

ENCUESTA DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y SALUD MATERNA EN CANELONES



Al servicio
de las personas
y las naciones



canelones
crececontigo

FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA
DE LA ECONOMÍA ALTERNATIVA

ENCUESTA DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y SALUD MATERNA EN CANELONES



*Al servicio
de las personas
y las naciones*



Autoridades de la Intendencia de Canelones

Intendente de Canelones

Dr. Marcos Carámbula

Directora de Desarrollo y Cohesión Social

Prof. Gabriela Garrido

Coordinadora Canelones Crece Contigo

Dra. Marta Napol

Autores de la Encuesta

Isabel Bove

Marta Napol

Dayana Curbelo

Gustavo Leal (Coordinador)

Reprocesamiento, análisis y redacción:

Isabel Bove

Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones

Comuna Canaria

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF Uruguay

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD

Corrección de estilo

María Cristina Dutto

Diseño y diagramación

i+D_DISEÑO

Imprenta: **Gráfica Mosca**

D.L. 360.755

Foto de tapa: © UNICEF/La Rosa

Primera edición: diciembre, 2012

Nota: Este texto se ocupa del análisis de la situación de niños y adolescentes mujeres y varones, como también se refiere a mujeres y varones cuando menciona a los adultos involucrados. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

BOVE, ISABEL

Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones / Isabel Bove. - Montevideo: UNICEF, Comuna Canaria, PNUD, 2012. 104 p.

1. DESARROLLO DEL NIÑO / 2. NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS. 3. CANELONES / 4. SALUD MATERNA

CONTENIDO

PRÓLOGO	10
GLOSARIO DE SIGLAS	12
I RESUMEN EJECUTIVO	15
II SUJETOS Y MÉTODO	19
Objetivo general	
Universo y muestra	
Organización	
Instrumentos	
Análisis estadístico	
Características de la muestra estudiada	
III LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES	23
Acceso y uso de servicios preventivos	
Aspectos asociados a la fecundidad	
IV LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, EL PUERPERIO Y EL PERÍODO DE LACTANCIA	31
Oportunidad del primer control del embarazo	
Periodicidad del control del embarazo	
Acciones desarrolladas en el control del embarazo	
Atención del parto	
Tiempo del primer contacto de la madre con el bebé	
Asistencia de la mujer a control puerperal	
Adaptación del horario laboral para la lactancia	
V LA NUTRICIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL HÁBITO DE FUMAR	37
La inseguridad alimentaria, la obesidad y el bajo peso	
La nutrición de las mujeres en el embarazo	
La alimentación de las mujeres	
La actividad física	
El hábito de fumar	
VI EL RECIÉN NACIDO	53
Duración del embarazo y peso al nacer del niño	
El peso al nacer	

VII	LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO	57
	Control del niño sano	
	Las vacunas	
	La lactancia y la alimentación complementaria	
	Lactancia materna	
	La alimentación complementaria en los niños de 6 a 23 meses	
VIII	LA NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	67
	La obesidad en los niños menores de cinco años de Canelones	
	El retraso en el crecimiento	
	El retraso de la talla	
	El retraso de crecimiento del perímetro cefálico	
IX	EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	77
	Las alteraciones en el desarrollo	
X	ALGUNAS PRÁCTICAS DE CRIANZA	85
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
	ÍNDICE DE GRÁFICOS	99
	ÍNDICE DE TABLAS	101

PRÓLOGO

La Encuesta sobre Crecimiento, Desarrollo Infantil y Salud Materna representó el punto de partida del Programa Canelones Crece Contigo. Esta investigación se desarrolló en el marco de un proceso de planificación estratégica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el departamento de Canelones, que en los años 2006 y 2007 incluyó la realización de una serie de estudios para conocer la situación de la primera infancia y de la mujer embarazada.

Se trata de la primera encuesta sobre crecimiento y desarrollo infantil desarrollada en el departamento. Para su diseño y ejecución contamos con la cooperación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y con la participación del Instituto Nacional de Estadística. La encuesta introdujo instrumentos de medición novedosos para el país, como la escala de seguridad alimentaria de los hogares, elaborada a partir del instrumento diseñado por la Universidad de Cornell, así como también el instrumento de tamizaje del desarrollo infantil elaborado en Chile para su aplicación en la Primera Encuesta de Calidad de Vida y Salud, del año 2006.

La encuesta se realizó en 2269 hogares donde

vivían embarazadas y niños menores de 5 años y fue representativa de todas las áreas urbanas de Canelones. A través de este estudio pudimos conocer dónde y cómo vivían las familias con embarazadas y niños menores de cuatro años. En el eje de las rutas 5 (La Paz, Las Piedras y Progreso) y 8 (Toledo, Pando y Barros Blancos) se concentraba el 70% de las familias con niños menores de cuatro años en peores condiciones de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria y con mayores problemas en el crecimiento y desarrollo psicosocial de los niños.

La encuesta permitió observar la desigualdad en el acceso a servicios sociales, educativos y de salud de las familias, aun cuando estos estuvieran cercanos geográficamente, dada las dificultades simbólicas y culturales.

Los resultados de la encuesta pusieron en evidencia la influencia directa de las condiciones de la embarazada y su entorno en el futuro desarrollo de su hijo; las mujeres embarazadas adelgazadas, con talla baja o menor educación presentaron mayor probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso. Los niños nacidos con bajo peso presentaron mayor probabilidad de presen-

tar déficit de crecimiento y retraso en del desarrollo psicomotor. La ausencia de pautas de crianza saludables como hablar, cantar o contar cuentos a sus hijos incrementaba el riesgo de alteraciones en el desarrollo de niños y niñas.

Con esta información en la mano y a más de 25 años desde que Juan Pablo Terra publicara su análisis sobre la infancia en el Uruguay, pudimos reafirmar nuevamente los riesgos que supone la pobreza en las primeras etapas de la vida y la necesidad de avanzar en la cantidad, proximidad, eficiencia e integralidad de las políticas públicas dirigidas a la infancia capaces de generar un ambiente favorable para un “crecimiento sano y feliz”

De este modo, en el año 2008 se diseñó el proyecto piloto Canelones Crece Contigo. Este programa puso como centro de las políticas sociales departamentales a nuestros niños y niñas desde el comienzo de la vida, buscando contribuir a generar un entorno protector, desde una perspectiva de derechos, a través de un abordaje integral de los problemas de la primera infancia.

Así dio origen, con el apoyo del Programa Uruguay Integra 2009-2011 (OPP- Unión Europea) y de UNICEF 2011-2012 al proyecto a escala depar-

tamental Canelones Crece Contigo. El proyecto ya ha llegado a 2000 familias en situación de extrema vulnerabilidad, mejorando el acceso de estas a programas sociales nacionales y departamentales, logrando mayor control de salud de las madres, niños y niñas, acceso a servicios educativos y resultados positivos y concretos en los niveles de vacunación, la nutrición y el desarrollo integral de los niños. Por otra parte, los hijos e hijas de las mujeres embarazadas acompañadas por los equipos de cercanía presentaron menores porcentajes de prematurez y bajo peso al nacer. En los hogares mejoró la seguridad alimentaria y las familias desarrollaron contextos más seguros y protectores para la crianza.

Los buenos y concretos resultados que ha tenido este programa en Canelones llevaron a que la Presidencia de la República lo replicara a escala nacional con el nombre Uruguay Crece Contigo.

Prof. Gabriela Garrido

Directora

**Dirección de Desarrollo y Cohesión Social
Comuna Canaria**

GLOSARIO DE SIGLAS

ALAP	Asociación Latinoamericana de Población
BCG	bacilo de Calmette y Guérin (vacuna contra la tuberculosis)
CAIF	Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia
CF1	Censo 2004, Fase I
CLAEH	Centro Latinoamericano de Economía Humana
CNPS	Consejo Nacional de Políticas Sociales
DE	desvío estándar
ECNT	enfermedades crónicas no transmisibles
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor
FAO	Food and Agriculture Organization
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GIEP	Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (Facultad de Medicina de la UdelaR)
IMC	índice de masa corporal
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo (actualmente Intendencia de Montevideo)
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPES	Instituto de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (Facultad de Ciencias Humanas, UCU)
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud Uruguay

NBI	necesidades básicas insatisfechas
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NS	no significativo
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	<i>odds ratio</i>
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RUANDI	Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y el Desarrollo Infantil
SPSS	originalmente, Statistical Package for the Social Sciences
SRP	sarampión, rubeola y paperas (vacuna)
SWEDES	Stockholm Weight Development Study
TEPSI	Test de Desarrollo Psicomotor
UCU	Universidad Católica del Uruguay
UDELAR	Universidad de la República Oriental del Uruguay
UNFPA	United Nations Population Fund (en español, FNUAP)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USDA	United States Department of Agriculture
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
WHO	World Health Organization (en español, OMS)

RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES

Para alcanzar una vida con bienestar y salud es necesario generar desde el inicio las condiciones y las oportunidades que faciliten el desarrollo del potencial de cada persona. El déficit de crecimiento físico, el retraso del desarrollo psicosocial, así como también la obesidad en las primeras etapas de la vida, son problemas claves con demostradas consecuencias en el corto y el largo plazo sobre el rendimiento académico, las competencias sociales y la salud en la vida adulta.

El propósito del presente estudio es conocer los principales problemas que afectan el crecimiento físico y el desarrollo psicosocial de los niños menores de cinco años como un insumo para elaborar el Plan de Acción para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el Departamento Canelones (Uruguay).

SUJETOS Y MÉTODO

Se trató de un estudio de tipo transversal, representativo de todas las áreas urbanas de Canelones. El lugar de relevamiento fueron los hogares y el período de ejecución fue entre junio y setiembre de 2007.

El organismo responsable del diseño, procesamiento y análisis fue la Intendencia de Canelones con el apoyo del PNUD, en el marco del proyecto Plan de Acción para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Departamento de Canelones. La selección de la muestra y la toma de datos en el hogar fueron realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El tamaño de la muestra fue de 2269 hogares. El tipo de diseño fue una muestra probabilística, con muestreo aleatorio, estratificada con afijación óptima para el indicador *talla/edad* con un error

máximo del 2%. La muestra se seleccionó en tres etapas: localidad, zona censal y vivienda particular. A los efectos de la selección de la muestra se definieron seis zonas o dominios: Canelones y Santa Lucía; La Paz, Las Piedras y Progreso; Pando y Barros Blancos; Ciudad de la Costa y Costa de Oro; el Santoral; Tala, Migue y San Jacinto.

La encuesta se dividió en los siguientes módulos: Vivienda, Acceso a servicios, Aspectos socio-demográficos del hogar, Redes sociales, Mujeres con hijos nacidos vivos, Gestación y parto, Mujer embarazada, Anticoncepción, Estado emocional de la mujer, Nutrición y alimentación de la mujer, Seguridad alimentaria, Módulo del niño, Prácticas de crianza, Desarrollo infantil y Antropometría.

Los encuestadores fueron nutricionistas y licenciados en Enfermería previamente capacitados y supervisados. El método de recolección fue la entrevista personal en una o varias etapas con la madre del niño. Se tomaron y registraron los datos antropométricos de todos los niños y niñas menores de cinco años (peso, talla y perímetro cefálico) y de sus madres (peso, talla y perímetro de la cintura). Para ello se utilizaron balanzas digitales, tallímetros y cintas no extensibles. Los procedimientos para la toma de datos antropométricos siguieron los lineamientos de los organismos internacionales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados de la muestra fueron expandidos a la población de Canelones.

Para cada variable independiente numérica fueron estimados la media, el desvío estándar (DE), la mediana y los valores mínimos y máximos. Para evaluar *normalidad* se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias entre medias

independientes fueron evaluadas por el test de t de Student y las variables categóricas a través del test de chi cuadrado (χ^2).

Para el análisis de las variables en forma simultánea se usó la *regresión logística múltiple* (Stepwise method). La fortaleza de la asociación fue expresada a través de *odds ratios* (OR) con un intervalo del 95% de confianza.

Todos los test fueron estadísticamente significativos con un nivel (α) de 0,05 con la muestra sin expandir.

Para el procesamiento de los casos se utilizó el SPSS 15,0.

RESULTADOS

El promedio de hijos por mujer fue de $2,1 \pm 1,3$. Se observó una correlación inversa entre el ingreso per cápita de los hogares y el número de hijos ($r = -0,255$, $P = 0,01$); este descendió a medida que se incrementó el ingreso de los hogares: bajos ingresos (cuartil 1) $2,9 \pm 1,7$ hijos; ingreso bajo-medio $2,1 \pm 1,2$; ingreso medio- alto $1,8 \pm 0,9$ e ingreso alto $1,6 \pm 0,8$ hijos ($P < 0,001$).

El 15% de las mujeres embarazadas encuestadas no había concurrido a ningún control de salud. De las que se habían controlado, un tercio lo había hecho en forma tardía y un cuarto lo había hecho en un número de veces inferior al recomendado. Un tercio de las mujeres embarazadas con control en salud no estaban recibiendo suplemento de hierro medicamentoso.

Las madres de los niños menores de cinco años evidenciaron una alta prevalencia de obesidad (12,2% a 15,2%), de sobrepeso (22,3% a 26,1%), de sedentarismo (73% a 77%) y de hábito de fumar (31,4% a 35,1%). El hábito de fumar resultó cuatro veces más frecuente entre las mujeres con bajo nivel educativo.

Un cuarto de las mujeres (23,3% a 27,1%) reconoció que en el hogar existió "preocupación por que la comida se acabara antes de que se tuviera dinero para comprar más" o "no se había tenido dinero suficiente para una alimentación saludable y variada, debiendo arreglarse con algunos alimentos"; el 10% (9,4% a 12,0%) manifestó que no siempre hubo "cantidad suficiente" o que "comió

menos de lo que debía porque no había dinero suficiente para comprar comida"; y del 3% al 4,6% de las mujeres mostró una condición de inseguridad alimentaria grave ya que "alguna vez sintió hambre pero no comió porque no había dinero suficiente para comprar comida". La inseguridad alimentaria del hogar demostró implicaciones sobre el bienestar y la salud de las mujeres, ya que estas fumaban más, se sentían con mayor frecuencia desanimadas, agotadas, cansadas y con estrés o ansiedad ($P < 0,001$), tenían mayor probabilidad de estar obesas (OR:1,4 [1,3-1,5]) así como también de tener una cintura de riesgo cardiovascular (OR 1,2 [1,2-1,3]).

Al igual que en el resto del país, casi el 11% de los niños de Canelones (9,6% a 12,4%) nacieron antes de las 37 semanas, y como principal factor de riesgo se manifestó el control tardío del embarazo (OR: 1,6 [1,1-2,2]). El porcentaje de bajo peso observado fue de 7,8% (6,7% a 9,1%) y el de macrosomía fue de 5,9% (4,9% a 6,9%). Como era de esperar, el principal factor de riesgo del bajo peso fue la prematuridad (OR: 20,4 [14,0-30,0]). La talla materna por debajo de 150 cm (OR: 2,6 [1,3-5,1]) y el déficit de peso materno duplicaban la chance del bajo peso al nacer (OR: 2,00 [1,1-3,7]). Las condiciones sociales tales como baja escolaridad de la madre (OR: 1,8 [1,2-2,6]) o familias numerosas con 5 integrantes o más (OR: 1,7 [1,2-2,5]) también aumentaban la probabilidad de recién nacidos de bajo peso. Respecto a la macrosomía, los factores de riesgo que ingresaron en el modelo multivariado fueron la estatura materna por encima de 1,60 cm (OR: 1,7 [1,2-2,5]) y la cintura mayor de 88 cm (OR: 1,77 [1,2-2,6]).

La encuesta evidenció que un 13% de los niños menores de cinco años no acudía a control en los servicios de salud, que casi un 20% no lo hacía con la frecuencia recomendada y que el proceso de vacunación ocurría en forma más lenta que la esperada de acuerdo a las normas del país. Estas situaciones se observaron especialmente luego de los 24 meses de edad (OR: 3,0 [2,8-3,3]), fuertemente vinculadas a las condiciones sociales, de pobreza de los hogares (OR: 1,5 [1,4-1,7]), así como también a ciertos comportamientos de ries-

go como el hábito de fumar (OR: 1,7 [1,5-1,8]) y al estado de ánimo de la madre del niño. “Siempre o casi se sintió agotada” (OR: 1,2 [1,1-1,3]).

La encuesta mostró que casi el 15% de los niños menores de cinco años presentaba obesidad (13,0%-16,0%). La obesidad fue más frecuente entre los 6 y los 24 meses (OR: 1,7 [1,3-2,2]). Los hijos de madres obesas duplicaron el riesgo de ser obesos (OR: 1,9 [1,3-2,6]). El hábito de fumar de la madre también se mostró asociado a la obesidad del hijo (OR: 1,3 [1,05-1,7]). Los niños nacidos con más de 4 kg evidenciaron casi el doble de probabilidades de padecerla (OR: 1,6 [1,4-1,8]). Los varones también presentaron más riesgo de obesidad que las niñas (OR: 1,2 [1,1-1,3]) con prevalencias del 16,0% y el 13,8% respectivamente ($P < 0,001$). Se observó asociación entre el retraso de talla y la obesidad: los niños con retraso de talla presentaron entre una vez y media y el doble de probabilidades de ser obesos (OR: 2,4 [1,6-3,5]).

El 8,1% de los niños presentó retraso de talla (6,9% al 9,3%). Este se asoció al bajo peso de nacimiento (OR: 3,3 [2,8-4,3]) y al retraso de crecimiento en el perímetro cefálico (OR: 3,5 [2,8-4,3]). Los niños con déficit en el perímetro cefálico presentaron entre dos y tres veces mayor riesgo de retraso en el desarrollo (OR: 2,6 [2,1-3,3]). El déficit de crecimiento físico, tanto en talla como de perímetro cefálico fue más evidente durante los 12 primeros meses de la vida del niño. Los hijos de mujeres adelgazadas, con baja talla y bajo nivel educativo por carencias en su propia infancia, presentaron mayor probabilidad de tener déficit de crecimiento, tanto en talla como en perímetro cefálico.

Entre el 30,0% y el 34% de los niños menores de cinco años evidenciaron algún grado de alteración en su desarrollo psicosocial, con un punto crítico a los 3 años. Como era de esperar, los niños que nacieron con bajo peso o que en el momento de la encuesta presentaban un retraso en el crecimiento del perímetro cefálico o de la talla mostraron mayor prevalencia y mayor probabilidad de alteraciones en el desarrollo, con *odds ratios* de 2,0, 2,2 y 1,4 respectivamente. Las prácticas de crianza también mostraron una fuerte relación con el nivel de desarrollo. El 18% de las

madres respondió que “no enseña juegos”; una cuarta parte que “no lee cuentos a sus hijos” y un 16% que “no le canta canciones”. Como era de esperar, los hijos de estas madres mostraron entre una vez y media y el doble de probabilidades de déficit en el desarrollo. Los hijos de madres fumadoras también mostraron mayores chances de alteración del desarrollo (OR: 1,6 [1,5-1,7]). Los varones fueron más vulnerables al retraso en el desarrollo que las niñas. La culminación del ciclo básico de educación media mostró ser un punto de inflexión en la relación entre educación de la madre y desarrollo del niño. Cuando las madres no aprobaron el ciclo de educación obligatorio (9 años), los niños incrementaron una vez y media el riesgo de padecer alteraciones en el desarrollo (OR: 1,4 [1,3-1,5]).

A MODO DE CONCLUSIÓN

El trabajo puso de relieve la necesidad de proteger la salud de la mujer; mejorar el control del embarazo de modo de extender su duración, así como también mejorar el peso de los recién nacidos; promover un mayor crecimiento de la talla y del perímetro cefálico; estimular el desarrollo psicosocial, así como también prevenir la obesidad en los niños. Para hacerlo hay un corto período: el embarazo y los primeros dos años de vida. Los problemas coexisten en las mismas familias e incluso en los mismos niños. Representan diferentes formas de problemas globales de la infancia que no deben ser abordados separadamente como problemas sociales, psicológicos o nutricionales. La naturaleza del crecimiento físico y del desarrollo psicosocial en la primera infancia y sus reconocidas consecuencias a corto y a largo plazo requieren el diseño de estrategias que mejoren ambos en forma simultánea. Es necesario ofrecer soluciones integrales que contribuyan a la equidad, al bienestar y a una vida más larga y más humana para todos y todas.

SUJETOS Y MÉTODO

Con el objetivo de construir una base de información que permitiera diseñar un Plan de Acción para el Departamento de Canelones, se realizó una encuesta sobre crecimiento, desarrollo, alimentación, salud y crianza de los niños y niñas menores de cinco años con énfasis en las madres y en las mujeres que cursaban un embarazo.

Se trató de un estudio de tipo transversal y representativo de todas las áreas urbanas pobladas de Canelones, que reúnen al 92% de la población. El lugar de relevamiento fueron los hogares. El período fue desde junio hasta setiembre de 2007.

El organismo responsable del diseño, procesamiento y análisis de la encuesta fue la Intendencia de Canelones con el apoyo de PNUD, en el marco del proyecto Plan para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Departamento de Canelones. La selección de la muestra y la toma de datos en el hogar fueron realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente estudio fue conocer los principales problemas que afectaban al crecimiento físico y al desarrollo psicosocial de los niños menores de cinco años de las áreas urbanas del departamento Canelones como un insumo para elaborar el Plan de Acción para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo a investigar fue el conjunto de hogares particulares urbanos residentes en el departamento de Canelones (Uruguay) que en su conformación tuvieran mujeres embarazadas o hijos menores de cinco años. Se entendió por *hogar particular* al conjunto de personas que compartían un fondo común al menos para sus gastos de alimentación y residían en la misma vivienda. La

cobertura para el diseño muestral fue el total de hogares particulares con niños menores de cinco años o mujeres embarazadas de seis áreas urbanas del departamento de Canelones. Quedaron excluidos los miembros de hogares colectivos o residentes particulares en hogares colectivos como hospitales o casas cuna.

El marco para el muestreo estuvo basado en los listados por zona censal del Censo 2004, Fase I (CF1). La estratificación se realizó sobre este marco. Se tuvieron en cuenta las viviendas particulares ocupadas en el momento del CF1.

El tamaño de la muestra fue de 2269 hogares. El tipo de diseño fue una muestra probabilística, estratificada con afijación óptima para el indicador *talla/edad*. El procedimiento de recolección fue el muestreo aleatorio con un tamaño de muestra apropiado, lo cual garantizó la confiabilidad y precisión para estimar los parámetros de interés.

La muestra se seleccionó en tres etapas: localidad, zona censal y vivienda particular. Error máximo 2%. A los efectos de la selección de la muestra se definieron seis zonas o dominios:

- El primero se ubicó al noroeste del departamento y coincide con las secciones censales 1, 2 y 3.
- El segundo coincidió con las secciones censales 4 y 5 e incluye al llamado eje La Paz-Las Piedras.
- El tercer subuniverso comprendió las secciones censales 16 y 27 y parte de las secciones censales 6, 17 y 37. Incluye un conjunto amplio de localidades urbanas ubicadas en torno al llamado eje Ruta 8.
- En cuarto lugar fue el litoral, que incluye a la Ciudad de la Costa y a la Costa de Oro. El quinto subuniverso se ubicó en el centro del departamento e incluyó un conjunto de

localidades denominadas el Santoral. La última zona abarcó el noreste del departamento.

ORGANIZACIÓN

Para el desarrollo de las actividades de la encuesta se creó una Unidad de Proyecto integrada por personal del INE, personal contratado eventual y consultores del proyecto Plan de Acción Estratégico para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Departamento de Canelones, de la Intendencia de Canelones y el PNUD.

El área de relevamiento contó con una Coordinación de Relevamiento más una Asesoría Técnica que supervisaba la actuación de cada equipo de trabajo de campo, así como el personal encargado de suministrar los materiales necesarios.

Para la ejecución del trabajo de campo se contó con seis equipos integrados por cinco encuestadores y una supervisora. Los encuestadores fueron nutricionistas y licenciados en enfermería. La labor del encuestador se centró en el desarrollo de la muestra en campo, la explicación al hogar de los fines de la encuesta, la realización de las entrevistas, la toma de datos antropométricos, así como el análisis de consistencia primaria de la calidad de la información relevada.

La supervisora fue responsable del control de calidad de la información recogida en el trabajo de campo. Un equipo responsable de la precritica controló en la sede del INE la calidad y la completitud de la información, antes de que los cuestionarios fueran digitados. El digitador ingresó en el sistema la información, que posteriormente fue verificada al 100% por otro digitador.

Un equipo de crítica-validación analizó, con ayuda de reportes programados, la calidad de los datos de cada hogar y sus índices antropométricos y de desarrollo. Fue su responsabilidad realizar la corrección primaria de errores y validar o rechazar los cuestionarios por su consistencia.

Lugar de recolección

Todos los datos fueron recabados en el hogar. La encuesta fue de carácter obligatorio y confidencial. De acuerdo al marco jurídico vigente, la

población está obligada a brindar la información que con fines estadísticos le solicite cualquier organismo del Sistema Estadístico Nacional. Así, la ley n.º 16.616 en su artículo 14.º indica: “Todas las personas físicas o jurídicas, las personas públicas no estatales y los organismos públicos están obligados a aportar los datos que les sean requeridos, con fines estadísticos, por los integrantes del Sistema Estadístico Nacional y dentro del plazo que se les fije”. La mencionada ley garantiza el secreto de los datos recabados en las encuestas. En el artículo 16.º se establece: “Los datos individuales aportados con fines estadísticos no pueden ser utilizados con otros fines, ni aun mediando solicitud expresa del informante”. Las respuestas son ingresadas a medios magnéticos y los nombres no son digitados.

INSTRUMENTOS

La encuesta se dividió en los siguientes módulos:

- Datos básicos y vivienda
- Acceso a servicios
- Aspectos sociodemográficos del hogar
- Redes sociales
- Mujer embarazada
- Mujer con hijos nacidos vivos
- Gestación y parto
- Anticoncepción
- Estado emocional de la mujer
- Nutrición y alimentación
- Seguridad alimentaria
- Módulo del niño
- Prácticas de crianza
- Desarrollo infantil
- Antropometría

El método de recolección de la encuesta fue la entrevista personal en una o varias etapas con una mujer informante del hogar, de preferencia la madre del niño.

La duración de cada entrevista se reguló de forma de evitar el cansancio del informante y la pérdida de calidad en las respuestas. De ser necesaria, se organizó una segunda entrevista acordando día y hora para su realización según la disponibilidad de la informante y sus hijos.

Se tomaron y registraron las medidas antro-

pométricas de todos los niños y niñas del hogar menores de cinco años (peso, talla y perímetro cefálico) y de su madre (peso, talla y perímetro de la cintura). Para ello se utilizaron balanzas digitales, tallímetros y cintas no extensibles. Los procedimientos para la toma de datos antropométricos siguieron los lineamientos de los organismos internacionales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se presentan expandidos a la población de cada zona de Canelones.

Para cada variable independiente numérica fueron estimados la media, el desvío estándar (DE), la mediana y los valores mínimos y máximos.

Para evaluar *normalidad* se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov.

Las diferencias entre medias independientes fueron evaluadas por el test de t de Student y las variables categóricas a través del test de chi cuadrado (χ^2).

Para el análisis de las variables en forma simultánea se usó la regresión logística múltiple (Stepwise method). La fortaleza de la asociación fue expresada a través de odds ratios (OR) con un intervalo del 95% de confianza.

Todos los test fueron estadísticamente significativos con un nivel (α) de 0,05 con la muestra sin expandir.

Para el procesamiento de los casos se utilizó el SPSS 15,0.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

En la tabla 1 pueden observarse las principales características de la muestra estudiada. En el 14% de los hogares se vivía en condiciones de hacinamiento; un 16% de las viviendas no contaba con baño o este no tenía descarga de agua (cisterna) y el 7% de las viviendas no contaba con agua potable por cañería dentro del hogar. En el 20% de las familias el padre del niño no vivía en el hogar. Las madres mostraron mejor nivel educativo que los padres ($P = 0,001$).

