,121 [0,161]	0,137* [0,074]	-0,350* [0,183]	0,075 [0,065]	-0,288* [0,167]	0,099 [0,072]	-0,270 [0,172]
Constante	0,134 [0,090]	0,065 [0,239]	0,387*** [0,095]	-0,880*** [0,274]	0,339*** [0,109]	-0,723** [0,301]	0,288*** [0,103]	-0,290 [0,274]	0,101 [0,095]	0,281 [0,259]
Media de la variable dependiente	0,105	0,188	0,192	-0,167	0,210	-0,164	0,164	-0,067	0,167	0,022
Desvío estándar de la variable dependiente	0,307	0,914	0,394	1,104	0,407	1,164	0,370	1,070	0,373	1,001
Observaciones	1.040	1.040	1.057	1.057	1.051	1.051	1.037	1.037	1.055	1.055
R ²	0,048	0,050	0,082	0,118	0,035	0,041	0,041	0,067	0,044	0,051

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. En la columna *a* se presenta la estimación de la probabilidad de presentar problemas y en la columna *b* la probabilidad del puntaje estandarizado de la prueba.

hacen sobre el puntaje total para cada sexo (véase el cuadro A.II.43 del Anexo), solo son significativos el segundo y el tercer quintil, y la incidencia es mayor para los varones en comparación con los respectivos valores medios. Los resultados son similares si se considera la probabilidad de tener problemas (véase el cuadro A.II.44 del Anexo). Adicionalmente en las estimaciones del puntaje estandarizado los meses resultan significativos exclusivamente para los niños, y el desempeño es peor a medida que los meses se

incrementan. Lo mismo sucede con la asistencia a centros educativos. En el caso de las niñas se encuentra una relación entre el puntaje de la prueba y los años de educación del entrevistado, incrementándose el puntaje en 0,03 desvíos estándar por cada año de educación adicional del entrevistado.

A diferencia de lo que ocurre en comunicación, en el caso de la motricidad gruesa (columnas *2a* y *2b*) la probabili-

dad de tener problemas disminuye con la edad, al tiempo que aumenta si el niño no asiste a un centro educativo. En el primer caso, la probabilidad se reduce casi un 1% por cada mes adicional, y en el segundo se incrementa 5% cuando el niño no asiste al centro educativo. Ambas variables también afectan el puntaje estandarizado total (0,03 desvíos estándar en el caso de los meses de los niños y 0,17 desvíos estándar con la asistencia a un centro educativo). Niños con anemia muestran una asociación negativa con el puntaje de esta prueba (el efecto es de 0,47 desvíos estándar). Las estimaciones del puntaje total realizadas para varones y niñas por separado indican que las variables *asistencia a centro educativo* y *anemia* también resultan significativas con el mismo signo que en la estimación general, pero solo para el caso de los varones. Por otro lado, los años de educación del entrevistado resultan significativos y con signo negativo también entre los varones. Entre las niñas el puntaje es menor cuando se observa un retraso grave de talla (0,475 desvíos estándar).

En el componente *motricidad fina* (columnas 3a y 3b), la asistencia a centros educativos desempeña un rol similar, al ser un 9% superior la probabilidad de tener problemas entre los niños que no asisten, al tiempo que se reduce el puntaje de este componente en 0,24 desvíos estándar. Los niños que residen en un hogar donde la educación del adulto responsable es más alta obtienen mayores puntajes en motricidad fina. Cada año de educación adicional incrementa 0,027 desvíos estándar el puntaje de este componente. A diferencia de lo que ocurre con la motricidad gruesa, con la motricidad fina existe un conjunto de variables que solo son significativas en las estimaciones del puntaje total realizadas para las niñas. Es lo que se observa con la educación del entrevistado, la asistencia a centros educativos y los meses de vida de la niña: en todos los casos la relación es positiva con el puntaje. En el caso de la asistencia a centros educativos incrementa el puntaje en 0,352 desvíos estándar, en tanto cada incremento de los años de educación del entrevistado y de los meses de la niña generan que el puntaje de la prueba se eleve 0,044 y 0,012 desvíos estándar respectivamente.

Al considerar el componente *resolución de problemas* (columnas 4a y 4b) se observa que el riesgo se incrementa fuertemente (13%) ante la ausencia del padre del niño, cuando la frecuencia de visitas es baja o directamente no

existe. Efectos más leves se observan con el tamaño del hogar, la asistencia a centros educativos y la ubicación del hogar en la distribución del ingreso. La probabilidad de tener problemas en este componente del ASQ se reduce cuando el niño asiste a un centro educativo (5%), si pertenece a los quintiles 4 y 5 (9%) y se incrementa conforme aumenta el tamaño del hogar. Cuando se considera el puntaje total, nuevas variables muestran asociación con este componente. Quienes obtienen puntajes más altos son las niñas (del orden de 0,17 desvíos estándar), quienes asisten a centros educativos (0,22 desvíos estándar) y los que habitan en hogares ubicados en quintiles superiores al primero (0,26 desvíos estándar). Adicionalmente, a medida que los meses de los niños se incrementan, se reduce el puntaje estandarizado en algo menos de 0,01 desvíos estándar por cada mes. Al igual que en el caso en que se identificaba la probabilidad de tener problemas, la ausencia del padre muestra una alta asociación (es casi 0,36 desvíos estándar más bajo el puntaje que obtienen los niños que se encuentran en dicha situación).

Cuando las estimaciones del puntaje total se realizan específicamente para cada sexo, variables como la asistencia a centros educativos y la ausencia del padre, que resultaban significativas para toda la población, resultan significativas exclusivamente para los varones. En este grupo también resultan significativos los meses del niño; la reducción en el puntaje de la prueba es de 0,12 desvíos estándar por cada mes adicional.

Las últimas estimaciones corresponden al componente sociopersonal (columnas 5a y 5b). En este caso los problemas se asocian al hecho de ser varón y a residir en un hogar donde el padre está ausente, con un 8% mayor de probabilidad de tener problemas en ambos casos. Adicionalmente dicha probabilidad disminuye con los meses del niño, a razón de 0,04% por cada mes adicional. Al considerar el puntaje total solo mantienen la significatividad el sexo y los meses del niño; en el primer caso el puntaje es inferior para los varones (0,31 desvíos estándar), mientras que por cada mes adicional el puntaje se incrementa en casi 0,01 desvíos estándar. Finalmente, cuando las estimaciones se realizan por sexo se encuentran varios efectos en las niñas sobre la probabilidad de tener problemas. Al igual que en la estimación general, los meses y la ausencia del padre son las variables significativas. En este último caso la probabilidad de tener problemas se incrementa en un 9% cuando

el padre está ausente del hogar y realiza visitas frecuentes, y al 12% cuando las visitas no son frecuentes.

El cuadro IV.5.18 muestra los resultados para las pruebas CBCL y ASQ-SE; en el primer caso presenta las estimaciones para los problemas totales, pero también para los problemas externalizados e internalizados. A diferencia de los resultados anteriores, en este caso en la columna *b*, si bien se identifica toda la distribución del puntaje, los valores más altos se asocian a problemas, por lo cual el signo esperado de las columnas *a* y *b* es el mismo. En el caso del ASQ-SE

no se presentan los puntajes totales en la medida en que no resulta posible trasladar a un soporte común las pruebas aplicadas en los distintos tramos etarios, aunque sí es posible identificar la población con problemas en cada mes.

Con relación a los problemas totales obtenidos en el CBCL, la principal variable que incide negativamente tanto en la identificación del problema como en toda la distribución del puntaje son los años de educación del adulto referente; en el primer caso se nota una reducción de casi el 1% en la probabilidad de tener problemas por cada año de educación

Cuadro IV.5.18. Estimaciones de CBCL y ASQ-SE. MCO

	CBCL						ASQ-SE
	Problemas totales		Problemas internalizados		Problemas externalizados		
	(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	
Sexo (1=Varón)	-0,024 [0,023]	0,804 [1,359]	-0,001 [0,022]	0,161 [0,383]	0,021 [0,029]	0,601 [0,667]	0,033** [0,017]
Ln Número de personas en el hogar	0,014 [0,042]	6,668** [2,849]	0,029 [0,051]	1,156 [0,837]	0,081 [0,059]	2,813** [1,289]	-0,001 [0,036]
Ln Número de menores de 12 años*	-0,030 [0,035]	-6,331*** [2,406]	-0,062* [0,035]	-1,581** [0,647]	-0,056 [0,052]	-2,553** [1,192]	0,044 [0,034]
Asistencia a centro educativo (1=Sí)	-0,010 [0,024]	0,804 [1,427]	-0,015 [0,023]	-0,066 [0,410]	0,016 [0,030]	0,594 [0,694]	-0,031* [0,018]
Edad (en meses)	-0,001 [0,002]	-0,070 [0,095]	0,001 [0,002]	0,039 [0,028]	-0,002 [0,002]	-0,040 [0,046]	0,003*** [0,001]
Años de educación del entrevistado	-0,008** [0,004]	-1,106*** [0,207]	-0,003 [0,004]	-0,281*** [0,061]	-0,015*** [0,005]	-0,490*** [0,105]	-0,007*** [0,003]
Anemia (1=Sí)	-0,057 [0,040]	2,087 [2,269]	0,037 [0,051]	0,311 [0,829]	0,008 [0,062]	1,091 [1,117]	0,062 [0,043]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)							
Ve al niño al menos 1 vez al mes	0,098** [0,043]	4,212** [2,112]	0,109*** [0,042]	1,539** [0,642]	0,096** [0,048]	1,878* [1,038]	0,053 [0,033]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	-0,016 [0,033]	3,933 [2,539]	0,003 [0,036]	0,185 [0,695]	0,110* [0,058]	2,106* [1,229]	-0,005 [0,031]
Quintiles (omitida: primer quintil)							
Segundo y tercer quintil	0,001 [0,045]	3,056 [2,588]	-0,027 [0,039]	0,605 [0,679]	0,002 [0,055]	1,398 [1,279]	0,015 [0,032]
Cuarto y quinto quintil	-0,013 [0,048]	2,891 [2,822]	-0,036 [0,045]	0,346 [0,788]	-0,002 [0,060]	1,417 [1,399]	0,034 [0,034]
Talla para la edad (omitida: normal)							
-2> DS <-1	-0,011 [0,028]	0,084 [1,589]	-0,006 [0,027]	-0,037 [0,459]	-0,030 [0,039]	0,205 [0,874]	-0,012 [0,022]
DS <-2	0,118* [0,068]	8,009** [3,655]	0,084 [0,058]	1,930** [0,951]	0,126* [0,076]	2,536 [1,588]	0,102* [0,057]
Constante	0,196* [0,101]	25,005*** [5,933]	0,066 [0,096]	4,899*** [1,696]	0,206 [0,132]	12,059*** [2,866]	0,024 [0,064]
Media de la variable dependiente	0,090	24,99	0,081	5,15	0,158	11,97	0,064
Observaciones	749	749	749	749	749	749	1039
R ²	0,051	0,125	0,042	0,104	0,078	0,101	0,062

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. En la columna *a* se presenta la estimación de la probabilidad de presentar problemas y en la columna *b* del puntaje de la prueba.

adicional, en tanto en el segundo caso la variación es de un 4,5% del valor de la media por cada año de educación acumulado. Por otro lado, la ausencia del padre en el hogar se relaciona positivamente con los problemas totales, aunque solo se observa tal relación en el caso en que el padre visita a su hijo al menos una vez al mes. El retraso grave de talla se asocia con los problemas totales, incrementándose un 12% la probabilidad de tener problemas, en tanto el puntaje de quienes presentan retraso es un 32% superior al promedio de los niños. En las estimaciones del puntaje total también resulta significativo el tamaño del hogar. Los problemas totales en el CBCL son más altos cuando el hogar es más numeroso, al tiempo que dicho puntaje es menor cuando el niño reside con otros niños más grandes que él.

Los resultados se mantienen para los problemas internalizados y externalizados. En el primero de estos problemas los efectos son levemente superiores cuando se consideran los años de educación del adulto referente: alcanzan casi el 5,5% del valor de la media por cada año adicional, frente a solo un 4,5% de la media de la variable dependiente en el segundo. Por otro lado, se mantiene la relación entre el puntaje del CBCL y el retraso grave de talla cuando se consideran los problemas internalizados. Cabe mencionar que en las estimaciones de la probabilidad de tener problemas externalizados la asociación con la ausencia del padre también se da con los padres con visitas menos frecuentes, lo que incrementa dicha probabilidad en un 10%.

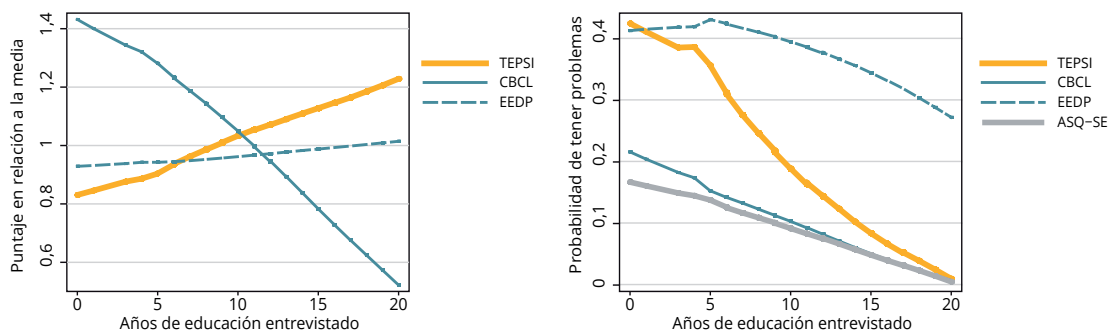
En el caso de las estimaciones que identifican riesgo en el ASQ-SE se observa que la probabilidad se incrementa conforme aumenta la edad: la magnitud de los incrementos por cada mes adicional del niño es de 0,3%. Al mismo tiempo

disminuye esta probabilidad en función de los años de educación del adulto referente; por cada año adicional la probabilidad cae un 0,7%. Por último, existe una relación positiva con el retraso grave de talla, en tanto quienes se encuentran en esta situación tienen una probabilidad 10% superior de presentar problemas en el ASQ-SE. Las relaciones encontradas entre ASQ-SE con la educación del entrevistado y los meses del niño se mantienen cuando se realizan estimaciones específicas para varones, no así con las niñas (véase el cuadro A.II.43 del Anexo). Adicionalmente, entre los varones resulta significativa y con signo negativo la asistencia a un centro educativo, en una relación de aproximadamente el 7%.

A continuación se presenta un conjunto de gráficas que resume la información de las estimaciones realizadas para cada una de las pruebas. Se utiliza la predicción lineal de las estimaciones según los años de educación del adulto referente, los meses del niño, la asistencia a centros educativos y el quintil de ingresos, los cuales constituyen los canales más relevantes para explicar los resultados de las distintas pruebas. En línea continua o con color más fuerte (según el tipo de gráfica) se señalan los resultados que resultan significativos en las estimaciones presentadas en los cuadros anteriores; cuando la variable no es significativa se muestra con trazo punteado en la gráfica de líneas y con tono tenue en la gráfica de barras.

La gráfica IV.5.4 indica cómo se modifican las predicciones del TEPSI, EEDP y CBCL según los años de educación del adulto responsable. Se omiten las gráficas para el ASQ-3 ya que solo es significativo en el puntaje estandarizado de motricidad fina. Este aspecto deberá ser estudiado con más detalle, teniendo en cuenta que el puntaje

Gráfica IV.5.4. Predicción de TEPSI, EEDP, CBCL y ASQ-SE según años de educación



Nota: La primera gráfica refiere al puntaje predicho en relación con la media, mientras que la segunda corresponde a la probabilidad predicha de tener problemas. Las líneas punteadas indican que en las estimaciones de dicha variable los años de educación no resultan significativos.

del TEPSI y el EEDP se obtienen principalmente por observación del técnico que realiza la entrevista, mientras que en el ASQ-3 el puntaje se basa principalmente en un cuestionario realizado al adulto referente. Se debe descartar que exista un cambio en el comportamiento de los adultos asociado a las respuestas brindadas en función de los años de educación. Esto se verificaría si los adultos con menor nivel educativo fueran menos exigentes en la valoración de las habilidades de sus hijos y tendieran a reportar un puntaje mayor.

En el primer panel se presentan los puntajes totales de las pruebas, que al no ser estandarizados se expresan con relación al valor medio de la prueba. El segundo panel se corresponde con la probabilidad de tener problemas en las mismas pruebas, a lo que se agrega el ASQ-SE. Como ya fue mencionado, la educación del adulto se relaciona con tres de las cuatro pruebas de desarrollo infantil: CBCL, TEPSI y ASQ-SE.

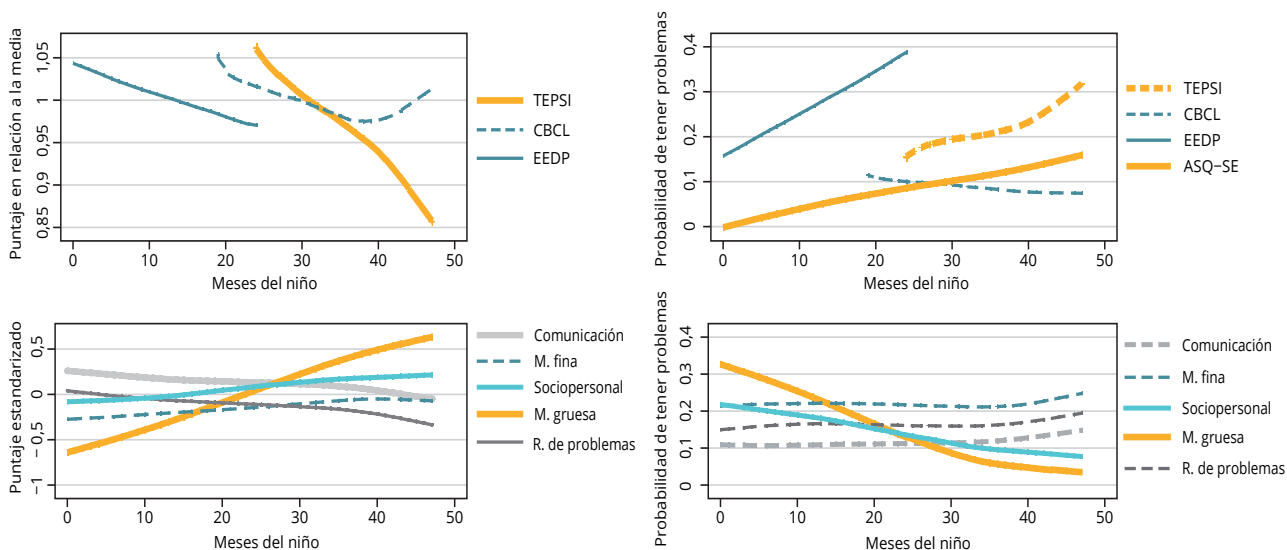
Al considerar el puntaje total de las pruebas se observa una incidencia relativamente importante en el CBCL, donde los problemas entre quienes no tienen educación son un 40% más altos que la media, mientras que para los niños que residen en hogares donde los adultos referentes poseen 16 años de educación se percibe que los problemas son, con relación a la media, un 30% inferiores. Las variaciones en el TEPSI son más moderadas. Los niños que viven con un

adulto referente que no posee educación obtienen un puntaje un 20% inferior a la media, cuando el adulto alcanza 12 años de educación el puntaje se ubica un 12% por encima de la media, y es un 20% superior entre quienes se ubican en el extremo de la distribución.

En el caso de la probabilidad de tener problemas se observan caídas conforme aumentan los años de educación. La caída más importante se nota en el TEPSI, donde la probabilidad alcanza más del 40% entre los niños cuyo adulto referente no tiene educación y desciende a niveles cercanos a 0 cuando son veinte los años de educación del adulto. En los restantes casos las caídas son más leves, de niveles cercanos al 20% en el ASQ-SE, y en el CBCL se llega a la ausencia de incidencia de estos problemas entre quienes viven en hogares con adultos que poseen veinte años de educación.

En la gráfica IV.5.5 se presenta la evolución de las mismas pruebas según los meses del niño. Todas las pruebas, salvo el CBCL y el componente de motricidad fina en el ASQ-3, resultan significativas cuando se consideran los puntajes. Los componentes comunicación y resolución de problemas del ASQ así como el TEPSI tampoco son significativas cuando se considera la probabilidad de tener problemas. En general la relación con los meses del niño es negativa con el puntaje de las pruebas, salvo los componentes sociopersonal y motricidad gruesa del ASQ-3.

Gráfica IV.5.5. Predicción de las pruebas de desarrollo infantil según meses del niño



Nota: La primera columna refiere al puntaje predicho, mientras la segunda columna se corresponde con la probabilidad predicha de tener problemas. En la primera fila se presentan las pruebas TEPSI, EEDP y CBCL (ASQ-SE en el caso de la probabilidad de tener problemas) y en la segunda fila los distintos componentes del ASQ-3. Las líneas punteadas indican que en las estimaciones de dicha variable los meses del niño no resultan significativo.

Al considerar el puntaje total (primera columna), la mayor variabilidad entre los niños más pequeños y los más grandes se da en el TEPsi y en motricidad gruesa del ASQ-3. Recordemos, no obstante, que el TEPsi se aplica desde los 24 meses, y desde ese período muestra una caída relativamente importante, ya que el puntaje era un 7% superior a la media a los 24 meses, mientras que a los 48 meses el valor se corresponde con el 85% del promedio de la prueba en todos los niños. En motricidad gruesa el puntaje se ubica un 60% por debajo de la media en los primeros meses de vida y a los 40 meses ya se sitúa un 50% por encima de la media.

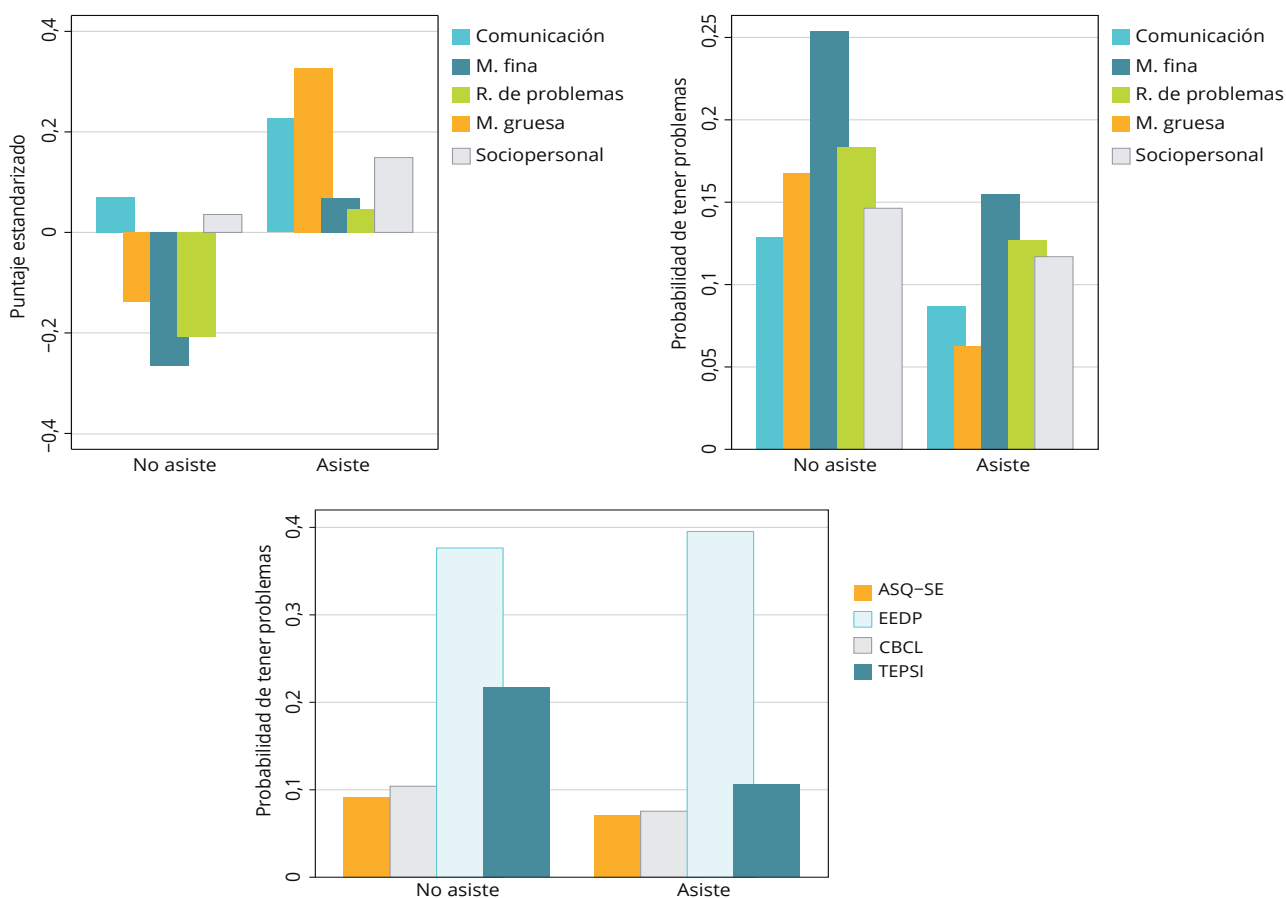
En cuanto a la probabilidad de tener problemas en cada una de las pruebas según los meses del niño (segunda columna), se corrobora que en el EEDP y el ASQ-SE, a medida que aumentan los meses de vida del niño, estas probabilidades también lo hacen. En el caso del EEDP la variación es de 25% entre el nacimiento y los 24 meses de edad. Algo

más reducido es el incremento en la probabilidad de tener problemas medidos a partir del ASQ-SE: 12% entre el primer mes de vida y el mes 48.

En las pruebas del ASQ-3 exclusivamente los componentes motricidad gruesa y sociopersonal resultan significativos; la probabilidad de tener problemas en estos componentes es decreciente con los meses. La caída más relevante se da con la motricidad gruesa, donde cerca del 35% de los niños tienen problemas cuando se encuentran en el primer mes de vida, en tanto dicha incidencia tiende a desaparecer luego de los 40 meses. Una caída más leve se observa en el componente sociopersonal, donde la variación va del 20% a poco menos del 10% en el mismo lapso.