Los niños fueron representados en partes iguales según sexo. El promedio de edad de los niños estudiados fue $28,4 \pm 17,1$ meses.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Hogares			
Personas por hogar	4,2 ± 1,4		
Hacinamiento	273 (14,0%)		
Sin agua por cañería dentro de la vivienda	136 (7,0%)		
Hogares sin baño o con baño sin descarga de agua	312 (16,0%)		
Padres	Madre	Padre	P
Edad (años)	28,2 ± 6,5	29,4 ± 4,3	0,01
Con educación primaria	461 (21,7%)	590 (27,7%)	0,001
Con educación obligatoria	1,276 (62,2%)	830 (41,3%)	0,001
Sin trabajo remunerado	1,004 (49,0%)	1,541 (76,7%)	0,001
Padre no vive en el hogar	—	424 (20,7%)	—
Niños	Varones	Mujeres	P
Edad (meses)	28,8 ± 17	28,8 ± 17	NS
Sexo	1.019 (49,8%)	1.017 (50,2%)	NS

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

A través de la encuesta se procuró conocer la fecundidad, el uso de métodos anticonceptivos y la planificación de los embarazos, así como también el acceso y el uso de las mujeres de Canelones a los servicios preventivos ginecológicos.

El Uruguay desde comienzos del siglo XX tiene tasas de fecundidad inferiores al resto de los países de América Latina, y la tendencia descendente ha continuado en las últimas décadas. Los estudios más recientes ponen en evidencia, sin embargo, que la tasa ha aumentado en la población de adolescentes, ha disminuido entre los 20 y los 24 años y ha aumentado entre los 30 y los 34. Estas diferencias están asociadas a las condiciones socioeconómicas de las mujeres, ya que el embarazo adolescente ha aumentado en los sectores de nivel socioeconómico bajo, mientras que las mujeres de niveles altos posponen cada vez más su primer embarazo (Amarante y Perazza, 2008; Mieres y Calvo, 2007).

El cáncer de mama y el de cuello uterino constituyen dos de los problemas de salud más importantes en la población de mujeres del Uruguay (Barrios, 2012). Muchas de las muertes ocurridas por estas causas podrían ser evitadas a través del diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno (Karim-Kos et al., 2011). En Uruguay existe una ley que otorga a la mujer un día de licencia al año para la realización de exámenes preventivos ginecológicos (MSP, 2006).

SUJETOS Y MÉTODO

Fueron estudiadas 2.050 mujeres que estadísticamente representaron a las 26.946 madres de niños menores de cinco años que vivían en el departamento de Canelones.

En la encuesta se recogió información sobre la edad de la madre al nacimiento del primer hijo y el número de hijos nacidos. Como principal elemento asociado a la fecundidad se recabó información sobre el uso de métodos anticonceptivos. También se obtuvo información sobre la situación conyugal de las mujeres y sobre la planificación del último embarazo y del embarazo actual.

A través de la encuesta se estudió si las mujeres se habían realizado exámenes preventivos, con qué frecuencia y la razón principal por la que no se los habían hecho. Para el diagnóstico precoz de lesiones neoplásicas de cuello uterino se estudió la citología cervical mediante la prueba conocida como de Papanicolaou. La norma nacional recomienda hacerse esta prueba con una frecuencia de al menos una vez cada tres años si los resultados son normales. La primera se debe realizar tres años después de tener relaciones sexuales por primera vez, o a más tardar a los 21 años (MSP, 2006). También se estudió la realización de mamografía y el autoexamen mamario como medidas para detectar precozmente el cáncer de mama. Finalmente, en materia de exámenes preventivos, también se buscó conocer la extensión de la práctica de hacerse la prueba de VIH/sida, preguntando a la mujer encuestada si en alguna oportunidad se le había ofrecido realizar el examen diagnóstico.

ACCESO Y USO DE SERVICIOS PREVENTIVOS

La prueba de Papanicolaou

A las mujeres encuestadas se les preguntó si alguna vez le habían realizado la prueba de Papanicolaou (Pap), y a las que respondieron

afirmativamente se les preguntó cuánto tiempo había transcurrido desde el último examen. Del total de mujeres de entre 15 y 44 años, el 77,7% se había hecho la prueba. Las mujeres que no se habían realizado el Pap fueron mayoritariamente aquellas con menos de 9 años de educación — más de un tercio de ellas no se habían realizado el examen—. Entre aquellas con 12 o más años de educación, este examen preventivo alcanzó a casi la totalidad de la población (gráfico 1). Las mujeres más pobres, con mayor cantidad de necesidades básicas insatisfechas, fueron también las que menos se controlaron. Entre quienes se habían realizado el examen, la proporción aumentó con la edad de la mujer: en las de 10 a 19 años la proporción fue del 59,3%; en las de 20 a 30 años, de 69,6%, y llegó al 92,3% en el grupo de 40 a 49 años de edad ($P < 0,001$).

Respecto a las diferencias por región, los porcentajes más bajos de realización del Pap se encontraron entre las mujeres residentes en La Paz, las Piedras y Progreso (68%) y los más altos en la región de Ciudad de la Costa y Costa de Oro (85,6%) ($P = 0,002$).

De las mujeres que se habían realizado el Pap, un 41,7% lo había hecho en el correr del último año, un cuarto en los últimos dos años y un tercio en un plazo mayor de dos años. Como era de esperar, el nivel educativo también resultó un factor clave para explicar las diferencias, ya que la realización del examen dentro del último año ascendió al 55,3% entre las mujeres de nivel educativo muy alto y descendió al 28,4% entre las de nivel muy bajo. Si se analizan las razones para no haberse hecho la prueba, más de la mitad se debió a desconocimiento o temor (55,5%), un 12% a que el examen no fue indicado por el médico, un 11,8% a no tener con quién dejar a los hijos, un 7,3% a la distancia y un 5,9% a falta de dinero (gráfico 2).

La prevención del cáncer de mama

El 97,2% de las mujeres afirmó haber oído hablar del cáncer de mama y solo el 2,8% dijo que no. El porcentaje fue algo menor entre las mujeres menores de 20 años y entre las que vivían en hogares con dos o más NBI ($P = 0,0001$).

El 76% de las mujeres encuestadas afirmaron que les habían realizado el examen de mamas durante la consulta. El porcentaje resultó mayor entre quienes se atendían en los servicios privados de salud (87%) y entre las mujeres de mayor nivel socioeconómico (82,8%) que entre las que se atendían en el sector público (70%) y en las de nivel socioeconómico bajo (62%) ($P = 0,02$).

Los mayores porcentajes se observaron en las regiones de Ciudad de la Costa y Costa de Oro (85%) y Canelones y Santa Lucía (83%), y los más bajos en las zonas de La Paz - Las Piedras - Progreso (71%) y Pando - Barros Blancos (71%).

Tres de cada cuatro mujeres respondieron que en los servicios de salud les habían enseñado a realizar el autoexamen. La proporción fue mayor entre las que se atendían en servicios privados (87%) y entre las de nivel socioeconómico más alto (82%) que entre las que se atendían en los servicios públicos (70%) y tenían dos o más NBI (65%). Se observaron diferencias significativas con relación a la edad, ya que entre las menores de 30 años un porcentaje alto respondió que no les habían enseñado a realizar el examen de mamas.

Entre las mujeres encuestadas de 40 años y más, dos tercios se habían realizado por lo menos una vez una radiografía de mamas. Esta proporción descendió a un tercio de las mujeres con NBI. Al analizar las razones por las cuales las mujeres mayores de 40 años encuestadas nunca se habían realizado una mamografía se observó que en casi la mitad de los casos el examen no había sido indicado por los profesionales a cargo de la atención, el 11% respondió que “no tiene edad” para hacérsela, el 10% lo atribuyó a que “no tiene problemas, no necesita”, el 9% a “despreocupación” y solo un 3,6% a “miedo o temor”.

Conocimiento y uso de día libre para exámenes ginecológicos preventivos

Ante la pregunta “¿Sabía usted que tiene derecho a un día libre al año para realizarse un Pap o una mamografía?”, el 80% de las encuestadas respondió afirmativamente, porcentaje que se elevó entre las mujeres que trabajaban (87%).

Sin embargo, ante la pregunta “¿Le han otorgado el día libre para realizar el examen de Papanicolaou y la mamografía?”, el 61% de las mujeres que se encontraban trabajando contestó que sí y el 39% dijo que no.

VIH-sida

Respecto a la prueba de VIH-sida, el 70% respondió afirmativamente a la pregunta “¿En alguna oportunidad se le ofreció realizar el examen diagnóstico?”. La alta proporción de respuestas afirmativas puede explicarse porque la realización de este examen se encuentra normalizada durante el control del embarazo y la mayor parte de las encuestadas habían transcurrido un embarazo en forma reciente.

Distancia desde el hogar al servicio de salud

En un departamento de las características de Canelones, la distancia hasta un servicio de salud podría significar un factor relevante para comprender el uso sistemático de los servicios. De acuerdo a la información recogida, un 41% de las mujeres se atendían en servicios de salud que se encontraban a menos de dos kilómetros de sus hogares, un tercio debía desplazarse más de esa distancia y un cuarto debía trasladarse a otra ciudad para atenderse.

Si se observa esta información a través del lente de las microrregiones, la cercanía de los servicios de salud se encontraba fundamentalmente en Canelones, Santa Lucía, el Santoral urbano, Tala, Migue y San Jacinto. En estas zonas entre un 70 y un 80% de la población tenía a menos de dos kilómetros un centro de salud donde se atendía en forma regular. La situación de la Costa de Oro resultó inversa: el mayor número de personas se trasladaba más de 20 cuadras, ya que los servicios de salud se concentraban en gran medida en la Ciudad de la Costa. Una situación diferente se observó en la zona de Pando, Toledo y Barros Blancos: allí un 39% debía atenderse en otra ciudad. Esta resultó la zona del departamento donde las mujeres debían trasladarse a mayor distancia para atender su salud.

ASPECTOS ASOCIADOS A LA FECUNDIDAD

Edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo

Un 36,1% del total (9.714 mujeres) había tenido su primer hijo durante la adolescencia, entre los 15 y 19 años; el 60,7% lo tuvo entre los 20 y los 34 años, mientras que el 3,3% lo hizo luego de los 35 años.

Se observó una asociación clara entre maternidad en adolescentes y el nivel socioeconómico y educativo de las mujeres. De aquellas con mayor ingreso, menos de 1 cada 10 eran adolescentes cuando nació su primer hijo; sin embargo, lo eran 6 de cada 10 de las mujeres con menores recursos ($P < 0,001$). Respecto a la educación, el punto de inflexión para el embarazo adolescente fue no haber finalizado el ciclo básico ($7,9 \pm 2,3$ años de educación).

El fenómeno de la maternidad en las adolescentes se concentró en particular en La Paz - Las Piedras - Progreso y en la zona de Pando - Barros Blancos, donde casi 4 de cada 10 mujeres con hijos tuvieron el primero durante la adolescencia. La menor prevalencia se observó en la Costa de Oro y en la Ciudad de la Costa.

Número de hijos

El promedio de hijos por mujer fue de $2,1 \pm 1,3$. Se observó una correlación inversa entre el ingreso per cápita de los hogares y el número de hijos ($r = -0,255$, $P = 0,01$), así como también entre los años de escolaridad de la mujer y el número de hijos ($r = -0,261$, $P = 0,01$). El número de hijos descendió a medida que se incrementó el ingreso de los hogares: bajos ingresos (cuartil 1), $2,9 \pm 1,7$ hijos; ingreso bajo medio bajo, $2,1 \pm 1,2$; ingreso medio alto, $1,8 \pm 0,9$; ingreso alto, $1,6 \pm 0,8$ hijos ($P < 0,001$) (gráfico 3).

Los datos sobre el número de nacimientos revelaron que en el 38,9% de los casos la entrevistada tuvo un solo hijo, en el 31% dos hijos, en el 16,6% tres hijos, en el 8,1% cuatro hijos y en el 6% cinco hijos o más. Estos guarismos se modificaron en función del nivel de ingreso de los hogares ($P < 0,001$).

Se observaron diferencias en el número de hijos que han tenido las mujeres de acuerdo con la zona de residencia. La mayor proporción de las

que han tenido 4, 5 o más hijos se encuentra en las zonas de Pando - Barros Blancos y La Paz - Las Piedras - Progreso, y las menores en Ciudad de la Costa y Costa de Oro y el Santoral.

Anticoncepción

El 85% de las mujeres de 15 a 49 años de Canelones utilizaba algún método anticonceptivo para regular la fecundidad y el 15% no lo utilizaba. Si bien se observaron diferencias significativas según el nivel de ingresos ($P < 0,001$) y el nivel educativo ($P = 0,001$), la práctica del uso de anticonceptivos se mostró extendida a más del 80% de la población. Llamó la atención el alto porcentaje de uso de métodos en las mujeres de 15 a 19 años, entre las que alcanzó valores similares a los de aquellas de mayor edad. No se observaron diferencias en el uso de métodos anticonceptivos según las microrregiones de Canelones.

Los métodos más utilizados fueron los preservativos (34%), seguidos de los anticonceptivos orales (32,9%) y el diu (23,7%). El 96,2% correspondían a métodos modernos de anticoncepción y solo un 3,8% a los tradicionales (método del ritmo). No se observaron diferencias por edad de la mujer, procedencia geográfica ni nivel socioeconómico y de escolaridad.

Respecto a las razones para no utilizar métodos anticonceptivos, el 70% de las mujeres expresó razones vinculadas a la actividad sexual o la situación de embarazo o posparto. Entre estas, el 42% no utilizaba métodos anticonceptivos por no estar en unión o en pareja, el 18% por no tener actividad sexual o practicar el sexo en forma infrecuente y el 10% por estar en el posparto o en lactancia. En el 13,5% de los casos la explicación se basaba en preferencias de la mujer o su compañero (deseo de más hijos en el 7,8%, oposición de ella o del compañero en el 3,7%, razones religiosas en el 0,5% y miedo a los efectos secundarios en el 1,5%). Solo en un 3% de los casos se presentaron razones vinculadas

al desconocimiento de los métodos anticonceptivos o el acceso a ellos.

En la inmensa mayoría de los casos la mujer fue quien tomó la decisión respecto el método empleado, el 62% con su pareja y el 32% sola. En un 3% de los casos la decisión sobre el método la tomó el compañero. El mayor porcentaje de decisiones conjuntas de la mujer y su pareja respecto al método anticonceptivo correspondió al grupo de mujeres de 30 a 39 años (67%). En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años este porcentaje fue sensiblemente menor (52%) y entre ellas se observó la mayor proporción de casos en que decidió solo su pareja (8,2%).

A las mujeres encuestadas se les preguntó dónde habían obtenido el método anticonceptivo. La fuente más mencionada fue la farmacia (52%) seguida del servicio del Ministerio de Salud Pública. La tercera fuente señalada fue la mutualista (9%).

Planificación del embarazo

A las mujeres embarazadas se les preguntó si ellas y su pareja habían querido quedar embarazadas en ese momento, si habrían deseado esperar más tiempo o si definitivamente no querían tener más hijos. Sobre esa base se definieron las categorías de embarazo planificado por ambos, embarazo no planificado por la mujer, embarazo no planificado por ambos y embarazo no planificado por el hombre. Según la respuesta de las embarazadas encuestadas, en el 77% de los casos el embarazo en curso fue planificado por ambos integrantes de la pareja, el 18% no fue planificado por ambos, el 3,5% no fue planificado por la mujer y el 1% no fue planificado por la pareja de la mujer embarazada. Si se analiza la información de acuerdo a la edad de la embarazada se observa que entre las mujeres de 30 a 39 años se encontraba el menor porcentaje de planificación del embarazo por ambos integrantes de la pareja (58%), y llama la atención el alto el porcentaje de planificación del embarazo por ambos integran-

tes de la pareja entre las madres adolescentes (74%). Respecto al estado conyugal, las mujeres en unión libre y las casadas mostraron los porcentajes más altos de embarazos planificados por ambos integrantes de la pareja: 83% y 74% respectivamente (gráfico 4).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

En Canelones un cuarto de las mujeres nunca se hizo el Pap, y un tercio de las de 40 años y más no se había realizado ninguna radiografía de mamas, con diferencias importantes según niveles socioeconómicos. Los resultados reflejaron similitud respecto al estudio de "Reproducción biológica y social de la población uruguaya" (UNFPA, IMM, MYSU, MSP e INE). Llama la atención el alto porcentaje de mujeres que no adoptaron esta práctica preventiva por "desconocimiento o temor". Esta situación, si bien podría ser explicada por razones de carácter sociocultural, puso en evidencia también las insuficiencias de los servicios de salud en cuanto a informar a las usuarias y fundamentalmente en cómo no se aprovechan las distintas oportunidades de contacto de las mujeres con los servicios para realizar las pruebas preventivas. El 87% de las mujeres que trabajaban conocían el derecho a un día libre al año para realizarse un Pap o una mamografía, aunque solo al 61% se le había otorgado ese derecho. Parecería que el "desconocimiento" no explica el escaso uso que las mujeres hacen de ese derecho.

Según un estudio de FLACSO en el Uruguay, el 40% de las personas considera que dos es el número ideal de hijos, lo cual se corresponde con el bajo promedio de hijos observado por mujer ($2,1 \pm 1,3$). La baja tasa de fecundidad en el país ($2,1$ hijos por mujer) se halla en el límite necesario para el reemplazo poblacional (UNFPA et al., 2004). En este estudio, el número de hijos fue mayor conforme disminuía el nivel educativo y el nivel de ingreso de los hogares. Los nacimientos ($2,9 \pm 1,7$) en los hogares con menor ingreso (cuartil 1)

son los responsables del reemplazo generacional, ya que los de los hogares de ingresos medio-alto ($1,8 \pm 0,9$) y alto $1,6 \pm 0,8$ resultan insuficientes para dicho reemplazo.

Al igual que en otros estudios, la amplia mayoría de las mujeres declaró emplear algún método anticonceptivo. Llama la atención las mínimas diferencias observadas según ingresos, nivel educativo y edad. La descripción del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de Canelones resultó de especial utilidad por cuanto en Uruguay aún no se cuenta con registros de los servicios que permitan conocer las características de esta práctica en la población femenina (Aguirre et al., 2006).

El embarazo adolescente representa una situación crítica dado que la mujer que tiene su hijo probablemente no continuará estudiando y así no recibirá la capacitación necesaria para ingresar al mercado laboral y aspirar a un mejor salario (Lammers, 2000). El fenómeno de la maternidad en las adolescentes, al igual que la mayor proporción de mujeres que han tenido 4, 5 o más hijos, se concentró en particular en La Paz - Las Piedras - Progreso y en la zona de Pando - Barros Blancos. Allí casi 4 de cada 10 mujeres con al menos un hijo tuvieron el primero durante la adolescencia. La menor proporción se observó en la Costa de Oro y en la Ciudad de la Costa.

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE MUJERES QUE NO SE REALIZARON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

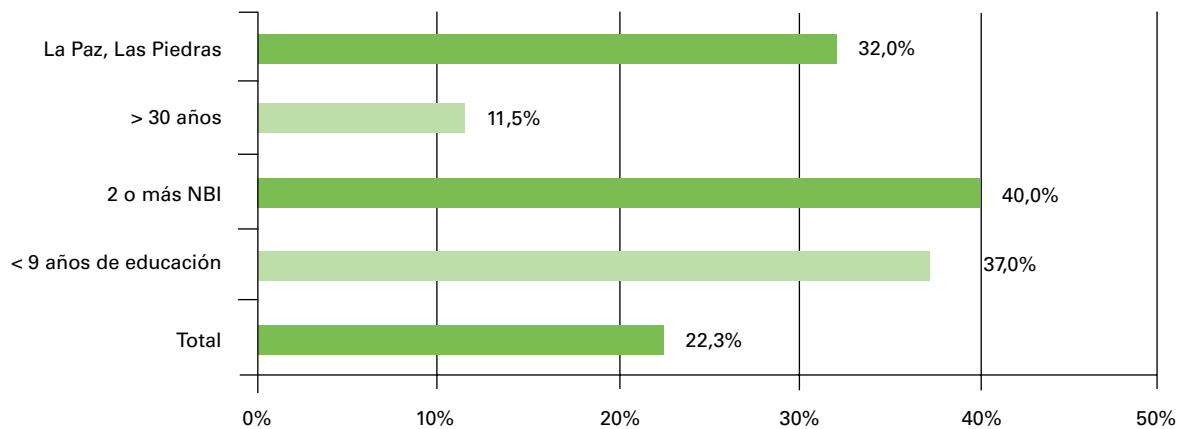


GRÁFICO 2: RAZÓN PARA NO REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

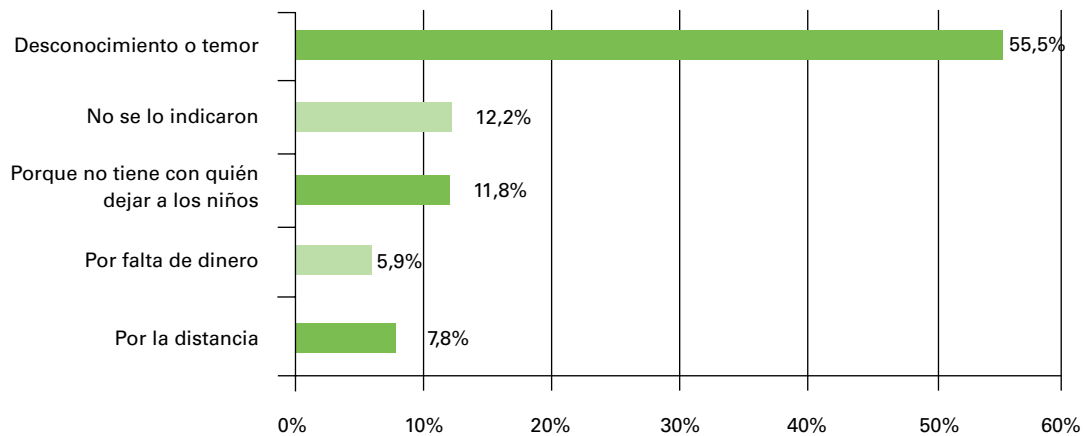


TABLA 2.: EDAD DE NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO SEGÚN NIVEL DE INGRESO Y EDUCACIÓN MATERNA

	Edad al nacimiento del primer hijo		
	Adolescente	20 a 34 años	35 y más
Bajo Ingreso	4.286 (57,1%)	3.105 (41,4%)	109 (1,5%)
Ingreso medio - bajo	2.850 (46,4%)	3.269 (53,2%)	24 (0,4%)
Ingreso medio-alto	2.002 (30,4%)	4.413 (67,0%)	173 (2,6%)
Ingreso alto	597 (8,9%)	5.548 (82,6%)	570 (8,5%)
Educación formal completa	3.764 (22,8%)	11.965 (72,6%)	757 (4,6%)
Educación formal incompleta	5.950 (57%)	4.370 (42%)	119 (1,1%)
Total	9.714 (36,1%)	16.335 (60,7%)	876 (3,3%)
Promedio de años de estudio	7,9 ± 2,3	10,7 ± 3,6	12,4 ± 3,8

GRÁFICO 3: MEDIA DE NÚMERO DE HIJOS SEGÚN NIVEL DE INGRESO DE LOS HOGARES

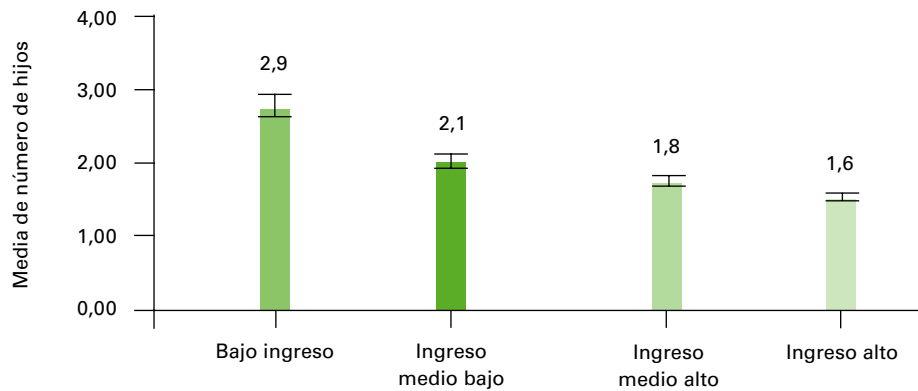
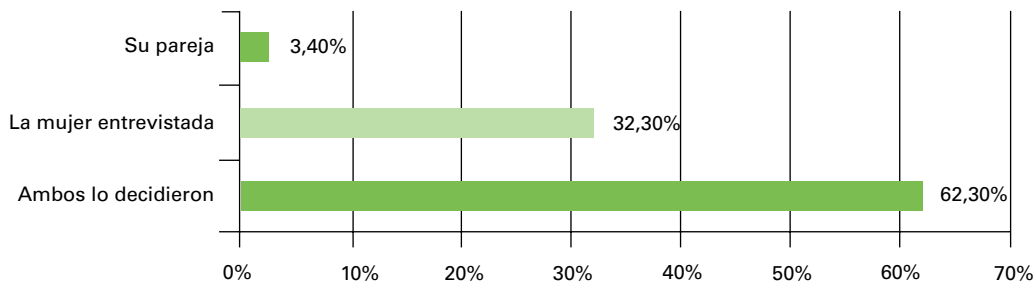


GRÁFICO 4: PERSONA QUE DECIDIÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO



LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, EL PUERPERIO Y EL PERÍODO DE LACTANCIA

El control del embarazo es un aspecto clave para la salud de la mujer y del niño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los controles prenatales como los encuentros entre la mujer embarazada y el equipo de salud que tienen como objetivo “mejorar la salud de la madre y el niño, previniendo o detectando precozmente factores de riesgo materno y perinatal así como también promoviendo actividades saludables para que el embarazo transcurra dentro de los parámetros fisiológicos para la madre y el feto.” Para que se cumplan estos objetivos el control debe ser precoz —es decir, la primera visita debe desarrollarse antes de las 20 semanas de gestación—, debe ser periódico, con un mínimo de 6 controles, y también debe ser integral, lo que significa que en él deben detectarse en forma precoz las condiciones de riesgo para el embarazo, las intervenciones terapéuticas de más probada eficacia y la consejería y el apoyo a la gestante (MSP, 2008).

El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados y contribuye también a aumentar el número de niños con discapacidad. El impacto que tiene en la mortalidad neonatal el grupo de recién nacidos pretérmino de muy bajo peso es enorme, ya que si bien solo representa el 1,2% del total de nacimientos ocurridos en el país, da cuenta del 35% de la mortalidad infantil y de un 49% de la mortalidad neonatal (información correspondiente al año 2004). Los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos) y los prematuros extremos (nacidos con menos de 1.000 gramos o menos de 28 semanas de gestación) constituyen los grupos de mayor riesgo.

La proporción de partos atendidos por profesional sanitario es uno de los indicadores para el seguimiento de la meta 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “Reducir

CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DE ADECUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE CONTROLES DE LA EMBARAZADA

Semanas de gestación	Frecuencia adecuada	Frecuencia inadecuada	Sin control
0-16 semanas	1 control o más	–	Ningún control
17-28 semanas	4 controles o más	3 controles o menos	Ningún control
29-40 semanas	7 controles o más	6 controles o menos	Ningún control

entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes". En Uruguay la atención profesional de parto asciende a casi el 100%, lo que genera condiciones favorables para alcanzar una buena atención materna y perinatal.

SUJETOS Y MÉTODO

Fueron estudiadas 225 mujeres que estadísticamente representaron a 2.970 mujeres que cursaban su embarazo en el departamento de Canelones.

La encuesta se basó en preguntas a la mujer embarazada y observación de su carné de control obstétrico.

Para determinar si la cantidad de controles a los que había concurrido la embarazada se adecuaba a la norma establecida, se relacionó el número de controles con la edad gestacional. Sobre esa base se definieron las siguientes categorías: "frecuencia adecuada", "frecuencia inadecuada" y "sin control".

Además se estudiaron las acciones desarrolladas durante el control del embarazo, tales como suplementación con hierro, acciones educativas y exámenes paraclínicos.

Las normas nacionales también establecen que la mujer debe asistir a control en el servicio de salud dentro de los primeros quince días posteriores al parto. El objetivo de esta visita es controlar la evolución del puerperio, detectar alteraciones y brindar apoyo educativo a la madre.

OPORTUNIDAD DEL PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO

El 64% de las mujeres que cursaban un embarazo lo había controlado dentro de los tres primeros meses, como recomiendan las normas nacionales e internacionales, el 14% lo había hecho en el segundo trimestre, un 7% en el tercer trimestre y un 15% de las embarazadas visitadas aún no había concurrido a ningún control. Por tanto, si se suman las que se controlaron tardíamente con las que no habían tenido ningún control, un 37% de embarazadas de Canelones estaba en situación de riesgo.

La ausencia de control fue explicada por la mujer en el 27% de los casos por la falta de problemas o molestias y en segundo lugar por falta de tiempo. La distancia del centro de salud fue planteada por el 12,3% de las mujeres embarazadas como razón para no controlarse.

PERIODICIDAD DEL CONTROL DEL EMBARAZO

La información respecto a la periodicidad fue obtenida en el 83% de los casos del carné obstétrico y en el restante 17% a partir de la respuesta de la embarazada encuestada.

El 61% de las embarazadas había acudido a control con una frecuencia adecuada, el 24% lo había hecho en un número inferior al recomendado y un 15% no había concurrido a ningún control. Los resultados fueron francamente más desfavorables en las mujeres que se atendían en instituciones públicas de salud. De estas, solo la mitad se encontraba adecuadamente controlada, la cuarta parte tenía una frecuencia de control inadecuada y la otra cuarta parte no había acudido a ningún control.

ACCIONES DESARROLLADAS EN EL CONTROL DEL EMBARAZO

Suplementación con hierro

Un tercio de las mujeres embarazadas no estaba recibiendo hierro medicamentoso. Esta proporción se incrementó al 38% entre las atendidas por las instituciones públicas de salud. No se encontraron diferencias significativas por la edad de la embarazada ni tampoco por microrregiones de Canelones.

Participación en actividades de preparación para el parto

Solo el 26% de las madres encuestadas había participado en actividades de preparación para el parto en ocasión del embarazo de su hijo menor.

Los porcentajes más bajos de participación se encontraron en las regiones de Pando - Barros Blancos y La Paz - Las Piedras - Progreso, y los más altos en Canelones y Santa Lucía, seguido de Ciudad de la Costa y Costa de Oro.

Realización de exámenes en el control del embarazo

Durante las consultas para control del embarazo se habían realizado exámenes paraclínicos al 95% de las embarazadas encuestadas.

Debe destacarse que el 5% que no se había realizado exámenes paraclínicos estaba compuesto en su totalidad por mujeres atendidas en servicios públicos de salud; entre las atendidas en el sector mutual el 100% contaba con dichos exámenes.

ATENCIÓN DEL PARTO

El 99,5% de los partos fueron institucionales, el 0,3% tuvo lugar en el domicilio de la mujer y el 0,2% restante en la calle, en camino hacia un servicio de salud.

Según la información recabada en la encuesta, el nacimiento de los niños de Canelones ocurrió en el departamento de Montevideo en el 57,6% de los casos, en Canelones el 33,8% y en otro departamento en el 8,6% de los casos. La alta proporción de nacimientos en Montevideo se relacionó con la cobertura de salud de las mujeres a través de instituciones mutuales de Montevideo y el Hospital Pereira Rossell entre las usuarias del sector público de salud.

Acompañamiento y tipo de parto

De acuerdo a los datos de la encuesta de Canelones, el 33,9% de los niños nacieron por cesárea y el 66,1% por parto vaginal.

Ante la pregunta "Durante el parto de su hijo, ¿pudo estar acompañada por quien usted eligió?", el 53% de las madres respondieron que sí y el 47% que no. Las madres pertenecientes a hogares con necesidades básicas satisfechas estuvieron acompañadas en una proporción mayor (57,1%) que las que tenían necesidades básicas insatisfechas (44,9%).

En el 80% de los casos quien acompañó a la mujer en el parto fue el padre del niño, en el 9% su madre o su padre, y en proporciones menores otros familiares, una amiga u otra persona. El acompañante en el parto es el padre del hijo en una proporción significativamente mayor en

las mujeres atendidas en instituciones del sector mutual (90%) que en las atendidas en instituciones del sector público (54%). En contrapartida, el padre o la madre de la mujer, una amiga u otra persona adquieren más relevancia entre las mujeres atendidas en las maternidades públicas.

Casi la mitad de quienes no estuvieron acompañadas en el momento del parto señalaron como motivo que el nacimiento fue por cesárea, un 17% manifestó que no la dejaron, un 9% que ella no lo quiso y otro 9% que no tuvo una persona que la acompañara. Un 9% de las mujeres dijo no conocer el derecho al acompañamiento.

TIEMPO DEL PRIMER CONTACTO DE LA MADRE CON EL BEBÉ

El 60% de las madres tuvieron el primer contacto con su bebé dentro de la media hora siguiente al parto, el 13% dentro de la primera hora y un 26% luego de las dos horas.

ASISTENCIA DE LA MUJER A CONTROL PUERPERAL

En Canelones, según la información recabada en la encuesta, el 83,7% de las mujeres concurre a control luego del parto y el 16,3% no. Estos porcentajes varían según el lugar de atención de la mujer. Entre las mujeres que se atendían en el sector público el 27% no había acudido a control, mientras que entre las que se atendían en el sector mutual el porcentaje cayó al 6,5%. Asimismo, entre las mujeres con una NBI el porcentaje que no acudió a control alcanzó el 24,8% y entre las que tenían dos o más NBI ascendió al 32,7%.

La información por áreas geográficas del departamento corrobora lo observado en todas las dimensiones del control prenatal estudiadas, en el sentido de que hay dos zonas donde los problemas son de mayor magnitud. De las mujeres que no han ido a controlarse luego del parto, un 43% reside en la zona de Pando - Barros Blancos - Paso Carrasco y Colonia Nicolich, y un 30% en la zona de La Paz - Las Piedras. Es decir que el 70% de esta situación corresponde a estas dos áreas, donde ya se ha visto que la población se atiende mayoritariamente en instituciones públicas de salud.

Finalmente, en relación con la oportunidad en que se realizó el control puerperal, corresponde señalar que el 66% de las mujeres concurre al servicio de salud dentro de los primeros 15 días posteriores al parto, lo que es acorde con la norma de atención. Un 13% lo hizo luego de los 15 días pero antes del primer mes, y un 2,7% en el segundo mes luego del parto.

El porcentaje de mujeres que recibieron hierro después del parto fue muy bajo: 28%. Resultó superior entre las mujeres que tuvieron el parto en instituciones públicas (34%) que entre las que se atendieron en mutualistas (22%). No se encontraron diferencias significativas por microregiones de Canelones.

ADAPTACIÓN DEL HORARIO LABORAL PARA LA LACTANCIA

En la encuesta se preguntó a la madre que trabajaba si luego del parto había tenido la posibilidad de adaptar su horario de trabajo para poder amamantar a su hijo. En ese momento solo el 36,8% de las mujeres estaban trabajando. Entre las madres que trabajaban el 70% manifestó que pudo adaptar su horario de trabajo para dar de mamar.

Sin embargo, se encontró una diferencia significativa de acuerdo a la situación socioeconómica de la madre: de aquellas con necesidades básicas satisfechas el 74,2% manifestó haber podido adaptar su horario laboral para la lactancia, frente al 48% de las que tenían dos o más NBI.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Un 15% de las mujeres embarazadas encuestadas no había concurrido a ningún control en salud. De las que se habían controlado, un tercio lo había hecho en forma tardía y un cuarto lo había hecho en un número de veces inferior a la recomendada. Los resultados fueron francamente más desfavorables para las mujeres atendidas por el sector público.

En Canelones un tercio de las mujeres embarazadas no estaban recibiendo suplemento de hierro medicamentoso. Durante el embarazo se incrementan sustancialmente los requerimientos de hierro, por lo que es necesaria la suplemen-

tación farmacológica desde la primera visita hasta los tres meses después del parto.

En el Uruguay, al igual que en el mundo, la proporción de cesáreas ha aumentado de manera importante. Si bien la operación cesárea es una medida protectora tanto para la madre como para el niño, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa no supere el 15% de los partos. Según la encuesta, el 34% de los partos de Canelones fueron por cesárea, cifra superior a la del país (29% para el año 2004). Las mujeres de bajo nivel socioeconómico presentaron las tasas más bajas de cesárea (20,5%, frente a 37,5% entre las de nivel socioeconómico alto).

En Uruguay existe una ley que ampara a la mujer embarazada en el derecho a ser acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto y el nacimiento de su hijo. Solo un 10% de las mujeres dijo no conocer este derecho. Entre quienes no pudieron estar acompañadas en el momento del parto, casi la mitad señaló como razón que este fue por cesárea. Corresponde señalar que la legislación vigente promueve el acompañamiento cualquiera sea la modalidad del parto, por lo que la operación cesárea no constituye un impedimento en sí, sino que más bien opera como obstáculo cuando la maternidad no cuenta con las condiciones adecuadas. Casi una de cada cinco mujeres respondió que no la dejaron, un 10% que no quiso y otro 10% que no tuvo una persona que la acompañara.

GRÁFICO 5. OPORTUNIDAD DEL PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO

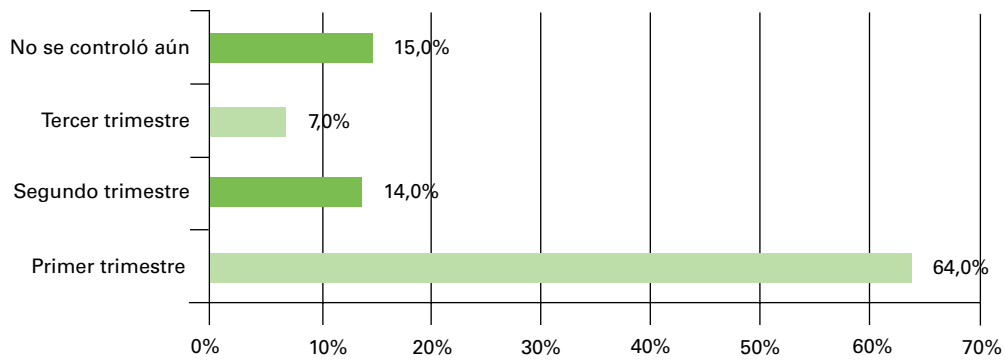
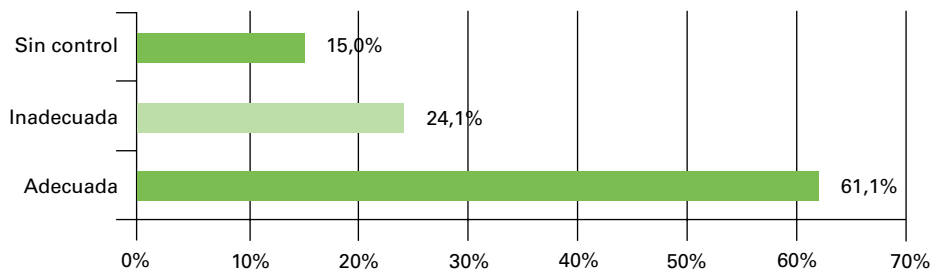


GRÁFICO 6. FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROL DEL EMBARAZO



LA NUTRICIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL HÁBITO DE FUMAR

A través de la encuesta se analizó la nutrición, la alimentación, el hábito de fumar y la actividad física de las mujeres madres de niños menores de cinco años. La salud y los comportamientos de la mujer repercuten no solo en su bienestar sino también en todo el núcleo familiar. Sobre las mujeres recae no solo el peso de la reproducción sino que, en general, ellas también son las principales responsables de la crianza de los niños, del mantenimiento del hogar y de la preparación de los alimentos (Coates et al., 2006).

Muchos de los riesgos que conducen a la mayoría de las enfermedades crónicas en la vida adulta se generan en las etapas tempranas de la vida (Barker, 2004). En el 2004 la OMS publicó un reporte (WHO, 2004) en el cual estableció que la perspectiva del ciclo de la vida es esencial para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estudios experimentales en animales y epidemiológicos en humanos han demostrado la importancia de la programación metabólica en las etapas tempranas de la vida (Gluckman et al., 2007; Gluckman et al., 2009; Pollak, 2005). Ello implica que la nutrición, la dieta, la actividad física y el hábito de fumar de la mujer antes y durante el embarazo tienen una especial relevancia no solo para su bienestar sino para el de las futuras generaciones. La OMS recomienda prolongar el intervalo entre la menarquia y el primer embarazo (> 4 años), mejorar la nutrición de la mujer previa a la concepción (índice de masa corporal y micronutrientes), optimizar la ganancia de peso durante el embarazo y reducir el consumo de tabaco (WHO, 2006).

El análisis de la nutrición de la mujer se basó en las condiciones de seguridad alimentaria de los

hogares. Si bien pobreza y bajos ingresos están asociados con la inseguridad alimentaria, un ingreso adecuado no garantiza la seguridad alimentaria (Laraia, 2006). La inseguridad debería estar asociada al bajo peso si se evaluara solamente en términos de *cantidad de alimentos*. Sin embargo, la seguridad alimentaria implica no solo el acceso físico, social y económico a “alimentos suficientes”, sino que estos también deben ser “seguros y nutritivos para una vida activa y saludable” (FAO, 2005). Por tanto, se ha visto que el déficit de peso y de micronutrientes, así como también el sobrepeso y la obesidad, coexisten tanto en hogares con seguridad como en condiciones de inseguridad alimentaria (Tayie y Zizza, 2009).

El embarazo es un período crítico en la vida de la mujer. La evidencia científica ha demostrado que el déficit de peso, la exposición al humo de tabaco y la obesidad son perjudiciales tanto para la salud de la mujer como para la de su hijo. El déficit de peso en la mujer antes o durante el embarazo, al igual que el hábito de fumar, se asocia a un mayor riesgo de retardo en el crecimiento, bajo peso al nacer y mayor mortalidad perinatal (Barros et al., 1995; Godfrey et al., 2001; Lozoff et al., 2006). Fumar durante el embarazo también está asociado a mayor prevalencia de anemia (Kazal, 2002; Rao y Georgieff, 2007), retraso en el neurodesarrollo (Kiechl-Kohlendorfer et al., 2010; Rogers, 2009) y obesidad infantil (Rolland-Cachera y Péneau, 2011; Oken et al., 2008; Dunger et al., 2007). La obesidad de la mujer también constituye un factor de riesgo ya que aumenta la incidencia de algunas patologías durante el embarazo, como diabetes, hipertensión, preeclampsia, y también la proporción de

niños con un peso al nacer de 4 kg o más (Hodgson et al., 1986).

SUJETOS Y MÉTODO

Fueron estudiadas 2.050 mujeres que representaron a 26.946 madres de niños menores de cinco años que vivían en el departamento de Canelones.

El análisis de la inseguridad alimentaria se hizo mediante una aproximación a sus componentes. Se utilizó el instrumento diseñado por la Universidad de Cornell (Kendall et al., 1995), usado en los Estados Unidos en las encuestas continuas de nutrición (nhanes). Este ha sido adaptado en la región por el programa Hambre Cero en Brasil (Segall Correa et al., 2004; Pérez-Escamilla et al., 2004), al igual que en Venezuela (Lorenzana y Sanjur, 1999).

Las respuestas al cuestionario de inseguridad alimentaria que se detalla en la tabla 3 fueron sintetizadas en cuatro categorías:

- *Seguridad alimentaria*, cuando la mujer respondió que no a todos los ítems.
- *Seguridad alimentaria marginal o inseguridad alimentaria leve*, cuando la mujer respondió que sí alguna de las preguntas 1 a 5. Ello indicó que en los tres meses anteriores a la encuesta la mujer estuvo preocupada por que la comida se acabara antes de que pudiera comprar más comida o sintió limitaciones para la compra de algunos tipos de alimentos.
- *Seguridad alimentaria moderada*, cuando la mujer respondió que sí alguna de las preguntas 6 a 8, lo que significó que en los tres meses anteriores a la encuesta se percibió una disponibilidad disminuida de alimentos en el hogar.
- *Seguridad alimentaria grave*, cuando la mujer respondió que sí alguna de las preguntas 9 a 15 lo que significa que un adulto o un niño pasó hambre en los tres meses anteriores a la encuesta.

Las medidas antropométricas de las mujeres (peso, talla y circunferencia de la cintura) fueron recabadas por licenciados en nutrición y en enfermería, debidamente entrenados. El peso fue tomado con balanzas digitales de piso con una

TABLA 3. ÍTEMS DEL CUESTIONARIO APLICADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

1. ¿En los últimos tres meses usted estuvo preocupada por que la comida de su casa se acabara antes de que pudiera comprar o recibir más comida?
2. ¿En los últimos tres meses la comida se acabó antes de que usted tuviera dinero para comprar más comida?
3. ¿En los últimos tres meses se quedó sin dinero para tener una alimentación saludable y variada?
4. ¿En los últimos tres meses usted se tuvo que arreglar con apenas algunos alimentos para alimentar a los niños/as porque se le acabó el dinero?
5. ¿En los últimos tres meses usted no pudo ofrecer a los niños/as una alimentación saludable y variada porque no tenía dinero?
6. ¿En los últimos tres meses los niños/as no comieron cantidad suficiente de comida porque no había dinero para comprar más?
7. ¿En los últimos tres meses usted o algún adulto en su casa disminuyó, alguna vez, la cantidad de alimentos o dejó de comer porque no había dinero suficiente para comprar comida?
8. ¿En los últimos tres meses usted alguna vez comió menos de lo que debía porque no había dinero suficiente para comprar comida?
9. ¿En los últimos tres meses usted alguna vez sintió hambre pero no comió porque no había dinero suficiente para comprar comida?
10. ¿En los últimos tres meses usted perdió peso porque no tenía dinero suficiente para comprar comida?
11. ¿En los últimos tres meses usted o algún adulto de su casa quedó, alguna vez, un día entero sin comer o comió solo una vez al día porque no tenía dinero para comprar comida?
12. ¿En los últimos tres meses usted alguna vez disminuyó la cantidad de alimentos de alguno de los niños/as porque no había dinero suficiente para comprar comida?
13. ¿En los últimos tres meses alguna vez usted tuvo que dejar de hacer una comida para algún niño/a porque no había dinero para comprar los alimentos?
14. ¿En los últimos tres meses algún niño/a tuvo hambre pero usted simplemente no podía comprar comida?
15. ¿En los últimos tres meses algún niño/a quedó sin comer por un día entero porque no había dinero para comprar la comida?

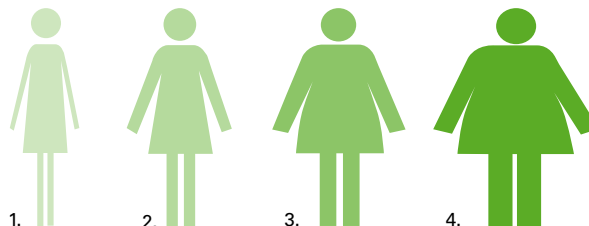
precisión de 0,1 kg. La estatura, con estadiómetros montados en la pared, con una precisión de 0,1 cm. La circunferencia de la cintura fue medida con una cinta inextensible con una precisión cercana a 0,1 cm.

Se calculó el índice de masa corporal (IMC) de la madre como *peso (kg) dividido por la estatura elevada al cuadrado (m²)*. Se definió la obesidad como $IMC \geq 30$ y bajo peso como $IMC < 18,5$ kg/m². Se consideró una circunferencia de la cintura de riesgo cardiovascular cuando era > 88 cm (Federación Internacional de Diabetes).

El estado nutricional de las mujeres durante el embarazo se evaluó a través del imc considerando las semanas de gestación. La situación nutricional de las embarazadas se categorizó en *adelgazadas o con bajo peso, normales, con sobrepeso y con obesidad*. Para ello se tuvieron en cuenta las directivas de la OMS y las curvas de Atalah usadas por el MSP.

Para conocer cómo las entrevistadas percibían su propio peso se les presentaron una serie de figuras y se les pidió que se autoidentificaran: "¿Cómo considera usted que es su peso según los dibujos que se presentan a continuación?" La imagen 1 correspondía a una mujer adelga-

zada, la 2 a una normal, la 3 a una mujer con sobrepeso y la 4 a una obesa. Cada mujer seleccionó una de las imágenes que se muestran a continuación.



El comportamiento alimentario se estudió a través de la técnica de recordatorio del consumo de alimentos en las últimas 24 horas y de un estudio de frecuencia de consumo de los alimentos durante la semana anterior a la encuesta. La evaluación de la alimentación de las mujeres de Canelones se basó en el grado de cumplimiento de las metas nutricionales establecidas por el MSP a través del *Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya* (MSP, 2005).

Para conocer el estado de ánimo de la mujer se aplicó el módulo de salud mental del Cuestionario de Salud SF-36 (Medical Outcomes

TABLA 4. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.						
	(1) Siempre	(2) Casi siempre	(3) Muchas veces	(4) Solo alguna vez	(5) Algunas veces	(6) Nunca
1. ¿Se sintió con mucha vitalidad?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Estuvo muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Se sintió bajoneada?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Se sintió calmada y tranquila?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Se sintió desanimada, triste?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Se sintió agotada?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Se sintió cansada?	1	2	3	4	5	6
10. ¿En los últimos 3 meses ha estado estresada por alguna situación de pérdida de algún familiar, separación, enfermedad grave, conflictos familiares, vecinos, etc.?	1	2	3	4	5	6

Study), versión española 1.4, de junio de 1999. La Encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años) (tabla 4). A las mujeres embarazadas no se les realizó este cuestionario.

LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA, LA OBESIDAD Y EL BAJO PESO

Casi el 60% de las mujeres percibió en el hogar condiciones de seguridad alimentaria (58,3% a 62,5%). Un cuarto indicó seguridad marginal o inseguridad leve (23,3% a 27,1%) ya que reconoció que en el hogar existió “preocupación por que la comida se acabara antes de que se tuviera dinero para comprar más”, o no se había tenido “dinero suficiente para una alimentación saludable y variada, debiendo arreglarse con algunos alimentos”. Más del 10% de las mujeres manifestó inseguridad moderada (9,4% a 12,0%), dado que no siempre tuvo “cantidad suficiente” o a veces “comió menos de lo que debía porque no había dinero suficiente para comprar comida”. Entre un 3% y un 4,6% de las mujeres mostró una condición de inseguridad grave: “alguna vez sintió hambre pero no comió porque no había dinero suficiente para comprar comida”.

Como era de esperar, las mujeres con inseguridad alimentaria demostraron la mitad de ingreso per cápita (\$ 1.857 frente a \$ 3.768, $P < 0,001$) que las mujeres de los hogares con seguridad alimentaria, dos años aprobados menos ($8,7 \pm 3,6$ frente a $10,5 \pm 3,6$ años $P < 0,001$) y más integrantes en el hogar ($4,2 \pm 1,3$ frente a $4,6 \pm 1,6$, $P < 0,001$). Además, con mayor frecuencia no tenían trabajo remunerado, en el hogar había mayores necesidades básicas insatisfechas y en una mayor proporción de los hogares el padre estaba ausente ($P < 0,001$).

La salud mental también se vio asociada a la inseguridad alimentaria. Las mujeres con inseguridad alimentaria se sentían con mayor frecuencia más desanimadas, agotadas, cansadas y con estrés o ansiedad ($P < 0,001$). Por otro lado, una menor proporción se sentía con energía o feliz ($P < 0,001$).

Un cuarto de las mujeres (24,2%) evidenció

sobrepeso (22,3% a 26,1%), el 13,7% obesidad (12,2% a 15,2%) y el 5,2% un peso por debajo de lo normal para su talla (4,2% a 6,2%). La prevalencia de obesidad se incrementó más de tres veces con la edad de la mujer: de 6,6% entre las menores de 20 años hasta 21,8% entre las de 40 a 45 años. El déficit de peso, en cambio, disminuyó con la edad desde 19,6% entre las menores de 20 años hasta 3,2% entre las de 40 a 45 años.

En Canelones no se observó asociación entre bajo peso de la mujer e inseguridad alimentaria ($P = NS$). Esta se mostró asociada a mayor prevalencia de obesidad (11,8% de las mujeres con seguridad alimentaria y 15,8% de aquellas con inseguridad), así como también a una mayor prevalencia de cintura de riesgo cardiovascular (31,6% y 35,4% respectivamente). En el análisis multivariado las mujeres con inseguridad alimentaria mostraron un 40% más de riesgo de ser obesas (or: 1,4 [1,04-1,8]) y entre un 20 y un 30% más de probabilidades de tener una cintura de riesgo cardiovascular (OR: 1,2 [1,2-1,3]), luego de ser controladas según escolaridad, presencia del padre en el hogar, trabajo remunerado y estado de ánimo. La circunferencia de la cintura fue 1,5 cm mayor entre estas mujeres que entre las que tenían seguridad alimentaria ($85,2 \pm 14,3$ y $83,9 \pm 12,7$ cm respectivamente).

Las mujeres obesas duplicaron la probabilidad de tener hijos obesos (OR: 1,8 [1,7-2,0]), pero incrementaron también el riesgo de tener hijos con retraso de talla (OR: 1,3 [1,2-1,5]). Las mujeres con cintura de riesgo también incrementaron el riesgo de tener hijos obesos (OR: 1,1 [1,1-1,2]).

Asimismo se observó asociación entre la obesidad y síntomas depresivos. Las mujeres obesas y aquellas con cintura de riesgo cardiovascular tuvieron mayor probabilidad de “sentirse con frecuencia agotadas” (OR: 1,1 [1,01-1,2]).

Dada la alta proporción observada de mujeres con obesidad, interesó también conocer si las mujeres de Canelones estaban preocupadas por mantener un peso saludable. Se les preguntó si actualmente estaban haciendo algo para mantener su peso controlado, es decir, para “no subir de peso”. Dos tercios manifestaron no ha-

cer “nada para controlar el peso”, un 9% estaba “comiendo menos” y un 6% hacía “ejercicio para controlar peso”.

Casi la misma proporción se identificó con una mujer adelgazada (7%) que con una obesa (casi 6%); un tercio se autopercebió con sobrepeso y poco más de la mitad se consideró con un peso normal. Las mujeres con peso normal se auto-identificaron correctamente: 53,2% por autopercepción y 57% evaluadas por antropometría (ns). Las mujeres se percibieron como adelgazadas (7%) en mayor proporción que lo observado según el índice de masa corporal (4,4%) ($P < 0,001$). Las mujeres con exceso de peso tendieron a ser más benévolas consigo mismas, ya que, si bien reconocieron el sobrepeso, les costó más admitir la obesidad: solo un 5,7% se percibió como obesa, casi un tercio de lo evaluado por antropometría (13,7%) ($P < 0,001$).

En todas las zonas la obesidad se presentó como un problema de salud pública, dado que la padecía entre un 11% y un 15% de las mujeres. El déficit de peso en las distintas zonas geográficas osciló entre 3,5 y 7%, sin diferencias estadísticamente significativas.

LA NUTRICIÓN DE LAS MUJERES EN EL EMBARAZO

En Canelones el 22% de las mujeres embarazadas mostraba déficit de peso con relación a la talla y la duración del embarazo, el 25,0% presentaba sobrepeso y el 14,2% obesidad. Al comparar el estado nutricional de la mujer embarazada con el de las mujeres con hijos menores de cinco años se observó que prácticamente se mantuvo la proporción de mujeres con sobrepeso (24,6% frente a 25,0% en el embarazo, $P = NS$) y con obesidad (13,5 frente a 14,2% en el embarazo, $P = ns$), pero la proporción de mujeres adelgazadas durante el embarazo resultó mayor (4,4% frente a 22% $P < 0,001$).

LA ALIMENTACIÓN DE LAS MUJERES

Frente a la pregunta “Durante la semana pasada ¿con qué frecuencia tomó usted desayuno?”, 14,4% de las entrevistadas manifestó que “nunca” o “a veces” desayunaba. El 11% de las mujeres que estaban amamantando y el 3% de las embarazadas tampoco desayunaban, o lo hacían a veces. En las diversas zonas de Canelones la realidad fue diferente. En el Santoral urbano, 1 de cada 5 mujeres no desayunaba habitualmente, mientras que en la ciudad de la Costa esta proporción era de 1 cada 10.

En Canelones solo desayunaba según la recomendación del MSP¹ el 6% de las mujeres madres de niños menores de cinco años, el 17% de las embarazadas y el 10% de las mujeres en lactancia. En el desayuno, menos de 10% de las mujeres consumía frutas, y casi un 40% no consumía lácteos. El 60% consumía pan, el 45% manteca o margarina, el 40% dulce, el 50% mate y un 40% café. De cada 10 mujeres, una consumía bizcochos o fiambres como parte del desayuno habitual.