La gráfica IV.5.6 da cuenta de las predicciones de las distintas pruebas según la asistencia o no de los niños a centros educativos. No se presentan gráficas del puntaje del TEPsi,

Gráfica IV.5.6. Predicción de las pruebas según asistencia o no del niño a un centro educativo



Nota: Las gráficas ubicadas en la parte superior se corresponde con el ASQ-3, mientras en la inferior se presentan la probabilidad de tener problemas para el TEPsi, EEDP, CBCL y ASQ-SE. Las barras más tenues indican que en las estimaciones de dicha variable la asistencia a centros educativos no resulta significativa.

EEDP y CBCL pues solo en la primera de las pruebas se encuentran resultados significativos. Tanto en la predicción del puntaje como de la probabilidad de tener problemas aparecen con un color más tenue los desempeños donde la asistencia no es significativa. En el caso del ASQ-3 esto se observa en el componente sociopersonal. Los puntajes más bajos se observan entre quienes no asisten al centro educativo con relación a los que asisten, y las variaciones más importantes son las que ocurren en motricidad gruesa, donde la predicción alcanza a -0,15 puntos (estandarizados) entre quienes no asisten a centros educativos y más de 0,3 puntos entre quienes sí asisten.

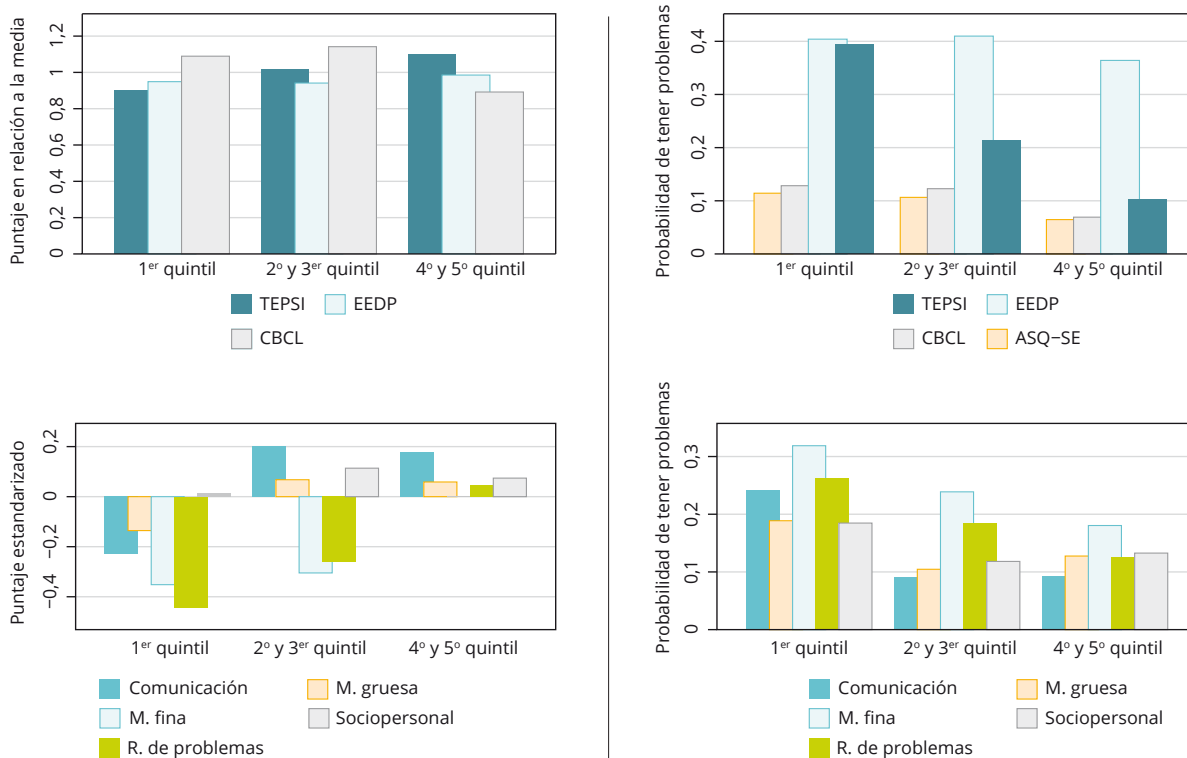
Por otro lado, la probabilidad de tener problemas entre quienes no asisten alcanza al 25% de los niños en motricidad fina y a cerca del 20% en motricidad gruesa y resolución de problemas. Entre quienes asisten las probabilidades de tener problemas se reducen en motricidad gruesa a menos del 5%, en tanto en motricidad fina y resolución de problemas la probabilidad supera al 10%. En el caso del TEPSI también hay una caída importante de la probabilidad de tener problemas si se comparan los

niños que asisten y los que no lo hacen, con proporciones que van del 20% en el último caso al 10% en el primero.

La última de las gráficas considera las distintas predicciones según los quintiles de ingresos per cápita de los hogares (gráfica IV.5.7). El puntaje total muestra un leve incremento en el TEPSI, donde alcanza al 90% de la media en el primer quintil y al 15% por encima de la media en los quintiles 4 y 5. Entre los puntajes del ASQ-3 solo los componentes resolución de problemas y comunicación son significativos, con una relación positiva con los quintiles de ingresos. Dentro del primer quintil el puntaje estandarizado más bajo se observa en el componente resolución de problemas (-40%) y luego comunicación (-21%). En los quintiles 2 y 3 solo el componente de comunicación toma valores positivos, al tiempo que en los dos últimos quintiles los dos componentes toman valores positivos, más importantes en comunicación. No obstante, en este último caso no existen diferencias con lo observado para los quintiles 2 y 3.

Por último, en lo que refiere a la probabilidad de tener problemas los quintiles de ingreso se comportan de igual

Gráfica IV.5.7. Predicción de la probabilidad de tener problemas en ASQ-3 según quintil de ingresos



Panel a) Puntaje de las pruebas. Panel b) Probabilidad de tener problemas.

forma en las distintas pruebas. En el TEPsi la probabilidad de tener problemas cae desde 40% en el primer quintil a 10% en el cuarto y quinto. Las variaciones en el ASQ-3 son más moderadas: en el primer quintil las probabilidades de tener problemas alcanzan aproximadamente al 25% en comunicación y resolución de problemas. En los dos últimos quintiles estas probabilidades se reducen a valores cercanos al 10% en resolución de problemas y comunicación.

Desarrollo infantil y prácticas de crianza

Para terminar se estiman nuevamente los puntajes totales incorporando un conjunto de variables subjetivas que intentan capturar percepciones de los adultos sobre los criterios adecuados de crianza. Se utilizan las mismas variables que fueron presentadas en la sección IV.3.2. Las preguntas intentan capturar un conjunto de variables inobservables que pueden estar influyendo en los desempeños de los niños. Estas tienen que ver con dos aspectos: las creencias de los padres sobre la forma en que ellos crían a sus hijos —se intenta identificar, por ejemplo, el estímulo que los padres brindan a sus hijos mediante juegos, la lectura de cuentos o el cantarles canciones— y las creencias de los padres sobre las formas deseables o más adecuadas de crianza. Como fue mencionado en secciones previas, el primer aspecto se denominará *creencias que describen las prácticas de crianza* (PC tipo II) y el segundo *creencias normativas sobre las prácticas de crianza adecuadas* (PC tipo I).

En los cuadros IV.5.19 y IV.5.20 se presentan los coeficientes de las estimaciones de desarrollo infantil asociados a las creencias de los padres, utilizando la proporción de respuestas riesgosas del IPCGIEP y de los dos componentes mencionados en el párrafo anterior. En todos los casos se utilizan las mismas variables que fueron incorporadas en las especificaciones anteriores, agregando las que identifican las creencias sobre la crianza. Los signos y significatividad de las variables presentes en las anteriores estimaciones en general se mantienen, aumentando considerablemente el poder explicativo de los modelos.

A medida que aumenta la proporción de respuestas riesgosas en el IPCGIEP los desempeños en casi todas las pruebas de desarrollo infantil son peores. La relación entre las mencionadas pruebas y las creencias de tipo descriptivo o normativo es más dispar. En el panel A del cuadro IV.5.19 se presentan las estimaciones del TEPsi, EEDP y CBCL. En

el caso del TEPsi se observa que aquellos niños que presentan riesgo en el 100% de los ítems del IPCGIEP obtienen un puntaje 29% inferior al promedio de la población, es decir que por cada punto porcentual de riesgo adicional el puntaje del TEPsi se reduce casi un 3% del valor medio. Cuando las estimaciones se presentan por separado según ambos tipos de creencias, existe relación negativa exclusivamente con las prácticas de tipo I. Por otro lado, en aquellos niños que presentan situaciones riesgosas en la totalidad de los componentes del IPCGIEP el puntaje en el EEDP es casi un 20% más bajo que el promedio. En este caso, a diferencia de lo ocurrido con el TEPsi, no se observan relaciones con las creencias de tipo I y II.

Los resultados muestran una magnitud más importante en el CBCL. En el caso de los problemas totales se observa que los niños con riesgo en todos los ítems presentan un puntaje un 141% superior al promedio, lo que da cuenta de mayores problemas socioemocionales. En este caso ambos tipos de creencias muestran una relación positiva con los problemas: es un 89% superior al promedio el puntaje de quienes presentan riesgo en todos los componentes de las creencias de tipo I, y un 52% en el caso de las creencias de tipo II. Cuando se toman en cuenta los problemas externalizados e internalizados, la relación con las creencias generales también es positiva. Si se compara a los niños que presentan riesgo en todos los ítems con el puntaje promedio, se observan valores un 142% superiores en los problemas externalizados y 163% en los problemas internalizados. También se nota una relación positiva con ambos tipos de creencias. En el caso de las creencias de tipo I la incidencia, con relación al puntaje promedio, es más importante en el caso de los problemas internalizados (algo más del 121%, contra el 85% en los problemas externalizados). En el caso de las creencias de tipo II, quienes presentan riesgo en todos los ítems muestran un puntaje más alto que el promedio, tanto en los problemas externalizados como en los internalizados, de aproximadamente el 55% y el 45% respectivamente.

En los paneles *b* y *c* del mismo cuadro se presentan las estimaciones para varones y niñas. Se percibe que el rol de las creencias de los padres muestra importantes diferencias según el sexo del niño. En primer lugar, el IPCGIEP es significativo exclusivamente entre los varones cuando se estima el puntaje del EEDP. Las situaciones riesgosas

Cuadro IV.5.19. Estimaciones de puntaje de TEPSI, EEDP y CBCL. Coeficiente de prácticas de crianza. MCO

	TEPSI-Puntaje t		EEDP-PE		CBCL					
					Problemas totales		Problemas externalizados		Problemas internalizados	
Panel A. General										
IPCGIEP	-14,896**		-0,171*		35,363***		16,960***		8,407***	
	[6,470]		[0,087]		[8,672]		[4,178]		[2,462]	
PC tipo I		-6,182		-0,124		22,381***		10,189***		6,225***
		[5,713]		[0,077]		[7,963]		[3,744]		[2,244]
PC tipo II		-8,257**		-0,049		13,053**		6,708**		2,360*
		[4,025]		[0,060]		[5,273]		[2,627]		[1,407]
Media de la variable dependiente	50,55	50,55	0,922	0,922	24,99	24,99	11,97	11,97	5,15	5,15
N	505	505	486	486	749	749	749	749	749	749
R ²	0,195	0,196	0,050	0,050	0,157	0,157	0,131	0,131	0,127	0,128
Panel B. Varones										
IPCGIEP	-13,924		-0,386***		28,612**		15,088**		5,877*	
	[8,926]		[0,110]		[11,394]		[6,064]		[3,304]	
PC tipo I		-10,866		-0,255**		14,356		6,683		5,775*
		[7,275]		[0,098]		[10,820]		[5,311]		[3,137]
PC tipo II		-3,420		-0,133*		13,554*		7,854*		0,536
		[5,687]		[0,078]		[7,874]		[3,998]		[2,073]
Media de la variable dependiente	48,89	48,89	0,916	0,916	25,25	25,25	12,17	12,17	5,24	5,24
N	223	223	235	235	324	324	324	324	324	324
R ²	0,169	0,170	0,151	0,151	0,137	0,137	0,115	0,117	0,115	0,118
Panel C. Niñas										
IPCGIEP	-14,439		0,056		41,180***		17,915***		11,179***	
	[8,816]		[0,133]		[12,830]		[5,623]		[3,619]	
PC tipo I		-0,632		0,012		28,923**		12,655**		6,813**
		[8,135]		[0,130]		[11,356]		[5,101]		[3,169]
PC tipo II		-12,867**		0,040		12,678*		5,453		4,348**
		[5,355]		[0,086]		[7,118]		[3,414]		[1,971]
Media de la variable dependiente	51,94	51,94	0,920	0,920	23,92	23,92	11,37	11,37	4,99	4,99
N	282	282	251	251	425	425	425	425	425	425
R ²	0,266	0,274	0,028	0,028	0,195	0,195	0,178	0,179	0,169	0,169

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. Las variables de control utilizadas en la estimación son: sexo, logaritmo de personas en el hogar, asistencia a centro educativo, edad, nivel educativo del entrevistado, presencia de anemia, ausencia de padre, quintil, e índice de masa corporal.

en las prácticas de crianza muestran una incidencia negativa mucho más importante que en las estimaciones generales, la cual alcanza a casi el 45% del puntaje que obtienen los varones en promedio. Cuando se realiza la apertura del IPCGIEP, ambas creencias resultan significativas para el caso de los varones, y la relación implica caídas del 30% y 15% respecto a los valores promedio para las creencias de tipo I y II cuando existe riesgo en todos los ítems de cada tipo.

En la estimación del CBCL, en los problemas totales, externalizados e internalizados, el IPCGIEP es fuertemente significativo (y con signo positivo) para el caso de las niñas, al tiempo que es débil la relación positiva con los

problemas totales y externalizados en el caso de los varones. A diferencia del caso anterior, ambas aperturas del IPCGIEP son significativas para las niñas. Las creencias de tipo I son las que presentan una incidencia más importante en el puntaje del CBCL, incrementando en 121% el puntaje de los problemas totales (con relación al promedio de las niñas), mientras las creencias de tipo II lo hacen en el 53%. La relación es similar en los problemas externalizados para las creencias de tipo I, en tanto en los problemas internalizados ambas creencias tienen una incidencia similar, lo que genera que, en los casos donde se observan situaciones riesgosas en todos los ítems, el puntaje sea aproximadamente el doble que el promedio de las niñas.

En las estimaciones del puntaje del TEPSI el IPCGIEP no es significativo cuando se realizan de forma específica para varones y para niñas. Para estas últimas las creencias de tipo II resultan fuertemente significativas y con signo negativo. Si las creencias de los padres son riesgosas respecto a todos los ítems que conforman el componente que describe las prácticas de crianza que realizan, el puntaje de las niñas es un 25% inferior al del promedio.

En el panel A del cuadro IV.5.20 se muestra la relación entre los indicadores de las creencias sobre las prácticas de crianza y los distintos componentes del ASQ-3. La proporción de respuestas riesgosas en el indicador general no es significativa exclusivamente en motricidad fina. Asimismo, los indicadores referidos a ambos tipos de creencias tampoco son significativos en este componente. En el resto de las esti-

maciones la mayor proporción de riesgo en el indicador de prácticas de crianza se corresponde con un menor desarrollo infantil. Cuando el niño presenta riesgo en la totalidad de los ítems de prácticas de crianza, los componentes estandarizados de motricidad gruesa, resolución de problemas y sociopersonal se reducen 1,15 y 1,25 desvíos estándar. Adicionalmente, el tipo de creencia II muestra un vínculo con los componentes motricidad gruesa y resolución de problemas (0,563 y 0,744 desvíos estándar respectivamente), mientras las creencias de tipo I afectan débilmente al componente comunicación (0,555 desvíos estándar).

Las estimaciones para varones y niñas, con importantes diferencias, se presentan en los paneles B y C. El IPCGIEP es significativo, y con signo negativo, exclusivamente para los varones en todos los componentes del ASQ-3. La in-

Cuadro IV.5.20. Estimaciones de puntaje de TEPSI, EEDP y CBCL. Coeficiente de prácticas de crianza. MCO

	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Socio-Individual	
Panel A. General										
IPCGIEP	-0,761**		-1,144***		-0,754		-1,243***		-1,266***	
	[0,360]		[0,415]		[0,470]		[0,381]		[0,407]	
PC tipo I		-0,555*		-0,561		-0,677		-0,455		-0,907**
		[0,332]		[0,347]		[0,420]		[0,346]		[0,365]
PC tipo II		-0,217		-0,563**		-0,106		-0,744***		-0,376
		[0,243]		[0,254]		[0,304]		[0,267]		[0,252]
Desvío estándar de la variable dependiente	0,954	0,954	1,085	1,085	1,158	1,158	1,084	1,084	1,014	1,014
N	1,040	1,040	1,057	1,057	1,051	1,051	1,037	1,037	1,055	1,055
R ²	0,049	0,049	0,127	0,128	0,049	0,050	0,081	0,083	0,062	0,062
Panel B. Varones										
IPCGIEP	-1,435***		-1,661***		-2,296***		-1,882***		-2,072***	
	[0,539]		[0,566]		[0,737]		[0,583]		[0,668]	
PC tipo I		-0,908*		-1,095**		-1,733**		-1,172**		-1,519***
		[0,501]		[0,478]		[0,675]		[0,537]		[0,577]
PC tipo II		-0,529		-0,576		-0,613		-0,710*		-0,592
		[0,368]		[0,369]		[0,444]		[0,416]		[0,420]
Desvío estándar de la variable dependiente	1,020	1,020	1,059	1,059	1,180	1,180	1,130	1,130	1,090	1,090
N	483	483	488	488	483	483	477	477	487	487
R ²	0,062	0,062	0,145	0,145	0,064	0,065	0,119	0,119	0,051	0,052
Panel C. Niñas										
IPCGIEP	-0,176		-0,486		0,611		-0,531		-0,525	
	[0,434]		[0,582]		[0,575]		[0,493]		[0,453]	
PC tipo II		-0,183		0,078		0,240		0,260		-0,319
		[0,391]		[0,464]		[0,503]		[0,421]		[0,425]
PC tipo I		-0,001		-0,523		0,355		-0,722**		-0,205
		[0,301]		[0,354]		[0,410]		[0,328]		[0,291]
Desvío estándar de la variable dependiente	0,878	0,878	1,112	1,112	1,134	1,134	1,027	1,027	0,900	0,900
N	557	557	569	569	568	568	560	560	568	568
R ²	0,088	0,088	0,151	0,154	0,087	0,087	0,049	0,056	0,036	0,036

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. Las variables de control utilizadas en la estimación son: sexo, logaritmo de personas en el hogar, asistencia a centro educativo, edad, nivel educativo del entrevistado, presencia de anemia, ausencia de padre, quintil, e índice de masa corporal.

cidencia más importante se da en resolución, motricidad fina y sociopersonal, donde el efecto es de más de 2 desvíos estándar entre los niños con respuesta riesgosa en todos los ítems. Entre los varones las creencias de tipo I resultan significativas en todos los casos. En el componente resolución de problemas también existe una asociación con las creencias de tipo II, cuya magnitud es de dos terceras partes de las correspondientes a las creencias de tipo I. Este componente del ASQ constituye el único donde ambos tipos de creencias resultan significativos para los varones, en tanto para las niñas es el único componente en el que se observa una asociación, la cual se da cuando se introducen las creencias de tipo II.

Para comprender mejor cómo operan las creencias de los padres en el desarrollo infantil, y a qué se debe la disparidad en los vínculos para el caso de niñas y varones, se realizan nuevas estimaciones incorporando las distintas

dimensiones de las creencias de los padres también comentadas en la sección IV.3.2 (véanse el cuadro IV.5.21 para la estimación general y los cuadros A.II.45 y A.II.46 del Anexo para las estimaciones por sexo).

Se observa gran variabilidad de los diversos grupos de prácticas de crianza que muestran resultados significativos para explicar las distintas pruebas de desarrollo infantil. En el caso del EEDP hay solo una variable que presenta una correlación negativa y levemente significativa: las interacciones sociales. Es decir, niños cuyos padres creen que es poca la utilidad de interactuar con sus hijos y de que estos interactúen con otros niños obtienen un puntaje más bajo en esta prueba. En este caso aquellos niños con riesgo en todos los ítems presentan un puntaje inferior al promedio en poco más del 10%. Recordemos que en las anteriores estimaciones de esta prueba prácticamente ninguna variable resultaba significativa.

Cuadro IV.5.21. Estimaciones del puntaje de desarrollo infantil. Variables de creencias sobre las prácticas de crianza. MCO

Variables	TEPSI	EEDP	CBCL			ASQ-3				
			Problemas totales	Problemas externalizados	Problemas internalizados	Comunicación	Motricidad gruesa	Motricidad fina	Resolución de problemas	Sociopersonal
Límites y reglas cotidianas	1,212 [3,747]	-0,055 [0,047]	-0,343 [4,394]	-0,749 [2,233]	0,209 [1,183]	0,283 [0,198]	-0,148 [0,225]	-0,164 [0,253]	-0,205 [0,231]	-0,009 [0,205]
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	1,451 [3,004]	-0,007 [0,039]	3,392 [3,124]	0,914 [1,514]	0,182 [0,830]	0,212 [0,144]	0,056 [0,172]	-0,006 [0,214]	0,122 [0,163]	0,394** [0,182]
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	-2,176 [1,795]	0,013 [0,023]	5,061** [2,114]	2,207** [1,047]	1,434** [0,580]	-0,113 [0,102]	-0,107 [0,099]	0,109 [0,132]	-0,095 [0,109]	-0,196 [0,123]
Control de la conducta	-5,970** [2,549]	-0,043 [0,039]	14,583*** [3,183]	8,443*** [1,478]	2,489*** [0,952]	-0,427*** [0,154]	-0,008 [0,154]	0,021 [0,189]	0,210 [0,178]	-0,200 [0,163]
Contexto afectivo de la crianza	-7,138*** [2,632]	-0,046 [0,031]	0,441 [3,167]	3,013* [1,591]	-0,963 [0,883]	-0,152 [0,166]	-0,378* [0,204]	-0,405*** [0,190]	-0,607*** [0,178]	-0,187 [0,154]
Discriminación entre varones y niñas	-4,766 [2,997]	0,043 [0,044]	-1,033 [5,196]	-1,665 [2,455]	0,900 [1,277]	-0,373* [0,208]	-0,283 [0,185]	-0,166 [0,251]	-0,309 [0,197]	-0,145 [0,221]
Autonomía temprana	-2,794 [3,248]	0,008 [0,045]	-2,923 [4,013]	-2,488 [1,843]	0,264 [1,197]	0,183 [0,170]	-0,087 [0,194]	-0,442* [0,231]	-0,420** [0,209]	-0,420** [0,191]
Interacciones sociales	8,348* [4,629]	-0,107* [0,064]	15,745*** [5,885]	6,173** [2,743]	4,308** [1,733]	-0,217 [0,253]	-0,178 [0,266]	0,283 [0,315]	0,155 [0,262]	-0,140 [0,298]
Media de la variable dependiente	50,55	0,922	24,99	11,97	5,15	–	–	–	–	–
Desvío estándar de la variable dependiente	–	–	–	–	–	0,914	1,104	1,164	1,070	1,001
N	501	484	743	743	743	1,033	1,050	1,044	1,031	1,048
R ²	0,232	0,064	0,188	0,175	0,148	0,065	0,129	0,060	0,099	0,070

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar por paréntesis rectos. Las variables de control utilizadas en la estimación son: sexo, logaritmo de personas en el hogar, asistencia a centro educativo, edad, nivel educativo del entrevistado, presencia de anemia, ausencia de padre, quintil, e índice de masa corporal.

Las prácticas de crianza riesgosas en la dimensión control de conducta están asociadas a la utilización de la violencia para adecuar la conducta del niño, ya sea mediante gritos o pegándole. Esta variable resulta significativa, con signo negativo, para explicar los resultados del TEPSI. El puntaje que obtienen niños cuyos padres responden afirmativamente en todos los ítems es un 12% más bajo que el promedio. En el caso de riesgo en el contexto afectivo de la crianza —es decir, si los padres no acostumbran a cantarles canciones o enseñarles juegos— también se observa una incidencia negativa en el resultado de esta prueba. El puntaje de quienes muestran todos los ítems con riesgo es casi un 15% más bajo que el promedio. Tanto en el EEDP como en el TEPSI, el riesgo en el control de conducta resulta significativo para el caso de los varones. En ambos casos se asocia con puntajes menores de la prueba. Es casi un 10% inferior al puntaje promedio de los varones el resultado que alcanzan en el EEDP quienes tienen riesgo en todos los ítems, y el 18% en el caso del TEPSI.

En el caso del CBCL se encuentran resultados significativos en tres dimensiones: control de conducta, participación parental en la toma de decisiones e interacciones sociales. El efecto de esta última dimensión es bastante más importante en este caso si se lo compara con el EEDP; el puntaje que indica problemas es un 63% más alto que el promedio en los casos en que los padres se muestran de acuerdo con todas las afirmaciones. Lo mismo acontece en control de conducta, donde el puntaje alcanza valores 60% superiores al promedio. La incidencia del riesgo en la participación parental es más baja: un tercio de la observada en las otras dos dimensiones.

En el caso de los problemas externalizados e internalizados se observan resultados significativos en el mismo sentido, y para el primero de los problemas se agrega el contexto afectivo de la crianza. En ambos tipos de problemas existen diferencias en cuanto al peso relativo de cada una de las dimensiones: mientras en los problemas externalizados el control de conducta es el que desempeña el rol más importante —lo que genera que el puntaje se incremente un 70% respecto al promedio como consecuencia de las situaciones riesgosas—, en los problemas internalizados la dimensión más importante es interacciones sociales, donde el puntaje de este problemas es casi un 85% más alto entre quienes presentan riesgo en todos los ítems.

Las estimaciones de los problemas totales muestran que las variables significativas para las estimaciones generales también lo son para los varones, a lo que debe agregarse la discriminación entre varones y niñas, que se asocia negativamente con los problemas. En el caso de las niñas la variable participación parental no resulta significativa, pero sí el control de conducta y las interacciones sociales. En estas dos últimas variables la incidencia es más elevada para el caso de los varones, ya que quienes presentan situaciones riesgosas en estas dimensiones obtienen un puntaje un 70% y 80% más alto que el promedio en el caso de los varones, mientras que la magnitud para las niñas se ubica en ambos casos en el entorno del 50%.