Solo la mitad de las entrevistadas y dos tercios de las embarazadas consumían leche en forma diaria. De las que la consumían, solo un tercio lo hacía en la cantidad aconsejada por el MSP². Las mujeres embarazadas y las que amamantaban, si bien incorporaban con mayor frecuencia la leche, lo hacían en cantidad insuficiente. Solo el 18% de las embarazadas y el 10% de las mujeres en lactancia consumían la cantidad de leche recomendada. En la Ciudad de la Costa resultó más frecuente el consumo de leche que en zonas más rurales como el Santoral o Tala - Migueles - San Jacinto.

Solo un tercio de las mujeres manifestaron haber consumido frutas y un cuarto verduras “todos los días” durante la última semana. A su vez, solo un 28% de las mujeres en general y un 49% de las embarazadas las consumían de acuerdo a

1 “Para rendir más durante el día comience con un desayuno que incluya leche, pan y fruta” (MSP, 2005, mensaje 3).

2 Los lácteos son necesarios en todas las edades. Procure consumir por lo menos medio litro de leche por día”. La mujer embarazada o en lactancia debe consumir un lácteo más por día. (MSP, 2005, mensaje 8).

las pautas establecidas.³ El consumo de frutas y verduras disminuyó al aumentar el nivel de inseguridad alimentaria de los hogares. Sin embargo, cabe destacar que en los hogares con seguridad alimentaria solo un tercio de las mujeres consumió la cantidad aconsejada. Las mujeres de la zona de Pando - Barros Blancos mostraron la menor frecuencia en el consumo de frutas y verduras.

La carne roja formó parte del patrón alimentario de las mujeres de Canelones, ya que dos tercias partes la consumió al menos cuatro días a la semana. Como es de esperar, los hogares con inseguridad alimentaria fueron los que presentaron menor consumo de carne. El pescado resultó un ingrediente prácticamente ausente en la dieta y no formó parte del patrón de consumo de las mujeres de Canelones: solo un 30% lo consumió una vez a la semana.

También se estudió el hábito de "agregar sal a las comidas en la mesa". Dos tercios de las mujeres no la agregaban nunca, pero un 8% de las mujeres lo hacían "siempre antes de probar la comida". Esta costumbre también resultó frecuente entre las embarazadas.

Más del 80% de las mujeres tomaba mate todos los días. El consumo de mate disminuyó un poco entre las embarazadas y se incrementó entre las madres que amamantaban. En los hogares con inseguridad alimentaria el hábito de tomar mate fue aún más frecuente: el 80% de las mujeres tomaba mate a diario en los hogares con seguridad alimentaria, frente al 97% en los hogares con inseguridad alimentaria severa (P= 0,002).

Pese a la frecuencia del hábito de tomar mate, solo un 31% de las mujeres en lactancia y un 25% de las embarazadas manifestó tomar la cantidad de agua diaria requerida. Los refrescos estaban incorporados a sus hábitos alimentarios: un cuarto de las mujeres los consumía diariamente, proporción que aumentó en las madres que amamantaban y disminuyó entre las embarazadas. El patrón de consumo de refrescos resultó similar

en los hogares con seguridad y en aquellos que padecían de inseguridad alimentaria.

LA ACTIVIDAD FÍSICA

Las mujeres evidenciaron una baja actividad física,⁴ ya que solo la cuarta parte declaró que realizaba este tipo de actividad al menos tres veces por semana.

Un cuarto de las mujeres se sintió identificada con la frase "Paso la mayor parte del tiempo sentada y camino poco". Frente a la pregunta "¿En el último mes practicó deportes o realizó actividad física (incluye traslado en bicicleta o a pie) durante 30 minutos o más cada vez?", el 60% respondió negativamente.

EL HÁBITO DE FUMAR

Un tercio de las mujeres fumó en el último mes. Este hábito muestra relación con el nivel de escolaridad: la proporción fumadoras fue de 12% entre las mujeres de nivel educativo alto y de 40% entre las de nivel educativo bajo (P= 0,001).

El 40% de las mujeres permitía fumar en el hogar. Entre las de nivel educativo alto este guarismo cayó al 15% y entre las del nivel muy bajo ascendió hasta casi el 60%.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El estudio puso en evidencia una alta prevalencia de obesidad (12,2% a 15,2%), de sobrepeso (22,3% a 26,1%), de sedentarismo (73% a 77%) y de hábito de fumar (31,4% a 35,1%) entre las mujeres con hijos menores de cinco años. También reveló un vasto porcentaje de población con algún grado de inseguridad alimentaria y mostró que esta tiene importantes implicaciones para la salud de las mujeres (Olson, 1999; McIntyre et al., 2007; Ivers y Cullen, 2011). Casi un 15% evidenció inseguridad moderada o grave; en los Estados Unidos, con similar metodología, en el 2009 se reportó casi un 6% de hogares con muy baja seguridad (Nord et al., 2010).

³ "Consumo de al menos 400 gramos por día de frutas y verduras" (MSP, 2005).

⁴ "Treinta minutos diarios de actividad física moderada para personas adultas" (MSP, 2005).

En los hogares de todas las regiones y condiciones sociales del departamento de Canelones coexistían el déficit de peso, la obesidad, el hábito de fumar, el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos. Sin embargo, en aquellos con inseguridad alimentaria los problemas fueron más frecuentes y las mujeres mostraron un riesgo incrementado de fumar, de estar obesas, de tener una cintura de riesgo cardiovascular y también mayor chance de tener hijos obesos y con retraso de talla.

Tal como ha sido demostrado por otros estudios, el hábito de fumar resultó cuatro veces más frecuente entre las mujeres de nivel educativo bajo (Halonen et al., 2012; Health and Welfare Canada, 1990), y en los hogares con inseguridad alimentaria las mujeres tenían un riesgo incrementado de obesidad y de cintura de riesgo cardiovascular (Townsend et al., 2001; Laraia et al., 2010; Ortiz-Hernández et al., 2007). Se han identificado algunos factores que contribuyen a la obesidad en el contexto de condiciones de inseguridad alimentaria, entre los que se destacan la inactividad física, el aislamiento social, la “comida emocional”, así como también desórdenes alimentarios en torno a los horarios y tiempos de

comida (Tarasuk y Beaton, 1999; Tarasuk, 2001).

Llama la atención que solo un tercio de las mujeres que estaban obesas se reconocieran como tales. Este es un elemento a considerar en el diseño de las políticas, dado que el primer paso para cualquier intervención es conocerse a sí mismo para luego, teniendo conciencia de la situación, emprender acciones concretas (Vibha, 2011). El bajo nivel de actividad física y el bajo consumo de frutas y verduras observado en la encuesta, al igual que el alto consumo de bebidas azucaradas y de alimentos de alta densidad energética —como los bizcochos, la manteca y los fiambres— seguramente contribuyen a un ambiente obesogénico.

GRÁFICO 7. CONDICIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LOS HOGARES

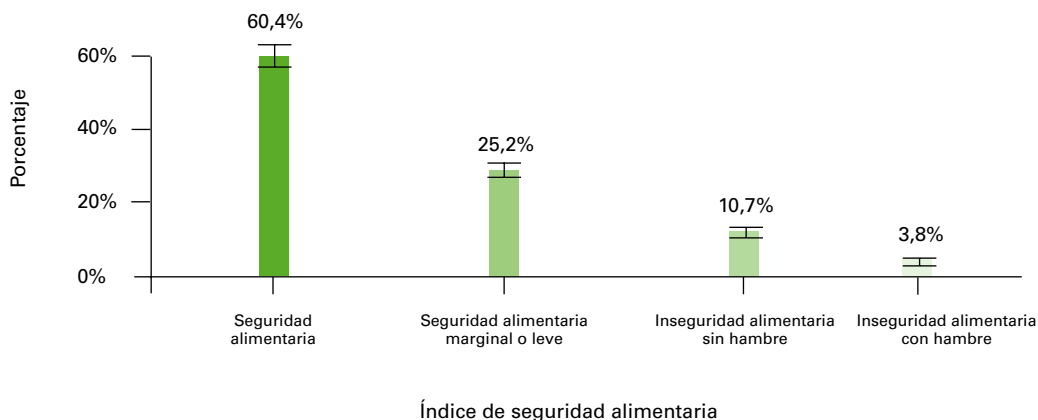


GRÁFICO 8. NUTRICIÓN DE LAS MUJERES EVALUADA SEGÚN IMC

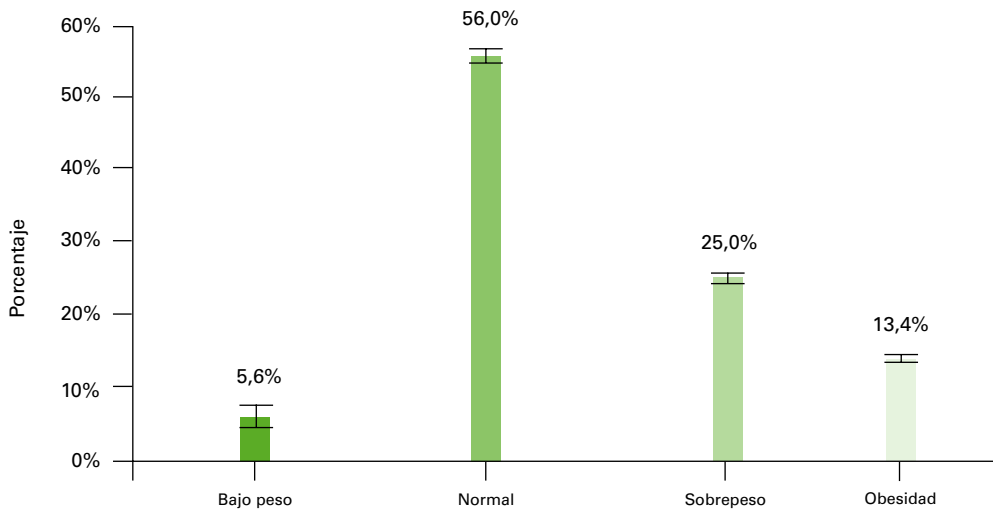


GRÁFICO 9. SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES SEGÚN EDAD

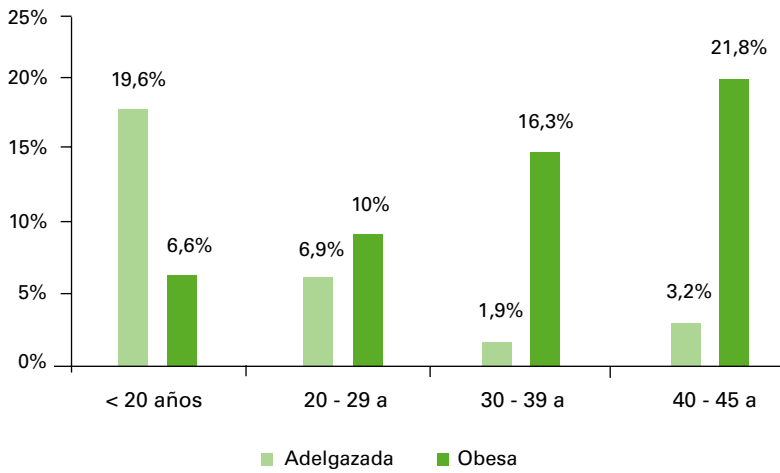


GRÁFICO 10. ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER EMBARAZADA EVALUADO SEGÚN IMCY EDAD DE GESTACIÓN

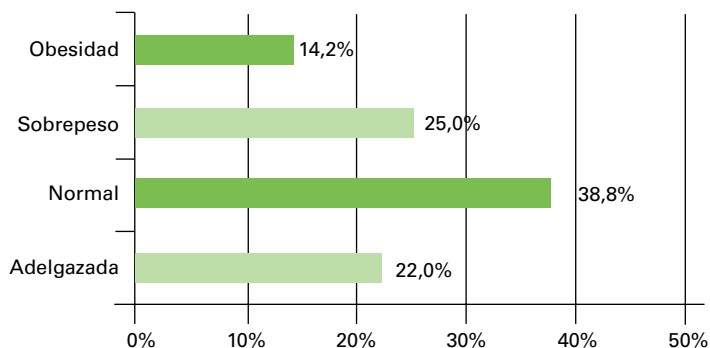
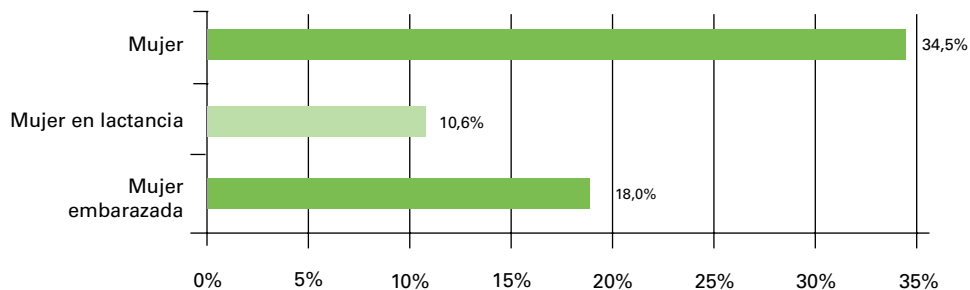


GRÁFICO 11. PORCENTAJE DE MUJERES CON UN CONSUMO ADECUADO DE LECHE AL DÍA*



* Para las mujeres en general se consideró adecuado un consumo diario de dos vasos de leche o más, y para las embarazadas y mujeres en lactancia, tres vasos o más.

TABLA 10. NUTRICIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA SEGÚN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y EDAD

	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria	< 20 años	De 20 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 45 años
	n.º (%)	n.º (%)	n.º (%)	n.º (%)	n.º (%)	n.º (%)
Adelgazada	328 (20,6%)	147 (28,6%)	121 (37,2%)	249 (24,4%)	122 (15,8%)	—
Normal	640 (40,2%)	135 (26,3%)	196 (60,3%)	386 (37,8%)	223 (28,9%)	44 (37%)
Sobrepeso	397 (24,9%)	142 (27,6%)	6 (1,8%)	240 (23,5%)	287 (37,2%)	46 (38,7%)
Obesidad	227 (14,3%)	90 (17,5%)	2 (0,6%)	147 (14,4%)	139 (18%)	29 (24,4%)

GRÁFICO 12. PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONSUMEN 5 O MÁS FRUTAS Y VERDURAS POR DÍA SEGÚN NIVEL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

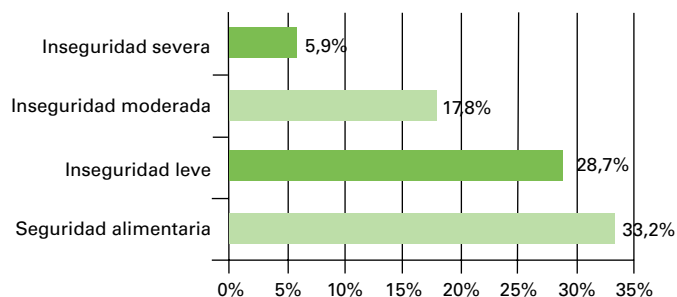


TABLA 12. FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS EN LA ÚLTIMA SEMANA Y NÚMERO DIARIO

	Mujer embarazada	Mujer en lactancia	Mujer
Frutas	%	%	%
Todos los días	51,2	35,0	32,9
4-6 días en la semana	15,0	10,5	12,3
2-3 días en la semana	21,6	28,0	27,1
1 vez en la semana	3,9	7,5	9,6
No consumió en la última semana	8,2	19,0	18,1
Verduras	%	%	%
Todos los días	33,3	28,6	25,8
4-6 días en la semana	18,6	17,3	18,9
2-3 días en la semana	27,5	28,7	33,8
1 vez en la semana	6,6	7,0	8,1
No consumió en la última semana	14,0	18,4	13,5
Frecuencia	%	%	%
Ninguna fruta ni verdura	1,8	3,2	3,8
1 fruta o verdura	8,3	9,5	12,0
2 frutas o verduras	7,0	15,2	20,0
3 frutas o verduras	16,4	23,6	21,1
4 frutas o verduras	17,5	21,0	14,9
5 o más frutas y verduras	49,0	27,5	28,2

TABLA 13. FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNEY PESCADO

	Mujer embarazada	Mujer en lactancia	Mujer
Carne			
Todos los días	33	44	36
4-6 días en la semana	29	20	26
2-3 días en la semana	27	23	28
1 vez en la semana	4	7	7
No consumió en la última semana	7	5	2
Pescado			
2-3 días en la semana	2	3	4
1 vez en la semana	30	21	25
No consumió en la última semana	68	76	70

GRÁFICO 13. CONSUMO DE MATE EN LAS MUJERES, EN LAS EMBARAZADAS Y EN LAS MADRES QUE AMAMANTAN

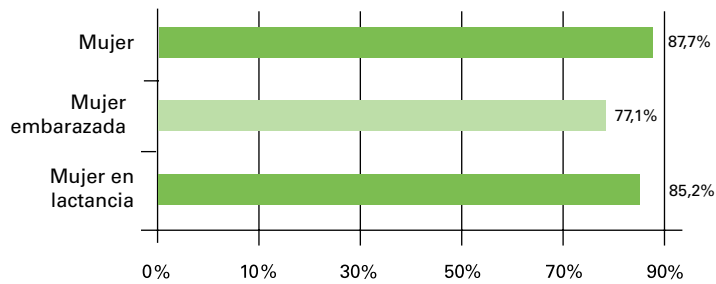


GRÁFICO 14. PORCENTAJE DE MUJERES QUE SIEMPRE AGREGAN SAL A LA COMIDA ANTES DE PROBARLA

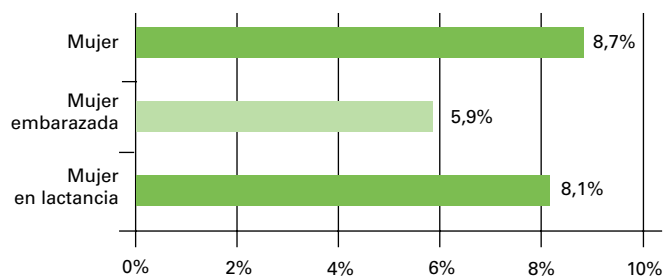


TABLA 14. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMIÓ REFRESCOS EN POLVO O PREPARADOS? EN PORCENTAJE

	Mujer embarazada	Mujer en lactancia	Mujer
Todos los días	18	28	23
4-6 días en la semana	6	12	8
2-3 días en la semana	14	16	16
1 vez en la semana	9	11	11
	54	33	43

TABLA 15. ACTIVIDAD FÍSICA

¿Practicó deportes o realizó actividad física durante 30 minutos o más?	%
• 3 veces por semana o más	25,6
• 1 a 2 veces por semana	10,8
• Menos de 4 veces en el mes	3,1
• No practicó deporte ni actividad física en el mes	60,5
¿Con qué frase usted se siente más representada?	%
• Paso la mayor parte del tiempo sentada y camino poco	25,1
• Camino bastante, pero no realizo ningún esfuerzo físico	46,6
• Hago esfuerzo físico con frecuencia	19,5
• Mi actividad es siempre de mucho esfuerzo físico	8,9

TABLA 16. HÁBITO DE FUMAR

	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Todas
¿Se fuma en el hogar ?	n%	n%	n%	n%	n%	n%
Nunca	376 (32,8%)	3984 (47,%)	5632 (60%)	4496 (79,2%)	1303 (85%)	15791 (60,5%)
Sí, en ocasiones	129 (11,3%)	675 (8,1%)	1179 (12,6%)	383 (6,7%)	142 (9,3%)	2508 (9,6%)
Algunas personas pueden	327 (28,5%)	933 (11,2%)	700 (7,5%)	189 (3,3%)	3 (0,2%)	2152 (8,2%)
Sí, para todas las personas	314 (27,4%)	2775 (33,2%)	1879 (20%)	611 (10,8%)	85 (5,5%)	5664 (21,7%)
¿Fumó un cigarrillo en el último mes?	n%	n%	n%	n%	n%	n%
Sí	452 (39,4%)	3737 (44,7%)	3190 (34,0%)	1162 (20,5%)	189 (12,3%)	8730 (33,4%)
No, dejó hace menos de seis meses	34 (3,0%)	86 (1,0%)	219 (2,3%)	152 (2,7%)	74 (4,8%)	565 (2,2%)
No, dejó hace más de seis meses	253 (22,1%)	1048 (12,5%)	1779 (18,9%)	1263 (22,2%)	322 (21,0%)	4665 (17,9%)
No, nunca ha fumado	407 (35,5%)	3496 (41,8%)	4202 (44,7%)	3102 (54,6%)	948 (61,8%)	12155 (46,5%)

EL RECIÉN NACIDO

Los derechos, la igualdad de oportunidades y la equidad deben generarse desde el inicio de la vida (Kramer et al., 2004). La etapa fetal y los primeros meses son períodos especiales de alta plasticidad y sensibilidad al medioambiente (Barker, 2004), durante los cuales se “programan” órganos y sistemas (Godfrey y Barker, 2001) que condicionan el óptimo desarrollo, la salud y el bienestar para toda la vida.

Las principales causas para el retraso del crecimiento intrauterino son factores maternos como la inadecuada nutrición, una baja estatura, enfermedades crónicas, factores genéticos, patologías de la placenta, infecciones, hábito de fumar y alcohol. Hay evidencia científica suficiente de fuerte asociación entre el bajo peso al nacer y el posterior riesgo de enfermedad y de muerte (Gluckman et al., 2007; Gluckman et al., 2008). Un niño de bajo peso al nacer, con incrementos de peso acelerados en los primeros meses de vida, tiene más probabilidades de presentar hipertensión, intolerancia a la glucosa y problemas cardiovasculares que le limitarán su expectativa de vida y en especial su calidad de vida (Martorell et al., 2001; Hanson et al., 2009; Corvalán et al., 2009; Harding, 2001).

Por otro lado, los niños que nacen con más de 4 kilogramos de peso están más expuestos a la cesárea, la distocia y el trauma al nacer (Stettler, 2007), y en la vida adulta tienen mayor chance de ser obesos. Entre las principales causas de macrosomía se destacan la diabetes materna, el sobrepeso y el exceso de ganancia de peso durante el embarazo (Lucas et al., 2007).

SUJETOS Y MÉTODO

El peso y la talla al nacer, así como también la duración del embarazo, fueron relevados a partir

de los datos registrados en el carné de salud del niño. Se estudiaron las condiciones al momento de nacer de los 2.051 niños menores de cinco años del departamento de Canelones. Se consideró bajo peso al nacer el inferior a 2.500 gramos, macrosomía el superior a 4.000 g y prematuros a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación.

DURACIÓN DEL EMBARAZO Y PESO AL NACER DEL NIÑO

La encuesta de Canelones puso de manifiesto que el 11% de los niños nacieron prematuros. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según edad de la madre, nivel de ingresos o lugar de atención de la salud. Sin embargo, se observó una mayor proporción de niños nacidos antes de las 37 semanas entre las mujeres que controlaron tardíamente su embarazo (12,2%) en relación a las que se controlaron en forma temprana (8,7%) ($P = 0,009$). El riesgo de prematuridad se incrementó una vez y media entre las mujeres que habían controlado su embarazo tardíamente (OR: 1,6 [1,1-2,2])

La proporción de recién nacidos prematuros osciló entre 7,8% en la microrregión de Canelones - Santa Lucía hasta 13% en la microrregión de Pando - Barros Blancos.

EL PESO AL NACER

El porcentaje de bajo peso al nacer (< 2.500 g) observado en la encuesta de Canelones fue de 7,8% (0,6% < de 1.500 g) y el de macrosomía (> 4.000 g), 5,9%.

Al analizar en forma conjunta las variables asociadas al bajo peso al nacer se observó, como era de esperar, que el principal factor de riesgo fue la prematuridad (OR: 20,4 [14,0-30,0]). Como condiciones maternas se evidenció que la talla de la mujer por debajo de 1,50 cm (OR: 2,6 [1,3-5,1])

incrementaba dos veces y media la probabilidad de hijos de bajo peso, y el déficit de peso materno (IMC < 18,5 kg/m²) lo duplicaba (OR: 2,00 [1,1-3,7]). Las condiciones sociales tales como baja escolaridad de la madre (OR: 1,8 [1,2-2,6]) o familias con cinco integrantes o más (OR: 1,7 [1,2-2,5]) también aumentaban los riesgos de nacer con bajo peso.

Respecto a la macrosomía, los factores de riesgo que ingresaron en el modelo multivariado fueron la estatura materna por encima de 1,60 cm (OR: 1,7 [1,2-2,5]) y la cintura mayor de 88 cm (OR: 1,77 [1,2-2,6]).

La información por microrregión mostró que los porcentajes más altos de bajo peso al nacer correspondían a los niños provenientes de las zonas de Las Piedras, La Paz y Progreso (11,1%) y también de la microrregión de Tala, Migués y San Jacinto (11,4%), y los más bajos a los de Ciudad de la Costa y Costa de Oro (6%) (P < 0,001). Con relación a la macrosomía no se observaron diferencias estadísticamente significativas por microrregión.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Al igual que en el resto del país, casi el 11% de los niños de Canelones nacieron antes de las 37 semanas. No se observaron diferencias según nivel socioeconómico ni edad de la madre. Sin embargo, en el grupo de los embarazos controlados tardíamente se observaron casi 4 puntos más de partos prematuros y un riesgo incrementado (OR: 1,6 [1,1-2,2]), lo cual puso en evidencia el valor del control oportuno del embarazo.

Los resultados de la encuesta demuestran, al igual que otros estudios (Bove y Cerruti, 2007; Spencer, 2003; WHO, 1995), que los embarazos controlados tardíamente, de corta duración, de

mujeres de baja talla y bajo nivel educativo por carencias en su propia infancia, con bajo peso y que viven en hogares numerosos, fueron los que presentaron mayor probabilidad de nacer con bajo peso.

La proporción de niños nacidos con bajo peso se ha mantenido estable desde hace más de tres décadas y, dadas las condiciones del país con relación a otros países de la región, resulta inaceptable (UNICEF Y WHO, 2004; De Onis et al., 1998). Ello muestra la necesidad de un trabajo interinstitucional para mejorar en el país las condiciones de la mujer previas y durante el embarazo.

GRÁFICO 15. PESO DEL NIÑO AL NACER

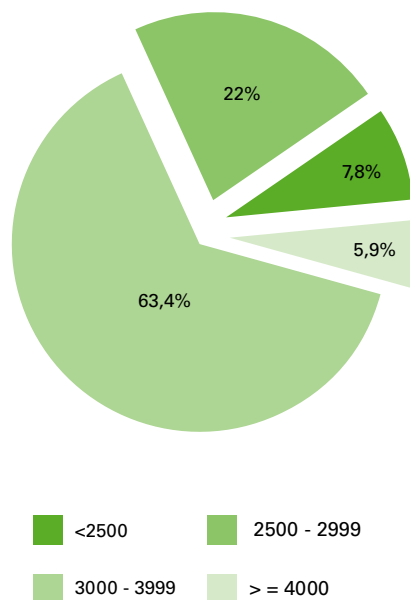


TABLA 17. PORCENTAJE DE NIÑOS DE PRETÉRMINO SEGÚN CONTROL DEL EMBARAZO

	Nacimiento a las 37 semanas o más	Niños pretérmino
Control temprano del embarazo	10.774 (91,3%)	1.024 (8,7%)
Control tardío del embarazo	12.900 (87,8%)	1.786 (12,2%)
Total	23.674 (89,4%)	2.810 (10,6%)

TABLA 18. NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER POR MICRORREGIÓN DE CANELONES

Microrregión	
Canelones y Santa Lucía	189 (7,5%)
La Paz, Las Piedras y Progreso	861 (11,1%)
Pando y Barros Blancos	616 (7,8%)
Ciudad de la Costa y Costa de Oro	462 (6,0%)
Santorral	78 (6,4%)
Tala, Mígues y San Jacinto	91(11,4%)
Total	2098 (7,9%)

TABLA 19. FACTORES DE RIESGO PARA LA PREMATURIDAD, EL BAJO PESO Y LA MACROSOMÍA

Pretérmino - 2.810 (10,6%)	n (%)*	B ‡	SE ‡	OR (CI: 95%)†
Control tardío del embarazo	1.786 (12,2%)	0,44	0,17	1,1-2,2
Bajo peso al nacer - 2.098 (7,8%)	n (%)*	B ‡	SE ‡	OR (CI: 95%)†
Prematuridad	1.188 (41,6%)	3,02	0,19	20,4 (14,0-30,0)
Baja estatura materna (< 1,50 m)	191 (13,9%)	0,94	0,35	2,56 (1,3-5,1)
Bajo peso materno (IMC < 18,5 kg/m ²)	213 (15,5%)	0,69	0,31	2,00 (1,1-3,7)
Primaria incompleta	568 (9,7%)	0,56	0,19	1,8 (1,2-2,6)
Familias numerosas (≥ 5 personas)	1.047 (10,2%)	0,53	0,19	1,7 (1,2-2,5)
Macrosomía - 1.586 (5,9%)	n (%)*	B ‡	SE ‡	OR (CI: 95%)†
Estatura materna >1,60 m	994 (7,9%)	0,55	0,194	1,7 (1,2-2,5)
Cintura materna > 88cm	662 (7,8%)	0,57	0,19	1,77 (1,2-2,6)

LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO

El cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo de los niños en todos sus aspectos: físicos, psíquicos y sociales. La protección de la salud del niño tiene una extraordinaria importancia, ya que en este período se establecen los cimientos de la salud para toda la vida.