Las variables significativas en el caso de los problemas externalizados son las mismas que en los problemas totales cuando las estimaciones se realizan para los niños. Por ejemplo, la variable discriminación parental entre varones y niñas es significativa y con signo negativo, lo que indica que los niños varones cuyos padres tienen estas creencias obtienen un puntaje más bajo y por ende presentan menores problemas socioemocionales. Este resultado puede dar cuenta de que los padres con estas creencias brindan un mayor estímulo a sus hijos varones que a las niñas. En el caso de la participación parental en la toma de decisiones, que para los problemas totales solo es significativo en el caso de los varones, se observa alguna diferencia cuando se analizan los problemas externalizados e internalizados. Por un lado, el riesgo asociado a la participación parental se traslada tanto a problemas externalizados como internalizados en el caso de los varones, en tanto en el caso de las niñas lo hace solamente en los problemas internalizados. En ambos casos la situación de riesgo se traduce en un incremento de entre 25% y 30% en los respectivos problemas en comparación con el promedio de la población.

Finalmente, con relación al ASQ-3 los resultados se presentan nuevamente para cada uno de los componentes. Las relaciones entre los distintos componentes de la prueba y las creencias de los padres se observan fundamentalmente en las dimensiones autonomía temprana y contexto afectivo de la crianza. La primera dimensión es significativa en los componentes motricidad fina, resolución de problemas y en sociopersonal. La relación es negativa, con una caída en el puntaje en aquellos niños con riesgo en todos los ítems de 0,4 desvíos estándar en los tres componentes.

En el caso del contexto afectivo de la crianza se observa que existe una relación negativa con la motricidad fina y gruesa, así como con la resolución de problemas. La magnitud de los efectos también es de 0,4 desvíos estándar en motricidad fina y gruesa, y de 0,6 desvíos estándar en resolución de problemas. Se encuentra que otras dos dimensiones muestran asociaciones con el componente comunicación: control de conducta y discriminación parental entre varones y niñas. En el primer caso se observa una caída de 0,43 desvíos estándar cuando el niño presenta riesgo total, mientras que la caída es 0,43 desvíos estándar cuando el riesgo es total en la discriminación parental. En las estimaciones tres componentes no resultan significativos en ninguna prueba: límites y reglas cotidianas, cooperación parental, e interacciones sociales.

Las estimaciones realizadas según el sexo del niño muestran algunas variantes interesantes. Por un lado, límites y reglas cotidianas, que no era significativa en ningún caso, sí lo es en las estimaciones del componente de motricidad gruesa para el caso de los varones. La magnitud del coeficiente no es menor e implica un incremento de casi 0,7 desvíos estándar en los valores de la prueba en aquellos niños cuyos padres tienen estas creencias. Otro aspecto que se evidencia en estas estimaciones es que la dimensión autonomía temprana es significativa para el caso de las niñas. La relación es negativa para las mismas variables que resultaban significativas en la estimación general. La magnitud es más importante en el componente motricidad fina (0,88 desvíos estándar), en tanto en resolución de problemas y en sociopersonal se ubica en el entorno de 0,7 desvíos estándar. Por último, se advierte que el contexto afectivo de crianza y el control de conducta también resultan significativos y con signo negativo para las niñas en las mismas variables que la estimación general (motricidad fina y resolución de problemas en contexto afectivo y comunicación en control de conducta), aunque la primera de las dimensiones también lo es en sociopersonal para los varones.

IV.6. ACCESO A PROGRAMAS PÚBLICOS

En esta sección se repasa muy brevemente el acceso de los hogares entrevistados a programas públicos de protección social que abarcan a la primera infancia. Específicamente,

se estudia el acceso a cuidados de salud, Asignaciones Familiares en sus distintas variedades, Tarjeta Uruguay Social (MIDES/INDA) y a dos programas de acompañamiento familiar de reciente creación: Uruguay Crece Contigo (UCC) y Cercanías.

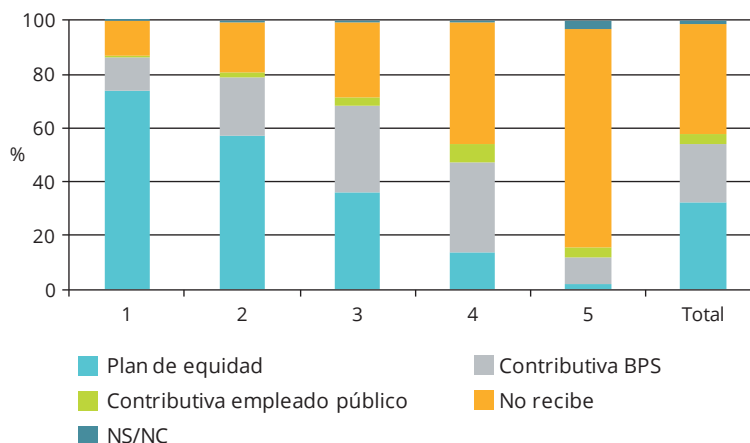
Se utilizan los cortes propuestos para todo el trabajo, buscando identificar problemas de no acceso a las prestaciones existentes y, en particular, analizar la cobertura de aquellos niños con déficits en términos de acceso a recursos, nutrición, salud y desarrollo. El análisis es muy somero, dado que, en el caso de Asignaciones Familiares y Tarjeta Uruguay Social, existen estudios específicos sobre estos aspectos (véase, por ejemplo, Colafranceschi y Vigorito, 2013). Adicionalmente, dado el despliegue actual de los programas de acompañamiento familiar, el número de casos que declaran haber tenido contacto con el programa es extremadamente reducido, lo que inhabilita cualquier tipo de apertura.

IV.6.1. Asignaciones Familiares

Asignaciones Familiares (AFAM) es un programa de transferencias de ingreso a hogares con menores de 18 años a cargo, creado en 1943 y reformado en diversas ocasiones. Si bien en su origen las prestaciones estaban destinadas a trabajadores cubiertos por la seguridad social, progresivamente fue expandiéndose a otras poblaciones de menores recursos (véanse más detalles en Colafranceschi y Vigorito, 2013). Actualmente coexisten dentro del sistema AFAM tres formatos de prestaciones: i) contributivas otorgadas por el Banco de Previsión Social (BPS) a los ocupados privados que aportan a la seguridad social; ii) contributivas equiparadas a *i* para empleados públicos (pagadas con el salario); iii) cogestionadas por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el BPS: prestaciones no contributivas orientadas a hogares de menores recursos de acuerdo a un umbral de ingresos y a una prueba de verificación de medios (Plan de Equidad). Los montos y la estructura de las prestaciones de *iii* difieren de los de *i* y *ii*.

Las diversas modalidades de AFAM alcanzan al 57,7% de los niños entrevistados. En los tres quintiles más bajos, la cobertura de la prestación abarca al menos al 75% de los niños. La composición de las distintas modalidades varía en función del ingreso: mientras en el quintil más bajo el

Gráfica IV.6.1. Proporción de niños con acceso a Asignaciones Familiares según quintil de ingreso per cápita del total de la población sin FONASA



(N=3.077)

74% de los niños recibe el régimen no contributivo, en los más altos predominan los regímenes contributivos, en su modalidad pública y privada (gráfica IV.6.1).

Los hogares en situación de pobreza incluidos en este estudio exhiben una amplia cobertura por parte de alguna de las modalidades de AFAM (84%). Obsérvese la coexistencia entre los hogares pobres de dos modalidades de AFAM que implican montos diferenciales (cuadro IV.6.1).

Hasta el momento no se había dispuesto en Uruguay de información que permitiese evaluar el acceso a programas sociales por parte de los niños con problemas nutricionales. Se encontró que las distintas modalidades de AFAM alcanzan al 59,9% de los niños con retraso de talla (cuadro IV.6.2). Si bien esta cobertura es alta y en todas las poblaciones sanas existe un margen de niños en el entorno que experimentan problemas de crecimiento, deberán estudiarse con mayor profundidad las características del 40,1% de niños no cubiertos. Otro acercamiento a la cobertura de poblaciones que experimentan privaciones refiere a la inseguridad alimentaria. En este caso, reciben AFAM 83,8% de los hogares que experimentan inseguridad severa, 80,4% de los que declaran moderada y 70,6% de los hogares categorizados con inseguridad leve. Estos valores indican una adecuada cobertura del programa hacia un grupo poblacional con autopercepción de vulnerabilidad.

La cobertura de niños con sobrepeso y obesidad es similar, aunque, como ya se vio, en este caso la asociación con la

Cuadro IV.6.1. Acceso a AFAM según régimen y condición de pobreza

	PE	Contributivo BPS	Público	No recibe	NS/NC	Total	N
Niños en hogares en situación de pobreza	63,1	19,0	1,8	15,4	0,7	100,0	783
Total	32,1	22,0	3,5	41,0	1,4	100,0	3,077

Cuadro IV.6.2. Cobertura de AFAM según régimen y situación nutricional de los niños

Modalidad AFAM	Retraso de talla		Sobrepeso y obesidad	
	No	Sí	No	Sí
AFAM-PE	32,4	38,6	33,4	26,8
AFAM-contributivo BPS	22,2	19,1	21,5	26,4
AFAM-funcionario público	3,5	2,2	3,5	3,0
No recibe	40,7	38,7	40,5	41,9
NS/NC	1,2	1,3	1,1	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
% cobertura AFAM	58,1	59,9	58,5	56,2
N	2.748	147	2.609	322

pobreza no es clara y, por lo tanto, las transferencias monetarias probablemente no figuren entre las intervenciones a utilizar para reducir esta epidemia.

IV.6.2. Tarjeta Uruguay Social

Esta prestación se originó en el marco del Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES), vigente en-

tre abril de 2005 y diciembre de 2007.⁵¹ En la actualidad, se trata de un beneficio cogestionado por el MIDES, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) a través de Instituto Nacional de Alimentación (INDA), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El beneficio consiste en una tarjeta magnética que permite la adquisición de alimentos, artículos de limpieza y de aseo personal.⁵² El criterio de selección de beneficiarios se basa en la prueba de verificación de medios de AFAM-PE, con un punto de corte más restrictivo. En MIDES (2015a) y Colafranceschi y Vigorito (2013) pueden encontrarse más detalles sobre esta prestación.

La Tarjeta Uruguay Social se orienta a una población objetivo considerablemente más reducida que AFAM, que cubre en total al 13% de los niños incluidos en la muestra. Al abrir por quintiles (gráfica IV.6.2) se observa su fuerte concentración en el primer quintil, donde alcanza a algo más del 40% de los niños.

Al analizar según condición de pobreza, se constata que aproximadamente un tercio de los niños accede a la prestación. El 17% de los niños con retraso de talla y el 10% de los niños con problemas de sobrepeso y obesidad acceden a la prestación.

Cuadro IV.6.3. Niños de hogares encuestados por la ENDIS cubiertos por la Tarjeta Uruguay Social según condición de pobreza del hogar

Condición	Recibe	No recibe	NS/NC	Total	N
Niños en hogares en situación de pobreza	34,1	65,5	0,4	100,0	790
Total niños	13,1	86,6	0,3	100,0	3.077

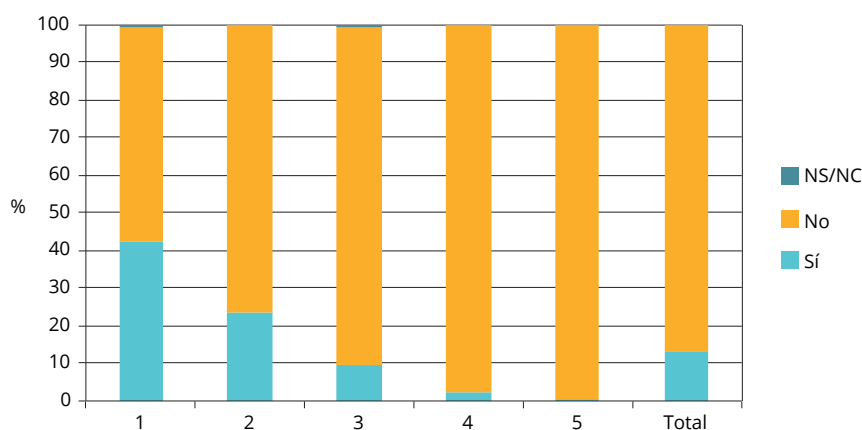
Fuente: Elaborado con información de la ENDIS.

En términos de inseguridad alimentaria, la cobertura correspondió al 38,8% de los hogares con inseguridad severa, 32,2% de aquellos con inseguridad moderada y 18,1% en el caso de inseguridad leve. Para el resto de los hogares, la cobertura fue de 5,8%.

IV.6.3. Uruguay Crece Contigo (ucc)

Adicionalmente, se analizaron dos programas de acompañamiento familiar. El primero de ellos, UCC, tiene por objetivo asegurar los cuidados adecuados en las mujeres embarazadas y los niños menores de 4 años. Para ello despliega intervenciones de carácter universal y otras de carácter focalizado. Estas últimas están orientadas a la población vulnerable y tienen por objetivo favorecer el desarrollo de buenas prácticas de crianza, de forma de contribuir a la salud, la nutrición y el desarrollo infan-

Gráfica IV.6.2. Proporción de niños con acceso a Tarjeta Uruguay Social según quintil de ingreso per cápita del total de la población sin FONASA



(N=3.038; niños cubiertos por la prestación: 426)

51 En sus comienzos el programa se denominaba Tarjeta Alimentaria.

52 No está permitida la compra de bebidas alcohólicas, refrescos o tabaco y sus derivados.

til (OPP, 2015). Estuvo localizado en la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) desde su creación hasta marzo de 2015, cuando se trasladó al MIDES. La cobertura expandida, estimada a partir de la muestra, de 4.456 niños, se acerca bastante a la población beneficiaria del programa. Sin embargo, el análisis se vio fuertemente limitado, dado que solo 101 niños (3,3% de la muestra) residían en hogares que declararon ser o haber sido beneficiarios de UCC. La cobertura de la población en condición de pobreza alcanzó al 5,6% de los niños relevados. Con relación a los problemas nutricionales, UCC cubre al 4,5% de los niños con retraso de talla y al 8% de los hogares con inseguridad alimentaria severa.

IV.6.4. Cercanías

El objetivo de este programa es fortalecer las capacidades familiares llegando a 30.000 hogares en situación de

alta vulnerabilidad y pobreza extrema para asegurarles el acceso a prestaciones sociales, al tiempo que se ocupa de adicciones, problemas de violencia doméstica, prácticas de crianza y empoderamiento (MIDES, 2015b). Se trata de una estrategia de trabajo con las familias, en la que equipos territoriales detectan los problemas y trabajan con las familias durante nueve meses. Es una iniciativa conjunta del Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Vivienda, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, la Administración Nacional de Educación Pública y la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

Al igual que en el programa anterior, el número de casos que declararon estar o haber estado vinculados a Cercanías fue muy bajo (109). Con base en la información recabada fue posible constatar que el programa ha alcanzado al 6,6% de los niños en condición de pobreza y al 14,1% de los hogares con inseguridad alimentaria severa.



Comentarios finales

En este informe se presentó un análisis panorámico de la ENDIS, con el objetivo de analizar las características y la validez de la base de datos generada y dar cuenta de sus potencialidades como herramienta de análisis de los problemas de la primera infancia. Con base en los principales hallazgos, se identificó un conjunto de temas de investigación que requieren análisis específicos, en muchos casos a partir de futuras olas de la propia encuesta. Una vez que la base de datos sea de dominio público, esta agenda se enriquecerá con la diversidad de preguntas de investigación y perspectivas que surjan de su uso, las cuales sin duda trascenderán las perspectivas de esta primera exploración. Más adelante se retoman estos aspectos.

En su calidad de primera ola de un panel que pretende seguir a los niños en su curso de vida, esta edición se propuso relevar un conjunto de elementos del contexto del embarazo y el nacimiento del niño, que perderá importancia en las siguientes olas. Sin embargo, dado el alto número de embarazos no planeados y el extendido uso de métodos anticonceptivos, persiste un conjunto de preguntas relevantes referidas a las circunstancias en que las mujeres deciden llevar adelante un embarazo. La combinación de preguntas subjetivas, aunada a las trayectorias de fecundidad que recogerán las futuras olas del panel, permitirá interpretar mejor algunos resultados presentados en este documento.

Las prácticas saludables durante el embarazo son otro tema de investigación futura. Por un lado, en razón de la discrepancia entre las respuestas brindadas por las mujeres y lo observado en el CNV y el SIP. Por otro, debido al fuerte gradiente socioeconómico en algunas conductas nocivas, como fumar durante el embarazo, que alcanzó al 16% del total y al 30% de aquellas mujeres que integraban hogares con ingresos por debajo del umbral de pobreza.

Si bien se constató que los arreglos familiares predominantes a edades tempranas incluyen a ambos padres, los estudios previos permiten prever que las parejas se irán disolviendo a medida que los niños crecen. Conocer los contextos previos a la separación de los padres y vincularlos con los arreglos de cuidado y manutención posteriores permitirá interpretar cabalmente los efectos de estas experiencias en los desempeños de los niños y en su bienestar psicosocial.

La relación entre asistencia escolar, fecundidad e inserción laboral es mencionada frecuentemente en los análisis de bienestar y mercado laboral. Sin embargo, habitualmente no es posible establecer un orden de prelación en estas decisiones, dado que se trabaja principalmente con datos de corte transversal. Los datos encontrados en este relevamiento indican que la mayor parte de las mujeres interrumpieron sus estudios antes de tener hijos, y que quienes aún asistían al sistema educativo —estudiantes de nivel terciario principalmente— dejaron en buena medida de estudiar y no consiguieron retomar sus estudios. Elucidar estos comportamientos permitirá, también, diseñar políticas más adecuadas de fomento a la permanencia en el sistema educativo.

En línea con estudios previos, los resultados de la ENDIS muestran la sobrecarga de trabajo de las madres en el cuidado de los hijos y los menores niveles de protección social de aquellas pertenecientes a los estratos bajos. Es posible que estas circunstancias expliquen la mayor desvinculación de las madres de la esfera laboral, pero ello podrá responderse analizando su reinserción laboral en futuras olas. Si bien los hogares de menores recursos manifiestan que existe oferta cercana de centros de cuidado a sus lugares de residencia, la disponibilidad de horarios adecuados es mayor para los estratos económicos medios y altos; este aspecto debería integrarse al diseño de políticas.

Las creencias sobre la crianza de los niños mostraron diferencias significativas por estrato social, aspecto que también requiere una mayor profundización en futuras olas del panel. Asimismo, el análisis de las creencias sobre prácticas permite perfilar sugerencias de posibles intervenciones orientadas a una mayor comprensión de la autonomía de los niños, al involucramiento paterno y a la mitigación de los roles de género tradicionales.

Se encontraron también importantes diferencias en términos de ingreso, hacinamiento y clima educativo entre los hogares, que determinan contextos muy distintos para el desarrollo de los niños. En particular, se encontró una fuerte prevalencia del hacinamiento, que afecta a uno de cada cuatro hogares.

En estos contextos, los niños presentan distintos desempeños en términos de salud, nutrición y desarrollo infantil.

La prevalencia de la desnutrición crónica o retraso de talla se ubicó entre 4,5 y 5% de los niños, valor coincidente con estudios poblacionales previos. Los niños en hogares en condición de pobreza presentaron valores en el entorno de 6,7%. Mientras tanto, el bajo peso para la edad presentó una muy baja prevalencia. Por el contrario, y en línea con los hallazgos internacionales sobre países de ingresos medios, los mayores problemas se radicaron en el exceso de peso, que alcanzó a entre el 9 y el 11% de los niños, dependiendo de la edad.

Según lo reportado por los hogares, únicamente el 9% de los niños fue diagnosticado alguna vez por anemia, con variaciones significativas por condición de pobreza (13,1% en hogares bajo la línea de pobreza versus 7,5% en el resto). Estos bajos valores contrastan fuertemente con los resultados de estudios clínicos, que ubicaban la prevalencia para menores de 2 años en 31%. El 88% recibió suplementación de hierro y, dentro de este grupo, el 70% lo consumió diariamente.

Entre otros elementos, el estado nutricional de los niños se vincula a la disponibilidad y calidad de alimentos. Las prácticas de lactancia, la introducción oportuna de alimentos y su variedad son aspectos que fueron estudiados, pero requieren mayor profundización en futuras olas. Se

encontraron niveles de inseguridad alimentaria en torno al 13% y se constató que la dieta infantil es escasa en frutas, verduras y pescado y excesiva en el consumo de alimentos tipo *snack* y golosinas. Se requiere analizar la evolución de los niños, en particular en términos de sobrepeso y obesidad, y estudiar si la dieta se transforma a medida que crecen. Otro aspecto llamativo es que, pese a las recomendaciones en contrario, 50% de los hogares agrega sal a los alimentos de los menores de un año.

El estudio del desarrollo infantil presentó un fuerte desafío para el equipo, pues implicó seleccionar un conjunto de instrumentos en un contexto de escasa experiencia en estudios poblacionales en el área. Se optó por elegir una batería de cinco tests, con los consiguientes problemas de consistencia entre ellos. Tres de ellos apuntaron a relevar información proporcionada por los padres (ASQ-SE, ASQ-3 y CBCL), aunque se combinaron con observación directa de los encuestadores, y dos fueron de observación directa (EEDP y TEPSE lenguaje).

En la mayor parte de los casos se observaron diferencias por nivel socioeconómico, con peores desempeños de los niños en contextos de menor acceso a recursos. Una excepción la constituye la motricidad gruesa, donde los bajos desempeños de los niños de quintiles altos equiparan a los de los más pobres. Mientras algunos desempeños mejoran o atenúan sus diferencias con la edad, otros las aumentan, como es el caso de la resolución de problemas en ASQ-3. En la mayor parte de los casos, no se encontraron diferencias significativas por sexo. EEDP y TEPSE muestran una creciente diferenciación de los resultados de los niños por condición de pobreza a medida que aumenta la edad. Dado que los niños analizados son muy pequeños, fue difícil acceder a estudios internacionales comparables.

Entender los determinantes de los desempeños de los niños en términos de su desarrollo requiere necesariamente del análisis longitudinal, por lo que solo será posible validar los resultados obtenidos en las futuras olas de la encuesta. Ello permitirá asociarlos con características del hogar, de los adultos a cargo de los niños, su propio crecimiento (dado que en el corte transversal se comparan niños de cohortes distintas) y la asistencia a centros de cuidado, entre otros factores.

Referencias bibliográficas

- ACC/SCN (2000), *United Nations ACC/SCN Fourth Report on the World Nutrition Situation*, Ginebra: ONU, UN ACC/SCN in collaboration with IFPRI.
- ACHENBACH, T. M. (1978), “The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 478-488.
- ACHENBACH, T. M., y L. A. RESCORLA (2000), *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*, Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- (2010), *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*, Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA, CONSEJO DE EDUCACIÓN PRIMARIA (2003), *Programa de Alimentación Escolar. Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Primaria. Tercer Censo Nacional de Talla en niños de primer grado escolar*, Montevideo: ANEP.
- ALDERMAN H., J. BEHRMAN, V. LAVY y R. MENON (2001), “Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis”, *The Journal of Human Resource* 36(1): 185-205.
- ALMLUND, M., A. LEE, J. HECKMAN y T. KAUTZ (2011), *Personality Psychology and Economics*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 16822.
- ALMOND, D., y J. CURRIE (2011), “Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis”, www.princeton.edu/~jcurrie/publications/Killing_Me_Softly.pdf.
- ALVES, G., y M. ZERPA (2011), *Pobreza en la adolescencia en áreas rurales y urbanas en Uruguay*, Montevideo: Universidad de la República, IECON, D T 4/11.
- AMARANTE, V., R. ARIM, I. ALDABE, C. SEVERI y A. VIGORITO (2007), *El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias*, Montevideo: PNUD y UdelaR.
- AMARANTE, V., R. ARIM, C. SEVERI y A. VIGORITO (2004), *El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias*, Montevideo: CSIC-UdelaR, UNICEF y PNUD.
- AMARANTE, V., y W. CABELLA (2010), “Desired and achieved fertility. Evidence from Uruguay”, IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), La Habana.
- AMARANTE, V., M. MANACORDA, E. MIGUEL y A. VIGORITO (2012), “Do Cash Transfers Improve Birth Outcomes? Evidence from Matched Vital Statistics, Program and Social Security Data”, http://ceg.berkeley.edu/research_29_2171726714.pdf.
- AMARANTE, V., e I. PERAZZO (2011), “Cantidad de niños en los hogares uruguayos: un análisis de los determinantes económicos, 1996-2006”, *Revista Estudios Económicos*, 26(1): 3-34.