Proteger la salud del niño requiere la atención de los servicios de salud y debe incluir actividades de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de atención curativa y rehabilitadora. Las dos primeras son fundamentales en las etapas tempranas de la vida, las más adecuadas para adoptar actitudes y hábitos saludables que repercutirán en el estado de salud en las etapas siguientes. Las medidas de prevención y de detección precoz de riesgos evitarán alteraciones y secuelas permanentes.

A través de las visitas a control en los servicios de salud se procura evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, detectar patologías en forma temprana, llevar a cabo prácticas preventivas (vacunación, suplementación con micronutrientes, entre otras) y orientar a los padres sobre el cuidado del niño y la prevención de los problemas de salud más frecuentes (lactancia materna, introducción apropiada de alimentos, promoción del desarrollo infantil, prevención de enfermedades comunes como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas). Estos constituyen elementos claves que deben ser promovidos y garantizados a todo ciudadano desde el momento de su nacimiento.

SUJETOS Y MÉTODO

Fueron estudiados 2.051 niños que representaron a 13.330 varones y 13.594 niñas menores de cinco

años que vivían en el departamento de Canelones.

La protección de la salud infantil se evaluó a través del carné de salud del niño. En este se registran los datos básicos al nacer, como el peso, la talla y el perímetro cefálico, y los principales aspectos de la evolución de su salud, como el crecimiento y desarrollo, las vacunaciones, la alimentación, la suplementación con micronutrientes, las principales enfermedades y tratamientos, entre otros. El 90,2% de los niños menores de cinco años poseía el carné de salud, a través del cual se analizó el control del niño sano.

Se estudió la adecuación de los controles de salud del niño con las recomendaciones del Programa Nacional de Salud de la Niñez (MSP, 2007), a partir de la fecha del último control registrada en el carné de salud del niño. De acuerdo a la frecuencia de los controles y la edad del niño, se definieron tres categorías: *control adecuado*, cuando la frecuencia se ajustaba a la norma; *control intermedio*, cuando el tiempo transcurrido desde el último control se apartaba en forma moderada de la norma, y *control inadecuado* cuando el tiempo era francamente mayor que el recomendado, según se puede apreciar en la tabla 20. Para evaluar el nivel de inmunización, se le preguntó a la madre si el niño tenía carné de vacunación. En caso de respuesta afirmativa se registraba por separado cada una de las vacunas que había recibido el niño y la fecha de aplicación de cada dosis. No se incluyó un modo alternativo de recabar la información en caso que la madre no pudiera mostrar el carné de vacunación. El 98,6% de las madres dijo que el niño encuestado contaba con carné de vacunación, y de ellas el 91,1% lo presentó y permitió

recoger la información de cada vacuna que recibió el niño.

La información sobre cobertura de vacunaciones se analizó en forma separada para dos grupos de niños: un grupo de 12 a 23 meses, que es la edad en que deberían haber completado el esquema de vacunación, y otro compuesto por los niños de 12 a 59 meses, como forma de contemplar la situación de aquellos que tienen retraso en la aplicación de las vacunas.

CONTROL DEL NIÑO SANO

Se pudo observar que un 13,1% de los niños menores de cinco años no acudía a ningún servicio para controlar la salud. Esta proporción cayó a un 6,6% entre los menores de 24 meses y ascendió al 18,0% entre los de dos a cinco años ($P < 0,001$). Los niños mayores de dos años triplicaron las probabilidades de no concurrir a control en el servicio de salud respecto a los menores (OR: 3,0 [2,8-3,3]).

La concurrencia a los controles en salud estuvo fuertemente asociada a las condiciones sociales de los hogares y al comportamiento de la madre. Los hogares numerosos, con siete integrantes o más, casi triplicaron la probabilidad de no asistir a control (OR: 2,7 [2,3-3,2]). Por su parte, las mujeres jefas de hogar (OR: 1,8 [1,7-2,0]) y las madres fumadoras (OR: 1,7 [1,5-1,8]) casi duplicaron la probabilidad. Las condiciones de pobreza incrementaron en casi un 50% las posibilidades de no llevar a los hijos al servicio de salud: ingreso per cápita del hogar inferior al primer cuartil (OR: 1,5 [1,4-1,7]); necesidades básicas insatisfechas (OR: 1,5 [1,3-1,6]); menos de seis años de educación de la madre (OR: 1,4 [1,3-1,5]) y agua fuera de la vivienda (OR: 1,4 [1,2-1,6]). Cuando

las madres manifestaron sentirse siempre o casi siempre agotadas o desanimadas también se incrementó el riesgo de no llevar a sus hijos al control en salud.

Para el 63,2% de los niños la fecha del último control se adecuaba a la norma (control adecuado), en el 18,4% de los casos existía un retraso moderado y en el 16,4% la fecha de asistencia al último control se apartaba notoriamente de la norma (control inadecuado). A medida que aumentó la edad del niño se observó un control en salud menos adecuado. Entre los niños menores de un año se adecuaba a la norma el 70,9% de los casos; al año, el 64%, y a los tres años, el 50% (gráfico 18).

El mayor porcentaje de control inadecuado de salud se observó en los niños que residían en las microrregiones de Pando - Barros Blancos y en la de La Paz - Progreso - Las Piedras, donde para uno de cada cinco la fecha de asistencia al último control de salud se encontraba francamente retrasada respecto a la norma. Para explicar la concurrencia inadecuada a control, la principal razón planteada fue "no lo considero necesario" (60%), seguida de "falta de dinero", "distancia" y "no tener con quién dejar a los otros niños", aunque estas en proporción bastante menor.

LAS VACUNAS

Solo el 76,2% de los niños de 12 a 23 meses de edad tenía todas las vacunas correspondientes a su edad: BCG (la recibió el 99,6%); polio (el 95,8% recibió tres dosis antes de cumplir los dos años de edad y el 81,3% recibió tres dosis y un refuerzo); pentavalente (el 95,3% recibió tres dosis y el 81,4% tres dosis y un refuerzo antes

TABLA 20. CRITERIOS PARA EVALUAR LA ADECUACIÓN DE LOS CONTROLES DE SALUD A LAS NORMAS DE CONTROL DEL NIÑO SANO

	Niños de 0 a 12 meses	Niños de 13 a 24 meses	Niños de 25 a 48 meses	Niños de 48 a 59 meses
Control adecuado	< 1 mes	< de 3 meses	< de 4 meses	< 6 meses
Retraso en el control	1-2 meses	3-4 meses	4-6 meses	6-9 meses
Control inadecuado	> 2 meses	> 4 meses	> 6 meses	> 9 meses

de cumplir los dos años de edad); SRP, primera dosis (83,3%), y varicela (83,3%).

Entre los 12 a 59 meses de edad se pudo observar un aumento de 10 puntos porcentuales en todas las vacunas respecto al tramo de 12 a 23 meses: el 84,5% de los niños tenía la vacunación completa y el 15,4% incompleta. La cobertura de BCG alcanzó al 98,9%, el refuerzo de polio al 91,3%, el refuerzo de pentavalente al 90,1%, SRP al 91,6% y varicela al 91,9% de los niños.

Al observar el proceso de administración de las dosis de las vacunas (oportunidad de la vacunación) puede constatar que el 99,4% de los niños habían recibido la BCG antes de los dos meses de edad. En cuanto a la polio y la pentavalente (que se administran en forma conjunta) los resultados fueron muy similares: entre los seis y los ocho meses de vida el 84,6% de los niños se encontraba vacunado con la tercera dosis de polio y el 84,3% con la tercera dosis de penta. Lo mismo ocurría para la dosis de refuerzo de estas vacunas: entre los 12 y los 14 meses el 82,4% y el 81,7% la habían recibido, y el resto de los niños completó el proceso de vacunación en el segundo año de vida. Resultados similares se observaron para la vacunación triple viral y varicela, que solo el 85,9% y el 84,2% de los niños respectivamente habían recibido entre los 12 y los 14 meses, de acuerdo a la pauta de vacunación.

Los niños pertenecientes a hogares con dos o más NBI y cuyas madres tenían bajo nivel de instrucción presentaron los menores porcentajes de cobertura para las vacunas penta, SRP y varicela.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La encuesta puso en evidencia que un 13% de los niños menores de cinco años no acudía al control en los servicios de salud, que de los que concurrían casi un 20% no lo hacía con la frecuencia recomendada y que el proceso de vacunación era más lento que lo esperado de acuerdo a las normas nacionales. Estas situaciones se observaron

fuertemente vinculadas a las condiciones sociales y de pobreza de los hogares, así como también a ciertos comportamientos de riesgo, como el hábito de fumar, y el estado de ánimo de la madre del niño.

Respecto a las vacunas, los resultados de la encuesta guardaron parcial concordancia con los obtenidos de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes para el departamento de Canelones en el 2005,⁵ ya que se encontraron cifras similares de cobertura para la BCG, la pentavalente y la antipoliomielítica, pero sensiblemente menores para el caso de las vacunas triple viral y contra la varicela.

Como sostienen los organismos de las Naciones Unidas, la causa más grave de enfermedad en el mundo es la pobreza (Sonis, 2001), y el riesgo de enfermar y de morir se incrementa en condiciones de menor acceso a los servicios de salud (Arteaga et al., 2002). En el Uruguay el actual gobierno ha ubicado la equidad en el centro de las políticas que busca impulsar (CNPS, 2010). La existencia de marcadas desigualdades en el acceso a los servicios resulta más que suficientes para apoyar la planificación de intervenciones orientadas a superar las inequidades en salud desde el inicio de la vida, obligando a la búsqueda de respuestas para las poblaciones más desprotegidas (Sass et al., 2010).

LA LACTANCIA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El inicio temprano de la lactancia, su exclusividad en los primeros seis meses de vida y luego la continuación en forma conjunta con alimentos complementarios adecuados, oportunos e inocuos han demostrado beneficios incuestionables en el corto y largo plazo sobre la salud (Stettler, 2007).

La lactancia materna se ha asociado con una reducción de la morbilidad por infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como también de la mortalidad por el síndrome de muerte súbita del lactante y la enterocolitis necrotizante. La protección contra las infecciones se ha demostrado que

5 Fuente: Departamento de Inmunizaciones CHLATEP, noviembre de 2007.

persiste en el segundo e incluso el tercer año de la vida (Ip et al., 2007).

En los últimos años también se ha estudiado el posible efecto de la lactancia sobre la salud en el largo plazo e incluso en la edad adulta (Kramer, 2010). Se han reportado efectos contra la obesidad (Owen et al., 2005), la hiperlipidemia (Owen et al., 2002), la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina y la diabetes tipo 2 (Owen et al., 2007), la enfermedad atópica (Gdalevich et al., 2001), e incluso contra otras enfermedades con una presunta base inmunológica. Por último, la lactancia materna también se ha asociado con una mayor capacidad cognitiva (Anderson et al., 1999).

El estándar de crecimiento de la OMS está basado en niños saludables, amamantados en forma exclusiva al menos por cuatro meses y que luego continuaron la lactancia junto con alimentos complementarios adecuados (De Onis et al., 2004).

Para evaluar la práctica de la lactancia materna se siguieron los últimos lineamientos de OMS-UNICEF (2010). Se estudió el consumo de leche materna y de otros alimentos a través del recordatorio desde que el niño se despertó el día anterior hasta que se despertó el día de la encuesta. Se evaluó la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, su duración, así como también el inicio, el primer líquido diferente de la leche materna, la edad de introducción de alimentos complementarios y el tipo de estos alimentos.

LACTANCIA MATERNA

Casi todos los niños menores de cinco años del departamento de Canelones habían sido amamantados alguna vez (97,6%). La mitad inició la lactancia dentro de la primera hora de vida, un tercio entre una y tres horas y menos de un 20% luego de las tres horas de vida.

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna en Canelones resultó muy precoz, ya que a los dos meses el 37,9% de los bebés estaba tomando fórmula, el 17,2% leche de vaca, el 6% té de yuyos, el 4,5% agua y el 3% recibía azúcar en el chupete. A los cinco meses solo la cuarta parte de los niños estaban alimentados exclusivamente con leche materna. La tasa de lactancia exclusiva

en los menores de seis meses resultó de 47,9%.

El 81,3% de los niños menores de seis meses, el 56,4% de los de seis meses a un año, el 34,9% de los de un año a un año y medio y casi el 30% de los niños de entre un año y medio y dos años continuaban tomando pecho. También lo hacían casi un 15% de los niños de 24 a 30 meses y casi un 5% de los mayores de tres años. La Paz - Las Piedras - Progreso fue la zona donde la duración de la lactancia resultó más prolongada, seguida por Pando - Barros Blancos. La duración fue menor en el Santoral y en Tala - Migues - San Jacinto.

LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS DE 6 A 23 MESES

La alimentación de los niños el día anterior a la encuesta se analizó solo para los de 6 a 23 meses. A esta edad el 40% de los niños seguían siendo amamantados. El consumo de leche de fórmula para lactantes resultó bajo para los niños de 6 a 8 meses (solo un 12% la consumía) y casi nulo para los de 12 a 23 meses. Por el contrario, la leche de vaca sin modificar fue consumida por más de la mitad de los niños de 6 a 8 meses y por el 80% de los de 12 a 23 meses. Un tercio de los niños de 6 a 8 meses tomaron yogur y queso el día anterior a la encuesta. Esta proporción se elevó a más de la mitad entre los mayores de 12 meses.

Dos tercios de los niños de entre 6 y 23 meses comieron frutas y verduras el día previo a la encuesta; más del 80% comió arroz y entre el 60% y el 80% comió pan. La mitad de los niños de 6 a 8 meses, el 70% de los de 8 a 12 meses y el 80% de los de 12 a 23 meses habían consumido carne el día anterior.

El 40% de los niños de 12 a 23 meses consumió alimentos sin valor nutricional, como caldos y refrescos artificiales. También fueron frecuentes las golosinas (consumidas por entre el 13% y el 15% de los niños de 6 a 11 meses y el 35% de los de 12 a 23 meses) y los snacks (10% de los niños). Entre un 5% y un 10% de los niños tomaron mate. Un 28% de las familias con niños de 6 a 8 meses le agregaron sal a las comidas; esta proporción alcanzó al 45% entre las familias con

niños de 12 a 23 meses. El consumo de embutidos aumentó también con la edad.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La tasa de lactancia exclusiva en el departamento de Canelones (47,9%) resultó 10 puntos más baja que la observada para todo el país (57% en el año 2007) (Bove y Cerruti, 2007). En forma muy precoz se incluyeron fórmulas para lactantes, leche de vaca, tés de yuyos, agua y azúcar en el chupete. En la alimentación complementaria se consumían con frecuencia alimentos potencialmente dañinos y de bajo valor nutricional, como los caldos, los refrescos artificiales, las golosinas y los snacks.

El trabajo puso de relieve la necesidad de implementar estrategias para mejorar las prácticas de alimentación de los niños del departamento de Canelones.

GRÁFICO 16. ADECUACIÓN DE LA ASISTENCIA DEL NIÑO A CONTROL DE SALUD

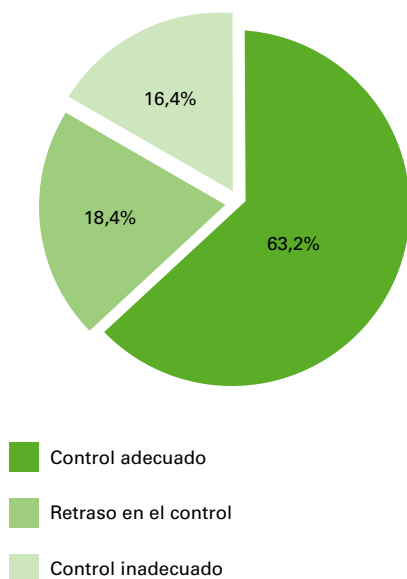


GRÁFICO 17. ADECUACIÓN DE LA ASISTENCIA A CONTROL SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS

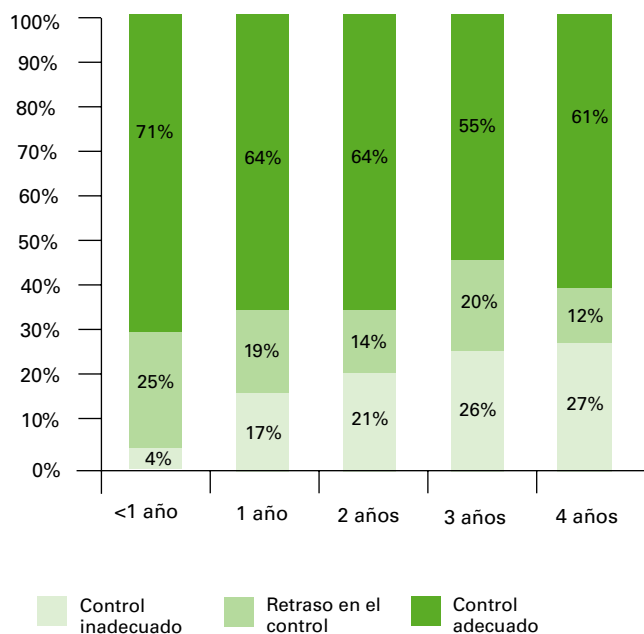


TABLA 21. PORCENTAJE DE NIÑOS QUE NO ACUDEN A CONTROL SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIALES

	No acude	P
Total de niños	3.534 (13,1%)	< 0,0001
Hogar con NBI	1.837 (17,9%)	< 0,0001
Hogar con siete integrantes o más	391 (18,2%)	0,006
Hogar con hacinamiento	823 (20,3%)	0,001
Agua fuera de la vivienda	454 (22,7%)	< 0,0001
Sin baño dentro del hogar	974 (20,8%)	0,001
Ingreso per cápita bajo (1.er cuartil)	1.293 (17,2%)	< 0,0001
Menos de 6 años de educación	1.368 (19,2%)	< 0,0001
Mujer jefa de hogar	1.307 (20,2%)	< 0,0001
Madre fumadora	1.694 (18,4%)	< 0,0001
Inseguridad	2.047 (17,1%)	< 0,0001
Siempre, casi siempre o muchas veces se sintió desanimada	975 (18,6%)	0,006
Siempre, casi siempre o muchas veces se sintió agotada	1.189 (15,6%)	0,009
Niño mayor de dos años	2.770 (18,0%)	< 0,0001

.....

TABLA 22. FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA NO ASISTENCIA DEL NIÑO AL CONTROL DE SALUD

No acude a control del niño sano	3.534 (13,1%)	B ±	SE ±	P	OR (CI: 95%)†
Niño mayor de dos años	2.770 (18,0%)	1,11	0,05	0,00	3,0 (2,8 - 3,3)
Hogar con siete integrantes y más	391 (18,2%)	1,00	0,08	0,00	2,7 (2,3-3,2)
Mujer jefa de hogar	1.307 (20,2%)	0,60	0,04	0,00	1,8 (1,7-2,0)
Madre fumadora	1.694 (18,4%)	0,50	0,04	0,00	1,7 (1,5-1,8)
Ingreso per cápita bajo (1.er cuartil)	1.293 (17,2%)	0,42	0,05	0,00	1,5 (1,4-1,7)
Hogar con NBI	1.837 (17,9%)	0,39	0,05	0,00	1,5 (1,3-1,6)
Menos de seis años de educación de la madre	1.209 (20,1%)	0,34	0,05	0,00	1,4 (1,3-1,5)
Agua fuera de la vivienda	454 (22,7%)	0,31	0,07	0,00	1,4 (1,2-1,6)
Siempre o casi siempre la madre se sintió agotada	1.189 (15,6%)	0,16	0,04	0,00	1,2 (1,1-1,3)
Sin baño dentro del hogar	974 (20,8%)	0,13	0,06	0,04	1,1 (1,01-1,3)
Siempre o casi siempre la madre se sintió desanimada	975 (18,6%)	0,11	0,05	0,03	1,1 (1,01-1,2)

TABLA 23. INMUNIZACIÓN COMPLETA DE NIÑOS ENTRE 12 Y 13 MESES, POR TIPO DE VACUNAS

	BCG	Antipolio (refuerzo)	Pentavalente (refuerzo)	Triple viral	Varicela	Todas	Total de casos
Nivel socioeconómico							
• NBS	100	85,6	85,1	85,9	100	85,6	85,1
• Una NBI	97,5	80,0	80,0	82,9	97,5	80,0	80,0
• Dos o más NBI	100	69,8	68,2	76,1	100	69,8	68,2
Nivel de instrucción de la madre							
• Bajo	99	76,5	74,9	77,7	99	76,5	74,9
• Medio	100	91,5	91,3	93,4	100	91,5	91,3
• Alto	100	74,5	77,1	79,9	100	74,5	77,1
• Muy alto	100	77,4	72,9	77,4	100	77,4	72,9
Total	99,6%	81,6%	80,6%	83,3%	99,6%	81,6%	80,6%

TABLA 24. INMUNIZACIÓN POR TIPO DE VACUNA EN NIÑOS DE 12 A 59 MESES DE EDAD

Vacuna	Sí		N.º		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
BCG	19.485	98,9	213	1,1	19.698	100
Polio	17.979	91,3	1.719	8,7	19.698	100
Penta	17.749	90,1	1.949	9,9	19.698	100
SRP	18.043	91,6	1.655	8,4	19.698	100
Varicela	18.111	91,9	1.587	8,1	19.698	100
Vacunación completa	16.669	84,6	3.029	15,4	19.698	100

GRÁFICO 18. ALIMENTOS CONSUMIDOS POR LOS NIÑOS MENORES DE 2 MESES DURANTE EL DÍA ANTERIOR A LA ENCUESTA

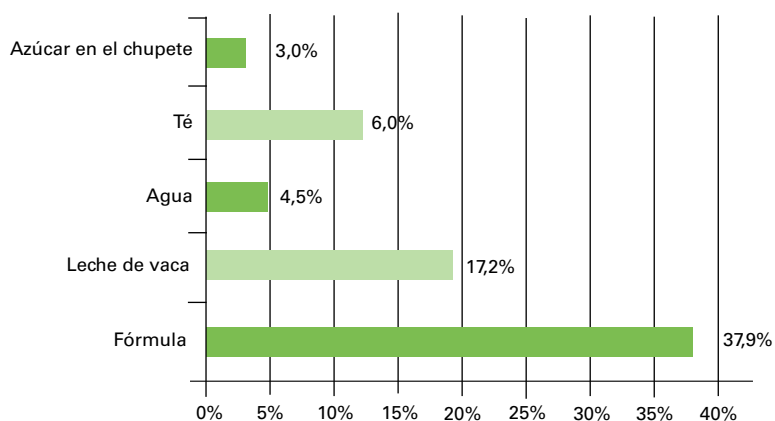


TABLA 25. EDAD AL RECIBIR CADA VACUNA SEGÚN TIPO DE VACUNA

Tipo de vacuna	Edad en meses									Total	N.º de casos	No se aplicó
	0-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17	18-23	24-35	36-59			
BCG	99,4	0,5	0,1	0,1						100	1.880	230
Polio 1	85,6	11,1	1,4	0,2	0,9	0,1	0,2	0,3	0,1	100	1.796	318
Polio 2	1,1	85,0	9,7	20,1	0,8	0,2	0,6	0,4	0,1	100	1.695	419
Polio 3	0,3	2,7	81,6	8,8	3,5	1,0	1,6	0,5		100	1.588	526
Polio refuerzo	1,3	0,3	2,1	1,5	82,4	6,4	3,6	2,1	0,4	100	1.347	763
Penta 1	85,5	10,8	1,4	0,3	1,1	0,1	0,2	0,4	0,2	100	1.763	351
Penta 2	1,7	84,3	9,8	2,2	0,8	0,2	0,5	0,4	0,1	100	1.660	448
Penta 3	0,5	3,8	80,1	8,7	3,6	0,9	1,8	0,4	0,1	100	1.578	536
Penta refuerzo	1,2	0,6	2,3	1,6	81,7	6,6	3,7	1,9	0,4	100	1.342	772
SRP	1,4	0,2	1,0	1,8	85,9	6,3	2,3	1,3	0,1	100	1.356	758
Varicela	0,8	0,2	0,9	1,9	84,2	7,2	3,0	1,5	0,3	100	1.350	764

TABLA 26. PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EDAD Y REGIÓN GEOGRÁFICA

	Canelones y Santa Lucía	La Paz, Las Piedras y Progreso	Pando y Barros Blancos	Ciudad de la Costa y Costa de Oro	Santoral	Tala, Migue y San Jacinto	Total
	%	%	%	%	%	%	%
Menos de 6 meses	80,5	83,8	69,7	93,5	71,5	81,9	81,3
6 a 11 meses	50,0	63,4	57,1	54,1	44,8	39,5	56,4
12 a 17 meses	26,7	47,7	35,5	25,6	26,0	24,0	34,9
18 a 23 meses	25,6	35,7	41,2	9,4	12,8	18,8	29,7
24 a 29 meses	19,0	17,6	14,3	13,9	3,4	3,8	14,9
30 a 36 meses	7,4	14,7	17,2	7,7	3,5	7,8	11,9
36 a 41 meses	2,7	4,5	5,7	5,3	3,3	—	4,7
42 a 47 meses ^S	—	6,5	2,7	2,4	—	3,4	3,2
48 a 54 meses	5,9	7,7	3,7	3,8	3,6	3,1	5,0
Total	26,1	33,0	28,7	23,1	21,3	26,8	27,8

TABLA 27. CONSUMO DE ALIMENTOS EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES

	6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 23 meses
Fórmula para lactantes	12,5%	7,8%	3,9%
Leche de vaca	54,5%	56,2%	80,4%
Yogur	38,3%	45,0%	52,9%
Queso	37,6%	56,4%	56,4%
Verduras	78,2%	70,9%	72,8%
Frutas	74,6%	71,3%	74,4%
Carnes	56,7%	71,9%	83,1%
Arroz	81,3%	87,8%	95,5%
Pan	67,8%	87,1%	94,2%
Huevo	13,7%	20,4%	36,8%
Caldos	37,4%	40,2%	44,6%
Jugos	34,7%	27,6%	40,9%
Gaseosas	13,0%	25,1%	39,1%
Mate	5,6%	1,4%	10,8%
Sal	28,5%	32,7%	45,5%
Carnes para chupar	18,2%	9,5%	9,2%
Embutidos	6,7%	11,1%	22,6%
Golosinas	13,0%	15,9%	35,5%
Snacks, papitas	9,8%	10,1%	10,1%

LA NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS MENORES A CINCO AÑOS DE CANELONES

La epidemia de obesidad parece ser la consecuencia de cambios seculares en la cultura, en los comportamientos y en los estilos de vida de la población a escala mundial. No obstante, hay evidencia de que el crecimiento y la nutrición en útero y durante la primera infancia también son factores críticos por cuanto programan a largo plazo la propensión a la obesidad en la vida adulta (Wells et al., 2005). Factores genéticos pueden influir en la composición corporal, el control del apetito a nivel hipotalámico e incrementar el riesgo de sobrealimentación (Dunger et al., 2007; Rolland-Cachera y Péneau, 2011). Sin embargo, para disparar la obesidad es necesario un ambiente obesogénico (Tounian, 2011): la genética del niño “carga el rifle” mientras que el ambiente “aprieta el gatillo” (Lobstein, 2004).