- AMARANTE, V., y A. VIGORITO (2011), *Estrategia de evaluación de Asignaciones Familiares-Plan de Equidad*, Montevideo: Convenio MIDES-UdelaR, mimeo.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2005). "Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk", *Pediatrics*, 115(2): 496-506.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON NUTRITION (2001). "The Use and Misuse of Fruit Juice in Pediatrics", *Pediatrics*, 107(5): 1210-1213.
- ANEP (2003), *Tercer Censo Nacional de Talla en niños de primer grado escolar. Informe técnico*, Montevideo: Administración Nacional de Educación Pública, Consejo de Educación Primaria.
- BARKER, D. (1990), "The fetal and infant origins of adult disease", *British Medical Journal*, 301.
- BARTFELD, J., H AHN y J H RYU (2012), *Economic Well-being of divorced mothers with varying child placement arrangements in Wisconsin: Contributions of child support and other income sources*, Madison: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty.
- BATTHYÁNY, K. (2009), "Cuidado de personas dependientes y género", en *Las bases invisibles del bienestar social*, Montevideo: UNIFEM.
- BAUM, Ch. (2002), "The effect of work interruptions on women's wages", *Labour* 16(1): 1-36.
- BECKER, G. S., y N. TOMES (1986), "Human capital and the rise and fall of families", *Journal of Labor Economics*, 4(3): S1-S39.
- BEDREGAL, P., H. MOLINA, J. SCHARAGER, C. BREINBAUER y J. SOLARI (2007), "A screening questionnaire to evaluate infant and toddler development", *Revista Médica de Chile*, 135.
- BEHRMAN, J., y B. WOLFE (1987), "Investments in Schooling in Two Generations in Pre-Revolutionary Nicaragua: The Roles of Family Background and School Supply", en *Journal of Development Economics*, 27(1-2): 395-420.
- BEHRMAN, J., J. HODDINOTT, J. MALUCCIO y R. MARTORELL (2009), *Brains versus Brawn: Labor Market Returns to Intellectual and Health Human Capital in a Poor Developing Country*, Middlebury (EUA): Middlebury College, Department of Economics, WP 0907.
- BEHRMAN, J. R., y B. L. WOLFE (1987), "How does mother's schooling affect family health, nutrition, medical care usage, and household sanitation?", *Journal of Econometrics*, 36(1), 185-204.
- BENGTSOON, T., y G. P. MINEAU (2009), "Early-life effects on socio-economic performance and mortality in later life: A full life-course approach using contemporary and historical sources", *Social Science & Medicine*, 68(9): 1561-1564.
- BÉRGOLO, M., M. LEITES y G. SALAS (2006), *Privaciones nutricionales: su vínculo con la pobreza y el ingreso monetario. Un estudio en base a los niños que asisten a primer año escolar*, monografía para la obtención del título de licenciado en Economía, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- BERLINSKI, S., S. GALIANI y P. GERTLER (2008), "The effect of pre-primary education on primary school performance", *Journal of Public Economics*, 93(1), 219-234.
- BERNARDI, F., J. HÁRKÖNEN y D. BOERTIEN (2013), *Effects of family forms and dynamics on children's well-being and life chances: literature review*, Estocolmo: Families and Societies, WP 4.
- BIGGERI, M., R. LIBANORA, S. MARIANI y L. MENCHINI (2006), "Children Conceptualizing their Capabilities: Results of a Survey Conducted during the First Children's World Congress on Child Labour", *Journal of Human Development*, 7(1), 59-83.

- BINSTOCK, G., y J. MELO VIEIRA (coord.) (2011), *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*, Montevideo: ALAP, serie Investigaciones 112.
- BLENDE J., P. GREGG y L. MACMILLAN (2006), *Accounting for Intergenerational Income Persistence: Non-Cognitive Skills, Ability and Education*, Londres: London School of Economics and Political Science, Centre for the Economics of Education.
- BONGAARTS, J., y T. SOBOTKA (2012), “A Demographic Explanation for the Recent Rise in European Fertility”, *Population & Development Review*, 38(1): 83-120.
- BORGHANS, L., A. DUCKWORTH, J. HECKMAN y B. TER WEEL (2008), “The economics and psychology of personality traits”, *Journal of Human Resources*, 43(4): 972-1059.
- BORRAZ, F., y A. CID (2013), “Preschool attendance and school-age profiles: A revision”, *Children and Youth Services Review*, 35(5): 816-825.
- BOVE, M., y F. CERRUTI (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 público y privado del Uruguay*, Montevideo: MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF.
- BRAVO, D. (2012), *Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: primeros resultados*, <http://www.microdatos.cl/doctos/Bravo_ELPI_2013.pdf>.
- BROWN, L., y E. POLLITT (1996), “Malnutrition, Poverty and Intellectual Development”, *Scientific American*, 274: 38-43.
- BUCHELI, M. (2003), “Transferencias y visitas entre padres e hijos no corresidentes”, en *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*, Montevideo: UNICEF y UdelAR.
- BUCHELI, M., y W. CABELLA (2005), “El incumplimiento en el pago de las pensiones alimenticias, el bienestar de los hogares y el contexto legal vigente en Uruguay”, en M. BUCHELI, W. CABELLA y A. VIGORITO, *Asignaciones familiares, pensiones alimenticias y bienestar de la infancia en Uruguay*, Montevideo: UNICEF.
- BUCHELI, M., W. CABELLA, M. NATHAN, P. FITERMANN, A. VIGORITO y M. ZERPA (2015), *Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal*, Montevideo: UNICEF.
- BUCHELI, M., y A. VIGORITO (2015), “Después de la ruptura: efectos de la separación en los contactos entre padres e hijos y en el bienestar de las mujeres”, en M. BUCHELI, W. CABELLA, M. NATHAN, P. FITERMANN, A. VIGORITO y M. ZERPA, *Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal*, Montevideo: UNICEF.
- BUCHELI, M., A. VIGORITO y D. MILES (2000), “Un análisis dinámico en la toma de decisiones de los hogares: el caso de Uruguay”, *Revista de Economía* (Banco Central del Uruguay), 7(2): 5-56.
- BURDIN, G., F. ESPONDA y A. VIGORITO (2014), *Desigualdad y sectores de altos ingresos en Uruguay: un análisis en base a registros tributarios y encuestas de hogares para el período 2009-2011*, Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, Instituto de Economía, DT 06/14.
- CABELLA, W. (1999), “La evolución del divorcio en Uruguay (1950-1995)”, *Notas de Población*, XXVI(67-68): 209-245.
- (2009), “Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya. La convergencia hacia la segunda transición demográfica”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24(2).

- CABELLA, W., y M. NATHAN (2014), “Cambio familiar, parentalidades y bienestar en la infancia y la adolescencia”, en INAU, *Parentalidades y cambios familiares. Enfoques teóricos y prácticos*, Montevideo: INAU.
- CARNEIRO, P., y E. GALASSO (2009), *Medium-term effects of the program Chile Solidario: a preliminary assessment*, Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- CASTILLO, J., y K. COLOMBO (2014), *Pobreza en niños y adolescentes en Uruguay: caracterización y determinantes desde una perspectiva dinámica*, monografía para la obtención del título de licenciado en Economía, Montevideo: Udelar, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- CAULFIELD, L., M. ONIS, M. BLÖSSNER y R. BLACK (2004), “Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80: 193-198.
- CAZULO, P., y V. GONZÁLEZ (2013), *Asistencia al sistema educativo y participación laboral ¿dos caras de una misma moneda?*, tesis de grado, Montevideo: Udelar, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY (2011), *Building the Brain’s “Air Traffic Control” System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function*, Cambridge (EUA): Harvard University, Center on the Developing Child, WP 11.
- UNIVERSIDAD DE CHILE (2009-2013), *Encuesta ELPI*, Santiago: Universidad de Chile, Departamento de Economía, Centro Microdatos, <[http:// www.elpi.cl](http://www.elpi.cl)>.
- CERUTTI, A., A. CANETTI, O. ROBA, B. ZUBILLAGA y L. SCHWARTZMAN (2001), *Desarrollo y familia. El niño de 0 a 5 años*. Montevideo: Udelar, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, GIEP.
- COLAFRANCESCHI, M., E. FAILACHE y A. VIGORITO (2013), *Desigualdad multidimensional y dinámica de la pobreza en Uruguay en los años recientes*, Montevideo: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Cuaderno de Desarrollo Humano 4.
- COLAFRANCESCHI, M., y A. VIGORITO (2013), “Uruguay: evaluación de las políticas de transferencias. La estrategia de inclusión y sus desafíos”, en R. ROFMAN (ed.), *Hacia un Uruguay más equitativo. Los desafíos del sistema de protección social*, Buenos Aires: Banco Mundial.
- COLEMAN, J. S. (1988), “Social capital in the creation of human capital”, *American Journal of Sociology*, 94: S95-S120.
- CUNHA, F., y J. J. HECKMAN (2008), “Formulating, Identifying and Estimating the Technology of Cognitive and Noncognitive Skill Formation”, *Journal of Human Resources*, 43(4): 738-782.
- (2010), *Investing in our young people*, Cambridge (EUA); National Bureau of Economic Research, WP 16201.
- CURRIE, J. (1998), *The Effect of Welfare on Child Outcomes: What We Know and What We Need to Know*, Chicago: Northwestern University y University of Chicago Joint Center for Poverty Research, JCPR Working Papers 26.
- (2011), *Inequality at Birth: Some Causes and Consequences*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 16798.
- CURRIE, J., M. NEIDELL y J. SCHMIEDER (2009), “Air Pollution and Infant Health: Lessons from New Jersey”, *Journal of Health Economics*, 28(3), 688-703.

- CURY, C. R., y J. H. GOLFETO (2003), “Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3): 139-145.
- CUTLER, D. M., A. S. DEATON y A. LLERAS-MUNY (2006), *The Determinants of Mortality*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 11963.
- CYGAN-REHM, K., y M. MAEDER (2013), “The effect of education on fertility: Evidence from compulsory schooling reform”, *Labour Economics*, 25: 35-48.
- DASGUPTA, P. (1993), *An Inquiry into Well-Being and Destitution*, Oxford: Clarendon Press.
- DEATON, A., M. CUTLER y A. LLERAS-MUNY (2006), *The determinants of mortality*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 11963.
- DEHLENDORF, C., M. RODRIGUEZ, K. LEVY, S. BORRERO y J. STEINAUER (2010), “Disparities in family planning”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3): 214-220.
- DEL BOCA, D., y M. LOCATELLI (2006), *The Determinants of Motherhood and Work Status: a Survey*, Turín: Universidad de Turín, Center for Household, Income, Labour and Demographic Economics.
- DEL BOCA, D., S. PASQUA y C. PRONZATO (2008), *Market Work and Motherhood Decisions in Contexts*, Bonn: IZA Discussion Paper Series.
- DI MARIO, S., V. BASEVI, G. GORI y D. SPETOLI (2005), *What is the effectiveness of antenatal care?* (Supplement), Ginebra: WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), HEN Report, <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>.
- DUFLO, E. (2000). *Schooling and labor market consequences of school construction in Indonesia: Evidence from an unusual policy experiment* (No. w7860). National Bureau of Economic Research.
- DUFLO, E., R. GLENNERSTER y M. KREMER (2007), “Using randomization in development economics research: A toolkit”, *Handbook of Development Economics*, 4, 3895-3962.
- EQUIPOS MORI (2010), *Evaluación de resultados e impactos del Plan CAIF en relación al desarrollo infantil y el estado nutricional de los beneficiarios*, Montevideo: Equipos Mori, <http://www.plancaif.org.uy>.
- ESCOBAR LATAPÍ, A., y M. GONZÁLEZ DE LA ROCHA (2009), “Logros y retos, una evaluación cualitativa del Progreso en México”, en PROGRESA, *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Impacto a nivel comunitario*, México D. F.: ProgresA.
- FAMILIES AND SOCIETIES (2014), *Salomonic Choices: parental separation, child well-being and family policies in Europe*, Estocolmo: Families and Societies, European Policy Brief.
- FAO (1996), *Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción*, <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm>.
- (2012), *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. Manual de uso y aplicación*, Roma: Comité Científico de la ELCSA, <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>.
- FERNALD, L., et al. (2009), *Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life*, Washington D. C.: The World Bank.
- FERREIRA, F., y A. M. LUGO (2012), *Multidimensional poverty analysis: Looking for a middle ground*, Washington D. C.: Banco Mundial, Policy Research WP 5964.
- FILGUEIRAS, A. (2013), “Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the Ages and Stages Questionnaire in public child daycare centers”, *Early Human Development*, 89: 561-576.

- FITERMANN, P., y M. ZERPA (2015) “Aproximación al bienestar psicológico y la salud mental de los niños y adolescentes de Montevideo”, en M. BUCHELI, W. CABELLA, M. NATHAN, A. VIGORITO y M. ZERPA, *Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal*, Montevideo: UNICEF.
- FLEITLICH, B., y R. GOODMAN (2001), “Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey”, *BMJ*, 323(7313), 599-600.
- FOOD AND NUTRITION BOARD, INSTITUTE OF MEDICINE (2004), *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate*, Washington D. C.: National Academy Press.
- FOX, S. E., P. LEVITT y C. A. NELSON (2010), “How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture”, *Child Development*, 81(1): 28-40.
- FURSTENBERG, F. (1990), “Divorce and the American Family”, *Annual Review of Sociology*, vol. 16: 379-403.
- GANGL, M., y A. ZIEFLE (2009), “Motherhood, labor force behavior, and women’s careers: an empirical assessment of the wage penalty for motherhood in Britain, Germany and The United States”, *Demography*, 46(2): 341-369.
- GAUTHIER, A. (2007), “The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature”, *Population Research and Policy Review*, 26(3): 323-346.
- GERSTENBLÜTH, M., Z. FERRE, M. ROSSI y P. TRIUNFO (2009), *Impacto de la maternidad adolescente en los logros educativos*, Montevideo: UdeLaR, FCS, DT 05/09.
- GHUMAN, S, J. BEHRMAN, y S. GULTIANO (2006), *Children’s Nutrition, School Quality and Primary School Enrollment in the Philippines*, Nueva York: Population Council, WP 2006-24.
- GIEP (1996), *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de niños prescolares en familias pobres del Uruguay*, Montevideo: UdeLaR, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica.
- GILLESPIE, D., S. AHMED, A. TSUIA y S. RADLOFF (2007), “Unwanted fertility among the poor: an inequity?”, *Bull World Health Organ*, 85(2), 100-107.
- GLEWWE, P. (2005), “The impact of child health and nutrition on education in developing countries: Theory, econometrics issues, and recent empirical evidence”, *Food and Nutrition Bulletin*, 26(2): 235-250.
- GOLDING, J., et al. (2004), “The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) – study design and collaborative opportunities”, *European Journal of Endocrinology*, 151: U119-U123.
- GOLDING, J., S. GOLOMBOK, B. PERRY, A. BURSTON, C. MURRAY, C. MOONEY-SOMERS y M. STEVENS (2003), “Children With Lesbian Parents: A Community Study”, *Developmental Psychology*, 39(1), 20-33.
- GOODMAN, R. (1997), “The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 581-586.
- GOODMAN, R., y S. SCOTT (1999), “Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful?”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27: 17-24.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S., Y. CHEUNG, S. CUETO, P. GLEWWE, L. RICHTER y B. STRUPP (2007), “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries”, *Lancet*, 369: 60-70.

- JGREGG, P., E. WASHBROOK et al. (2003), *The Effects of Early Maternal Employment on Child Development in the UK. Preliminary results under project: Understanding the Impact of Poverty on Children of the 90's. ALSPAC Study*, Bristol: University of Bristol, Department of Economics, <http://bris.ac.uk/Depts/CMPO/workingpapers/wp70.pdf>.
- HAEUSSLER, I., y T. MARCHANT (2007), *TEPSI. Test de Desarrollo Psicomotor: 2 a 5 años*, Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- HARRIS, J., A. BALSALAZA Y P. TRIUNFO (2014), *Campaña antitabaco en Uruguay: Impacto en la decisión de dejar de fumar durante el embarazo y en el peso al nacer*, Montevideo: UdelaR, FCS, DT 01/14.
- HEARTHERTON, T., y C. WYLAND (2003), "Assessing Self Esteem", en S. LOPEZ y C. SNYDER (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, Washington D. C.: American Psychological Association: 219-233.
- HECKMAN, J. J. (1979), "Sample selection bias as a specification error", *Econometrica*, 47(1): 153-161. —(2007). "The economics, technology, and neuroscience of human capability formation", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(33), 13250-13255.
- HECKMAN, J. J., y G. CONTI (2012), *The Economics of Child Well-Being*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 18466.
- HOYNES, H. W., D. L. MILLER y D. SIMON (2012), *Income, the Earned Income Tax Credit, and Infant Health*, Cambridge (EUA): National Bureau of Economic Research, WP 18206.
- HUMLUM, M., J. KRISTOFFERSEN y R. VEJLIN (2014), *Timing of College Enrollment and Family Formation Decisions*, Bonn: IZA Discussion Paper 7905.
- HURTADO, A. (2010), *Hambre y desarrollo*, México D. F.: FAO.
- INDA, INAU, MSP y CAIF (2012), *Manual para la aplicación de las GABA en primera infancia*, Montevideo: INDA, INAU, MSP y CAIF.
- JANSON, H., y J. SQUIRES (2004), "J. Parent-completed developmental screening in a Norwegian population sample: a comparison with US normative data", *Acta Paediatrica*, 93: 1525-1529.
- JONES, G., R. STEKETEE, R. E. BLACK, Z. BHUTTA y S. MORRIS (2003), "Bellagio Child Survival Study Group. How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?", *Lancet*, 362: 65-71.
- KLASEN, H., et al. (2000), "Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist", *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9: 271-276.
- KLEPINGER, D., S. LUNDBERG y R. PLOTNICK (1995), "Adolescent fertility and the educational attainment of young women", *Family Planning Perspectives*, 27: 23-28.
- LEIGHT J., P. GLEWWE y A. PARK (2013), *The impact of early childhood shocks on cognitive and non-cognitive outcomes*, mimeo.
- LESTHAEGHE, R. (1995), "The Second Demographic Transition in Western Countries: An interpretation", en K. OPPENHEIM MASON y A.-M. JENSEN (eds.), *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Oxford: Clarendon Press, pp. 17-62.
- LINDLOF, T., y B. TAYLOR (2002), *Qualitative Communication Research Methods*, Thousand Oaks (EUA): Sage.
- LINDQVIST, E., y R. VESTMAN (2009), *The Labor Market Returns to Cognitive and Noncognitive Ability: Evidence from the Swedish Enlistment*, Estocolmo: IFN, WP 794.

- MARLOW, N., D. WOLKE et al. (2005), "Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth", *The New England Journal of Medicine*, 352: 9-19.
- MARTORELL, R., y J. P. HABICHT (1986), "Growth in early childhood in developing countries", en F. FALKNER y J. M. TANNER (eds.), *Human Growth*, 2.^a ed., vol. 3, Nueva York: Plenum Press, pp. 241-262.
- MCDONALD, P. (2000), "Gender Equity in theories of Fertility Transition", *Population and Development Review*, 26(3): 427-439.
- MCLANAHAN, S., y C. PERCHESKI (2008), "Family Structure and the Reproduction of Inequalities", *Annual Review of Sociology*, 34: 257-276.
- MIDES (2015a), "Tarjeta Uruguay Social. ¿Qué es y cómo funciona?", http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/22748/3/innova.front/que_es_y_como_funciona.
- MIDES (2015b), "Cercanías", <http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentid=19750&site=1&channel=innova.net>.
- MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN (2006), *Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los Equipos de Salud*, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- MSP (2007), *Guía en salud sexual y reproductiva*, capítulo "Normas de atención de la mujer embarazada", Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género.
- Norma Nacional de Lactancia Materna*, ordenanza ministerial 217/09, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud del Niño.
- MSP, MIDES, RUANDI y 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 público y privado del Uruguay*, Montevideo: MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF.
- MSP, UNICEF y RUANDI (2007), *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos en servicios públicos y mutuales de Montevideo e interior del país*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Unidad de Información Nacional en Salud, Programa de Salud de la Niñez.
- MYSU (2014), *Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres uruguayas*, Montevideo: Mujer y Salud en Uruguay.
- NATHAN, M. (2013), "Inicio de la fecundidad en mujeres de Montevideo y área metropolitana. ¿Postergación? ¿Polarización?", *RELAP*, 7(12): 33-58.
- NATHAN, M., y M. ZERPA, M. (2015), "Pobreza en la infancia y la adolescencia en Montevideo y el área metropolitana. Un análisis multidimensional", en M. BUCHELI, W. CABELLA, M. NATHAN, P. FITERMANN, A. VIGORITO y M. ZERPA, *Cambio familiar y bienestar de las mujeres y los niños en Montevideo y el área metropolitana. Una perspectiva longitudinal*, Montevideo: UNICEF.
- NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD (2007), *The Science of Early Childhood Development*, <http://developingchild.net>.
- NELSON, C. A. (2007), "A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation", *Child Development Perspectives*, 1: 13-18.
- OECD (2009), "Doing Better for Children", www.oecd.org/els/social/childwellbeing.

- OMS (2014), Directriz “Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo”, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/124650/1/9789243501994_spa.pdf>.
- (s/f), “Estudio multicéntrico sobre referencias de crecimiento”, <<http://www.who.int/childgrowth/en/>>.
- OPP (2015), Uruguay Crece Contigo, <<http://www.crececontigo.opp.gub.uy>>.
- OPS/OMS (2003), *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Washington D. C.: OPS/OMS.
- PAGANO, J., N. RIJO y M. ROSSI (2009), *Fecundidad y oferta laboral femenina en el Uruguay: un enfoque económico*, Montevideo: UdelaR, FCS, Decon, DT 29/09.
- PAREDES, M., y C. VARELA (2005), *Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en el Uruguay*, Montevideo: UdelaR, FCS, Programa de Población, DT 67.
- PAXSON, Ch. (2007), *Child Health and Development in Rural Ecuador*, Washington D. C.: World Bank, Policy Research WP 4226, <<http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-4226>>.
- PEÑA, M. (2011), “Nutrición, salud y desarrollo: una inversión inseparable e impostergable para América Latina”, Lima: OPS, <<http://bvsde.ops-oms.org-texcom/nutricion/NSD.pdf>>.
- PERI, A., e I. PARDO (2008), *Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?*, Montevideo: UNFPA, Cuadernos del UNFPA 2.
- POULSEN, G., D. WOLKE, J. J. KURINCZUK, E. M. BOYLE, D. FIELD, Z. ALFIREVIC y M. A. QUIGLEY (2013), “Gestational Age and Cognitive Ability in Early Childhood: a Population-based Cohort Study”, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27: 371-379.
- PRONZATO, D. (2006), *Employment decisions of European women after childbirth*, Bonn: IZA Discussion Paper Series, <http://www.iza.org/conference_files/SUMS2006/pronzato_c1831.pdf>.
- PUGLIESE, L., y S. SANTOS (2007), “Los programas del Banco de Previsión Social desde una perspectiva de género”, *Comentarios de Seguridad Social*, 14.
- (2008), “Los programas del Banco de Previsión Social desde una perspectiva de género. Actualización”, *Comentarios de Seguridad Social*, 21.
- RADIMER, K. L., C. M. OLSON, J. C. GREENE, C. C. CAMPBELL y J. P. HABICHT (1992), “Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children”, *Journal of Nutrition Education*, 24(1): 36S-44S.
- RAVALLION, M. (2011). “On multidimensional indices of poverty”, *Journal of Economic Inequality*, 9(2): 235-248.
- RIVERA, J. A., L. S. PEDRAZA, R. MARTORELL y A. GIL (2014), “Introduction to the double burden of undernutrition and excess weight in Latin America”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6): 1613S-1616S.
- ROBERTS, B. (2009) “Back to the Future: Personality and Assessment and Personality Development”, *Journal of Research in Personality*, 43(2): 137-145.
- RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, P. J. (2006), “Trastornos psiquiátricos infantiles de etiología neurobiológica y su despistaje en atención primaria”, *Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría*, 30: 9-18.
- RODRÍGUEZ, S., V. ARANCIBIA y C. UNDURRAGA (1974), *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)*, Santiago de Chile: Galdoc.

- ROSENBERG, M. (1965), *Society and the adolescent self-image*, Princeton: Princeton University Press.
- SALVADOR, S. (2009), *Configuración social del cuidado en hogares con niños/as y con adultos/as mayores y políticas de corresponsabilidad*, Montevideo: Inmujeres.
- SARMIENTO CAMPOS, J. A., J. SQUIRES y J. PONTE (2010), "Universal developmental screening: preliminary studies in Galicia, Spain", *Early Child Development and Care*, 181(4), 475-485.
- SEN, A. (1985), "Well-Being and Freedom: The Dewwy Lectures 1984", *The Journal of Philosophy*, 82: 169-221.
- (1992), *Inequality reexamined*, Oxford: Oxford University Press.
- SHADY, N., y C. PAXSON (2007), *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*, Washington D. C.: The World Bank, Policy Research Working Paper 4226.
- SHAHRIVARA, Z., et al. (2009), "Normative data and psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in an Iranian community sample", *Journal of Research in Medical Sciences*, 14(2): 69-77.
- SHOJAEI, T., et al. (2009), "The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9): 740-747.
- SHONKOFF, J. P. (2012), "Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (Supplement 2): 17302-17307.
- SQUIRES, J., D. BRIKER y E. TWOMBLY (2002), *The ASQ:SE user's guide: for the Ages & Stages Questionnaires, social-emotional: a parent-completed, child-monitoring program for social-emotional behaviors*, Baltimore: Brookes.
- SQUIRES, J. T., D. BRICKER y L. POTTER (2009), *Excerpts from ASQ-3 User's Guide*, Baltimore: Brookes.
- SQUIRES, J., D. BRICKER, E. TWOMBLY y L. POTTER (2009), *Ages and stages questionnaire user's guide: A parent-completed child-monitoring system*, Baltimore: Brookes.
- STEPHEN, R. D., R. G. FRANK y COMMITTEE ON NUTRITION (2008), "Lipid Screening and Cardiovascular Health in Childhood", *Pediatrics*, 122: 198-208.
- SYED, E., S. HUSSEIN y S. MAHMUD (2007), "Screening for emotional and behavioural problems amongst 5-11-year-old school children in Karachi, Pakistan", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5): 421-427.
- UAUY, R., E. CARMUEGA y D. BAEKER (2009), *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población. Perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur*, Buenos Aires: Instituto Danone Cono Sur.
- UDELAR y UNICEF (2003), *Nuevas formas de familia*, Montevideo: Udelar y UNICEF.
- UNITED NATIONS, GENERAL ASSEMBLY, 56TH SESSION (2014), *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: report of the Secretary-General*, <http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf>.
- URUGUAY CRECE CONTIGO (2013), *Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil. Objetivos, población objetivo, áreas temáticas a estudiar y antecedentes*, Montevideo: Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Área de Monitoreo y Evaluación, DT.

- URZÚA, S., y G. VERAMENDI (2011), *The impact of out-of-home childcare centers on early childhood development*, Washington D. C.: Inter-American Development Bank.
- USAID, UC DAVIS, IFPRI, UNICEF y OM (2009), *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- VAN DE KAA, D. J. (2001), "Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior", en R. A. BULATAO y J. B. CASTERLINE (eds.), *Global Fertility Transition. Supplement to PDR*, vol. 27, Nueva York: Population Council.
- VARELA, C., e I. PARDO (2013), "La heterogeneidad del comportamiento reproductivo: fecundidad y necesidades básicas insatisfechas", en J. J. Calvo (coord.), *Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011*, Montevideo: UNFPA, MIDES, IECON, INE y Programa de Población.
- VARELA, C., A. FOSTIK y R. POLLERO (2008), "La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo", en C. VARELA (coord.), *Demografía de una sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del siglo XX*, Montevideo: Trilce
- VARELA, C., C. LARA, M. NATHAN, I. PARDO y M. TENENBAUM (2014), *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011). Desigualdad social y diferencias en el comportamiento reproductivo*, fascículo 3 del Atlas Sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay, Montevideo: CSP.
- VERDE, M., L. VARELA, C. EPISCOPO, R. GARCÍA, L. BRIOZZO, I. IMPALLOMENI y J. ALONSO (2012), "Embarazo sin control. Análisis epidemiológico", *Revista Médica del Uruguay*, 28: 100-107.
- VICTORA, J., y J. RIVERA (2014), "The Double Burden of Undernutrition and Obesity in Latin America: Where Do We Stand and Where Do We Go?", Supplement to *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100 6(s).
- VIGORITO, A. (2005), "Asignaciones familiares, distribución del ingreso y pobreza en Uruguay. Un análisis para el período 2001-2004", en UNICEF y UdelaR, *Asignaciones Familiares, pensiones alimenticias y bienestar de la infancia en Uruguay*, Montevideo: UNICEF.
- (2011), "El bienestar de las mujeres y la disolución de uniones en Uruguay", en G. BINSTOCK y J. MELO VIEIRA (eds.), *Nupcialidad y familia en la América Latina actual*, Rio de Janeiro: ALAP, *Serie de Investigación* 11.
- VIOLA, L., G. GARRIDO y A. VARELA (2008), "Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevidianos", *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(1): 9-20.
- WOERNER, W., et al. (2004), "The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe", *European Child and Adolescent Psychiatry*, Supplement 2, 13: II/47-II/54.
- WOLKE, D., et al., (2013), "Self and Parent Perspectives on Health-Related Quality of Life of Adolescents Born Very Preterm", *Journal of Pediatrics*, 163: 1020-1026.
- WOOLDRIDGE, J. (1995), "Selection Corrections for Panel Data Models under Conditional Mean Independence Assumptions", *Journal of Econometrics*, 68, 115-132.
- WHO y UNICEF (2014), *The Innocenti Declaration*, <<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>>.

Anexo I. Análisis y calibración de la muestra de UCC

Ramón Álvarez

En este informe se da cuenta del análisis y la calibración de la muestra para la ENDIS llevada adelante por el INE en el período entre junio de 2013 y abril de 2014. Para eso se trabajó con la información brindada por el equipo técnico del INE, que consiste en dos tablas de datos que se describen a continuación:

- ▶ Tabla de datos que llamaremos **marco muestral** y sirve como marco muestral para la selección de hogares que tenían niños elegibles por edad en el período entre febrero de 2012 y diciembre de 2013, surgían de las diferentes tomas de la ECH en tal período (esta tabla de datos tiene como unidad de registro los hogares).
- ▶ Tabla de datos que llamaremos **niños**, que tiene los niños que surgían del marco muestral mencionado antes y a los que efectivamente se les aplicó la encuesta a la niñez (esta tabla tiene como unidad de registros los niños).

El informe está estructurado en dos partes, en las que se analizan por un lado las características del marco utilizado y la muestra efectiva, y por otro lado se proponen algunas alternativas de ajuste para los pesos finales usando métodos de calibración. A su vez, el documento tiene una sección de anexos donde aparecen varios cuadros que se construyeron para el análisis y que pueden ser de utilidad para el usuario del informe.

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS USADOS

Tal como se dijo en la sección anterior, se trabajó con el marco muestral proporcionado por el equipo del INE, que constaba de 4.942 hogares elegibles en el período (de la ECH) por tener uno o más integrantes en el tramo etario de interés. En esta tabla los hogares pueden haber sido entrevistados en la ECH desde febrero de 2012 hasta noviembre de 2013, tal como se ve en el cuadro A.I.1.

Cuadro A.I.1. Número de hogares elegibles para la ENDIS por año según mes

Mes	Año		Total resultado
	2012	2013	
Enero		281	281
Febrero	192	288	480
Marzo	207	282	489
Abril	196	285	481
Mayo	176	291	467
Junio	175	265	440
Julio	180	297	477
Agosto	191	286	477
Setiembre	169	274	443
Octubre	199	176	375
Noviembre	172	177	349
Diciembre	184		184
Total resultado	2.041	2.902	4.943

El cuadro A.I.1 muestra la distribución de hogares encuestables en los 22 meses tomados, de los que se puede saber la cantidad de niños elegibles porque en la tabla se dispone de una variable que la consigna.

Cuadro A.I.2. Número de niños elegibles para ENDIS por año, según cantidad de niños por hogar

Total de niños	2012	2013	Total resultado	Total 2012	Total 2013	Total
1	1.972	2.678	4.650	1.972	2.678	4.650
2	67	214	281	134	428	562
3	2	9	11	6	27	33
4		1	1	0	4	4
Total resultado	2.041	2.902	4.943	2.112	3.137	5.249

Para la tabla de datos **marco_muestral** se dispone de una cantidad de atributos correspondientes al hogar, como

- ▶ pesos o expansores (existen cuatro sistemas de pesos: anual, semestral, trimestral y mensual);
- ▶ categoría del hogar en cuanto a pobreza (pobre/no pobre) (V1);
- ▶ estrato al que pertenece el hogar (que usa el INE, con 12 categorías sociogeográficas que luego se reagrupan).

Con respecto al total de hogares elegibles, considerando los datos que surgen de la tabla **niños** (donde están los niños efectivamente encuestados), hay que tomar en cuenta que el total finalmente alcanzado es el siguiente:

- ▶ Hogares elegibles: 4.943.
- ▶ Niños encuestados: 3.077.
- ▶ Hogares donde se hicieron las 3.077 encuestas: 2.665.

Una primera característica estudiada es la que tiene que ver justamente con la relación entre el número de niños elegibles por mes en cada año, donde parece que sistemáticamente son menos para el 2012 que para el 2013. Pensando que podía ser un efecto de que el volumen de encuestas hechas en 2012 era bastante menor que el del 2013, usando los microdatos en línea para ambos años surge que las encuestas estaban distribuidas como se muestra en el cuadro A.I.3.

En general para el 2012 el total de encuestas es de 43.839, y 46.662 para 2013 (el volumen para 2012 es el 95% del de 2013), mientras que en los hogares elegibles para UCC la relación es de 70%.

Si se trabaja con los datos que corresponden a los niños, con la tabla **niños** es importante considerar algunas variables, como sexo (V3) y edad (V4), a los efectos de ver cómo se distribuyen estas en la muestra efectiva, teniendo en cuenta cuál era su distribución en el marco muestral donde los niños eran elegibles.

Cuadro A.I.3. Número y porcentaje de encuestas de ECH y ENDIS por año según meses

Mes	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	Frecuencia	Frecuencia	281	0,00%	7,45%	
Enero	3.604	3.765	192	288	5,52%	7,45%
Febrero	3.480	3.866	207	282	5,64%	7,37%
Marzo	3.670	3.826	196	285	5,28%	7,18%
Abril	3.709	3.970	176	291	4,80%	7,34%
Mayo	3.668	3.962	175	265	4,84%	6,87%
Junio	3.616	3.859	180	297	4,92%	7,44%
Julio	3.661	3.994	191	286	5,22%	7,23%
Agosto	3.658	3.956	169	274	4,60%	7,17%
Setiembre	3.676	3.821	199	176	5,25%	4,59%
Octubre	3.793	3.831	172	177	4,64%	4,51%
Noviembre	3.706	3.928	184		5,11%	0,00%
Diciembre	3.598	3.844			4,66%	6,22%
Total	43.839	46.622				

Para eso se trabajó con los microdatos de la ECH 2012 y 2013, con los que se podía saber cuáles eran los hogares donde había niños en el tramo etario de interés.

Se construyeron con los microdatos tablas de personas elegibles por edad. Para 2012 se descarta el mes de enero y para 2013 el mes de febrero (P_2012.04 es la tabla para 2012 y P_2013.04 para 2013).

Usando la información que contienen ambas tablas se pueden estimar totales poblacionales de referencia para la distribución de la edad que serían los adecuados en el marco muestral donde están los niños elegibles; de esa manera se puede, para la etapa de calibrado, ver qué tan distorsionada está la muestra efectiva (los 3.077 encuestados que pertenecían a los 2.665 hogares).

Para poder determinar la edad al inicio del trabajo de campo, que se toma como setiembre de 2013, a cada uno de los elegibles que surgen de las tablas P_2012.04 y P_2013.04 se les actualizó la edad.

De esa manera se tienen dos distribuciones por edad (una para cada año), que podrían ser usadas para ajustar la muestra efectiva (V4). La otra variable que podría usarse es sexo (V3), que también surge de las tablas P_2012.04 y P_2013.04. Debe recordarse que solamente se dispone de la edad de cada niño elegible en la tabla de la muestra efectiva y no en la de los niños que están en el marco muestral.

La distribución de la edad estimada de esta manera para cada año tiene algunos aspectos a tener en cuenta. El algoritmo que se aplica difiere por año, ya que para 2013 la actualización de la edad está truncada para los elegibles de setiembre a noviembre 2013. Por otro lado, los niños que tienen edad 0 en la ECH al momento de esta encuesta o la edad actualizada para el relevamiento ENDIS presentan el inconveniente de que es difícil partir ese tramo en dos, que serían los que tienen de 0 a 6 meses y los que tienen de 6 meses a 1 año.

Una posibilidad es trabajar con los nacimientos en el período entre febrero de 2012 y noviembre de 2013 y ver mes a mes cuál es el aporte de los recién nacidos (RN) a la cohorte móvil en el período.

En el cuadro A.I.4 se puede ver cómo es la distribución de personas por año que surge del marco muestral proporcionado por el equipo técnico del INE y que aparecía en el cuadro A.I.1. Los totales son más grandes, ya que son niños que pertenecían a los hogares elegibles. Pueden verse en negrita los totales que se deberían considerar por edad tomando en cuenta la edad que tenían en la ECH y la edad actualizada a setiembre de 2013.

Cuadro A.I.4. Distribución de la edad de los niños actualizada a setiembre de 2013

Parte entera de la edad actualizada	2012	Parte entera de la edad actualizada	2013
0	303	0	1.035
1	1.048	1	982
2	812	2	1.120
3	164	3	260
4	151		
Total resultado	2.478	Total resultado	3.397

Calibración de la muestra

Para la calibración de la muestra se toman las tablas de datos que consideran a los niños elegibles para ambos años usando el marco muestral de referencia (**marco muestral**), el cual se machea con la tabla de datos **niños** (proporcionada por el INE), la que contiene los 3.077 niños finalmente evaluados, que pertenecen a los 2.665 hogares encuestados, de los 4.943 del marco original.

De esta manera se puede evaluar la no respuesta a través de modelos lineales generalizados, considerando como variable de respuesta si se realizó o no la ECH niñez usando

algunas de las cuatro variables mencionadas en la presentación de los datos (variables V1 a V4).

Para la estimación se usa la información del estrato geográfico y los pesos anuales, para armar el diseño de muestreo a través de la biblioteca *survey* del R (Lumley, 2012).

Además de luego evaluar de esta manera la propensión a la nr (No respuesta), con esta misma tabla de datos —que tiene 5.875 niños de los cuales solo servirían por edad 5.300— se pueden tener los totales poblacionales contra los cuales calibrar.

Observando los resultados que surgen de las tablas de contingencia 2*2 con respecto a la variable de respuesta y las cuatro variables que podían usarse para calibrar, se observan distorsiones que pueden hacer pensar que las características de los niños finalmente encuestados difieran de las de los efectivamente evaluados.

Por otro lado, al considerar esa eventual asociación a través de modelos de RL (REGRESIÓN LOGÍSTICA) surgen resultados que muestran que hay mayor propensión a ser evaluados según esos cuatro atributos (V1 a V4).

Resta entonces decidir por cuál de las cuatro variables propuestas se deben modificar los pesos usando los totales poblacionales de referencia.

Postestratificación de la muestra

Finalmente se opta (en consulta con el equipo de investigación) por modificar los pesos muestrales mediante postestratificación usando las variables V3 y V4, tomando como totales poblacionales los que surgen de estimar la distribución conjunta de sexo y edad sobre el marco muestral de primera fase (formado por los 5.875 niños encuestables), la cual se presenta en los cuadros A.I.5 y A.I.6:

Cuadro A.I.5. Totales poblacionales para ajustar

Edad	Hombre	Mujer	Total
0	33.149	29.716	62.865
1	30.452	28.314	58.766
2	18.105	18.386	36.491
3	4.819	4.875	9.694
Total	86.525	81.291	167.816

Cuadro A.I.6. Totales poblacionales para ajustar (edades actualizadas)

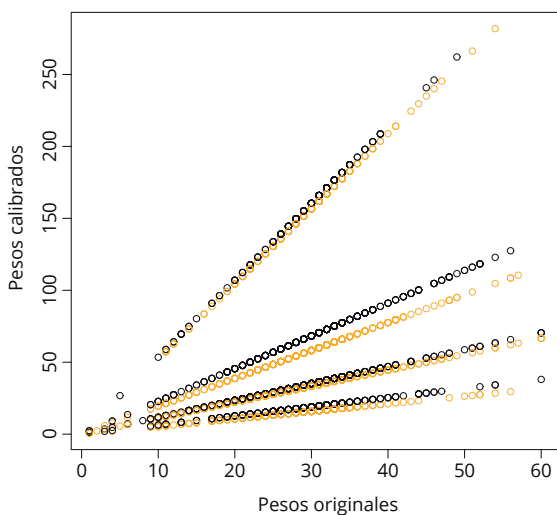
Edad actual	Hombre	Mujer	Total
0	20.185	19.075	39.260
1	30.928	28.749	59.677
2	29.020	27.120	56.140
3	6.392	6.347	12.739
Total	86.525	81.291	167.816

La diferencia entre los totales poblacionales del cuadro A.I.5 y el cuadro A.I.6 radica en que el primero refleja la distribución por edad y sexo de los niños en las diferentes tomas de la ECH, mientras que el segundo muestra cómo sería la distribución por sexo y edad expandida si se logra ver los 5.724 niños elegibles.

Teniendo en cuenta que solamente hay 3.077 niños finalmente relevados, se crea el diseño muestral postestratificado, donde las variables de ajuste son el sexo y la edad. Con este nuevo diseño se analiza cómo quedan modificados los pesos originales de los 3.077 que respondieron y se usa el cuadro A.I.5 para hacer la calibración (Álvarez Vaz, 2010; Sarndal, 1992).

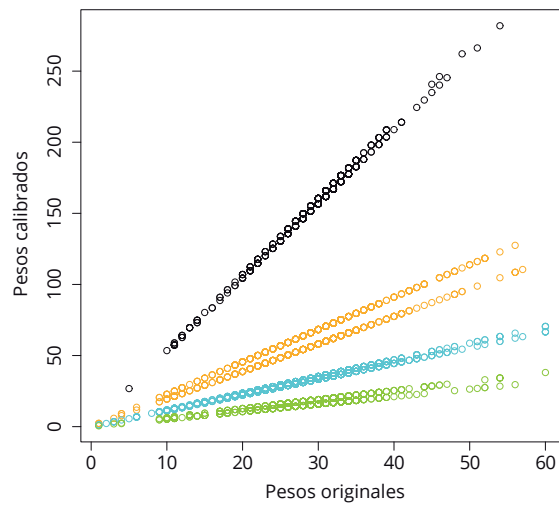
La gráfica A.I.1 muestra cómo quedan los pesos luego del proceso de calibrado, contrastados por sexo.

Gráfica A.I.1. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según sexo



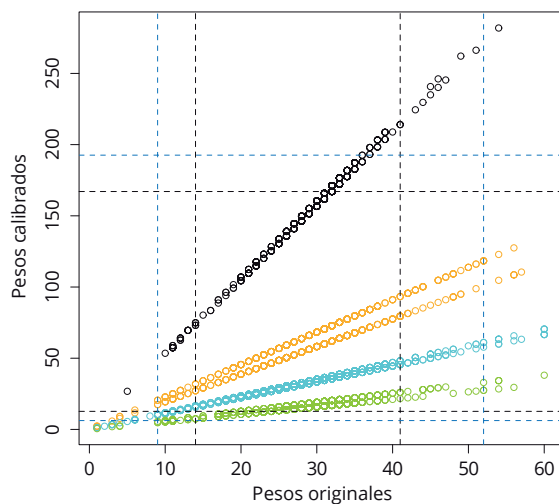
En la gráfica A.I.2 se presenta cómo quedan los pesos luego del proceso de calibrado, contrastados por tramo etario. El color negro representa a los niños de 0 años, el color naranja a los niños de 1 año, el celeste a los niños de 2 y el verde a los de 3 años.

Gráfica A.I.2. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según edad



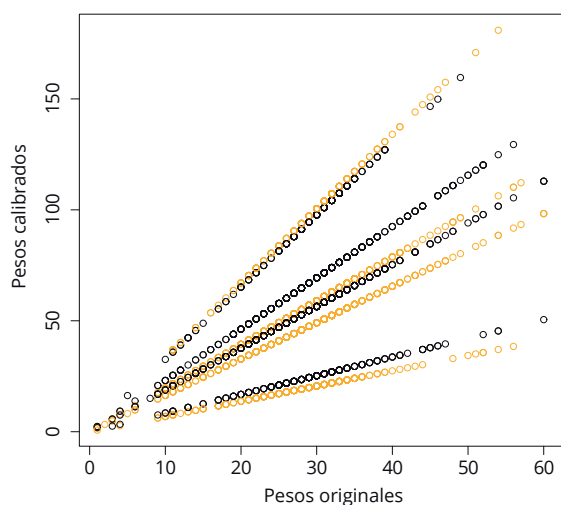
Como se ve, hay pesos que tienen originalmente valores muy pequeños (cerca de 0) o grandes (cerca de 60). Para eso, en la gráfica A.I.3 se puede ver cuáles son los pesos ubicados en el cuantil 5 y en el cuantil 95 (los posibles valores de los pesos) en la zona entre las bandas negras; los pesos que están entre las bandas azules son los que están por encima del cuantil 1 y por debajo del cuantil 99 (las bandas azules y negras valen para ambos sistemas de pesos: originales y calibrados).

Gráfica A.I.3. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según edad

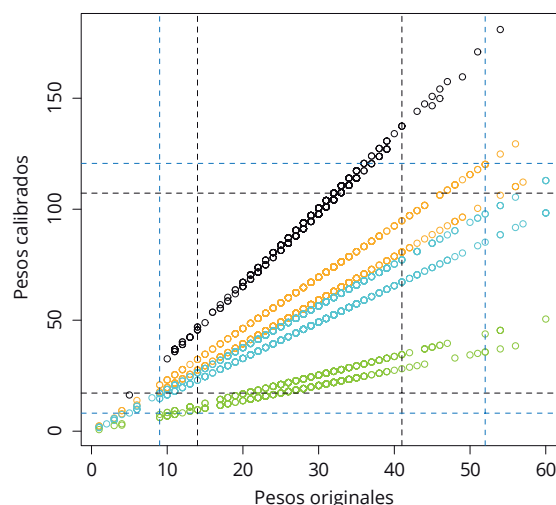


Se analiza a su vez cómo quedarían los pesos calibrados si se les aplica un proceso de recorte (*trimming*). Para eso se tienen los pesos del diseño calibrado y recortado. Los criterios de recorte correspondieron al cuantil 5 y al cuantil 95. De esa manera la situación se muestra en la gráfica A.I.4.

Gráfica A.I.4. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según edad

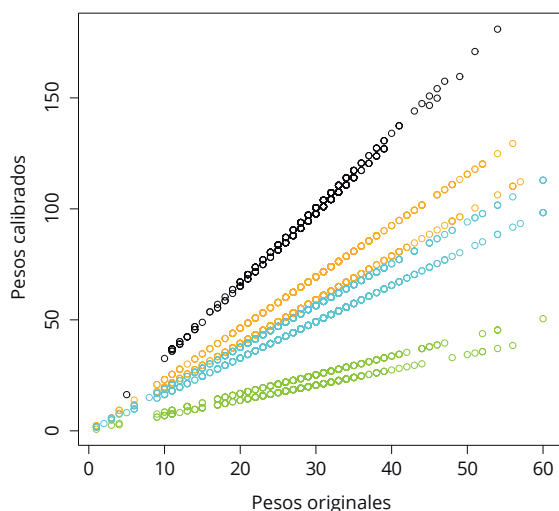


Gráfica A.I.6. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según edad



Si se usan los pesos del cuadro A.I.6, el diseño postestratificado se ajustó de acuerdo al sexo y la edad actualizada.

Gráfica A.I.5. Relación entre pesos originales y pesos calibrados, según sexo



Cuadro A.I.7. Totales poblacionales para ajustar

Edad	Hombre	Mujer	Total
0	31.792	28.489	60.281
1	30.850	28.753	59.603
2	18.602	18.930	37.532
3	5.115	5.323	10.438
Total	86.359	81.495	167.854

Cuadro A.I.8. Totales poblacionales para ajustar

Edad actualizada	Hombre	Mujer	Total
0	19.790	18.325	38.115
1	30.917	28.891	59.808
2	29.183	27.347	56.530
3	6.588	6.772	13.360
Total	86.478	81.335	167.813

La situación entre pesos originales y pesos calibrados usando el cuadro A.I.6 como totales poblacionales es la que se muestra en la gráfica A.I.6.

Se procede a hacer un recorte de los pesos usando el mismo criterio de antes, es decir, truncando en los cuantiles 5 y 95 de los pesos originales (aparece punteado en negro).

Se compara cómo queda la distribución por sexo y edad luego del proceso de calibrado usando los totales de los cuadros A.I.5 y A.I.6. La situación se presenta en los cuadros A.I.7 y A.I.8

Las diferencias encontradas sobre los totales de los cuadros A.I.5 y A.I.7 y los cuadros A.I.7 y A.I.8 se deben al proceso de truncado. Teniendo en cuenta las diferencias encontradas entre los dos sistemas de pesos (pesos calibrados y pesos calibrados recortados contra ambos sistema de pesos), se sugiere usar los pesos calibrados recortados.

Para eso se libera una tabla de datos que tiene los siguientes:

- ▶ peso.cali son los pesos calibrados usando los totales del cuadro A.I.5;
- ▶ peso.cali.trim son los pesos calibrados y luego recortados usando totales del cuadro A.I.5;
- ▶ peso.cali son los pesos calibrados usando totales del cuadro A.I.6;
- ▶ peso.cali.trim son los pesos calibrados y luego recortados usando totales del cuadro A.I.6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ VAZ, R. (2010), *Métodos de muestreo para estudios sanitarios con uso de información auxiliar* (tesis de maestría).
- An {R} Companion to Applied Regression* (2011), Thousand Oaks, CA: Sage, 2.^a ed., disponible en <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>.
- LUMLEY, T. (2012), *Survey: analysis of complex survey samples: R package version 3.28-2*, disponible en <http://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>.
- R CORE TEAM (2014), *R: A language and environment for statistical computing*, Viena: R Foundation for Statistical Computing, disponible en <http://www.R-project.org/ENDIS2> (9.7.2015).rtf; *sampling: Survey Sampling. R package version 2.6.* <http://CRAN.R-project.org/package=sampling>, Yves Tillé y Alina Matei (2013) y la Librería Car (John Fox and Sanford Weisberg, 2011).
- SARNDAL, C.-E., B. SWENSSON y J. WRETMAN (1992), *Model Assisted Survey Sampling*, Berlín: Springer.

Anexo II. Cuadros y gráficos adicionales

Cuadro A.II.1. El niño vive con:

	Edad de la madre al parto				Total
	<20	20-24	25-29	30+	
Ambos padres	54,4	71,8	83,9	85,7	77,5
Solo con la madre	45,6	28,2	16,1	14,3	22,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.2. Distribución de los niños según presencia de madre y padre en el hogar y razones por las que el padre no vive en el hogar (en porcentaje)

Ambos padres	76,7
Solo con la madre	22,5
Separación o divorcio	12,4
Nunca vivió con su hijo	8,2
Otros*	2,1
Con ninguno de los dos	0,3
Separación o divorcio	0,0
Nunca vivió con su hijo	0,1
Otros*	0,2
Solo con el padre	0,3
Total	100,0

* Por ejemplo, fallecimiento del padre, emigración o se encuentra preso.

Cuadro A.II.3. Cantidad de interrupciones por más de seis meses desde el inicio de la vida laboral según nivel educativo de la madre

		0 a 6	7 a 9	10 a 12	Más de 12	Total
		1 vez	% fila 19,65	32,3	26,43	21,61
	% columna 52,99	53,42	57,7	61,59	56,03	
2 veces	% fila 17,61	32,1	26,43	23,86	100,0	
	% columna 19,09	21,34	23,19	27,32	22,52	
3 veces	% fila 26,33	36,92	23,22	13,54	100,0	
	% columna 12,48	10,73	8,91	6,78	9,85	
Más de 3	% fila 27,69	42,43	22,58	7,3	100,0	
	% columna 15,44	14,52	10,2	4,3	11,59	
Total	% fila 20,78	33,88	25,67	19,66	100,0	
	% columna 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Cuadro A.II.4. Cantidad de meses que interrumpió a causa de un hijo según nivel educativo de la madre

	0 a 6	7 a 9	10 a 12	Más de 12	Total
Menos de 6	10,22	22,48	29	38	100,0
	12,67	17,18	22,74	32,13	21,81
Entre 6 y 11	15	23	29	34	100,0
	27,6	26,09	33,27	43,11	32,76
Entre 12 y 23	19,32	39,13	23,82	17,72	100,0
	25,02	31,22	19,32	15,64	22,77
Entre 24 y 35	29,09	32,37	28,26	10,29	100,0
	15,77	10,81	9,6	3,8	9,53
36 o más	25,36	31,96	32,24	10,45	100,0
	18,93	14,7	15,07	5,32	13,13
Total	17,58	28,54	28,08	25,8	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.5. Uso de métodos anticonceptivos según atributos seleccionados (%)

Total	87,1	
Paridez	85,0	
Primer hijo	Otros	88,5
Edad al parto	87,4	
<20	20-24	25-29
85,7	86,0	88,5
30+	87,4	
Nivel educativo	88,6	
0-9	10-12	13+
86,1	87,5	88,6
Pobreza	87,8	
Pobre	No pobre	87,8
84,7	87,8	
Región	87,8	
Montevideo	Interior	87,8
86,1	87,8	
Tipo de institución	85,2	
Privado	Público	85,2
88,5	85,2	
Nacimiento planeado	86,4	
Sí	No	86,4
87,6	86,4	

Cuadro A.II.6. Número de casos correspondientes al cuadro V.2.7. (Número de hijos nacidos vivos por mujer según atributos seleccionados)

	Edad al parto del niño	Nivel educativo	Condición de pobreza	Región	Tipo de institución de atención prenatal	Nacimiento planeado
Número de hijos	2.766	2.758	2.767	2.767	2.744	2.766

Cuadro A.II.7. Análisis de regresión logística binaria: probabilidad de nacimiento planeado (odds ratio). Especificación alternativa

Variables	OR	Error Estándar	z	P>z	Intervalos de confianza (95%)	
Años de educación (omitida: menos de 9 años)						
10 a 12 años	1,180	0,124	1,54	0,123	0,956	1,457
13+ años	2,088	0,272	5,51		1,607	2,714
20-24	1,788	0,277	3,74	0	1,319	2,424
25-29	2,666	0,429	6,09	0	1,944	3,655
30+	3,109	0,486	7,25	0	2,288	4,225
Primer hijo	2,075	0,221	6,84	0	1,683	2,558
Región (Montevideo)	0,908	0,084	-1,04	0,299	0,756	1,089
Vive pareja	2,744	0,313	8,84	0	2,193	3,432
Constante	0,156	0,025	-11,44	0	0,113	0,214
N = 2.755 Pseudo R2 = 0,0973						

Cuadro A.II.8. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?