Diabetes materna, obesidad de los padres, fumar durante el embarazo, lactancia materna breve o inexistente, macrosomía al nacer, ganancia acelerada de peso, pocas horas de sueño, retraso de talla, poca actividad física y consumo de bebidas azucaradas durante la infancia se han visto asociados a un aumento del riesgo de obesidad en la vida adulta (Monasta et al., 2010; Robinson y Godfrey, 2008; Uauy et al., 2001).

El retraso de crecimiento en la vida fetal seguido del crecimiento acelerado en la primera infancia altera el sistema la regulación de la insulina, incrementa la formación de grasa visceral central y altera la programación del apetito (Stettler, 2007; Ong, 2007; Durmuş et al., 2010; Cripps et al., 2005).

La duración de la lactancia está inversamen-

te asociada al riesgo de sobrepeso y obesidad (Harder et al, 2005; Stettler, 2011; Ekelund et al., 2006). Los niños alimentados a pecho ganan peso en forma menos acelerada que los alimentados con fórmula. Los posibles mecanismos incluyen factores biológicos, como la leptina o la insulina contenidos en la leche materna, el menor contenido de proteínas y también la mayor capacidad de los niños amamantados de controlar su apetito (Arenz et al., 2004).

La evidencia también muestra una fuerte asociación entre el hábito de fumar de la madre durante el embarazo, el retraso de crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer, así como también la subsecuente obesidad, hipertensión y diabetes tipo 2 en el hijo (Bruin et al., 2010; Beyerslein et al., 2011; Blake et al., 2000).

El concepto de ciclo de la vida, de que cada período no es independiente de los anteriores, provee un marco para la Salud Pública al poner en evidencia que la prevención debe comenzar antes de que los factores de riesgo se desarrollen, por lo que la prevención de la obesidad debería comenzar en la primera infancia (Ong y Dunger, 2004; Corvalán et al., 2009).

SUJETOS Y MÉTODO

Fueron estudiados 2.051 niños que estadísticamente representaron a 26.924 niños menores de cinco años que vivían en el departamento de Canelones.

El peso y la talla fueron medidos el día de la encuesta. El peso fue tomado en las balanzas portátiles digitales, con una precisión de 0,1 kg. En los niños menores de dos años se tomó la

longitud en posición horizontal y en los de dos a cinco años se tomó la estatura en posición de pie con tallímetros, con una precisión de 0,1 cm.

Para el procesamiento de la información antropométrica se utilizó el programa Anthro. El IMC fue expresado en puntaje Z de acuerdo a la edad. Se admitieron como válidos los valores aceptados por la OMS. Se excluyeron del análisis las medidas con puntajes Z de IMC entre <-5 y >5 . De este modo se descartó el 1,2% de las medidas. Los niños con un puntaje Z de IMC superior a 2 DE fueron clasificados como niños con obesidad: obesidad leve (IMC entre +2 DE y +3 DE) y obesidad moderada o grave (IMC $>+3$ DE).

RESULTADOS

En el departamento de Canelones el 14,8% de los niños menores de cinco años mostró algún grado de obesidad: el 11,5% presentó obesidad leve y el 3,2% obesidad moderada o grave.

Los niños nacidos con más de 4 kg de peso evidenciaron mayor prevalencia de obesidad (22,5% frente a 14,3%) ($P < 0,001$) y casi el doble de probabilidades de padecerla (OR: 1,6 [1,4-1,8]).

Los varones también presentaron más riesgo de obesidad que las niñas (OR: 1,2 [1,1-1,3], con prevalencias de 16,0% y 13,8% respectivamente ($P < 0,001$)).

La mayor proporción de obesidad se observó en la etapa de la alimentación complementaria de 6 a 23 meses. Los niños a esta edad mostraron más de una vez y media de probabilidad de ser obesos que los niños mayores de 24 meses (OR: 1,7 [1,3-2,2]).

Los niños que presentaron retraso de crecimiento, es decir, una talla menor de -2 DE del estándar internacional de crecimiento de la OMS, también evidenciaron mayor prevalencia de obesidad ($P < 0,001$) y duplicaron la chance de ser obesos (OR: 2,4 [1,6-3,5]).

Uno de cada cinco hijos de madres obesas resultó obeso ($P < 0,001$). Los hijos de las mujeres obesas duplicaron la posibilidad de presentar obesidad durante los primeros cinco años de vida (OR: 1,9 [1,3-2,6]).

Los hijos de las mujeres que fumaban también evidenciaron mayor probabilidad de ser obesos (OR: 1,3 [1,05-1,7]).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas según zona geográfica, educación de la madre o necesidades básicas de los hogares.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La encuesta mostró que casi el 15% de los niños menores de cinco años presentaba obesidad. La obesidad fue más frecuente entre los 6 y 24 meses y menos frecuente en el primer semestre de vida.

Los hijos de madres obesas duplicaron el riesgo de ser obesos y la evidencia indica que los hijos de padres obesos que fueron ellos mismos obesos en la infancia tienen más alta probabilidad de ser obesos en la vida adulta (Dunger et al., 2007; Harvey et al., 2007). La estrecha asociación entre madre obesa e hijo obeso indica la significación de los factores genéticos en la regulación del peso corporal, así como también la importancia clave de los hábitos alimentarios familiares (Reinehr y Wabitsch, 2011; Drake y Reynolds, 2010).

Tal como ha sido reconocido en diferentes estudios (Leary et al., 2006; Blake et al., 2000), el hábito de fumar de la madre también se mostró asociado a la obesidad del hijo. Esta asociación está mediada no solo por el retraso de crecimiento intrauterino; también la nicotina tiene efectos adversos a nivel del hipotálamo que alteran la regulación del apetito y aumentan el riesgo de sobrealimentación (Bruin et al., 2010; Beyerlein et al., 2011).

Como ha sido documentado (Popkin y Gordon-Larsen, 2004; Duran et al., 2006), se observó asociación entre el retraso de talla y la obesidad: los niños con retraso de talla presentaron entre una vez y media y el doble de probabilidades de ser obesos. En los dos primeros años de vida son frecuentes los controles de salud, por lo que el equipo de salud es un actor clave para promover el crecimiento lineal de los niños y niñas y evitar aumentos acelerados y excesivos de peso.

La obesidad durante la infancia tiene importantes consecuencias, tales como hiperinsulinemia, pobre tolerancia a la glucosa, aumentado riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión, apnea del sueño, exclusión social y depresión. Sin em-

bargo, los mayores problemas de salud pública se verán en la próxima generación, cuando estos niños sean adultos.

TABLA 28. PREVALENCIA DE OBESIDAD SEGÚN SEXO DEL NIÑO

	Varón	Niña	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
IMC <+2 DE	10.892 (84,0%)	11.475 (86,3%)	22.367 (85,2%)
Entre +2 DE y +3 DE	1.597 (12,3%)	1.420 (10,7%)	3.017 (11,5%)
IMC >+3 DE	475 (3,7%)	406 (3,1%)	881 (3,4%)

TABLA 29. PREVALENCIA DE OBESIDAD SEGÚN EDAD DEL NIÑO

Niño obeso		
	n%	P
Total	3.898 (14,8%)	—
< 6 m	223 (8,4%)	< 0,0001
6 a 23 m	1.478 (18,1%)	< 0,0001
> = 24 m	2.104 (14%)	NS

TABLA 30. RIESGO DE OBESIDAD SEGÚN MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

Obesidad 3898 (14,8%)	n (%)*	B ‡	SE ‡	P	OR(95%)†
Macrosómico	352 (22,5%)	0,49	0,06	0,00	1,6 (1,4-1,8)
6 a 23 meses de edad	1478 (18,1%)	0,39	0,03	0,00	1,5 (1,4-1,6)
Ser varón	2072 (16,0%)	0,16	0,04	0,00	1,2 (1,1-1,3)
Niños con retraso de talla	458 (21,1%)	0,51	0,06	0,00	1,7 (1,5-1,9)
Madre obesa (IMC > 30 kg/m ²)	789 (22,6%)	0,63	0,05	0,00	1,9 (1,7-2,0)
Madre fuma	1396 (16,2%)	0,15	0,04	0,00	1,2 (1,1-1,3)
Madre con talla > 160 cm	1959 (15,8%)	0,19	0,04	0,00	1,2 (1,1-1,3)

‡B es el coeficiente de la regresión logística. EE: Error estándar de B. Los odds ratios (OR) fueron obtenidos del modelo de regresión logística ajustado; intervalo de confianza al 95%.

EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO

Una nutrición óptima durante la infancia es esencial para el crecimiento saludable y para el desarrollo mental. El crecimiento de la estatura en los primeros años de vida es considerado el mejor indicador de la salud y del bienestar del niño (De Onis et al., 2004). Asimismo, la evidencia científica actual destaca el rol fundamental del crecimiento en la programación de la salud en la vida adulta (Dickerson, 2003). El crecimiento está asociado a complejas interacciones entre la genética y el medioambiente (Lawlor et al., 2009). La nutrición durante la vida intrauterina y en la primera infancia puede contribuir a la carga de enfermedades crónicas (obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares) en la vida adulta (Langley-Evans y McMullen, 2010; Fisher et al., 2006; Gluckman et al., 2009).

Las principales causas del retraso en el crecimiento de la talla son el retraso de crecimiento intrauterino, una inadecuada nutrición para cubrir los altos requerimientos para el crecimiento y desarrollo del niño, así como también las infecciones frecuentes (Dewey y Begum, 2011). Una dieta limitada en nutrientes esenciales restringe el crecimiento de la talla. Sin embargo, la calidad de la dieta no afecta la ganancia de peso (Frongillo, 1999).

El retraso de talla en general no es visto como un problema de salud pública (Uauy et al., 2008). Habitualmente los servicios de salud monitorean el *peso*, y la efectividad de los programas se mide en función de la *ganancia del peso*. Sin embargo, la evidencia demuestra que el retraso de talla coexiste con la obesidad (Stanojevic et al., 2007). Un niño con retraso de talla, especialmente si presentó retraso de crecimiento intrauterino, tiene alterada la regulación del apetito y tiende a acumular mayor cantidad de grasa visceral (Sawaya y Roberts, 2003). Asimismo, tiene menos masa muscular, lo cual produce un menor gasto energético basal y menor oxidación de grasas (Lukito y Wahlqvist, 2006).

De este modo, la evidencia actual señala la necesidad de mejorar el crecimiento lineal y evitar un incremento de peso excesivo en relación con la altura (Barría y Amigo, 2006; Uauy et al., 2008). Los

programas que lograron impacto en la prevención del retraso de talla mostraron múltiples beneficios, que incluyen el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y el ingreso económico en la vida adulta (Grantham-McGregor et al., 2007; Martorell et al., 2010; Pollitt et al., 1995). Todas estas condiciones cumplen un papel importante en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Las intervenciones deben ser dirigidas durante la llamada *ventana de oportunidades*, que incluye el período pregestacional, el embarazo, la lactancia y los dos primeros años de vida (Bhutta et al., 2008).

EL RETRASO DE LA TALLA

El 8,1% de los niños menores de cinco años evidenciaron algún grado de retraso en su crecimiento: el 6,2% un retraso moderado de talla entre -2 DE y -3 DE y el 1,8% un retraso grave menor de -3 DE del estándar internacional de crecimiento de la OMS.

Las zonas con mayor proporción de niños con retraso de talla fueron Pando - Barros Blancos, con un 9,9%, y La Paz - Las Piedras - Progreso, con un 9,3%. En estas zonas vivían el 67,0% del total de niños con retraso en el crecimiento del departamento. La Ciudad de la Costa - Costa de Oro, con un 5,7%, y Canelones - Santa Lucía, con 6%, fueron las zonas que presentaron guarismos menores de retraso en el crecimiento.

Los varones mostraron mayor prevalencia y mayor riesgo de retraso que las niñas (OR: 1,1 [1,02-1,2]) ($P < 0,000$).

La mayor prevalencia de retraso de talla se evidenció durante los doce primeros meses de vida (17,1%) y el triple de probabilidades de padecerla en comparación con los niños de 13 a 59 meses (OR: 3,0 [2,1-4,3]).

Como es de esperar, los niños que nacieron pequeños para la edad gestacional (OR: 3,2 [1,7-6,3]), los prematuros (OR: 2,6 [1,7-4,1]) y aquellos que al momento de la encuesta evidenciaron una circunferencia cefálica por debajo de -2 DE (OR: 3,5 [95% confianza: 2,8-4,3]) también presentaron una alta probabilidad de retraso de talla durante los primeros cinco años de vida.

El tamaño corporal materno también se mostró asociado a la talla de los niños ($P < 0,001$). Los

hijos de mujeres con una estatura menor al promedio (OR: 2,9 [2,0-4,3]), al igual que los de madres adelgazadas (OR: 2,5 [1,4-4,4]), evidenciaron mayor riesgo de retraso de talla.

Como era esperable, los hijos de madres que tuvieron pocos años de estudio presentaron una prevalencia de retraso en el crecimiento cinco veces superior que aquellos cuyas madres tuvieron un clima educativo alto. En los hogares en los cuales la educación materna era “muy baja” se observó un 19,4% de niños con retraso en el crecimiento; cuando era “baja”, la proporción se reducía al 10,5%; cuando era “media”, a 6,4%, y cuando la madre presentaba una educación “muy alta”, la proporción de retraso en el crecimiento se ubicaba en el 4%. Los hijos de mujeres con primaria incompleta casi duplicaron el riesgo de retraso de talla (OR: 1,7 [1,2-2,5]).

También se pudo observar que si en el hogar había al menos una necesidad básica insatisfecha, la proporción de niños con retraso en el crecimiento se duplicaba. En los hogares cuyas necesidades básicas estaban satisfechas, el 5,5% de los niños presentaba retraso en el crecimiento; con una necesidad básica insatisfecha este porcentaje se elevaba al 12,8%. El puntaje Z promedio de talla con relación a la edad de los niños con inseguridad alimentaria severa resultó 4 veces más bajo que el de los niños que vivían en hogares con seguridad alimentaria (-0,26), según se puede observar en el gráfico 20.

EL RETRASO DE CRECIMIENTO DEL PERÍMETRO CEFÁLICO

En el departamento de Canelones el 2,4% de los niños evidenciaron retraso en el crecimiento del perímetro cefálico, sin diferencias entre varones y niñas.

Como era razonable esperar, los niños con mayor prevalencia de retraso en el crecimiento del perímetro cefálico al momento de la encuesta fueron los nacidos con bajo peso al nacer (9,3%) y aquellos que presentaban retraso en el crecimiento de la talla (7,7%). Los niños con bajo peso al nacer (OR: 2,5 [2,0-3,2]) en el análisis multivariado tenían dos veces y media incremen-

tada la probabilidad de presentar retraso en el perímetro cefálico, y aquellos con baja talla (OR: 1,8 [1,4-2,4]) casi la duplicaban.

El riesgo de padecer retraso en el perímetro cefálico se incrementó entre dos y tres veces entre los niños que también presentaban retraso en el desarrollo (OR: 2,6 [2,1-3,3]).

Se evidenció una fuerte asociación entre el retraso de crecimiento del perímetro cefálico y la falta de hábito de jugar con el niño (6,4%) ($P < 0,001$). Los hijos de madres que no solían jugar con ellos revelaron el triple de riesgo de padecer retraso en el crecimiento cefálico (OR: 2,9 [2,4-3,5]).

A MODO DE CONCLUSIÓN

El retraso de talla resultó muy alto (8,1%) y asociado al retraso en el crecimiento del perímetro cefálico (Uauy et al., 2009; Kramer, 1987). Los niños con déficit en el perímetro cefálico presentaron entre dos y tres veces mayor riesgo de retraso en el desarrollo (King, 2006). Al igual que en otros países de Latinoamérica, el déficit de crecimiento, tanto en talla como en perímetro cefálico, fue más frecuente durante los 12 primeros meses de la vida del niño (Uauy et al., 2008; Corvalán et al., 2009). Los niños nacidos con bajo peso y los hijos de mujeres adelgazadas, con baja talla y bajo nivel educativo por carencias en su propia infancia, presentaron mayor probabilidad de tener déficit de crecimiento, tanto en talla como en perímetro cefálico (Martorell et al., 2001).

En los primeros cinco años, no solo los niños nacidos con bajo peso y con bajo perímetro cefálico tuvieron mayor riesgo relativo de baja talla; también lo tuvieron los obesos. Hace mucho que se reconoce el efecto del retraso en el crecimiento no solo sobre la estatura que se alcanza en la vida adulta, sino además sobre el desarrollo y el rendimiento escolar (Dewey y Begum, 2011). Ahora la evidencia suma otros factores negativos, relacionados con la mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Martorell et al., 2001; Budge et al., 2005). Si a una inadecuada nutrición en la vida fetal o en la infancia temprana se le agrega una ganancia de peso acelerada, se aumenta la posibilidad de programar

el metabolismo, el crecimiento de los órganos y el desarrollo de las funciones. Las secuelas son generar obesidad central, insulinoresistencia, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares en la vida adulta (Stanojevic et al., 2007; Nissinen et al., 2002; WHO, 2005; WHO, 2004 b). De

este modo se ha quebrado el paradigma de atender los problemas según déficit o según exceso. Los problemas coexisten en las mismas familias e incluso en los mismos niños.

TABLA 31. PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON RETRASO DE CRECIMIENTO (TALLA / EDAD <-2 DE ESTÁNDAR OMS)

Sexo	Retraso grave de talla	Retraso moderado de talla
Varón	304 (2,3%)	869 (6,7%)
Niña	238 (1,8%)	815 (6,1%)
Edad		
Menor de un año	242 (4,6%)	655(12,5%)
Un año	117 (2,0%)	288 (4,9%)
Dos años	101 (1,9%)	336 (6,3%)
Tres años	23 (0,4%)	210 (3,7%)
Cuatro años	59 (1,4%)	195 (4,7%)
Total	542 (2,1%)	1.684 (6,4%)

TABLA 32. RETRASO DE CRECIMIENTO. DÉFICIT DE TALLA CON RELACIÓN A LA EDAD SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA

	<-2 de talla/edad
Canelones - Santa Lucía	161 (6,0%)
La Paz - Las Piedras - Progreso	756 (9,3%)
Pando - Barros Blancos	858 (9,9%)
Ciudad de la Costa - Costa de Oro	462 (5,7%)
Santoral	103 (8,1%)
Tala - Miques - San Jacinto	65 (7,5%)

GRÁFICO 19. RETRASO DE TALLA SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE

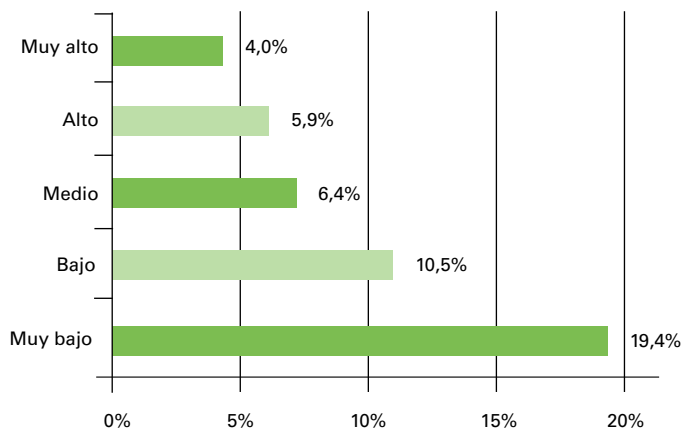


TABLA 33. RETRASO DE TALLA SEGÚN CONDICIONES BIOLÓGICAS Y SOCIALES

	Crecimiento por encima de -2 DE	Retraso de talla
No tiene cobertura de salud	1.097 (84,7%)	198 (15,3%)
Reducida circunferencia cefálica	427 (71,9%)	167 (28,1%)
Pequeños edad gestacional	937 (74,8%)	315 (25,2%)
Madres con talla < 1,60 m	12.218 (88,2%)	1627 (11,8%)
Prematuros	2.300 (83,3%)	461 (16,7%)
Hijos de mujeres adelgazadas	1.285 (82,6%)	271 (17,4%)
Niño con obesidad	3.426 (88,2%)	458 (11,8%)
Madres con primaria incompleta	5.012 (86,9%)	757 (13,1%)
Necesidades básicas insatisfechas	8.641 (87,2%)	1.273 (12,8%)
Total	24.109 (91,5%)	2.226 (8,5%)

TABLA 34. RIESGO DE RETRASO DE TALLA SEGÚN CONDICIÓN DEL NIÑO, LA MADREY LOS HOGARES

Retraso de talla - 2.226 (8,5%)	B ±	SE ±	P	OR (CI: 95%)†
Reducida circunferencia cefálica (< -2 DE)	1,25	0,11	0,00	3,5 (2,8-4,3)
Pequeños para la edad gestacional	1,19	0,08	0,00	3,3 (2,8-4,3)
Menores de 12 meses	1,18	0,05	0,00	3,3 (2,9-3,6)
Niños obesos	0,67	0,06	0,00	2,0 (1,7-2,2)
Prematuros	0,81	0,06	0,00	2,2 (2,0-2,5)
Niño sin cobertura	0,47	0,09	0,00	2,2 (2,0-2,5)
Hijos de mujeres adelgazadas (IMC < 18,5)	0,78	0,08	0,00	2,2 (1,9-2,6)
Hijos de mujeres con talla < 1,60 cm	0,98	0,05	0,00	2,7 (2,4-3,0)
Hijos de madres con primaria incompleta	0,53	0,05	0,00	2,7 (2,4-3,0)
Necesidades básicas insatisfechas	0,39	0,05	0,00	1,7 (1,5-1,9)
Ser varón	0,11	0,05	0,02	1,1 (1,02-1,2)

GRÁFICO 20. PUNTAJE Z PROMEDIO DE TALLA PARA LA EDAD SEGÚN SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LOS HOGARES

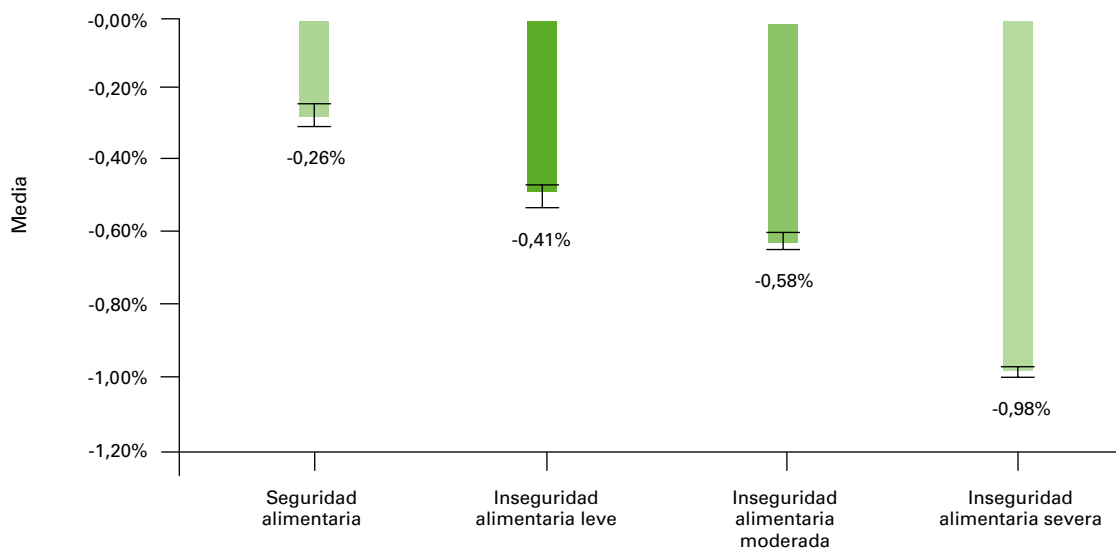


TABLA 35. PREVALENCIA DE RETRASO EN EL PERÍMETRO CEFÁLICO

	Perímetro cefálico normal	Perímetro cefálico < -2 DE	P
Bajo peso al nacer	1.807 (90,7%)	186 (9,3%)	< 0,0001
Niños menores de un año	5.217 (95,7%)	236 (4,3%)	< 0,0001
Madre con primaria incompleta	5.569 (96,6%)	196 (3,4%)	0,01
Madre fumadora	8.585 (97,3%)	239 (2,7%)	< 0,0001
Retraso de talla	2.012 (92,3%)	167 (7,7%)	< 0,0001
Retraso en el desarrollo	2.432 (95,3%)	120 (4,7%)	< 0,0001
La madre no suele jugar con el niño	4.290 (93,6%)	295 (6,4%)	< 0,0001
Total	2.5370 (97,6%)	625 (2,4%)	—

TABLA 36. RIESGO DE RETRASO EN EL PERÍMETRO CEFÁLICO SEGÚN CONDICIÓN DEL NIÑO Y DE LA MADRE

Retraso de perímetro cefálico - 625 (2,4%)	n (%)*	B ‡	SE ‡	P	OR (CI: 95%)†
Madre con menos de seis años de escolaridad	196 (3,4%)	0,221	0,105	0,036	1,2 (1,01-1,5)
Retraso de talla	167 (7,7%)	0,613	0,133	0,000	1,8 (1,4-2,4)
Retraso en el desarrollo	120 (4,7%)	0,973	0,113	0,000	2,6 (2,1-3,3)
Bajo peso al nacer	186 (9,3%)	0,929	0,125	0,000	2,5 (2,0-3,2)
La madre no suele jugar con el niño	295 (6,4%)	1,058	0,099	0,000	2,9 (2,4-3,5)

EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Todos los niños y niñas tienen derecho al mejor comienzo posible y al mayor apoyo para desarrollar su potencial (Arroyo et al., 2009). La neurociencia, la psicología, las ciencias sociales, la antropología, la epidemiología y otras disciplinas han presentado fuerte evidencia respecto a las consecuencias del inadecuado crecimiento y desarrollo sobre la salud y las oportunidades a lo largo de la vida (Mustard, 2006). Hoy se sabe que hay períodos críticos que requieren estimulación apropiada para alcanzar el óptimo desarrollo del cerebro (De Bie et al., 2010; Peralta y Fujimoto, 1998). El cerebro se desarrolla rápidamente en la primera infancia, cuando se presentan períodos de conexiones entre neuronas que significan *ventanas de oportunidad* para el desarrollo del cerebro (Mustard, 2006; Bernardi et al., 1996; GIEP et al., 2009).

El afecto, la estimulación y la nutrición que recibe un niño o una niña en sus primeros cuatro años forman el núcleo de sus capacidades (Evans y Myers, 2000). Los niños que no reciben la nutrición y la estimulación necesarias para su buen desarrollo en los primeros meses y años de vida pueden tener una gran dificultad para superar los déficits más tarde (Gobierno de Chile, 2010). Una vez que los períodos críticos para el desarrollo del cerebro han pasado, es posible desarrollar la capacidad cerebral para compensar, pero alcanzar su pleno potencial resulta difícil. Los niños que reciben inadecuada o perjudicial estimulación serán más propensos a desarrollar problemas de aprendizaje, conductuales o emocionales en etapas posteriores de la vida (Tristán Fernández et al., 2007).

Se entiende por desarrollo infantil “los procesos de cambio mediante los cuales el niño llega a do-

minar niveles cada vez mayores de complejidad de movimiento, pensamiento, sentimiento e interacción con las personas y objetos en el ambiente” (Pollak, 2005). El niño participa activamente en este proceso, si bien su desarrollo no se produce por sí mismo, sino que involucra siempre la presencia de otros. El cerebro humano se desarrolla en dependencia no solo respecto al medio ambiente humano sino también material (Maggi et al., 2010). Apoyado en sus relaciones más íntimas el niño va conquistando progresivamente su autonomía. Así, la familia es un factor clave en este proceso para generar ambientes facilitadores y seguros, que propicien un mejor desarrollo.

SUJETOS Y MÉTODO

Para estudiar el desarrollo de los niños se utilizó un instrumento de tamizaje diseñado por el departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad de Chile (Bedregal et al., 2007) con la cooperación técnica del Ministerio de Salud de Chile, el Banco Interamericano del Desarrollo y Canadian Technical Assistance Programme. La iniciativa buscó aportar un instrumento que permitiera, a través de encuestas de hogares, conocer la prevalencia de rezagos del desarrollo infantil. El instrumento fue utilizado en el año 2006 en la II Encuesta de Salud y Calidad de Vida de Chile.

Para su empleo en la encuesta de Canelones, el instrumento de tamizaje fue validado por el equipo técnico de la encuesta. Primero se procedió a una adaptación que tomara en cuenta usos lingüísticos propios de nuestra cultura. Luego se realizó una prueba piloto en forma conjunta con el CLAEH, sobre una muestra de 400 niñas y niños. El instrumento se aplicó conjuntamente

con otros que evalúan el desarrollo psicomotor (EEDP en niños menores de 24 meses y el TEPSI en niños de dos a cinco años), y se observó una sensibilidad de 80,7% y una especificidad de 79,2%.

El estudio se llevó a cabo con 2.255 niños de siete meses a cuatro años de edad. La evaluación del desarrollo se realizó mediante una entrevista estructurada a la madre del niño, de modo de indagar la adquisición de funciones correspondientes a cuatro áreas del desarrollo: social, lenguaje, cognitiva y motora. Mediante esta batería se discriminó en tres categorías en cuanto al desarrollo de los niños: normal, rezago y retraso. Las preguntas se realizaron ubicando al niño en

el módulo correspondiente a su edad y aplicando también el módulo de preguntas correspondientes al tramo de edad anterior. Cuando el niño no tenía asentadas las adquisiciones del tramo anterior a su grupo etario, el instrumento puntuó como retraso. El rezago del desarrollo funcional se definió en aquel niño que no era capaz de realizar todas las funciones para su grupo de edad. En la tabla 37 se detalla la batería de preguntas según tramo de edad del niño.

Para el estudio de las prácticas de crianza se utilizó el instrumento diseñado por el GIEP (GIEP et al., 2009).

TABLA 37. CONDUCTAS ESPERADAS EN LOS NIÑOS SEGÚN TRAMO DE EDAD

Niños de 2 a 6 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se da vuelta cuando escucha un sonido? 2. ¿Habitualmente mira, sonríe, hace sonidos o mueve sus brazos, se pone contento cuando ve a personas que conoce? 3. ¿Se ríe a carcajadas en respuesta a personas que le sonríen, le hacen gestos, le conversan o juegan con él/ella? 4. ¿Mantiene la cabeza derecha sin que se la sujeten? 5. ¿Se sienta derecho/a con apoyo en algo (por ejemplo, con ayuda de un almohadón)?
Niños de 7 a 11 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Dice en algún momento dos sílabas juntas como da-da, ba-ba, ma-ma, ta-ta (aunque no sepa qué quiere decir)? 2. Si usted le da un pedazo de pan, ¿se lo lleva a la boca e intenta comérselo? 3. ¿Muestra lo que quiere señalando un objeto con el dedo, haciendo ruidos especiales, diciendo palabras o logrando que lo/la tomen en brazos? 4. ¿Responde a personas que hablan con él/ella a través de sonidos, gestos o diciendo palabras? 5. ¿Se sienta solo sin apoyarse en algo?
Niños de 1 año a 23 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presta atención a objetos que le interesan, como juguetes, libros con dibujos o personas que conoce, por un minuto o más? 2. ¿Habitualmente sonríe o mueve sus brazos cuando ve a las personas que conoce? 3. ¿Camina solo/a sin necesitar apoyarse en algo? 4. ¿Se hace entender señalando o diciendo palabras como <i>jugo, eso o más?</i> 5. ¿Dice dos o más palabras diferentes con significado (como <i>mamá, papá</i> u otra)? 6. ¿Entiende cuando usted le pide algo y lo hace? (Por ejemplo, si usted le dice: "Mostrame por favor tu juguete", ¿él/ella lo hace?)
Niños de 1 año a 23 meses	<ol style="list-style-type: none"> 7. ¿Copia o imita acciones de la vida diaria, como abrazar a un muñeco, dar de comer a una muñeca? 8. ¿Copia o imita sonidos y acciones que usted hace o palabras que usted dice mientras están juntos? (Por ejemplo, si usted le hace caras divertidas, ¿él/ella se las copia?)
Niños de 2 años a 35 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presta atención por un tiempo largo a objetos que le interesan, como juguetes, libros con dibujos o personas que le gustan? 2. ¿Habitualmente sonríe, hace sonidos, pide jugar o hacer algo juntos cuando ve a las personas conocidas? 3. ¿Camina rápido y corre? 4. ¿Habla con uno o más niños? 5. ¿Usa frases cortas (de tres o más palabras) para decir lo que ella/él quiere, como, por ejemplo, <i>yo quiero eso o no quiero eso?</i> 6. ¿Imita actividades de la vida diaria, como dar de comer a una muñeca, jugar a las casitas o imaginarse que es un personaje de TV o de películas, con usted u otra persona? 7. ¿Colabora en la casa haciendo cosas simples, como ayudar a guardar sus juguetes o traer algo cuando se lo piden?
Niños de 3 años a 3 años y 11 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presta atención por varios minutos a objetos que le interesan, como juguetes, libros con dibujos o personas que le gustan, y logra jugar con ellos un buen rato antes de cambiar de actividad? 2. ¿Usa frases de cuatro o cinco palabras para decir algo que ella/él quiere hacer? (Por ejemplo, <i>vamos a las hamacas.</i>) 3. ¿Juega en casa a representar diferentes personajes: mamá, papá, hermano, tías, abuela, etc.? 4. ¿Obedece dos órdenes a la vez? Por ejemplo, si usted le pide que saque la leche de la heladera y la deje sobre la mesa, ¿lo hace?

Niños de 4 años a 4 años y 11 meses

1. ¿Habitualmente mira, sonríe, hace sonidos, mueve sus brazos y pide jugar o hacer algo juntos cuando ve a sus personas favoritas?
2. ¿Es capaz de explicar por qué quiere algo o por qué quiere hacer algo? (Por ejemplo, si se le pregunta *¿por qué quieres jugar?* puede responder *porque tengo sed.*)
3. ¿Dice lo que siente para explicar por qué está haciendo algo o quiere algo? (Por ejemplo, puede decir *porque estoy enojado/contento/triste.*)
4. ¿Conversa con amigos y con adultos? (Por ejemplo, sobre comidas, amigos, el jardín, la hora de acostarse, etc.)
5. ¿Imita actividades de la vida real, como alimentar a una muñeca, jugar a las casitas, imaginarse que es un personaje de la TV o de películas, con usted, otra persona u otros niños?
6. ¿Cuenta algunas cosas que le pasaron, como, por ejemplo, *fui con mamá a la feria y... o jugamos a la pelota con Carlos y...?*
7. ¿Cuenta una historia o un cuento que haya escuchado varias veces (por ejemplo, Caperucita Roja, Blancanieves, etc.) aunque no lo haga perfectamente?
8. ¿Anticipa una acción frente a un peligro? Por ejemplo, frente al fuego o a la estufa dice *¡no quemá!* o frente a un enchufe *¡no duele!*
9. ¿Anticipa algunas acciones frente a una situación de su vida cotidiana? Por ejemplo, si usted le dice *vamos al almacén*, va a buscar su campera y se la pone.

LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO

El módulo reveló que el 67,6% de los niños mostró un desarrollo normal, el 20,4% rezago y el 12,0% retraso en su desarrollo.

Las niñas alcanzaron mejores resultados que los varones. En la categoría de normalidad se constató una diferencia significativa que ascendió a 8 puntos porcentuales ($P < 0,001$). El 71,6% de las niñas se ubicó en estos parámetros, mientras que para los varones la proporción fue de 63,5%. Estas diferencias resultaron aún más relevantes en la categoría de retraso, que incluyó al 15,4% de los varones y al 8,6% de las niñas ($P < 0,001$). Los varones, según análisis multivariado, mostraron una vez y media más de posibilidades de padecer retraso en el desarrollo que las niñas (OR: 1,4 [1,3-1,5]).

En el mapa de Canelones también pudieron observarse zonas críticas en lo que refiere al desarrollo de los niños. Estas fueron el eje de Ruta 5, más específicamente la zona de Progreso, Las Piedras, La Paz y la zona de Pando, Barros Blan-

cos, Colonia Nicolich y Ciudad de la Costa norte. Allí se concentró el mayor número de población en situación de riesgo. En la distribución territorial se observó que las regiones que tienen mayor número de niños en el rango de normalidad fueron la Ciudad de la Costa y el Santoral.

Como era previsible, los niños que nacieron con bajo peso (50,4%) o que en el momento de la encuesta presentaban retraso en el crecimiento del perímetro cefálico (56,9%) o de la talla (43,7%) mostraron mayor prevalencia de trastornos en el desarrollo y mayor probabilidad de padecerlos, con *odds ratios* de 2,0, 2,2 y 1,4 respectivamente.

Las prácticas de crianza también mostraron una fuerte relación con el nivel de desarrollo alcanzado por el niño, ya que después del bajo peso al nacer en el análisis multivariado el mayor riesgo fue *no enseñarle juegos al niño*. El 18% de las madres respondió que no enseñaba juegos a sus hijos. La mitad de estos niños evidenció algún trastorno en su desarrollo y el doble de probabilidad de padecerlo que los hijos de madres que dijeron que enseñaban algún juego (OR: 2,0 [1,8-2,2]). Una cuarta parte de las entrevistadas respondió que no les lee cuentos a sus hijos y un 16% que no les canta canciones. Los hijos de estas madres mostraron una vez y media más de riesgo de trastornos en el desarrollo, con *odds ratios* de 1,6 (1,4-1,7) y 1,5 (1,4-1,6) respectivamente.

Un tercio de las madres respondieron que habían fumado en el último mes. Sus hijos evidenciaron con mayor frecuencia alteraciones en el desarrollo (41,2%) y un riesgo incrementado (OR: 1,6 [1,5-1,7]).

Con respecto a la organización familiar, dos de cada 10 niños menores de cinco años de Canelones (22%) crecían en familias donde el padre no convivía en el mismo hogar. Se observó que los niños pertenecientes a familias constituidas solo por la madre y los hijos se encontraban en situación de mayor vulnerabilidad con respecto a su desarrollo. El 44,1% de los niños de estas familias evidenciaron algún grado de rezago o de retraso en el desarrollo y una vez y media más de probabilidades de padecerlo (OR: 1,5 [1,4-1,6]).

Los datos de desarrollo de los niños en relación

con el nivel educativo de las madres evidenciaron también una asociación positiva: los porcentajes de normalidad se incrementaron en los niños cuyas madres poseían más años de estudio. Ocho de cada 10 niños cuyas madres concurren 15 años o más al sistema educativo evidenciaron un desarrollo normal; esta proporción cayó a 5 de cada 10 entre los niños cuyas madres no completaron seis años de educación formal. La culminación del ciclo básico de educación media mostró ser un punto de inflexión en la relación entre educación de la madre y desarrollo del niño. Cuando las madres no aprobaron el ciclo de educación obligatorio (9 años) los niños incrementaron una vez y media el riesgo de padecer alteraciones en el desarrollo (OR: 1,4 [1,3-1,5]).

Los niños que vivían en hogares que no alcanzaban a satisfacer las necesidades básicas presentaron mayor probabilidad de alteración en su desarrollo (OR: 1,2 [1,1-1,3]). Aquellos que no contaban con ninguna cobertura en salud presentaron también mayor prevalencia (42,3%) de rezago o retraso en el desarrollo y un riesgo incrementado (OR: 1,4 [1,2-1,6]).

Los servicios de educación se mostraron como un factor protector del desarrollo de los niños a partir del año de vida. En esta edad, los niños que asistían a centros de atención a la primera infancia mostraban una disminución de rezagos en la adquisición de funciones esperadas para la edad. A medida que aumentaba la edad, el porcentaje de rezago en aquellos niños que no asistían a centros educativos se corría hacia la columna *Retraso*. Así, a los tres años se observó un incremento en la prevalencia de retraso para los niños que no asistían a centros educativos, y esta diferencia fue aún más significativa a los cuatro años.

Como era de esperar, ya que los factores que ponen en riesgo el desarrollo de un niño ejercen un efecto acumulativo a medida que el niño crece, los porcentajes más altos en cuanto a normalidad se observaron en los más pequeños. Se encontró un punto crítico a los tres años, cuando las alteraciones en el desarrollo se triplicaron respecto a los dos años. Los ítems en que se observó mayor cantidad de respuestas negativas

fueron “¿Usa frases cortas (de tres o más palabras) para decir lo que ella/él quiere, como, por ejemplo, *yo quiero eso* o *no quiero eso*?”; al igual que “¿Limita actividades de la vida diaria, como dar de comer a una muñeca, jugar a las casitas o imaginarse que es un personaje de TV o de películas, con usted u otra persona?”

A MODO DE CONCLUSIÓN

Entre el 30% y el 34% de los niños menores de cinco años evidenciaron alteración en su desarrollo, con un punto crítico a los tres años, edad en que se desarrollan funciones trascendentes desde el punto de vista cognitivo y afectivo. Los resultados fueron similares a los observados por Bredregal y colaboradores en Chile (27,1% a 32,8%) (Ministerio de Salud de Chile, 2006). Se pudo observar que el bajo peso al nacer y el menor crecimiento cefálico duplicaron las probabilidades de padecer alteraciones en el desarrollo, pero también, como cabía esperar, las inadecuadas prácticas de crianza y la pobreza de los hogares incrementaban el riesgo.

Cantar, jugar y hablar con el niño brindan la posibilidad de interactuar con él naturalmente (Pollak, 2005), por lo que tienen una especial relevancia en el proceso de desarrollo. Los hijos de madres fumadoras también mostraron mayores chances de alteración del desarrollo, lo cual probablemente sintetice la calidad del ambiente que rodea al niño.

Como ha sido reportado por otros autores, los resultados de esta encuesta mostraron que los varones fueron más vulnerables al retraso en el desarrollo que las niñas. Otros estudios en Uruguay evidenciaron que son los estudiantes varones de las áreas pobres quienes presentan peores resultados educativos y mayores problemas de conducta (Kaztman y Filgueira, 2006).

GRÁFICO 21. DESARROLLO INFANTIL EN NIÑOS DE 12 A 59 MESES

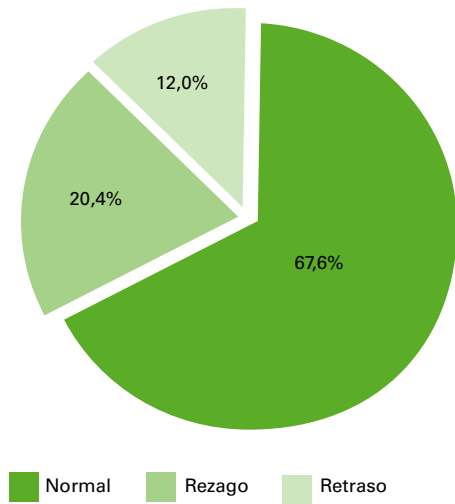


TABLA. 38 DESARROLLO INFANTIL SEGÚN SEXO Y EDAD

	Normal	Rezago	Retraso
Varones			
Un año	2.134 (77,5%)	515 (18,7%)	105 (3,8%)
Dos años	1.676 (59,3%)	847 (30%)	301 (10,7%)
Tres años	1.530 (56,8%)	349 (12,9%)	817(30,3%)
Cuatro años	1.281 (59,5%)	489 (22,7%)	382 (17,8%)
Total varones	6.621 (63,5%)	2.200 (21,1%)	1.605 (15,4%)
Niñas			
Un año	2.074 (72,3%)	685 (23,9%)	108 (3,8%)
Dos años	1.731 (68,8%)	677 (26,9%)	108 (4,3%)
Tres años	2.161 (74,6%)	328(11,2%)	427 (14,6%)
Cuatro años	1.453 (70,6%)	355 (17,2%)	251 (12,2%)
Total niñas	7.419 (71,6%)	2.045 (19,7%)	894 (8,6%)

TABLA 39. DESARROLLO INFANTIL SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO, DE LA MADRE Y DEL HOGAR

	Desarrollo normal	Desarrollo alterado*
Bajo peso al nacer	725 (49,6%)	738 (50,4%)
Ser varón	6.621 (63,5%)	3.805 (36,5%)
Ser niña	7.419 (71,6%)	2.939 (28,4%)
Bajo perímetro cefálico	166 (43,1%)	219 (56,9%)
Retraso de talla	693 (56,3%)	537 (43,7%)
Padre no vive en el hogar	2.695 (55,9%)	2.126 (44,1%)
No tiene cobertura	549 (57,7%)	402 (42,3%)
Educación obligatoria incompleta	4.630 (58,6%)	3.277 (41,4%)
NBI	4.433 (60,1%)	2.944 (39,9%)
Madre fuma	4.156 (58,8%)	2.914 (41,2%)
No acostumbra a cantarle canciones	1.810 (53,3%)	1.585 (46,7%)
No acostumbra a jugar con el niño	1.484 (49,9%)	1.490 (50,1%)
No le cuenta cuentos	3.461 (56,9%)	2.618 (43,1%)
Total	14.040 (67,6%)	6.744 (32,4%)

* Alterado = rezago o retraso.

TABLA 40. FACTORES DE RIESGO PARA EL REZAGO Y EL RETRASO EN EL DESARROLLO SEGÚN ANÁLISIS MULTIVARIADO

	n (%)*	B ‡	SE ‡	P	OR (CI: 95%)†
Desarrollo infantil alterado	6.744 (32,4%)				
Bajo perímetro cefálico	219 (56,9%)	0,81	0,11	0,00	2,2 (1,8-2,8)
Bajo peso al nacer	738 (50,4%)	0,70	0,06	0,00	2,0 (1,8-2,3)
No acostumbra a jugar con el niño	1.490 (50,1%)	0,69	0,04	0,00	2,0 (1,8-2,2)
Madre fuma	2.914 (41,2%)	0,49	0,03	0,00	1,6 (1,5-1,7)
Madre no acostumbra a cantarle canciones	1.585 (46,7%)	0,45	0,04	0,00	1,6 (1,4-1,7)
Padre no vive en el hogar	2.126 (44,1%)	0,40	0,04	0,00	1,5 (1,4-1,6)
No le cuenta cuentos	2.618 (43,1%)	0,38	0,04	0,00	1,5 (1,4-1,6)
Retraso de talla	537 (43,7%)	0,35	0,07	0,00	1,4 (1,2-1,6)
Ser varón	3.805 (36,5%)	0,35	0,03	0,00	1,4 (1,3-1,5)
No tiene cobertura	402 (42,3%)	0,34	0,07	0,00	1,4 (1,2-1,6)
Educación obligatoria incompleta	3.277 (41,4%)	0,31	0,04	0,00	1,4 (1,3-1,5)
NBI	2.944 (39,9%)	0,17	0,04	0,00	1,2 (1,1-1,3)

GRÁFICO 22. DESARROLLO INFANTIL SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE

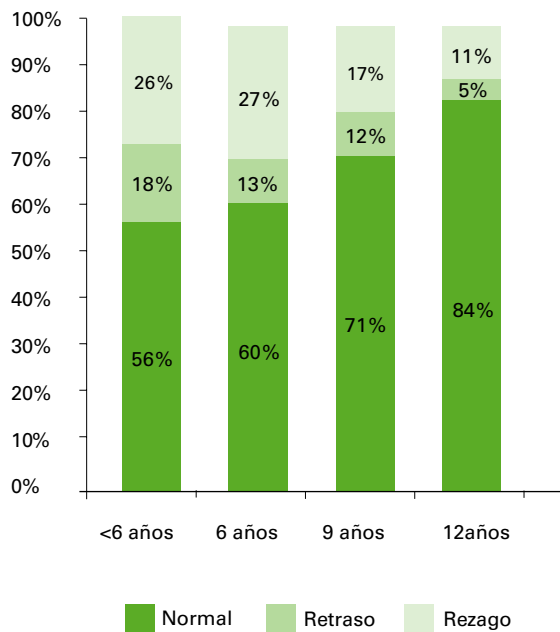


TABLA 41. DESARROLLO DEL NIÑO SEGÚN ASISTENCIA A UN CENTRO DE EDUCACIÓN PARA LA PRIMERA INFANCIA

Desarrollo infantil	Asiste	No asiste
1 año		
Normal	80%	73%
Retraso	3%	4%
Rezago	17%	23%
2 años		
Normal	68%	61%
Retraso	9%	7%
Rezago	23%	32%
3 años		
Normal	70%	60%
Retraso	18%	27%
Rezago	12%	13%
4 años		
Normal	66%	53%
Retraso	14%	28%
Rezago	20%	19%

ALGUNAS PRÁCTICAS DE CRIANZA

El modo en que transcurre la primera infancia en el ámbito de la familia puede proporcionar condiciones seguras y facilitadoras del desarrollo o bien significar, como se ha visto en el presente documento, riesgos para el desarrollo integral de los niños. Para el estudio de las prácticas de crianza se utilizó el instrumento diseñado por el GIEP (Bernardi et al., 1996).

Casi el 90% de las madres reconoció la necesidad de los bebés de “explorar para aprender”. Sin embargo, el 11% se mostró en desacuerdo con la valoración de que “los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo”.

La mayoría de las madres encuestadas reconoció como positiva la interacción entre niños. El 96% contestó afirmativamente a la frase: “Aunque sean muy chiquitos estar con otros niños los ayuda a crecer mejor”. El 7% se mostró de acuerdo con la frase “Para lo único que les sirve a los niños estar con otros niños es para pelear”, y el 40% con la afirmación “Dejar los niños frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas”.

El 60% de las madres ofrece para el juego “juguetes y algunas cosas”; casi el 40% respondió que ofrece “los juguetes que más le gustan” y el 2% reconoció que restringe los juegos del niño “a los juguetes más viejos”.

La mitad de las madres canarias con niños mayores de 12 meses afirmaron que *les contaban cuentos a sus hijos* y pudieron dar cuenta de la importancia de esta práctica. Un cuarto respondió que lo hacía, aunque no pudo explicar el porqué. La cuarta parte restante de las entrevistadas respondió que *no les leía cuentos a sus hijos*.

Respecto a la autonomía, el 40% de las madres reconoció que su hijo “tiene deseos propios desde que nace”. Otro 38% cree que el niño “es capaz de querer cosas distintas cuando empieza el jardín”, el 16% “cuando empieza la escuela” y el 6% “cuando sea joven”.

Un 17% de las madres estuvo de acuerdo con la frase “Si el niño todavía no habla es imposible saber lo que quiere”, lo que implica reconocer los deseos del niño e interpretarlos recién cuando este comienza a hablar.

Casi la totalidad de las madres dijo que habilitaba conductas de autonomía a la hora de aprender a comer. El 91% de las consultadas estuvo de acuerdo con la frase “Para que aprendan a comer solos hay que dejarlos ensuciarse y jugar con la cuchara”. Sin embargo, fue menor el porcentaje de flexibilidad a la hora de elegir qué comer, ya que el 34% estuvo de acuerdo con la afirmación “Si a los niños no les gusta la comida que se les hizo pero es buena para ellos, hay que obligarlos a comerla”. Un cuarto reconoció como estrategia a la hora de la comida “entretenerlo y darle algo para jugar”, y finalmente otro 25% cree que “para que los niños coman hay que darles de comer a cualquier hora”.

Cantar o contar cuentos suelen ser prácticas empleadas en los rituales inductores del sueño, momento en que el niño a veces necesita, especialmente en ciertas etapas, seguridad y confianza para separarse de su madre y abandonarse al sueño. Sin embargo, el 30% de las madres afirmó que “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”.

Con respecto a los contenidos de la comunicación, el 91% respondió que “Si un niño pregunta cómo nacen los bebés, hay que decirle la verdad”. Sin embargo, ante la aseveración “Es mejor hablarles sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela”, el 56% de las encuestadas estuvo de acuerdo. Estas respuestas paradójicas mostraron que el tema de la sexualidad continúa siendo conflictivo, difícil de transmitir a los niños para las madres del departamento.

En relación con los temas de crianza, la familia fue el principal referente. Casi la mitad de las encuestadas respondió que cuando tenía “dudas acerca de la crianza de los niños consultaba a los familiares cercanos”. El médico fue la figura consultada en segundo lugar, citado por un tercio de las encuestadas.

En cuanto a los aprendizajes sobre el cuidado de los niños, “la propia experiencia” fue el factor más relevante (44% aprendió sola), seguido por la transmisión intergeneracional (30% aprendió de los padres).

En la encuesta de Canelones interesó conocer el papel de otros referentes en el cuidado de los niños. Se preguntó a las madres quién cuidaba al niño cuando ellas no estaban presentes y nombraron en primer lugar a los *abuelos del niño* (29%), en un porcentaje similar al *padre* (27%), y siguieron en orden de importancia otros familiares, aunque en porcentajes menores. Los centros educativos también fueron mencionados como lugares de “cuidado” por el 11%, y un porcentaje similar (10%) mencionó a “cuidadores contratados”.

En todos los temas relevados respecto al cuidado de los niños, más de la mitad de las encuestadas dijeron que las decisiones eran tomadas por ambos padres, pero el porcentaje en que decide la madre sola es alto. Se destacó la participación de la figura paterna en cuanto a la puesta de límites, único aspecto en que toma las decisiones solo el padre, aunque el porcentaje es apenas el 5%, frente a 31% para las madres. En cuanto a la educación de los niños, el 72% de la población encuestada relató que tomaban las decisiones en conjunto, mientras que en el 26% de los casos la responsabilidad era exclusiva de la madre.

Aunque, el 92% de las madres respondió que “los niños aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia”, casi la mitad (45%) reconoció que muchas veces “los caprichos de los niños sacan de las casillas y se termina pegándoles y gritándoles”. Probablemente estas prácticas se relacionen con la creencia, compartida por el 20% de las encuestadas, de que “A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos, no hay más remedio que pegarles.”

Aunque casi la totalidad de las entrevistadas estuvo de acuerdo con que “para que aprenda a obedecer el niño tiene que saber lo que se puede hacer y lo que no”, se observó distancia entre lo que las madres *creen* que debería hacerse — “hablar y tener paciencia” — y las prácticas a las que efectivamente recurren — “se termina pegándoles y gritándoles” —.

El 14% de las encuestadas dijo que “A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa”. El 11% se mostró de acuerdo con que “A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa”. El mismo porcentaje afirmó que “A los varones hay que enseñarlos a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno”.

GRÁFICO 23. ALGUNAS PRÁCTICAS DE CRIANZA

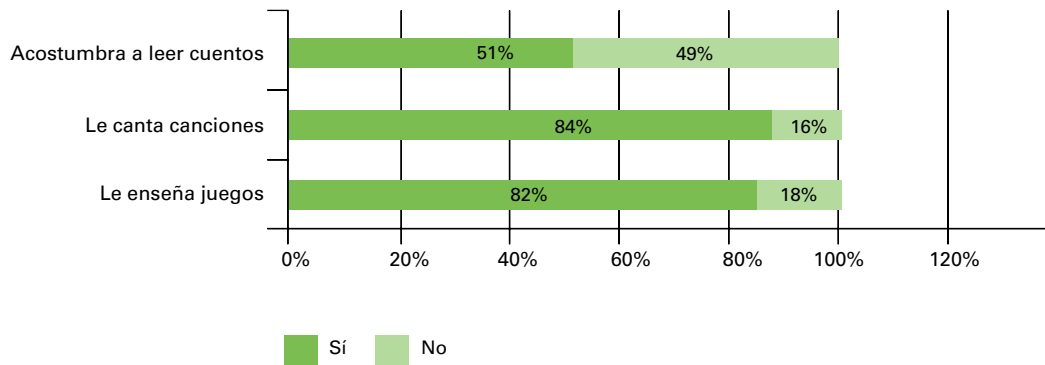


GRÁFICO 24. ¿A QUIÉN CONSULTA SOBRE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS?