	Valores absolutos	Porcentaje
1-3 semanas	23.283	15,89
4-6 semanas	53.593	36,57
7-9 semanas	31.651	21,6
10-11 semanas	8.541	5,83
12-13 semanas	16.579	11,31
14-19 semanas	7.125	4,86
20-24 semanas	3.862	2,63
25-29 semanas	977	0,67
30-34 semanas	358	0,24
35-38 semanas	65	0,04
No recuerda	532	0,36
Total	146.566	100,0

Cuadro A.II.9. Resultados de regresión logística sobre la probabilidad de realizar al menos nueve visitas prenatales

Variables	Odds Ratio	Standard Error	z	P>z	[95% C.I.]	
Primer hijo (otros hijos=0)	1,3	0,1844	2,1100	0,0350	1,0209	1,7527
Edad al parto (ref. <20)						
20-24	1,4	0,2370	2,0200	0,0440	1,0100	1,9561
25-29	1,8	0,3478	3,2400	0,0010	1,2741	2,6686
30+	1,8	0,3379	3,2400	0,0010	1,2674	2,6215
Educación de la madre (ref. 9 o menos años)						
10 a 12	1,3	0,1842	2,1200	0,0340	1,0224	1,7532
13+	1,8	0,3552	3,0500	0,0020	1,2381	2,6647
Área de residencia						
Montevideo (Interior=0)	1,3	0,1563	2,5200	0,0120	1,0678	1,6858
Institución de atención del embarazo						
Pública (privada=0)	0,5	0,0667	-4,9800	0,0000	0,4241	0,6883
Embarazo planeado (no planeado=0)	1,6	0,1874	3,9800	0,0000	1,2683	2,0093
Vive en pareja (no=0)	1,3	0,1686	1,8400	0,0660	0,9845	1,6529
Constante	1,7	0,3280	2,5200	0,0120	1,1177	2,4362
Observaciones=2.727 Pseudo R2=0,0819						

Cuadro A.II.10. Resultados de regresión logística sobre la probabilidad de realizar el primer control antes de las 14 semanas de embarazo

Variables	Odds Ratio	Standard Error	z	P>z	[95% C.I.]	
Primer hijo (otros hijos=0)	0,9	0,1817	-0,3800	0,7060	0,6331	1,3629
Edad al parto (ref. <20)						
20-24	1,4	0,2943	1,4300	0,1520	0,8925	2,0808
25-29	2,1	0,5667	2,6300	0,0090	1,2018	3,5326
30+	1,5	0,3758	1,6100	0,1080	0,9152	2,4483
Educación de la madre (ref. 9 o menos años)						
10 a 12	1,3	0,2709	1,2300	0,2180	0,8585	1,9505
13+	3,2	1,2906	2,8600	0,0040	1,4412	7,0483
Área de residencia						
Montevideo (Interior=0)	1,0	0,1719	0,2600	0,7970	0,7552	1,4410
Institución atención del embarazo						
Pública (privada=0)	0,4	0,0734	-5,0100	0,0000	0,2576	0,5524
Embarazo planeado (no planeado=0)	3,1	0,5785	6,1800	0,0000	2,1813	4,4988
Vive en pareja (no=0)	1,5	0,2523	2,4200	0,0160	1,0801	2,0870
Constante	5,3	1,5663	5,6400	0,0000	2,9674	9,4565
Observaciones=2.727 Pseudo R2=0,1481						

Cuadro A.II.11. Número de casos correspondientes al cuadro V.2.21. Consumo de sustancias tóxicas y medicamentos durante la gestación según características de la madre

	Edad al parto del niño	Nivel educativo	Condición de pobreza	Región	Tipo de institución de atención prenatal	Nacimiento planeado	Paridez
Cigarrillos	2.780	2.773	2.784	2.784	2.761	2.783	2.782
Alcohol	2.777	2.770	2.781	2.781	2.760	2.781	2.779
Medicamentos	2.767	2.760	2.771	2.771	2.750	2.771	2.769

Cuadro A.II.12. Preguntas utilizadas para la construcción del IPCGIEP

	N	Riesgo
Capta las señales y responde activamente, disfrutando, entreteniéndolo con gestos, hablándole y/o contestando preguntas, dándole información, de acuerdo a la edad del niño a...	2.854	0,175
¿Acostumbra cantarle canciones a...?	3.059	0,088
¿Acostumbra enseñarle juegos a...?	3.069	0,083
El juego le sirve a los niños para... Nada/No tengo idea/Para que no molesten/Para dejarme hacer las cosas/Porque es lo único que saben hacer	3.077	0,007
Lo dejo jugar con los juguetes más viejos; los nuevos los guardo para que no los rompa	3.041	0,010
Cree que... es capaz de querer desear, cosas distintas a las que usted quiere o desea a partir del jardín o en etapas posteriores de su vida	2.988	0,446
Las decisiones sobre la... del niño no se toman en conjunto por la pareja		
Educación	3.057	0,371
Salud	3.065	0,388
Hábitos	3.064	0,495
Límites	3.061	0,436
Cuando ambos padres toman las decisiones, ¿casi nunca o nunca se ponen de acuerdo....?	3.007	0,227
Siempre/nunca se sale con la suya	3.033	0,351
La ayuda que recibe en la crianza de... es poca o nula	3.056	0,205
Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear	3.075	0,051
Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere	3.075	0,145
Muchas veces los caprichos de los niños "sacan de las casillas" y se termina pegándoles y gritándoles	3.071	0,412
El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) tiene mañas	3.075	0,198
A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa	3.074	0,093
A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarlos	3.071	0,136
Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa	3.074	0,023
A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno	3.074	0,091
Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora	3.074	0,179
Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coman	3.074	0,108
A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa	3.072	0,179
A los hijos una buena paliza de vez en cuando les hace bien	3.075	0,815
Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos, sin prestarles mucha atención	3.069	0,608
Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela	3.072	0,437
Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen	3.070	0,271
Dejar a los niños frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas	3.073	0,316
Si un niño pregunta cómo nacen los bebés, no hay que decirle la verdad	3.069	0,156
Como es muy chiquito, estar con otros niños no lo ayuda a crecer mejor	3.071	0,026
Los bebés que tocan todo son malcriados, no están aprendiendo	3.071	0,112
Para que aprendan a comer solos no hay que dejarlos ensuciarse ni que jueguen con la cuchara	3.074	0,060
Los niños no aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia	3.072	0,035
Los niños no comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen	3.071	0,280
Para que aprenda a obedecer, el niño no tiene que saber lo que se puede hacer y lo que no	3.073	0,019
No acostumbra a cantarle canciones o contarle lo que hace a... porque no entiende/es muy chiquito/no se le ocurrió/no tiene tiempo/no sabe hacerlo	2.894	0,282
Mayores de 12 meses		
Duerme frecuentemente en la cama con otros	2.497	0,455
Padres separados		
El padre/la madre no visita al hijo	777	0,403
Cuando el padre/la madre visita al hijo, ¿la visita lo deja indiferente o peor?	432	0,201

Cuadro A.II.13. Preguntas que componen las distintas dimensiones de las prácticas de crianza

Límites y reglas cotidianas (N=5; Porcentaje de respuestas de riesgo=16,2)
<p>Querer más a un hijo es dejarlo hacer cualquier cosa</p> <p>Para que los niños coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora</p> <p>Si a los niños no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarlos a que la coman</p> <p>Para que aprenda a obedecer, el niño no tiene que saber lo que se puede hacer y lo que no</p> <p>Dejar a los niños frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas</p>
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños (N=11; Porcentaje de respuestas de riesgo=51,7)
<p>Cuando ambos padres toman las decisiones, ¿casi nunca o nunca se ponen de acuerdo....?</p> <p>La ayuda que recibe en la crianza de... es poca o nula</p> <p>En el hogar, del cuidado de los niños no se encargan en conjunto el padre y la madre</p> <p>Las siguientes tareas en el hogar no son realizadas en forma conjunta por usted y su pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bañar y asear a los niños, u ocuparse de que estén limpios Llevar a los niños al baño Cambiarles los pañales a los niños Darles de comer o encargarse de que coman Rezonar a los niños cuando se portan mal Llevar a los niños o traerlos de la escuela o el jardín Llevar a los niños al médico Jugar con los niños o hacer actividades recreativas con ellos
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños (N=4; Porcentaje de respuestas de riesgo=42,3)
<p>Las decisiones sobre la... del niño no se toman en conjunto por la pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> Educación Salud Hábitos Límites
Prácticas de crianza relativas al control de la conducta (N=6; Porcentaje de respuestas de riesgo=37,7)
<p>Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles</p> <p>A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarles</p> <p>A los hijos una buena paliza de vez en cuando les hace bien</p> <p>Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos, sin prestarles mucha atención</p> <p>Los niños no comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen</p> <p>Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen</p>
Contexto afectivo de la crianza (N=3; Porcentaje de respuestas de riesgo=14,8)
<p>¿No acostumbra cantarle canciones a...?</p> <p>¿No acostumbra enseñarle juegos a...?</p> <p>No acostumbra cantarle canciones o contarle lo que hace a... porque no entiende/es muy chiquito/no se le ocurrió/no tiene tiempo/no sabe hacerlo</p>
Discriminación parental de varones y niñas (N=3; Porcentaje de respuestas de riesgo=9,7)
<p>A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa</p> <p>A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno</p> <p>A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa</p>
Desarrollo temprano de la autonomía (N=6; Porcentaje de respuestas de riesgo=21,6)
<p>Si el niño todavía no habla, es imposible saber lo que quiere</p> <p>Si un niño pregunta cómo nacen los bebés, no hay que decirle la verdad</p> <p>Los bebés que tocan todo son malcriados, no están aprendiendo</p> <p>Para que aprendan a comer solos no hay que dejarlos ensuciarse ni que jueguen con la cuchara</p> <p>Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela</p> <p>Cree que... es capaz de querer, desear, cosas distintas a las que usted quiere, desea a partir del jardín o en etapas posteriores de su vida</p>
Grado de interacción social del niño (N=4; Porcentaje de respuestas de riesgo=7,7)
<p>Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para aprender a pelear</p> <p>Como es muy chiquito, estar con otros niños no lo ayuda a crecer mejor</p> <p>El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) tiene mañas</p> <p>Los niños no aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia</p>

♣ Preguntas que no están incluidas en el IPCGIEP.

Cuadro A.II.14. Creencias sobre la crianza según grupos sociodemográficos

	Total de personas en el hogar		Región		Ausencia del padre	
	<5	> 4	Interior	Montevideo	No	Sí
Si el niño todavía no habla, es imposible saber lo que quiere	0,120	0,243	0,167	0,115	0,119	0,228
Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela	0,584	0,710	0,647	0,552	0,592	0,659
Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos, sin prestarles mucha atención	0,816	0,828	0,846	0,772	0,812	0,827
Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles	0,389	0,496	0,435	0,379	0,407	0,430
El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) tiene mañas	0,176	0,277	0,204	0,191	0,179	0,260
Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen	0,418	0,512	0,473	0,386	0,425	0,479
A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa	0,072	0,171	0,109	0,070	0,079	0,138
A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno	0,072	0,163	0,108	0,066	0,075	0,141
A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa	0,082	0,198	0,128	0,078	0,089	0,168

Cuadro A.II.15. Creencias sobre la crianza según grupos socioeconómicos

	Años de educación del entrevistado				Quintil				
	<7	7-9	10-12	>12	1	2	3	4	5
Si el niño todavía no habla, es imposible saber lo que quiere	0,330	0,171	0,077	0,035	0,276	0,192	0,185	0,107	0,034
Es mejor hablarles a los niños sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela	0,778	0,700	0,573	0,383	0,749	0,711	0,695	0,577	0,404
Para que a los niños se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos, sin prestarles mucha atención	0,845	0,848	0,818	0,756	0,848	0,846	0,816	0,826	0,763
Muchas veces los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles	0,504	0,475	0,361	0,306	0,517	0,469	0,435	0,387	0,312
A los hijos una buena paliza de vez en cuando les hace bien	0,280	0,195	0,159	0,101	0,285	0,181	0,206	0,146	0,123
A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarles	0,225	0,142	0,109	0,083	0,220	0,179	0,103	0,109	0,105
El niño que necesita que el adulto haga algo por él para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) tiene mañas	0,341	0,246	0,142	0,081	0,296	0,265	0,221	0,160	0,108
Para que a los niños se les vayan las mañas hay que dejarlos llorar hasta que se cansen	0,499	0,530	0,416	0,292	0,527	0,526	0,483	0,403	0,315
A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa	0,257	0,089	0,051	0,005	0,200	0,142	0,113	0,049	0,015
A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno	0,248	0,098	0,031	0,014	0,213	0,127	0,111	0,043	0,017
A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa	0,302	0,119	0,030	0,011	0,253	0,178	0,123	0,038	0,016

Cuadro A.II.16. Prácticas de crianza según grupos sociodemográficos

	Región		Ausencia del padre		Meses			
	Interior	Montevideo	No	Sí	1-12	13-24	25-36	37-48
¿Acostumbra contarle cuentos a...?	0,724	0,715	0,728	0,687	0,564	0,711	0,818	0,864
¿Cree usted que es capaz de querer, desear, cosas distintas a las que usted quiere, desea, antes de ir a la escuela?	0,494	0,645	0,581	0,467	0,566	0,575	0,521	0,558
¿Siempre/a veces se sale con la suya?	0,669	0,621	0,664	0,602	0,519	0,663	0,715	0,717
Cuando ambos padres toman las decisiones, ¿casi siempre se ponen de acuerdo....?	0,768	0,781	0,909	0,306	0,789	0,798	0,742	0,735

Cuadro A.II.17. Prácticas de crianza según grupos socioeconómicos

	Años de educación del entrevistado				Quintil				
	<7	7-9	10-12	>12	1	2	3	4	5
¿Acostumbra contarle cuentos a...?	0,636	0,689	0,741	0,812	0,644	0,669	0,723	0,735	0,782
¿Cree usted que es capaz de querer, desear, cosas distintas a las que usted quiere, desea, antes de ir a la escuela?	0,436	0,513	0,586	0,685	0,469	0,459	0,489	0,617	0,670
Cuando ambos padres toman las decisiones, ¿casi siempre se ponen de acuerdo....?	0,656	0,673	0,846	0,937	0,597	0,647	0,751	0,841	0,923

Cuadro A.II.18. Distribución del grado de riesgo de las prácticas de crianza según características del niño y su hogar

	Riesgo de las prácticas de crianza (IPCGIEP)				
	1 Muy bajo	2 Bajo	3 Intermedio	4 Alto	5 Muy alto
Sexo del niño					
Varones	0,198	0,293	0,169	0,158	0,182
Mujeres	0,205	0,265	0,172	0,208	0,150
Región de residencia					
Montevideo	0,234	0,306	0,158	0,176	0,126
Interior	0,179	0,261	0,179	0,187	0,195
Meses promedio					
Menores de 12 meses	0,205	0,248	0,198	0,174	0,174
Mayores de 12 meses	0,201	0,288	0,162	0,184	0,164
Número de menores en el hogar					
1	0,224	0,302	0,171	0,164	0,138
> 1	0,161	0,240	0,169	0,213	0,217
Total de integrantes del hogar					
< 5	0,239	0,302	0,168	0,158	0,133
> 4	0,069	0,199	0,180	0,269	0,283

Cuadro A.II.19. Asistencia a centro de cuidado por sexo

	Asiste		
	No	Sí	Total
Varón	71,7	28,3	100,0
	52,8	48,5	51,5
Niña	68,2	31,8	100,0
	47,2	51,5	48,5
Total	70,0	30,0	48,5
	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.20. Asiste o asistió a un centro de cuidados por región

	Asiste		
	Sí	No	Total
Montevideo	36,3	63,8	100,0
	37,4	43,8	41,2
Interior	42,6	57,4	100,0
	62,6	56,2	58,8
Total	40,0	60,0	100,0
	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.21. Principal motivo por el que envía a su hijo a un centro educativo o de cuidados, según educación de la madre

	Años de educación de la madre				
	0 a 6	7 a 9	10 a 12	Más de 12	Total
Tenía que trabajar y preferí llevarlo	6,7	18,1	31,2	44,0	100,0
	12,6	19,1	29,2	39,0	27,2
Tenía que trabajar y no podía pagar para que lo cuidaran en casa	0,0	16,1	83,9	0,0	100,0
	0,0	0,5	2,3	0,0	0,8
Tenía que trabajar y no tenía familiares que me ayudaran	7,1	21,4	38,4	33,1	100,0
	1,3	2,2	3,5	2,9	2,7
Me pareció bueno para el niño	17,7	29,3	28,2	24,8	100,0
	71,5	67,0	57,1	47,6	58,8
Para poder estudiar	17,3	7,8	15,9	59,0	100,0
	2,1	0,5	1,0	3,4	1,7
Por recomendación del pediatra	27,0	37,5	24,9	10,6	100,0
	6,9	5,4	3,2	1,3	3,7
Para tener tiempo para mí	42,7	36,1	21,2	0,0	100,0
	2,9	1,4	0,7	0,0	1,0
Otro	3,5	26,0	24,1	46,4	100,0
	0,9	3,7	3,1	5,6	3,7
NS/NC	71,2	8,4	0,0	20,4	100,0
	2,0	0,1	0,0	0,3	0,4
Total	14,6	25,71	29,1	30,6	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.22. Asistencia a un centro preescolar por condición de pobreza del hogar

Pobre	Asiste		
	No	Sí	Total
No	63,8	36,2	100,0
	72,2	80,5	75,0
Sí	73,6	26,4	100,0
	27,8	19,5	25,0
Total	66,2	33,8	100,0
	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.23. Asistencia a un centro preescolar por tipo de centro y edad

Edad	Público	Tipo de centro		Total
		Privado	CAIF	
0	39,1	35,1	25,8	100,0
	12,4	9,6	11,4	11,0
1	37,3	35,9	26,8	100,0
	35,0	29,0	34,0	32,6
2	31,5	42,9	25,6	100,0
	39,6	46,5	44,9	43,7
3	35,5	47,2	17,3	100,0
	13,0	14,8	8,8	12,7
Total	34,7	40,3	25,0	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0

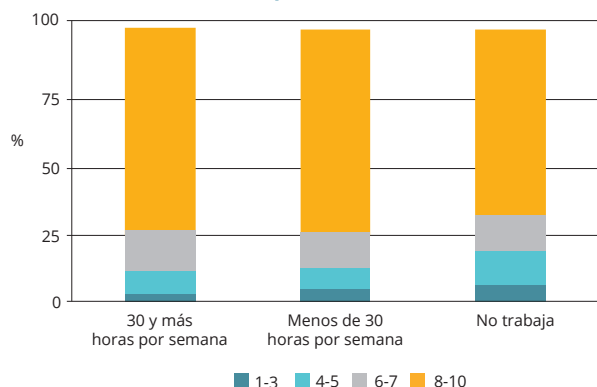
Cuadro A.II.24. Reparto de tareas dentro del hogar entre la madre y su pareja

	Total	Educación de la madre			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Preparar las comidas diarias						
Mayormente yo	66,1	70,6	68,0	56,5	64,8	71,1
Mi pareja y yo	19,1	15,4	18,9	25,5	19,9	15,8
Mayormente mi pareja	8,6	7,9	8,7	10,1	8,9	7,8
Otro (mujer)	4,4	5,4	3,9	3,6	4,5	4,2
Otro (hombre)	0,4	0,7	0,1	0,2	0,3	0,8
Servicio doméstico o niñera	1,2	0,1	0,3	3,8	1,5	0,0
NS/NC	0,2	0,0	0,1	0,4	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Comprar los alimentos						
Mayormente yo	42,7	48,6	41,8	33,8	40,7	50,8
Mi pareja y yo	38,9	33,6	38,8	48,1	41,3	29,2
Mayormente mi pareja	16,0	14,6	17,9	16,5	15,7	16,9
Otro (mujer)	1,7	2,4	1,3	0,7	1,6	2,1
Otro (hombre)	0,3	0,7	0,0	0,2	0,3	0,7
Servicio doméstico o niñera	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0
NS/NC	0,3	0,0	0,1	0,6	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Limpiar y ordenar la casa						
Mayormente yo	67,2	74,5	70,7	51,8	65,6	73,4
Mi pareja y yo	22,9	21,2	23,3	25,3	23,2	21,9
Mayormente mi pareja	2,2	1,2	3,0	3,0	2,2	2,0
Otro (mujer)	3,1	2,7	1,1	5,8	3,4	1,8
Otro (hombre)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Servicio doméstico o niñera	4,3	0,2	1,8	13,5	5,3	0,3
NS/NC	0,3	0,1	0,1	0,6	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hacer pequeñas reparaciones en el hogar						
Mayormente yo	8,3	9,7	8,8	5,6	7,6	11,2
Mi pareja y yo	12,7	12,1	11,7	14,4	12,6	13,2
Mayormente mi pareja	70,3	71,2	73,0	66,4	70,4	69,4
Otro (mujer)	0,7	1,3	0,0	0,4	0,7	0,5
Otro (hombre)	7,1	5,4	6,0	11,4	7,8	4,6
Servicio doméstico o niñera	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
NS/NC	0,8	0,5	0,3	1,6	0,7	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ir a pagar las cuentas						
Mayormente yo	35,9	37,2	37,8	31,8	35,1	39,2
Mi pareja y yo	33,4	30,8	34,7	36,4	34,9	27,7
Mayormente mi pareja	27,2	26,7	25,1	30,0	27,0	27,6
Otro (mujer)	1,8	3,0	1,1	0,7	1,7	2,4
Otro (hombre)	1,1	1,7	1,0	0,1	1,0	1,5
Servicio doméstico o niñera	0,6	0,5	0,2	1,0	0,4	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bañar y asear a los niños						
Mayormente yo	54,9	68,5	49,7	38,4	50,9	70,0
Mi pareja y yo	40,2	28,7	46,4	52,1	43,4	27,5
Mayormente mi pareja	3,4	1,7	3,3	6,1	4,0	0,9
Otro (mujer)	0,7	0,9	0,2	1,1	0,7	1,0
Otro (hombre)	0,7	0,1	0,3	1,9	0,8	0,2
Servicio doméstico o niñera	0,3	0,1	0,1	0,4	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Continúa

	Total	Educación de la madre			Pobreza	
		Hasta 9 años	10 a 12 años	13 y más años	No pobre	Pobre
Llevar a los niños al baño						
Mayormente yo	46,3	59,3	41,7	29,8	42,5	60,7
Mi pareja y yo	42,4	31,4	47,9	54,4	45,4	31,0
Mayormente mi pareja	1,2	1,3	1,5	0,6	1,1	1,6
Otro (mujer)	0,5	1,0	0,1	0,2	0,4	0,9
Otro (hombre)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicio doméstico o niñera	0,6	0,1	0,2	1,8	0,8	0,0
NS/NC	9,1	6,8	8,6	13,2	9,9	5,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cambiarles los pañales a los niños						
Mayormente yo	46,9	60,6	39,6	32,3	42,2	64,9
Mi pareja y yo	47,4	34,2	55,2	60,7	51,6	31,4
Mayormente mi pareja	0,7	1,0	0,4	0,5	0,7	0,8
Otro (mujer)	0,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,4
Otro (hombre)	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
Servicio doméstico o niñera	0,6	0,1	0,3	1,8	0,8	0,0
NS/NC	4,1	3,6	4,4	4,3	4,5	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Darles de comer o encargarse de que coman						
Mayormente yo	43,0	50,5	39,8	33,9	39,7	55,5
Mi pareja y yo	52,7	46,3	56,4	59,7	55,8	41,0
Mayormente mi pareja	1,6	2,2	1,5	0,8	1,5	2,0
Otro (mujer)	1,3	0,7	2,1	1,6	1,4	1,1
Servicio doméstico o niñera	1,0	0,1	0,2	3,4	1,3	0,0
NS/NC	0,4	0,2	0,1	0,6	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Rezongar a los niños cuando se portan mal						
Mayormente yo	26,9	34,7	25,8	15,7	24,3	37,2
Mi pareja y yo	66,2	58,4	66,1	78,9	68,8	55,5
Mayormente mi pareja	5,5	6,0	6,5	4,0	5,5	6,0
Otro (mujer)	0,2	0,5	0,1	0,0	0,2	0,4
NS/NC	1,2	0,6	1,5	1,4	1,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Llevar a los niños o traerlos de la escuela o el jardín						
Mayormente yo	35,8	44,4	35,1	23,7	33,1	46,6
Mi pareja y yo	32,7	28,2	32,8	38,9	34,7	24,2
Mayormente mi pareja	6,6	4,9	6,7	9,4	6,6	6,4
Otro (mujer)	1,5	1,7	1,4	1,4	1,6	1,2
Otro (hombre)	1,0	1,2	0,5	1,2	1,0	1,1
Servicio doméstico o niñera	1,3	0,5	0,8	3,1	1,5	0,5
NS/NC	21,1	19,2	22,8	22,4	21,5	20,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Llevar a los niños al médico						
Mayormente yo	55,4	66,9	54,3	37,5	50,3	74,9
Mi pareja y yo	43,5	32,6	44,7	60,8	48,6	23,9
Mayormente mi pareja	0,5	0,3	0,5	0,6	0,6	0,1
Otro (mujer)	0,3	0,2	0,4	0,5	0,2	0,7
Otro (hombre)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
NS/NC	0,3	0,0	0,1	0,7	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jugar o hacer actividades recreativas con los niños						
Mayormente yo	13,6	19,3	12,6	6,0	11,7	21,5
Mi pareja y yo	81,5	74,6	82,7	91,0	83,5	73,2
Mayormente mi pareja	3,2	3,0	4,1	2,5	3,3	2,7
Otro (mujer)	1,0	2,1	0,2	0,0	0,8	1,5
Otro (hombre)	0,2	0,4	0,1	0,0	0,2	0,3
Servicio doméstico o niñera	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
NS/NC	0,6	0,6	0,3	0,4	0,5	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Gráfica A.II.1. Satisfacción con la forma en que están repartidas las tareas del hogar con su pareja según horas trabajadas por residente



Cuadro A.II.25. Tiempo hasta el primer control de salud de los niños menores de 4 años por condición de pobreza

	Pobre		Total
	No	Sí	
Antes de la semana	80,92	19,08	100,0
	3,79	2,58	3,48
1 semana	76,17	23,83	100,0
	75,47	68,06	73,56
2 semanas	64,24	35,76	100,0
	6,83	10,95	7,89
3 semanas	69,6	30,4	100,0
	0,82	1,03	0,87
1 mes o más	37,73	62,27	100,0
	0,81	3,83	1,58
NS/NC	72,32	27,68	100,0
	12,29	13,55	12,61
Total	74,24	25,76	100,0
	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.26. Niños que reciben o recibieron asistencia psicológica por edad y condición de pobreza

	Años de edad				Total
	0	1	2	3	
Pobre	24,46	19,91	39,06	16,57	100,0
	1,68	1,67	5,08	6,39	2,72
No pobre	0	32,42	50,26	17,32	100,0
	0	2,82	7,1	9,34	3,23

Cuadro A.II.27. Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados. Niños de 12 a 15 meses de edad

Lactancia materna continua	
	%
No	50,8
Sí	49,2
Total	100,0

Cuadro A.II.28. Motivos por los que la madre dejó de practicar/nunca practicó la lactancia exclusiva hasta los 6 meses

	%
Cantidad de leche insuficiente	37,3
Calidad de la leche inadecuada	4,4
Trabajo materno	8,7
Indicación médica	22,0
No succionaba	3,3
Decisión materna	6,7
Enfermedad del niño	0,8
Pezones umbilicados, agrietados o doloridos	1,7
Nuevo embarazo	0,3
Destete natural	8,2
No es su madre biológica	0,3
Otro	3,5
NS/NC	2,8
Total	100,0

Cuadro A.II.29. Motivo por el cual la madre no practicó la lactancia materna

Por qué no le dio pecho	%
Cantidad de leche insuficiente	37,0
Calidad de la leche inadecuada	2,3
Indicación médica	9,4
No succionaba	32,9
Enfermedad del niño	3,0
Pezones umbilicados, agrietados o doloridos	3,7
Destete natural	0,9
No es su madre biológica	3,8
Otro	6,6
NS/NC	0,5
Total	100,0

Cuadro A.II.30. Tipos de aceite que utiliza principalmente (en porcentaje)

Grupos de alimentos	de 0 a 23 meses	2 a 4 años
	%	%
Lácteos	95	98,1
Leche fortificada con hierro	21,9	-
Cereales y tubérculos	91,6	98,5
Leguminosas	9,6	41,8
Carnes	83,4	97,4
Pescado	7	38,6
Huevo	33,1	83,4
Frutas y verduras	62,3	74,5
Panes y galletas	-	96,8
Azúcar y dulces	-	92,6
Productos industrializados		
Nuggets, hamburguesas, panchos	13,8	30,1
Pures y sopas instantaneas	15,3	20,8
Preparaciones de papa (noisette, prefritos)	9,2	17,4
Postres de leche envasada	42,0	51,0
Leche chocolatada	3,7	15,7
Comidas para bebés	3,7	1,9
Golosinas	23,8	54,7
Alfajores y galletitas	28,6	46,9

Cuadro A.II.31. Tipos de aceite que utiliza principalmente (en porcentaje)

	Menores de 2 años	Entre 2 y 3 años
Girasol	34,9	37,1
Oliva	8,0	6,4
Maíz	12,9	8,2
Soja	27,0	32,2
Canola	2,2	1,3
Arroz	2,5	1,6
Alto oleico	2,7	1,6
Otros	0,3	0,4
NS/NC	9,5	11,2
Total	100,0	100,0

Cuadro A.II.32. Niños diagnosticados con anemia según condición de pobreza

Anemia	No pobre	Pobre	Total
Sí	63,54	36,46	10,00
No	7,49	12,9	8,92
No	76,35	23,65	100,0
	91,88	85,48	90,34
NS/NC	54,15	45,85	100,0
	0,63	1,61	0,74
Total	74,41	25,59	100,0
	100,0	100,0	100,0

Cuadro A.II.33. Inicio de lactancia materna en niños menores de 24 meses

	%
Antes de 1 hora	68,14
Después de 1 hora	31,86
Total	100,0

Cuadro A.II.34. Proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna

	%
No	31,12
Sí	68,8
Total	100,0

Cuadro A.II.35. Proporción de lactantes de 6 a 8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves

	%
No	7,9
Sí	92,1
Total	100,0

Cuadro A.II.36. Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior

	%
No	4,3
Sí	95,7
Total	100,0

Cuadro A.II.37. Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves o leche el número mínimo de veces o más durante el día anterior

	%
No	5,2
Sí	94,8
Total	100,0

Nota: Mínimo se define como: 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses; 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses; 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses.

Cuadro A.II.38. Proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro

	%
No	13,54
Sí	86,46
Total	100,0

Cuadro A.II.39. Zona de monitoreo/riesgo de ASQ-se en niños de 6 a 18 meses en una muestra poblacional. Chile, 2012

Rango de edad	% zona de monitoreo	Quintil				
		1	2	3	4	5
6 meses	17	20,1	22,6	30,4	14,5	0
12 meses	15,6	18,8	18,8	13,8	15,7	11,1
18 meses	23,2	29	27,3	22	18,8	19,3

Fuente: Centro de Microdatos (2012).

Cuadro A.II.40. Medias de puntaje bruto en CBCL 1 ½-5, ENDIS

Características del niño y del hogar	Problemas totales	Problemas internalizados	Problemas externalizados	N
Total	24,6	5,3	11,8	781
Varones	25,4	5,2	12,2	340
Niñas	23,9	4,9	11,3	441
Hogares por encima del umbral de pobreza	23,7	4,8	11,4	515
Hogares en condición de pobreza	26,3	5,7	12,5	266

Cuadro A.II.41. Estimaciones de puntaje total de TEPSI, EEDP y CBCL según sexo. MCO

	TEPSI-Puntaje t		EEDP-PE		CBCL					
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Problemas totales		Problemas externalizados		Problemas internalizados	
					Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Ln Número de personas en el hogar	2,964 [3,334]	1,643 [2,799]	0,046 [0,045]	-0,048 [0,052]	4,782 [4,084]	8,944** [3,645]	1,769 [1,807]	4,062** [1,710]	0,662 [1,158]	1,716 [1,153]
Ln Número de menores de 12 años ♣	-4,488* [2,558]	-4,270* [2,186]	-0,056* [0,031]	-0,004 [0,035]	-2,962 [3,980]	-9,795*** [2,887]	-0,686 [1,991]	-4,319*** [1,411]	-0,974 [1,002]	-2,336*** [0,824]
Asistencia a centro educativo (1=Si)	5,328*** [1,634]	1,056 [1,797]	0,026 [0,028]	0,003 [0,025]	1,263 [2,103]	0,861 [1,888]	0,830 [1,042]	0,687 [0,906]	-0,065 [0,609]	0,016 [0,527]
Edad (en meses)	-0,280* [0,145]	-0,484*** [0,134]	-0,005*** [0,002]	-0,001 [0,002]	-0,121 [0,144]	-0,016 [0,128]	-0,048 [0,071]	-0,023 [0,060]	0,010 [0,041]	0,067* [0,037]
Años de educación del entrevistado	0,275 [0,256]	1,221*** [0,284]	0,004 [0,003]	0,001 [0,003]	-1,172*** [0,332]	-1,024*** [0,262]	-0,475*** [0,174]	-0,480*** [0,128]	-0,372*** [0,092]	-0,217*** [0,079]
Anemia (1=Si)	0,852 [5,215]	-4,439 [2,919]	-0,081** [0,037]	-0,056 [0,055]	3,713 [3,207]	0,685 [3,428]	2,089 [1,806]	0,340 [1,420]	0,329 [1,255]	0,314 [1,093]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)										
Ve al niño al menos 1 vez al mes	-3,549* [2,028]	-0,267 [2,066]	-0,012 [0,026]	-0,015 [0,039]	2,126 [3,270]	6,063** [2,770]	1,391 [1,641]	2,319* [1,299]	-0,166 [0,869]	2,906*** [0,923]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	-3,684 [2,396]	-1,777 [1,919]	0,067** [0,032]	-0,042 [0,035]	4,559 [3,442]	3,294 [3,863]	3,513** [1,732]	0,621 [1,722]	-0,351 [0,933]	0,546 [1,070]
Quintiles (omitida: primer quintil)										
Segundo y tercer quintil	6,430*** [2,202]	-0,121 [2,347]	0,003 [0,032]	-0,035 [0,039]	0,630 [3,698]	4,983 [3,604]	-0,270 [1,863]	2,818 [1,730]	0,419 [0,921]	0,548 [0,968]
Cuarto y quinto quintil	3,759 [2,311]	-0,138 [2,847]	0,044 [0,036]	-0,039 [0,043]	4,023 [4,076]	1,188 [3,841]	1,911 [2,083]	0,654 [1,822]	0,351 [1,061]	0,002 [1,103]
Talla para la edad (omitida: normal)										
-2 > ds < -1	2,727 [2,179]	-1,496 [2,074]	0,005 [0,024]	0,006 [0,025]	-1,493 [2,339]	0,777 [2,245]	-0,885 [1,334]	0,762 [1,199]	-0,036 [0,635]	-0,213 [0,662]
ds < -2	-2,992 [3,764]	-5,273* [2,937]	0,067 [0,052]	0,031 [0,052]	8,065 [4,929]	7,679 [5,900]	2,632 [2,221]	2,535 [2,185]	1,379 [1,233]	2,346 [1,636]
Constante	44,772*** [6,418]	52,821*** [6,765]	0,846*** [0,089]	1,020*** [0,087]	30,561*** [8,667]	20,049** [7,795]	14,153*** [4,341]	9,966*** [3,655]	7,914*** [2,244]	2,719 [2,406]
Observaciones	223	282	235	251	324	425	324	425	324	425
R ²	0,155	0,258	0,117	0,025	0,119	0,153	0,095	0,143	0,101	0,134

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. ♣ Se considera la cantidad de niños menores de 12 años, pero mayores que el niño que realizó la prueba.

Cuadro A.II.42. Estimaciones de la probabilidad de tener problemas en ASQ-SE, TEPSI, EEDP y CBCL según sexo. MCO

	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Sociopersonal	
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Ln Número de personas en el hogar	0,052 [0,165]	-0,291* [0,172]	0,127 [0,153]	-0,013 [0,223]	0,114 [0,207]	-0,030 [0,218]	0,109 [0,192]	0,259 [0,183]	-0,134 [0,186]	0,139 [0,152]
Ln Número de menores de 12 años ♣	-0,068 [0,153]	-0,051 [0,142]	-0,300* [0,160]	0,137 [0,193]	-0,151 [0,206]	0,139 [0,192]	-0,298 [0,207]	-0,104 [0,132]	0,029 [0,174]	-0,235* [0,135]
Asistencia a centro educativo (1=Sí)	0,257** [0,119]	0,109 [0,081]	0,248** [0,115]	0,131 [0,098]	0,159 [0,129]	0,352*** [0,094]	0,337*** [0,119]	0,123 [0,093]	0,158 [0,126]	0,049 [0,086]
Edad (en meses)	-0,015*** [0,005]	0,003 [0,004]	0,020*** [0,005]	0,037*** [0,005]	-0,004 [0,006]	0,012** [0,005]	-0,012** [0,005]	-0,004 [0,004]	0,009 [0,006]	0,003 [0,004]
Años de educación del entrevistado	-0,015 [0,016]	0,028** [0,011]	-0,019 [0,017]	0,006 [0,015]	0,010 [0,018]	0,044*** [0,014]	0,005 [0,018]	0,003 [0,013]	-0,008 [0,018]	-0,011 [0,013]
Anemia (1=Sí)	0,218 [0,189]	0,031 [0,237]	-0,618*** [0,228]	-0,313 [0,237]	-0,126 [0,257]	-0,254 [0,213]	-0,165 [0,243]	0,006 [0,207]	-0,053 [0,276]	-0,250 [0,160]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)										
Ve al niño al menos 1 vez al mes	0,069 [0,131]	-0,051 [0,121]	-0,107 [0,138]	-0,216 [0,165]	0,038 [0,170]	-0,202 [0,155]	-0,152 [0,154]	-0,158 [0,130]	-0,028 [0,162]	-0,213* [0,128]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	-0,166 [0,181]	-0,233 [0,169]	-0,170 [0,170]	-0,120 [0,211]	-0,134 [0,185]	0,013 [0,202]	-0,457** [0,189]	-0,231 [0,188]	-0,196 [0,184]	-0,247 [0,156]
Quintiles (omitida: primer quintil)										
Segundo y tercer quintil	0,370** [0,187]	0,316** [0,157]	0,038 [0,175]	0,147 [0,186]	-0,041 [0,198]	-0,057 [0,197]	0,095 [0,213]	0,047 [0,149]	0,086 [0,192]	0,048 [0,139]
Cuarto y quinto quintil	0,263 [0,207]	0,129 [0,169]	-0,087 [0,202]	0,310 [0,204]	0,123 [0,212]	0,057 [0,215]	0,231 [0,226]	0,317** [0,161]	0,037 [0,210]	-0,079 [0,152]
Talla para la edad (omitida: normal)										
-2> DS <-1	0,051 [0,133]	-0,045 [0,105]	-0,096 [0,138]	-0,156 [0,145]	-0,081 [0,142]	-0,043 [0,147]	-0,040 [0,148]	-0,180 [0,119]	-0,005 [0,124]	-0,089 [0,104]
DS <-2	-0,237 [0,209]	-0,354 [0,292]	0,072 [0,194]	-0,475* [0,245]	-0,424* [0,243]	-0,183 [0,303]	-0,193 [0,221]	-0,330 [0,259]	-0,237 [0,227]	-0,288 [0,271]
Constante	0,113 [0,360]	0,132 [0,308]	-0,308 [0,346]	-1,115*** [0,422]	-0,414 [0,430]	-0,933** [0,425]	-0,285 [0,405]	-0,475 [0,369]	-0,061 [0,418]	0,201 [0,308]
Observaciones	483	557	488	569	483	568	477	560	487	568
R ²	0051	0,093	0,124	0,149	0,033	0,089	0,081	0,048	0,026	0,034

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. ♣ Se considera la cantidad de niños menores de 12 años, pero mayores que el niño que realizó la prueba.

Cuadro A.II.43. Estimaciones de la probabilidad de tener problemas en ASQ-SE, TEPSI, EEDP y CBCL según sexo. MCO

	ASQ-SE		CBCL						EEDP		TEPSI	
	Varones	Niñas	Problemas totales		Problemas externalizados		Problemas internalizados		Varones	Niñas	Varones	Niñas
			Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas				
Ln Número de personas en el Hogar	0,005 [0,054]	-0,015 [0,042]	-0,001 [0,050]	0,049 [0,070]	0,061 [0,079]	0,094 [0,086]	0,062 [0,071]	-0,030 [0,069]	0,039 [0,114]	0,185 [0,132]	0,021 [0,108]	0,007 [0,091]
Ln Número menores de 12 años	0,061 [0,055]	0,031 [0,037]	0,020 [0,056]	-0,094** [0,047]	0,035 [0,085]	-0,123** [0,058]	-0,072 [0,058]	-0,041 [0,039]	0,072 [0,094]	-0,035 [0,095]	-0,020 [0,101]	0,190** [0,089]
Asistencia a centro educativo (1=Si)	-0,066** [0,026]	0,005 [0,024]	-0,026 [0,033]	0,004 [0,034]	0,036 [0,047]	0,014 [0,037]	-0,028 [0,034]	-0,002 [0,028]	-0,089 [0,079]	0,003 [0,067]	-0,153** [0,062]	-0,079 [0,051]
Edad (en meses)	0,005*** [0,001]	0,002 [0,001]	-0,001 [0,002]	-0,001 [0,002]	-0,006* [0,003]	0,003 [0,002]	-0,000 [0,003]	0,002 [0,002]	0,019*** [0,005]	0,001 [0,005]	0,002 [0,005]	0,008** [0,003]
Años de educación del entrevistado	-0,010** [0,004]	-0,002 [0,003]	-0,006 [0,006]	-0,007* [0,004]	-0,018** [0,007]	-0,012** [0,006]	-0,007 [0,006]	-0,000 [0,004]	-0,015 [0,010]	-0,000 [0,009]	0,003 [0,008]	-0,023*** [0,007]
Anemia (1=Si)	0,039 [0,056]	0,099 [0,065]	-0,120*** [0,036]	-0,022 [0,069]	0,067 [0,089]	-0,038 [0,078]	0,086 [0,090]	-0,015 [0,056]	0,201* [0,118]	0,167 [0,154]	0,011 [0,137]	0,123 [0,121]
Ve al niño al menos una vez al mes	0,049 [0,049]	0,059 [0,045]	0,053 [0,057]	0,145** [0,062]	0,050 [0,069]	0,142** [0,066]	0,012 [0,057]	0,194*** [0,059]	-0,062 [0,098]	0,084 [0,097]	0,132 [0,088]	-0,072 [0,068]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	-0,018 [0,046]	0,020 [0,043]	-0,036 [0,037]	0,011 [0,058]	0,187** [0,091]	0,008 [0,063]	-0,050 [0,047]	0,049 [0,057]	-0,194** [0,094]	0,125 [0,130]	-0,010 [0,101]	0,008 [0,086]
Quintiles (omitida: primer quintil)												
Segundo y tercer quintil	0,044 [0,050]	-0,008 [0,041]	0,010 [0,055]	-0,023 [0,067]	-0,013 [0,078]	0,010 [0,072]	0,010 [0,053]	-0,075 [0,056]	0,032 [0,107]	0,021 [0,093]	-0,189 [0,115]	-0,011 [0,091]
Cuarto y quinto quintil	0,084 [0,055]	-0,021 [0,038]	0,048 [0,060]	-0,093 [0,070]	0,064 [0,087]	-0,078 [0,076]	-0,008 [0,061]	-0,084 [0,062]	0,040 [0,118]	0,084 [0,106]	-0,280** [0,115]	0,082 [0,105]
-2> DS <-1	-0,020 [0,037]	-0,002 [0,025]	-0,060** [0,028]	0,022 [0,046]	-0,080 [0,056]	-0,004 [0,055]	-0,029 [0,036]	0,009 [0,041]	-0,007 [0,078]	-0,095 [0,069]	0,013 [0,081]	0,127* [0,066]
DS <-2	0,086 [0,071]	0,135 [0,097]	0,148 [0,091]	0,095 [0,106]	0,107 [0,097]	0,131 [0,120]	0,060 [0,082]	0,072 [0,081]	-0,127 [0,121]	-0,005 [0,175]	0,134 [0,140]	0,273* [0,162]
Constante	0,025 [0,100]	0,054 [0,075]	0,161 [0,137]	0,188 [0,147]	0,360* [0,188]	0,085 [0,180]	0,091 [0,126]	0,107 [0,138]	0,168 [0,239]	-0,092 [0,256]	0,370 [0,278]	0,067 [0,205]
Observaciones	477	562	324	425	324	425	324	425	235	251	223	282
R ²	0,079	0,057	0,057	0,087	0,111	0,101	0,045	0,081	0,097	0,036	0,120	0,204

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. ♣ Se considera la cantidad de niños menores de 12 años, pero mayores que el niño que realizó la prueba.

Cuadro A.II.44. Estimaciones de la probabilidad de tener problemas en ASQ 3 según sexo. MCO

	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Sociopersonal	
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Ln Número de personas en el hogar	-0,007 [0,058]	0,144** [0,065]	-0,043 [0,054]	0,081 [0,073]	-0,011 [0,071]	0,030 [0,079]	-0,042 [0,067]	-0,123** [0,058]	0,033 [0,072]	0,041 [0,056]
Ln Número de menores de 12 años ♣	-0,051 [0,051]	-0,055 [0,049]	0,084 [0,064]	-0,049 [0,066]	-0,031 [0,074]	0,029 [0,069]	0,100 [0,068]	0,010 [0,044]	0,037 [0,068]	0,058 [0,047]
Asistencia a centro educativo (1=Sí)	-0,058 [0,044]	-0,030 [0,028]	-0,039 [0,040]	-0,063* [0,034]	-0,072 [0,048]	-0,114*** [0,036]	-0,082* [0,042]	-0,029 [0,035]	-0,024 [0,043]	0,018 [0,034]
Edad (en meses)	0,002 [0,002]	-0,001 [0,001]	-0,006*** [0,002]	-0,010*** [0,002]	0,003 [0,002]	-0,002 [0,002]	0,001 [0,002]	0,001 [0,002]	-0,004* [0,002]	-0,003** [0,002]
Años de educación del entrevistado	0,000 [0,006]	-0,004 [0,003]	0,001 [0,006]	-0,003 [0,005]	0,001 [0,007]	-0,013** [0,005]	0,003 [0,006]	-0,000 [0,005]	0,002 [0,006]	0,002 [0,005]
Anemia (1=Sí)	-0,113** [0,047]	0,017 [0,063]	0,182** [0,088]	0,109 [0,068]	0,069 [0,081]	0,077 [0,087]	0,073 [0,084]	0,029 [0,067]	-0,007 [0,078]	0,053 [0,055]
Ausencia del padre (omitida: no ausente)										
Ve al niño al menos 1 vez al mes	0,027 [0,049]	0,051 [0,043]	-0,050 [0,046]	0,054 [0,055]	-0,051 [0,056]	0,053 [0,062]	0,046 [0,055]	0,002 [0,047]	0,042 [0,059]	0,093* [0,053]
No ve al niño o lo ve alguna vez en el año	0,035 [0,066]	0,085 [0,061]	-0,053 [0,056]	-0,036 [0,053]	0,067 [0,075]	-0,011 [0,072]	0,181** [0,074]	0,071 [0,067]	0,025 [0,069]	0,120** [0,059]
Quintiles (omitida: primer quintil)										
Segundo y tercer quintil	-0,127* [0,070]	-0,149** [0,059]	-0,043 [0,067]	-0,078 [0,063]	-0,068 [0,075]	-0,034 [0,074]	-0,057 [0,077]	-0,043 [0,062]	-0,001 [0,068]	-0,091* [0,050]
Cuarto y quinto quintil	-0,099 [0,075]	-0,112* [0,066]	0,002 [0,076]	-0,073 [0,074]	-0,102 [0,083]	-0,018 [0,080]	-0,105 [0,081]	-0,099 [0,069]	0,006 [0,074]	-0,014 [0,056]
Talla para la edad (omitida: normal)										
-2> DS <-1	0,024 [0,048]	0,044 [0,038]	0,007 [0,052]	0,061 [0,049]	0,068 [0,054]	0,002 [0,052]	0,048 [0,050]	0,031 [0,042]	-0,061 [0,049]	0,001 [0,036]
DS <-2	0,080 [0,073]	0,137 [0,091]	-0,038 [0,082]	0,144 [0,093]	0,131 [0,097]	0,151 [0,112]	0,001 [0,082]	0,170 [0,106]	0,102 [0,095]	0,101 [0,099]
Constante	0,221 [0,139]	0,028 [0,118]	0,349*** [0,128]	0,353** [0,138]	0,237 [0,155]	0,389** [0,158]	0,243 [0,148]	0,368*** [0,137]	0,198 [0,145]	0,082 [0,117]
Observaciones	483	557	488	569	483	568	477	560	487	568
R ²	0,030	0,101	0,072	0,125	0,034	0,065	0,065	0,029	0,026	0,055

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. ♣ Se considera la cantidad de niños menores de 12 años, pero mayores que el niño que realizó la prueba.

Cuadro A.II.45. Estimaciones del puntaje de TEPSI-EEDP y CBCL según sexo. Coeficientes de las dimensiones de práctica de crianza. MCO

	TEPSI-Puntaje t		EEDP-PE		CBCL					
					Problemas totales		Problemas externalizados		Problemas internalizados	
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Límites y reglas cotidianas	-0,430 [4,923]	1,934 [5,470]	-0,081 [0,055]	-0,048 [0,077]	3,169 [6,336]	-2,138 [6,131]	1,392 [3,298]	-2,345 [2,958]	0,978 [1,731]	0,059 [1,605]
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	4,137 [3,991]	-2,016 [3,921]	0,066 [0,054]	-0,102* [0,055]	-0,992 [4,542]	4,468 [4,121]	0,211 [2,227]	-0,174 [1,936]	-1,298 [1,202]	1,327 [1,137]
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	-1,082 [2,938]	-3,309 [2,230]	-0,023 [0,032]	0,062* [0,035]	8,839*** [3,126]	2,956 [2,818]	3,455** [1,504]	1,551 [1,404]	1,772* [0,968]	1,233* [0,736]
Control de la conducta	-9,202** [3,762]	-2,631 [3,202]	-0,097** [0,045]	0,037 [0,069]	17,514*** [4,619]	12,154*** [4,583]	8,672*** [2,289]	8,636*** [2,018]	3,248** [1,349]	1,529 [1,356]
Contexto afectivo de la crianza	-8,443*** [2,954]	-2,799 [4,750]	-0,059 [0,048]	-0,011 [0,047]	-2,740 [4,039]	3,211 [4,590]	0,821 [2,209]	4,612** [2,061]	-1,046 [1,091]	-0,410 [1,447]
Discriminación entre varones y niñas	-1,248 [5,744]	-5,856 [3,841]	0,036 [0,058]	0,070 [0,078]	-18,395** [7,493]	8,412 [6,123]	-10,785*** [3,724]	3,723 [2,714]	-1,718 [2,080]	2,116 [1,583]
Autonomía temprana	1,453 [5,187]	-5,741 [3,818]	0,036 [0,062]	-0,038 [0,068]	-8,859 [5,711]	3,126 [5,560]	-2,521 [2,871]	-1,980 [2,391]	-2,611 [1,593]	3,146* [1,677]
Interacciones sociales	0,138 [6,383]	11,387** [5,644]	-0,202** [0,089]	-0,002 [0,090]	20,552** [9,253]	12,753* [7,381]	8,732* [4,659]	4,684 [3,155]	6,225** [2,627]	2,725 [2,280]
Media de la variable dependiente	48,8	51,83	0,923	0,922	25,39	23,85	12,22	11,35	5,24	4,92
Observaciones	222	279	233	251	322	421	322	421	322	421
R ²	0,218	0,326	0,184	0,056	0,219	0,219	0,197	0,225	0,164	0,193

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. Las variables de control utilizadas en la estimación son: sexo, logaritmo de personas en el hogar, asistencia a centro educativo, edad, nivel educativo del entrevistado, presencia de anemia, ausencia de padre, quintil, e índice de masa corporal.

Cuadro A.II.46. Estimaciones del puntaje de Asq-3 según sexo. Coeficientes de las dimensiones de práctica de crianza. MCO

	Comunicación		Motricidad gruesa		Motricidad fina		Resolución de problemas		Sociopersonal	
	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas	Varones	Niñas
Límites y reglas cotidianas	0,059 [1,605]	-0,048 [0,294]	0,683*** [0,246]	-0,354 [0,320]	0,148 [0,303]	-0,458 [0,343]	0,130 [0,384]	-0,478 [0,331]	0,147 [0,326]	0,101 [0,302]
Cooperación parental y consistencia en la crianza de los niños	1,327 [1,137]	0,152 [0,221]	0,167 [0,184]	0,317 [0,236]	-0,232 [0,241]	0,290 [0,272]	-0,370 [0,319]	0,108 [0,237]	0,100 [0,230]	0,806*** [0,291]
Participación parental en la toma de decisiones respecto a los niños	1,233* [0,736]	-0,247 [0,150]	-0,029 [0,133]	-0,068 [0,134]	-0,116 [0,143]	-0,021 [0,189]	0,240 [0,176]	-0,061 [0,175]	-0,124 [0,140]	-0,431** [0,197]
Control de la conducta	1,529 [1,356]	-0,568** [0,247]	-0,189 [0,177]	0,051 [0,217]	0,081 [0,214]	-0,256 [0,295]	0,359 [0,257]	0,137 [0,294]	0,241 [0,219]	-0,389 [0,253]
Contexto afectivo de la crianza	-0,410 [1,447]	-0,139 [0,237]	-0,131 [0,222]	-0,326 [0,319]	-0,391 [0,264]	-0,641** [0,269]	-0,097 [0,261]	-0,529** [0,239]	-0,606** [0,262]	-0,041 [0,224]
Discriminación entre varones y niñas	2,116 [1,583]	-0,109 [0,307]	-0,708*** [0,246]	-0,410 [0,254]	-0,122 [0,279]	-0,033 [0,379]	-0,360 [0,344]	-0,211 [0,313]	-0,320 [0,254]	-0,345 [0,358]
Autonomía temprana	3,146* [1,677]	0,269 [0,277]	0,028 [0,208]	-0,207 [0,286]	-0,063 [0,275]	-0,884** [0,352]	-0,144 [0,292]	-0,695** [0,311]	-0,194 [0,300]	-0,698** [0,313]
Interacciones sociales	2,725 [2,280]	-0,474 [0,417]	-0,018 [0,276]	-0,371 [0,401]	-0,019 [0,349]	0,230 [0,488]	0,327 [0,412]	-0,040 [0,399]	0,297 [0,362]	-0,145 [0,513]
Desvío estándar de la variable dependiente	0,988	0,904	1,094	1,152	1,176	1,154	1,143	1,018	1,122	0,910
Observaciones	421	480	553	485	565	480	564	475	556	484
R ²	0,193	0,079	0,121	0,151	0,158	0,090	0,099	0,140	0,070	0,081

Nota: ***1%, **5%, *10%. Desvío estándar entre paréntesis rectos. Las variables de control utilizadas en la estimación son: sexo, logaritmo de personas en el hogar, asistencia a centro educativo, edad, nivel educativo del entrevistado, presencia de anemia, ausencia de padre, quintil, e índice de masa corporal.

Anexo III. Algunas consideraciones sobre los instrumentos de tamizaje utilizados en la ENDIS, alcance de los resultados obtenidos y potencia de los datos

Cuando se evalúa en profundidad el desarrollo de un niño pequeño, son muchas las variables a tomar en cuenta. Así como son importantes las variaciones en los resultados de estas cuando se aplica la misma prueba más de una vez (test-retest), no existe un solo protocolo que pueda evaluar todos los aspectos relevantes que intervienen en el desarrollo del niño.

Los protocolos de evaluación ayudan a disminuir la variabilidad que la observación clínica y las variaciones normales en las conductas y habilidades de los niños pueden tener a lo largo del tiempo. Los resultados de dos aplicaciones de una misma prueba o protocolo realizadas con un breve lapso entre ambas pueden presentar diferencias evaluables como cociente de variación test-retest.

En los estudios más recientes, se recomienda conformar baterías de múltiples instrumentos que permitan dar solidez a las mediciones realizadas, ya que las dimensiones a evaluar son numerosas y complejas de separar: comunicación, motricidad —fina y gruesa—, afectividad, expresividad, comprensión de situaciones y de vocabulario, vocalización y verbalización, empatía, intereses, juego, tono muscular, prensión y manipulación de objetos, autonomía, aceptación de reglas y límites, obediencia, exploración del entorno, timidez o extraversión, capacidad de formar y fortalecer vínculos, capacidad de disfrutar de diversas actividades, alimentación, cuidado de su propio cuerpo, hiperactividad, concentración, fantaseo, imaginación, etc.

Cuando se estructuró la batería de instrumentos propuesta para la ENDIS en Montevideo se proyectó contar con instrumentos con buenas características psicométricas y estandarizaciones probadas a nivel internacional.

A su vez se proyectó que los instrumentos seleccionados fueran usados comúnmente en todo el mundo y en la región. Se buscaron instrumentos económicos, para que fuera posible utilizarlos posteriormente en el país y, en concreto, en el panel de la ENDIS. Asimismo, se seleccionaron aquellos que permitiesen establecer líneas de base para cada uno de los instrumentos utilizados y así avanzar en la profundización en aspectos poblacionales y epidemiológicos vinculados al desarrollo infantil.

Los instrumentos debían entrar juntos en una sola visita al hogar para realizar la evaluación y no sesgar o alterar el campo de la evaluación, al tiempo que deberían arrojar similares datos independientemente de quien los aplicara, y el entrenamiento necesario no debía ser demasiado costoso.

Por último, debían incluirse instrumentos de tamizaje que ya hubieran sido utilizados en el país y en la región, para facilitar la comparabilidad entre la presente evaluación, las siguientes y las anteriores.

Por ello, se propuso utilizar en la submuestra de Montevideo cinco instrumentos específicos diseñados para el tamizaje de dificultades de desarrollo. En la región latinoamericana ha habido escasa o nula —dependiendo del país— investigación de desarrollo infantil, pero en los últimos años este campo ha comenzado a expandirse. En Uruguay casi ha habido un único estándar, para los niños menores de 5/6 años: EEDP/TEPSI (subtest lenguaje).

Estos dos tests de origen chileno y de similar construcción constituyen intentos bastante acabados de pruebas de desarrollo propiamente dichas, más que pruebas de tamizaje, especialmente en el caso del TEPSI. Sin embargo, adole-

cen de algunos defectos, tales como que en cada rango de edad los niños mayores tienen posibilidades de completar/aprobar más ítems que los menores. A su vez, su estandarización está basada en complejas transformaciones de puntajes brutos a cocientes y luego a puntajes estandarizados, que se convierten mediante tablas publicadas por los autores de los tests.

ASQ-3, ASQ-SE y CBCL 1 ½-5, por el contrario, son cuestionarios diseñados para completar por los padres o cuidadores de los niños.

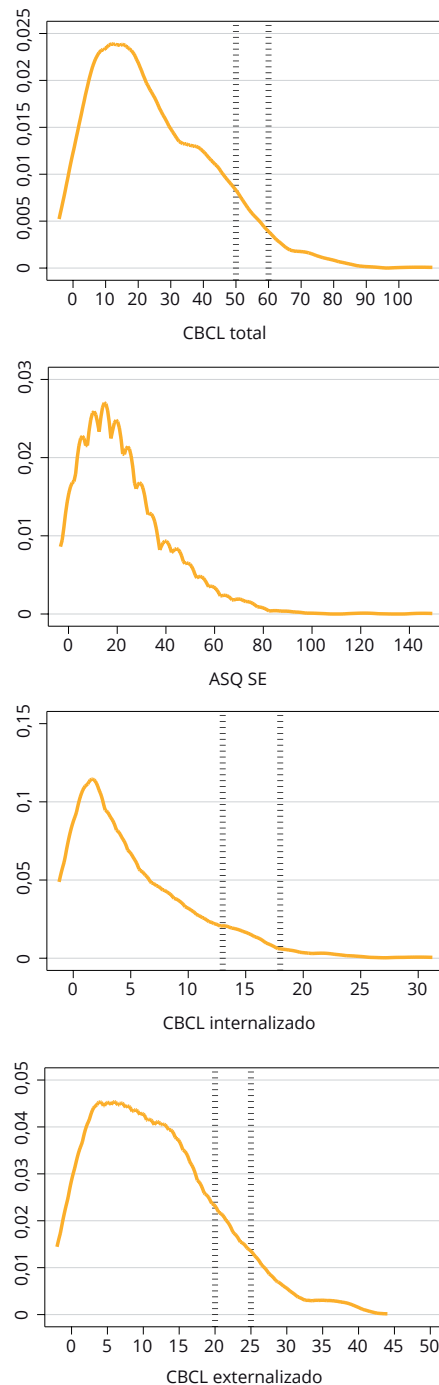
En los últimos quince años los estudios han evidenciado que los padres son la fuente más confiable de información sobre sus hijos, y que ninguna evaluación de desarrollo poblacional debe dejar de lado la información valiosa que ellos tienen para aportar. Se ha comprobado y argumentado acerca de la importancia que tiene para los padres participar en cualquier actividad de evaluación del desarrollo y del bienestar de sus hijos, y los efectos directos e indirectos que ello tiene en el vínculo con sus hijos.

En la medida en que todos los protocolos de evaluación están dirigidos a encontrar y referir las dificultades halladas en los niños, todos los evaluadores de protocolos exhortan a emplear instrumentos de este tipo; en concreto, cuestionarios con preguntas o ítems que los padres deben contestar sobre sus hijos.

Las tres baterías tienen una manera más sencilla de ser puntuadas y categorizadas. Cada ítem se contesta con tres alternativas y no dos, lo que permite una categoría intermedia. Los puntajes brutos en sí son el elemento central de la evaluación, las medias y las desviaciones estándar. Se asume que estos resultados no cumplen con la regla de constituir una distribución normal; se trata de distribuciones sesgadas. Y, como cada edad tiene su propia gráfica, se utilizan puntos de corte para establecer rangos, pero también se utilizan las medias poblacionales o de grupos en particular (niños/niñas, etc.) para las poblaciones globales o para los grupos de indicadores.

En el presente informe se eligió presentar los resultados de las evaluaciones agrupados en rangos (de dos o tres escalones) o bien como medias de valores que representan la acumulación de dificultades (ASQ-SE, CBCL) o de logros del desarrollo (ASQ-3).

Gráfica A.III.1. Curvas obtenidas en ASQ-3, ASQ-SE y CBCL en ENDIS



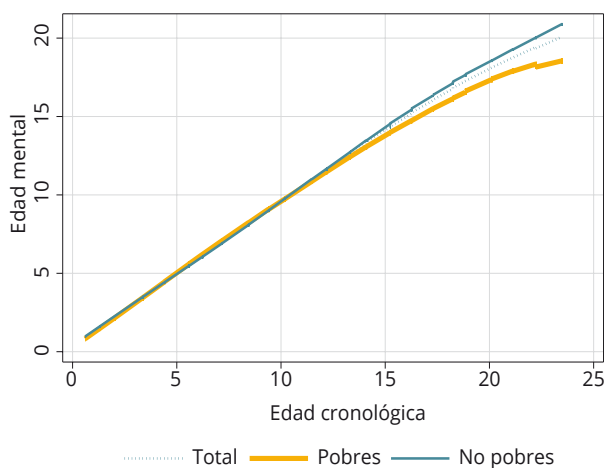
Se intentó utilizar el mismo procedimiento para EEDP y TEPSI, si bien son instrumentos que no fueron construidos para esta forma de procesarlos. Esta decisión se tomó luego de apreciar que los porcentajes de niños en riesgo o con indicadores de retraso de desarrollo eran mucho más altos para estos instrumentos que para el resto de los instrumentos utilizados.

Si bien los hallazgos fueron diferentes para EEDP y para TEPSI, en ambos casos se abren interrogantes acerca de las características psicométricas y las estandarizaciones de dichos instrumentos. Para el caso de EEDP, se encontraron varias anomalías en la puntuación y en los algoritmos propuestos por los autores del instrumento para puntuar los resultados de las evaluaciones.

En principio, se observa que EEDP arroja valores muy altos de niños con dificultades de desarrollo, tanto en esta evaluación de la ENDIS como en todas las realizadas en Uruguay con anterioridad.

Cuando se analizan las medias de puntajes obtenidos en la prueba según la edad del niño, se encuentra una progresión adecuada. Como se observa en la gráfica A.III.2, a partir del mes 12 las curvas de puntajes de los niños provenientes de hogares pobres y no pobres comienzan a separarse lentamente.

Gráfica A.III.2 Evolución de edad cronológica y edad mental (EEDP) según situación de pobreza



EEDP denomina *edad mental* al puntaje obtenido por el niño en los diversos ítems. El puntaje se calcula de tal manera que, por ejemplo, un niño de 6 meses que complete todos los ítems de su edad obtendrá 6×30 puntos = 180, que coincide con el número de días.

A partir de los 9 meses, aproximadamente, la media se inclina y las edades mentales que obtienen los niños en promedio son inferiores a su edad cronológica en días. Las tablas de conversión de la relación EM/EC en PE o coeficiente de

desarrollo están construidas de tal manera que una relación de 1 en $EM=EC$ para nueve meses (270 puntos sobre 270 días) corresponde a un PE de 0,86. EEDP sugiere que los rangos de riesgo son los PE entre 0,84 y 0,70, y el rango de retraso de 0,69 y menos. Se puede caer en el caso de encontrar, como en la muestra de la ENDIS (cuadro A.III.1), que los valores medios se ubiquen franjas de riesgo o retraso.⁵³

Cuadro A.III.1. Media de puntajes brutos EEDP y ratios EM/EC

Meses	Media en ratio EM/EC	Media traducida a PE en la estandarización original chilena (debería estar lo más cerca de 1,0)	N
0-3	2,12	1,38	21
4-6	1,01	0,95	49
7-9	1,01	0,89	68
10-12	0,96	0,89	53
13-15	0,99	0,89	81
16-18	0,93	0,78	90
19-21	0,91	0,77	101
22-24	0,87	0,85	51

Así, la estandarización de este test parece no corresponderse con los valores normales de los rangos de puntaje z de entre -1 y -2 o de menos de -2 puntaje z. En el cuadro A.III.2 se detallan la media, la mediana y el desvío estándar del PE para diferentes subgrupos.

Cuadro A.III.2. Media, mediana y desvío estándar del coeficiente de desarrollo (EEDP) según características de los niños y de sus hogares

	Media	Mediana	Desvío estándar	N
Varón	0,92	0,93	0,15	251
Mujer	0,92	0,94	0,16	263
Total	0,92	0,93	0,16	514
0-12 meses	0,94	0,94	0,16	191
12-23 meses	0,90	0,91	0,15	323
Total	0,92	0,93	0,16	514
No pobre	0,93	0,94	0,16	341
Total	0,91	0,92	0,15	173
Quintil 1	0,93	0,94	0,15	85
Quintil 2	0,90	0,91	0,13	56
Quintil 3	0,88	0,89	0,17	80
Quintil 4	0,94	0,94	0,17	104
Quintil 5	0,93	0,95	0,15	189
Total	0,92	0,93	0,16	514

Si se toman en cuenta los valores reportados para los tres rangos en la evaluación de EEDP realizada en la primera

53 18 meses edad mental corresponden a 540; 20 meses edad cronológica a 600, con lo cual el ratio es 0,9. Este valor en la tabla de 20 meses corresponde a un PE de 0,75.

ola de la ELPI (Chile, 2010), se encuentran valores similares a los de Montevideo de la ENDIS. Como en dicha primera ola el equipo chileno utilizó Batelle (otro protocolo de evaluación de desarrollo motor y cognitivo para entre 6 y 24 meses, ampliamente aceptado y reconocido a nivel internacional), es posible también apoyarse en estos valores para interpretar los rangos de EEDP. Los valores encontrados en situación de riesgo por dicho protocolo en la misma evaluación se acercan mucho a los valores internacionales de dificultades de desarrollo (4-7%) y son inferiores a los del instrumento chileno (cuadro A.III.3).

Por todo lo antedicho se recomienda cautela en la interpretación de los resultados de EEDP y en la consideración de lo elevado de la incidencia de problemas reportados en todas las poblaciones estudiadas con este instrumento a lo largo de muchos años.

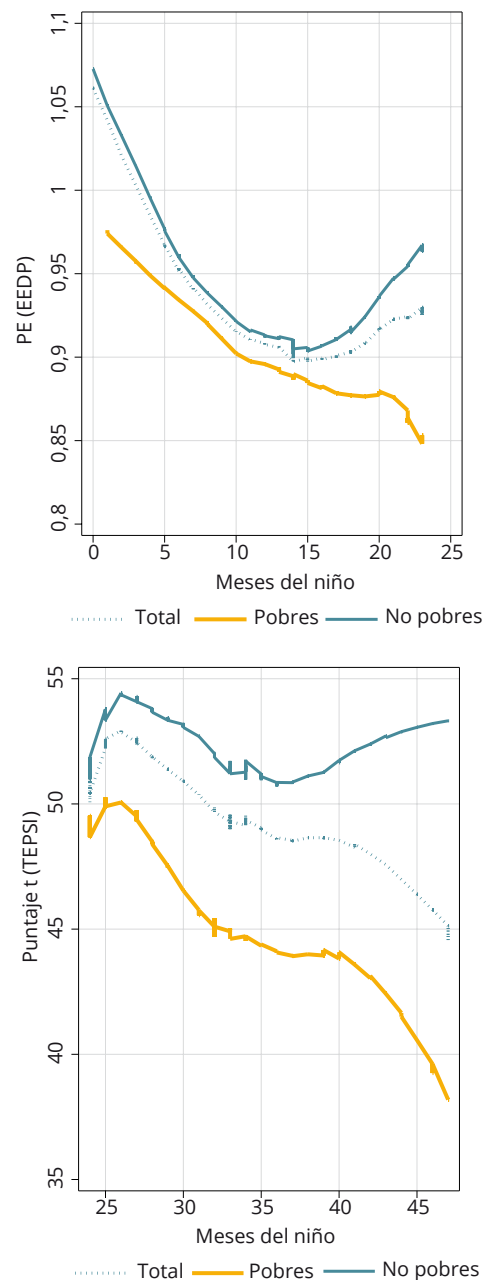
Cuadro A.III.3 Distribución de rangos de EEDP según quintil de ingreso per cápita. Uruguay y Chile

EEDP Chile/Uruguay	Rangos	% Total	Porcentaje de niños por quintil				
			1	2	3	4	5
EEDP-ELPI Chile 2010	Retraso	7,2	7,7	8,4	7,7	6,9	5,7
EEDP-ELPI Chile 2010	Riesgo	17,4	18,9	17,9	19,4	16,5	14,6
EEDP-ELPI Chile 2010	Normal	75,4	73,4	73,8	72,9	76,6	79,7
EEDP-ENDIS Uruguay	Retraso	10,99	10,08	7,21	21,87	10,49	8,39
EEDP-ENDIS Uruguay	Riesgo	15,41	12,55	21,83	12,21	15,21	15,95
EEDP-ENDIS Uruguay	Normal	73,6	77,38	70,96	65,92	74,3	75,66
Batelle (6-24 meses) situación débil. ELPI Chile, 2010		5,7	5,6	5,3	4,7	5,7	7

TEPSI, subtest lenguaje

A diferencia de EEDP, los resultados de TEPSI a nivel global se mostraron más precisos a la hora de evaluar incidencia de problemas de desarrollo, pero el algoritmo también resulta engorroso. TEPSI asigna un valor de un punto a cada ítem resuelto adecuadamente. El subtest de lenguaje tiene 24 ítems de dificultad progresiva para el rango de edades que abarca (2-5 años). Los puntajes obtenidos se convierten a puntaje T (que representa un lugar fijo en una distri-

Gráfica A.III.3. Distribución de puntajes del TEPSI



bución normal correspondiente a un percentil; 10 puntos T equivalen a una SD o a un z score). Los puntajes brutos y T se encuentran en tablas semestrales en el manual confeccionado por los autores. En la gráfica A.III.3 se muestra cómo varía el puntaje t del TEPSI según los meses para niños que residen en hogares pobres y no pobres. Se lo compara con el puntaje PE del EEDP para mostrar la continuidad que existe en la ampliación de las brechas a medida que aumentan los meses del niño.

Los cuestionarios ASQ-3, ASQ-SE y CBCL 1 ½-5 años

Ampliamente utilizados a nivel internacional, estos cuestionarios cumplen con todos los requisitos que se enumeraron antes para constituirse en instrumentos de uso corriente, tanto para la investigación y el tamizaje poblacional como para su uso en programas de seguimiento de poblaciones concretas en los ámbitos educativo y pediátrico.

Estos instrumentos permiten dos formas de análisis. Una primera en rangos, según desviaciones estándar.

El CBCL 1 ½-5 años usa estos rangos para algunos síndromes específicos, pero para las escalas aquí relevadas de Problemas totales, Problemas internalizados y Problemas externalizados se recomiendan los percentiles 83 y 90, y pueden utilizarse los puntos de corte originales de la población normativa.

Por otra parte, se utilizan a nivel internacional comparaciones de las medias poblacionales, ya que permiten, sin entrar en comparaciones dramáticas de porcentajes de niños con dificultades entre diferentes sociedades, comparar mediciones y evaluar tanto diferencias idiosincrásicas como abrir posibilidades de entender variaciones en la comprensión de los ítems investigados en diferentes sociedades.

Se han documentado mucho diferentes asociaciones entre los indicadores para distintas sociedades, de tal forma que se puede comparar y encontrar argumentos de peso para la comparación entre sociedades. Los factores siguen siendo coherentes en diferentes contextos y las escalas muestran sensibilidad y especificidad adecuadas.

Los datos recolectados permiten el análisis tanto en la perspectiva de rangos como en la perspectiva de comparar medias poblacionales de puntajes brutos. En el caso de estos instrumentos resulta sencillo ya que son escalas diseñadas para ser abordadas con puntajes brutos, que representan las dificultades o habilidades observadas.

Para los tres cuestionarios, los resultados hallados revelan valores similares o en algunos casos por encima de los en-

contrados en sociedades desarrolladas. Algunas consideraciones llevan a tener cautela con los resultados obtenidos. En primer lugar, es la primera vez que se utilizan. En segundo lugar, hay una leve modificación de la forma en que son habitualmente utilizados en el resto del mundo; fueron diseñados para ser completados directamente por los padres, y en la ENDIS los completa un encuestador a partir de lo respondido por el cuidador encuestado.

En tercer lugar, todos los cuestionarios son extensos, y la aplicación conjunta de todos los instrumentos en una misma entrevista concertada de entre 60 y 90 minutos puede generar cierto cansancio e incidir en alguna medida en pequeños sesgos. En la comparación con otras sociedades en las que se aplicaron por separado, puede haber diferencias de pequeño orden.

Cuando se comparan los resultados obtenidos por la ENDIS en algunos de estos instrumentos (ASQ-SE y CBCL 1 ½-5 años) con la primera ola de la ELPI chilena, que abordó niños de similares edades, se encuentra que en la ENDIS obtiene resultados algo diferentes, mejores que los chilenos en su mayoría (véanse los cuadros A.III.4 y A.III.5).

Cuadro A.III.4. Distribución de rangos de problemas totales (CBCL) según quintil de ingreso per cápita. Uruguay y Chile

Rangos para CBCL Problemas totales	Total	Quintil de los hogares con niños (solo personas ECH)				
		1	2	3	4	5
Rango normal ELPI Chile	78,3	73,7	73,4	77,8	56	88,5
Rango límite ELPI Chile	10,9	11,3	13,6	12,3	13,4	6,8
Rango clínico ELPI Chile	10,8	15	12,9	9,9	30,6	4,7
Rango normal ENDIS Uruguay	90,98	86,48	87,14	88,13	90,61	95,95
Rango límite ENDIS Uruguay	5,23	6,36	6,71	5,88	6,94	2,88
Rango clínico ENDIS Uruguay	3,78	7,16	6,15	5,99	2,45	1,17

Cuadro A.III.5. Distribución de rangos de monitoreo/riesgo (ASQ-SE) según quintil de ingreso per cápita. Uruguay y Chile

ASQ-SE Rango de monitoreo/ riesgo	Rango de edad	Total	Quintiles				
			1	2	3	4	5
ELPI Chile	6 meses	17	20,1	22,6	30,4	14,5	0
ELPI Chile	12 meses	15,6	18,8	18,8	13,8	15,7	11,1
ELPI Chile	18 meses	23,2	29	27,3	22	18,8	19,3
ENDIS Uruguay	6-36 meses	6,46	9,65	11,25	6,97	6,86	3,08



SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA EN URUGUAY

PRIMEROS RESULTADOS DE LA ENDIS

GRUPO DE ESTUDIOS DE FAMILIA