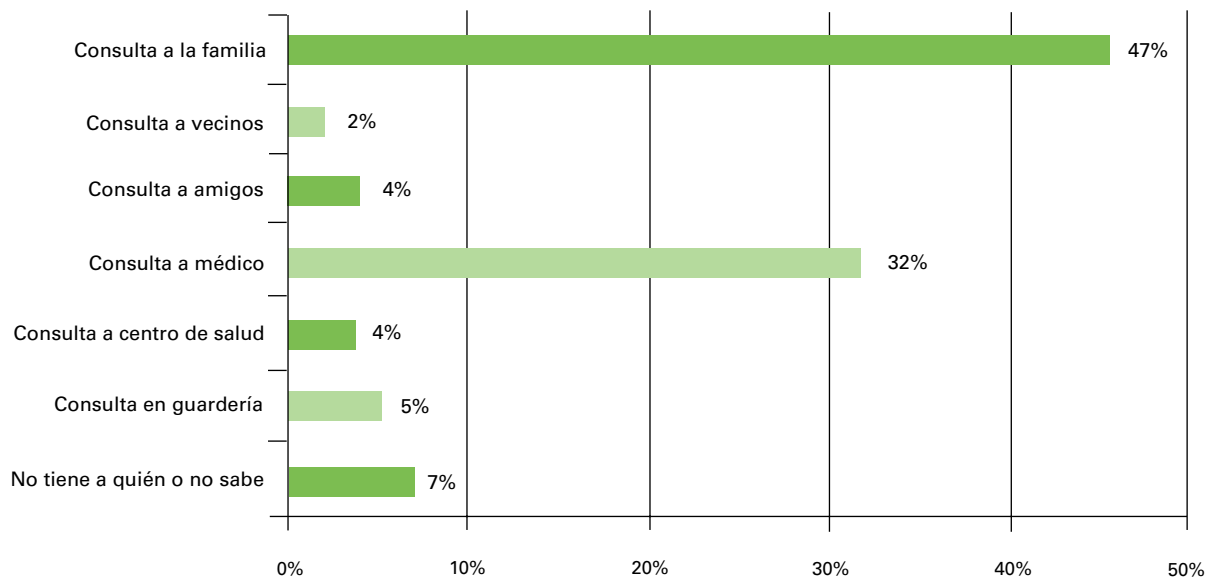


GRÁFICO 25. ¿CÓMO APRENDIÓ SOBRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS?

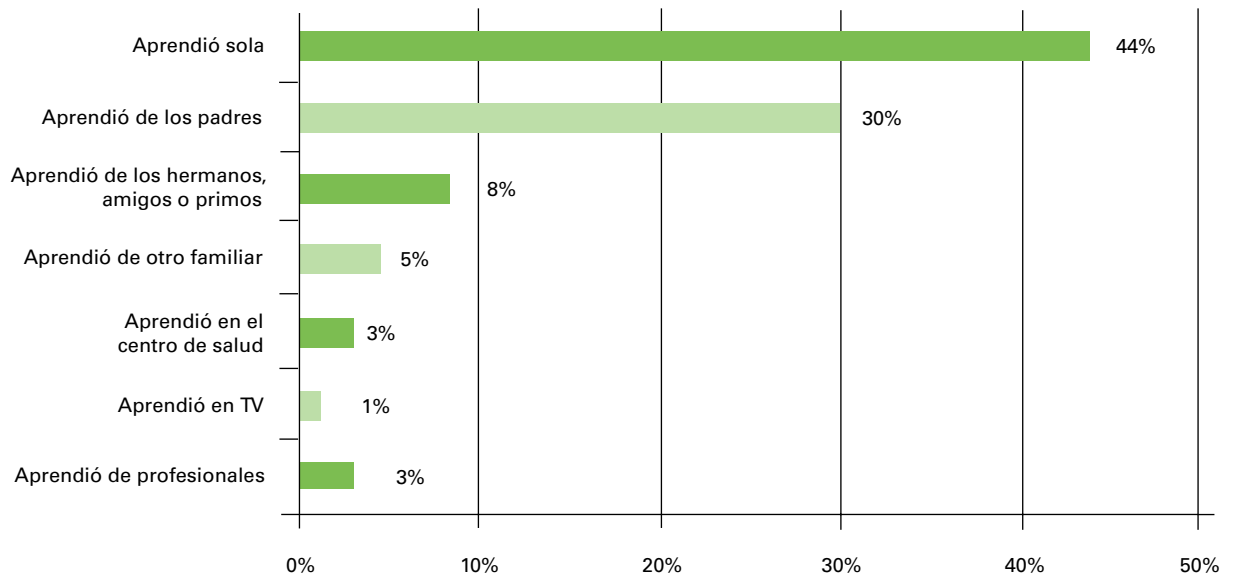


GRÁFICO 26. ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES EN EL CUIDADO DEL NIÑO RESPECTO A...?

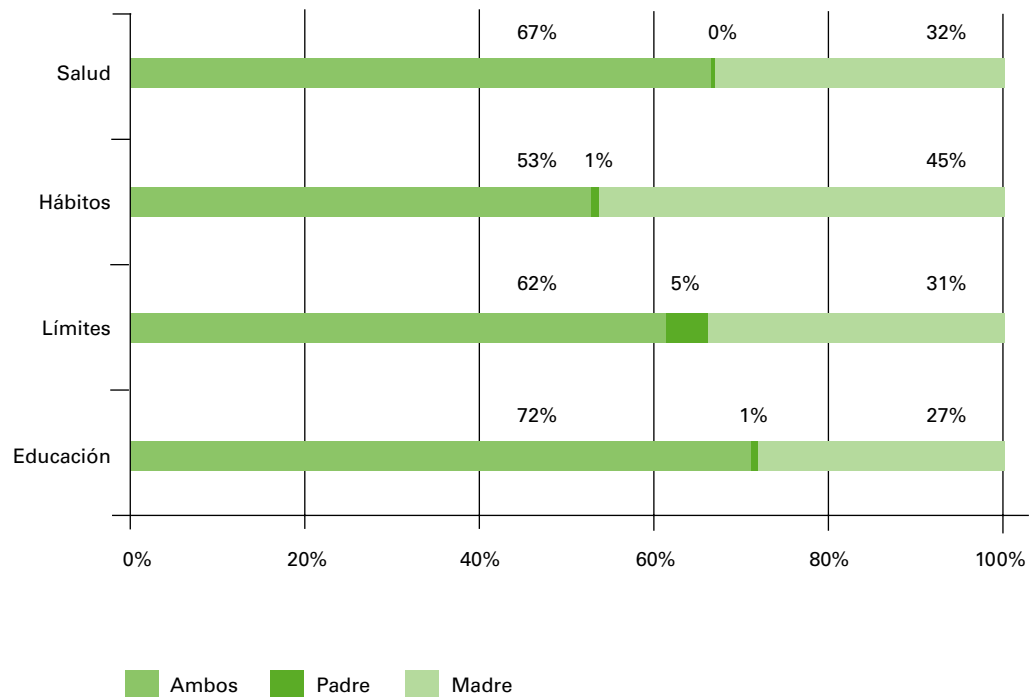


GRÁFICO 27. ACUERDOS O DESACUERDOS DE LAS MADRES CON ALGUNAS AFIRMACIONES

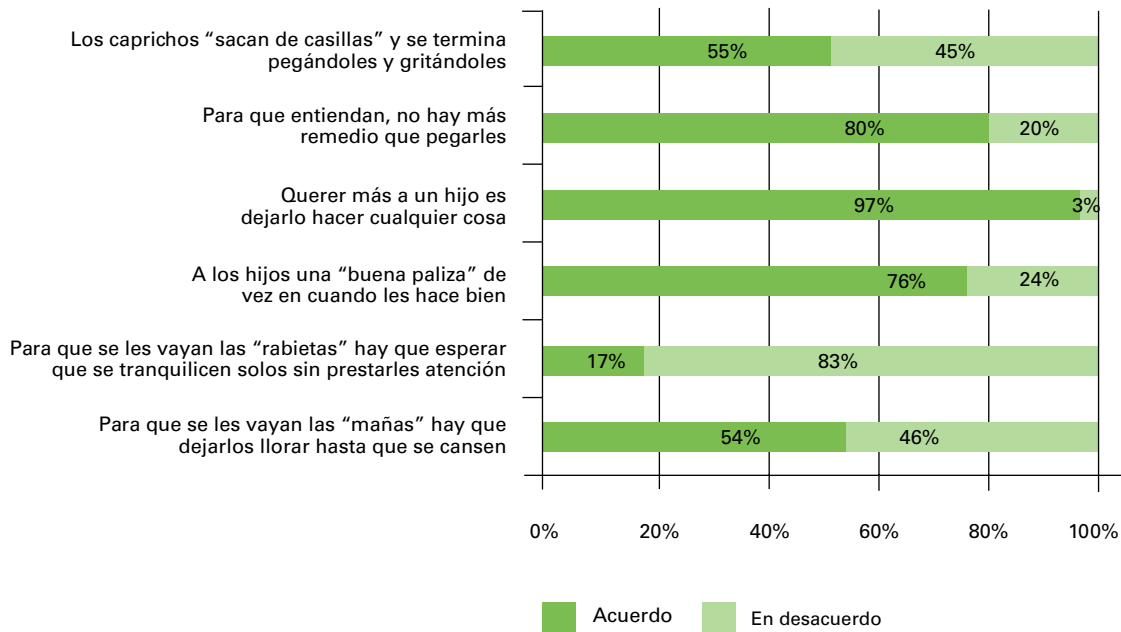
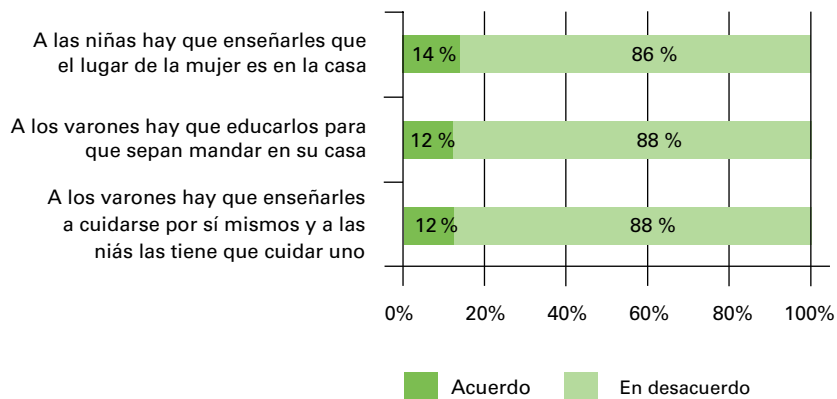


GRÁFICO 28. ACUERDOS O DESACUERDOS EN PRÁCTICAS DE CRIANZA SEGÚN GÉNERO



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, R., M. BONINO, A. ESPINO y G. SAPRIZA (2006), *Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay*, Montevideo: OPS.
- AMARANTE, V., e I. PERAZZA (2008), "Fecundidad y pobreza en Uruguay. 1986-2006", trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba (Argentina), 24 al 26 de septiembre.
- ANDERSON, J., B. JOHNSTONE y D. REMLEY (1999), "Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis", *The American Journal of Clinical Nutrition* n.º 70.
- ARENZ, S., R. RÜCKERL, B. KOLETZKO y R. VON KRIES (2004), "Breast-feeding and childhood obesity. A systematic review", *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, vol. 28, n.º 10.
- ARROYO, Á., G. DE ARMAS, A. RETAMOSO y L. VERNAZZA (2009), *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay*, Montevideo: UNICEF Uruguay.
- ARTEAGA, O., S. THOLLAUG, A. C. NOGUEIRA y C. DARRAS (2002), "Información para la equidad en salud en Chile", *Revista Panamericana de Salud Pública*, n.º 11.
- BARKER, D. J. (2004), "The developmental origins of adult disease", *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 23, n.º 6.
- BARRÍA, R. M., y H. AMIGO (2006), "Nutrition transition: a review of Latin American profile", *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 56, n.º 1.
- BARRIOS, E. (2012), "Epidemiología del cáncer. Magnitud del problema en el Uruguay y en el mundo" (presentación), Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, disponible en <www.mmcc.fmed.edu.uy>.
- BARROS, F. C., D. L. VICTORA PELLETIER, M. ARIMOND, F. C. JOHNSON et al. (1995), "Maternal anthropometry predictors of intrauterine growth retardation and prematurity in the Malawi Maternal and Child Nutrition Study", *Bulletin of the World Health Organization*, n.º 73, 1995.
- 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*, n.º 135.
- BERNARDI, R., L. SCHWARTZMANN, A. CANETTI, A. CERUTTI, B. ZUBILLAGA, O. ROBA (1996), *Cuidando el potencial del futuro: El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay*, Montevideo: GIEP.
- BEYERLEIN, A., S. RÜCKINGER, A. M. TOSCHKE, A. SCHAFFRATH ROSARIO y R. VON KRIES (2011), "Is low birth weight in the causal pathway of the association between maternal smoking in pregnancy and higher BMI in the offspring?", *European Journal of Epidemiology*, vol. 26, n.º 5.
- BHUTTA, Z. A., T. AHMED, R. E. BLACK, S. COUSENS, K. G. DEWEY, E. GIUGLIANI et al. (2008) "What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival", *The Lancet*, vol. 371, n.º 17.
- BLAKE, K. V., L. C. GURRIN, S. F. EVANS, L. J. BEILIN, L. I. LANDAU, F. J. STANLEY et al. (2000), "Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood", *Early Human Development*, vol. 57, n.º 2.
- BOVE, M. I., y F. CERRUTI (2007), *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños y niñas menores de 24 meses*, Montevideo: RUANDI y UNICEF.
- BRUIN, J. E., H. C. GERSTEIN y A. C. HOLLOWAY (2010), "Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review", *Toxicological Sciences*, vol. 116, n.º 2.
- BUDGE, H., M. G. GNANALINGHAM, D. S. GARDNER, A. MOSTYN, T. STEPHENSON y M. E. SYMONDS (2005), "Maternal nutritional programming of fetal adipose tissue development: long-term

- consequences for later obesity"; *Birth Defects Research C, Embryo Today*, vol. 75, n.º 3.
- COATES, J., E. A. FRONGILLO, B. L. ROGERS, P. WEBB, P. E. WILDE y R. HOUSER (2006), "Commonalities in the experience of household food insecurity across cultures: what are measures missing?"; *The Journal of Nutrition*, vol. 136.
- CNPS (2010), *Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030*, Montevideo: Consejo Nacional de Políticas Sociales, disponible en <<http://www.enia.org.uy/>>.
- CORVALÁN, C., R. UAUY, J. STEIN, A. KAIN, R. MARTORELL (2009), "Effect of growth on cardiometabolic status at 4 y of age"; *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 90, n.º 3.
- CRIPPS, R. L., M. S. MARTIN-GRONERT y S. E. OZANNE (2005), "Fetal and perinatal programming of appetite"; *Clinical Science*, vol. 109, n.º 1.
- DE BIE, H. M., K. J. OOSTROM, H. A. DELEMARRE-VAN DE WAAL (2010), "Brain development, intelligence and cognitive outcome in children born small for gestational age"; *Hormone Research in Paediatrics*, vol. 73, n.º 1.
- DE ONIS, M., M. BLÖSSNER y J. VILLAR (1998), "Levels of intrauterine growth retardation in developing countries"; *European Journal of Clinical Nutrition*, n.º 52.
- DE ONIS, M., M. BLÖSSNER, E. BORCHI, E. A. FRONGILLO y R. MORRIS (2004), "Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015"; *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 291, n.º 21.
- DE ONIS, M., C. GARZA, C. G. VICTORA et al. (2004), "The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology"; *Food and Nutrition Bulletin*, n.º 25.
- DEWEY, K. G., y K. BEGUM (2011), "Long-term consequences of stunting in early life"; *Maternal & Child Nutrition*, n.º 7.
- DICKERSON, J. W. (2003), "Some aspects of the public health importance of measurement of growth"; *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, vol. 23, n.º 3.
- DRAKE, A. J., y R. M. REYNOLDS (2010), "Impact of maternal obesity on offspring obesity and cardiometabolic disease risk"; *Reproduction*, vol. 140, n.º 3.
- DUNGER, D. B., B. SALGIN, K. K. ONG (2007), "Session 7: Early nutrition and later health early developmental pathways of obesity and diabetes risk"; *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 66, n.º 3.
- DURAN, P., B. CABALLERO y M. DE ONIS (2006), "The association between stunting and overweight in Latin American and Caribbean preschool children"; *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 27, n.º 4.
- DURMUŞ, B., D. O. MOOK-KANAMORI, S. HOLZHAUER, A. HOFMAN, E. M. VAN DER BEEK, G. BOEHM, E. A. STEEGERS y V. W. JADDOE (2010), "Growth in foetal life and infancy is associated with abdominal adiposity at the age of 2 years: the generation R study"; *Clinical Endocrinology*, vol. 72, n.º 5.
- EKELUND, U., K. ONG, Y. LINEÉ y M. NEOVIUS (2006), "Upward weight percentile crossing in infancy and early childhood independently predicts fat mass in young adults: the Stockholm Weight Development Study (SWEDES)"; *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 83, n.º 2.
- EVANS, J., R. MYERS (2000), *Early Childhood Counts. A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*, Washington D.C.: World Bank Institute.
- FAO (2005), *Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security*, Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- FISHER, D., J. BAIRD, L. PAYNE, P. LUCAS, J. KLEIJNEN, H. ROBERTS, C. LAW (2006), "Are infant size and growth related to burden of disease in adulthood? A systematic review of literature"; *International Journal of Epidemiology*, vol. 35, n.º 5.
- FRONGILLO, E. A. Jr (1999), "Symposium: causes and etiology of stunting. Introduction"; *The Journal of Nutrition*, n.º 129.
- GDALEVICH, M., D. MIMOUNI, M. DAVID y M. MIMOUNI (2001), "Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies"; *Journal of the American Academy of Dermatology*, n.º 45.

- GIEP, PLAN CAIF e INAU (2009), *Desarrollo infantil y fragmentación social en el Uruguay actual*, Montevideo: GIEP, Plan CAIF e INAU, col. Primera Infancia, fascículo 5.
- GLUCKMAN, P. D., M. A. HANSON y A. S. BEEDLE (2007), "Early life events and their consequences for later disease: a life history and evolutionary perspective", *American Journal of Human Biology*, vol. 19, n.º 1.
- GLUCKMAN, P. D., M. A. HANSON, P. BATESON, A. S. BEEDLE, C. M. LAW, Z. A. BHUTTA, K. V. ANOKHIN, P. BOUGNÈRES, G. R. CHANDAK, P. DASGUPTA, G. D. SMITH, P. T. ELLISON, T. E. FORRESTER, S. F. GILBERT, E. JABLONKA, H. KAPLAN, A. M. PRENTICE, S. J. SIMPSON, R. UAUY, M. J. WEST-EBERHARD (2009), "Towards a new developmental synthesis: adaptive developmental plasticity and human disease", *The Lancet*, vol. 373, n.º 9675.
- GLUCKMAN, P., M. HANSON, A. BEEDLE, C. COOPER y K. THORNBURG (2008), "Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease", *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, n.º 1.
- GOBIERNO DE CHILE (2010), *Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo 2006-2010*, disponible en <http://cesfamsi.files.wordpress.com/2010/04/memoria-chile-crece-contigo.pdf>.
- GODFREY, K. M., y D. J. P. BARKER (2001), "Fetal programming and adult health", *Public Health Nutrition*, vol. 4, n.º 2B.
- GODFREY, K., K. WALKER-BONE, S. ROBINSON, P. TAYLOR, S. SHORE, T. WHEELER y C. COOPER C. (2001), "Neonatal bone mass: influence of parental birthweight, maternal smoking, body composition, and activity during pregnancy", *Journal of Bone and Mineral Research*, vol. 16, n.º 9.
- GRANTHAM-McGREGOR, S., Y. B. CHEUNG, S. CUETO, P. GLEWWE, L. RICHTER y B. STRUPP (2007), "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries", *The Lancet*, vol. 369, n.º 60.
- GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS PSICOSOCIALES (GIEP) (1996), *Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay*, Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, GIEP.
- HALONEN, J. I., M. KIVIMÄKI, J. PENNTI, I. KAWACHI, M. VIRTANEN, P. MARTIKAINEN, S. V. SUBRAMANIAN y J. VAHTERA (2012), "Quantifying neighbourhood socioeconomic effects in clustering of behaviour-related risk factors: a multilevel analysis", *Public Library of Science ONE*, vol. 7, n.º 3.
- HANSON, M., C. FALL, S. ROBINSON y J. BAIRD (2009), "Early life nutrition and lifelong health", *British Medical Association Board of Science*, disponible en http://www.bma.org.uk/health_promotion_ethics/child_health/earlylifefoodnutrition.jsp.
- HARDER, T., R. BERGMANN, G. KALLISCHNIGG y A. PLAGEMANN (2005), "Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis", *American Journal of Epidemiology*, vol. 162, n.º 5.
- HARDING, J. (2001), "The nutritional basis of the fetal origins of adult disease", *International Journal of Epidemiology*, vol. 30.
- HARVEY, N. C., J. R. POOLE, M. K. JAVAID, E. M. DENNISON, S. ROBINSON, H. M. INSKIP, K. M. GODFREY, C. COOPER, A. A. SAYER, SWS STUDY GROUP (2007), "Parental determinants of neonatal body composition", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 92, n.º 2.
- HEALTH AND WELFARE CANADA (1990), *Nutrition recommendations - the report of the Scientific Review Committee*, Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- HODGSON, M. I., Z. TILTON y E. DONOS (1986), "Obesidad y riesgo obstétrico en una población chilena", *Revista Chilena de Nutrición*, n.º 14.
- IP, S., M. CHUNG, G. RAMAN, P. CHEW, N. MAGULA, D. DEVINE et al. (2007), *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*, Rockville (Maryland): Agency for Healthcare Research and Quality.
- IVERS, L. C., y K. A. CULLEN (2011), "Food insecurity: special considerations for women", *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, n.º 6.
- KARIM-KOS, H. E., L. A. KIEMENEY, M. W. LOUWMAN, J. W. COEBERGH y E. DE VRIES (2011), "Progress against cancer in the Netherlands since the late 1980s: An epidemiological evaluation", *International Journal of Cancer*, vol. 130, n.º 12.

- KAZAL, L. A. Jr. (2002), "Prevention of iron deficiency in infants and toddlers", *American Family Physician*, vol. 66, n.º 7.
- KAZTMAN, R., y F. FILGUEIRA (2006), "Panorama de la infancia y la familia en Uruguay", Montevideo: Universidad Católica del Uruguay (IPES) e Instituto Interamericano del Niño.
- KENDALL, A., C. M. OLSON y E. A. FRONGILLO JR. (1995), "Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity", *The Journal of Nutrition* vol. 125, n.º 11.
- KIECHL-KOHLENDORFER, U., E. RALSER, U. PUPP PEGLOW, G. REITER, E. GRIESMAIER y R. TRAWÖGER R. (2010), "Smoking in pregnancy: a risk factor for adverse neurodevelopmental outcome in preterm infants?", *Acta Paediatrica*, vol. 99, n.º 7.
- KING, J. C. (2006), "Maternal obesity, metabolism, and pregnancy outcomes", *Annual Review of Nutrition*, n.º 26.
- KRAEMER, S. (2000), "The fragile male", *British Medical Journal*, n.º 321.
- KRAMER, M. S. (1987), "Determinants of Low Birth weight: Methodological assessment and meta-analysis", *Bulletin of World Health Organization*, vol. 65, n.º 5.
- KRAMER, M. S. (2010), "'Breast is best': The evidence", *Early Human Development*, vol. 86, n.º 11.
- KRAMER, M. S., et al. (2004), "Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why the poor fare so poorly?", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, n.º 14.
- LAMMERS, Cristina (2000), "Adolescencia y embarazo en el Uruguay. Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes", Montevideo: MSP, disponible en <<http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12128.pdf>>.
- LANGLEY-EVANS, S. C., S. McMULLEN (2010), "Developmental origins of adult disease", *Medical Principles and Practice*, vol. 19, n.º 2.
- LARAIA, B. A., A. M. SIEGA-RIZ, C. GUNDERSEN (2010), "Household food insecurity is associated with self-reported pregravid weight status, gestational weight gain, and pregnancy complications", *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 110, n.º 5.
- LARAIA, B. A., A. M. SIEGA-RIZ, C. GUNDERSEN y N. DOLE (2006), "Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women", *The Journal of Nutrition*, vol. 136, n.º 1.
- LAWLOR, D., A. M. NYBO, D. BATTY (2009), "Birth cohort studies: past, present and future", *International Journal of Epidemiology*, n.º 38.
- LEARY, S. D., G. D. SMITH, I. S. ROGERS, J. J. REILLY, J. C. WELLS, A. R. NESS (2006), "Smoking during pregnancy and offspring fat and lean mass in childhood", *Obesity*, n.º 14.
- Ley de Acompañamiento en el Parto (n.º 17.386), del 15 de agosto de 2001.
- LOBSTEIN, T., L. BAUR y R. UAUY (2004), "IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health", *Obesity Reviews*, n.º 5.
- LORENZANA, P. A., y D. SANJUR (1999), "Abbreviated measures of food sufficiency validly estimates the food security level of poor household: measuring household food security", *The Journal of Nutrition*, vol. 129, n.º 3.
- LOZOFF, B., J. BEARD, J. CONNOR, F. BARBARA, M. GEORGIEFF y T. SCHALLERT (2006), "Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy", *Nutrition Review*, vol. 64, n.º 5.
- LUCAS, P. J., H. M. ROBERTS, J. BAIRD, J. KLEIJNEN y C. M. LAW (2007), "The importance of size and growth in infancy: integrated findings from systematic reviews of scientific evidence and lay perspectives", *Child: Care, Health and Development*, vol. 33, n.º 5.
- LUKITO, W., y M. L. WAHLQVIST (2006), "Weight management in transitional economies: the 'double burden of disease' dilemma", *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 15.
- MAGGI, S., L. J. IRWIN, A. SIDDIQI y C. HERTZMAN (2010), "The social determinants of early child development: an overview", *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 46, n.º 11.
- MARTORELL, R., A. D. STEIN y D. G. SCHROEDER (2001), "Early nutrition and later adiposity", *The Journal of Nutrition*, vol. 131, n.º 3.
- MARTORELL, R., B. L. HORTA, L. S. ADAIR, A. D. STEIN, L. RICHTER, C. H. FALL et al. (2010) "Weight gain in the

- first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low- and middle-income countries”, *The Journal of Nutrition*, vol. 140.
- McINTYRE, L., V. TARASUK, T. JINGUANG LI (2007), “Improving the nutritional status of food-insecure women: first, let them eat what they like”, *Public Health Nutrition*, vol. 10, n.º 11.
- MIERES, P., y J. J. CALVO (comps.) (2007), *Importante pero urgente. Políticas de población en Uruguay*, Montevideo: Rumbos-UNFPA.
- MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE (2006), *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Informe de resultados*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud, disponible en <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>>.
- MONASTA, L., G. D. BATTY, A. CATTANEO, V. LUTJE, L. RONFANI, F. J. VAN LENTHE y J. BRUG (2010), “Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews”, *Obesity Reviews*, vol. 11, n.º 10.
- MSP (2005), *Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- MSP (2006), Ordenanza 402, 11 de julio, Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- MSP (2007), Programa Nacional de la Niñez, *Normas de control del niño sano*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- MSP (2008), *Normas de atención de la mujer embarazada*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, Programa Mujer y Género, Guías en Salud Sexual y Reproductiva.
- MUSTARD, J. (2006), “Early Child Development and Experience-based Brain Development”, Toronto: Canadian Institute for Advanced Research.
- NISSINEN, A., X. BERRIOS y P. PUSKA (2002), “Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo”, *Boletín de la Organización Mundial para la Salud*, n.º 6, disponible en <<https://apps.who.int/>>.pdf.
- NORD, M., A. COLEMAN-JENSEN, M. ANDREWS y S. CARLSON (2010), *Household food security in the United States*, Washington DC: USDA Economic Research Service.
- OKEN, E., E. B. LEVITAN y M. W. GILLMAN (2008), “Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis”, *International Journal of Obesity*, vol. 32, n.º 2.
- OLSON, C. M. (1999), “Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger”, *The Journal of Nutrition*, vol. 129, n.º 2.
- OMS y UNICEF, *La alimentación del lactante y del niño pequeño*, Washington, D.C.: 2010
- ONG, K. K. (2007), “Catch-up growth in small for gestational age babies: good or bad?”, *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, vol. 14, n.º 1.
- ONG, K. K., y D. B. DUNGER (2004), “Birth weight, infant growth and insulin resistance”, *European Journal of Endocrinology*, n.º 151.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L., M. N. ACOSTA-GUTIÉRREZ, A. E. NÚÑEZ-PÉREZ, N. PERALTA-FONSECA e Y. RUIZ-GÓMEZ (2007), “Food insecurity and obesity are positively associated in Mexico City schoolchildren”, *Revista de Investigación Clínica*, vol. 59, n.º 1.
- OWEN, C. G., P. H. WHINCUP, K. ODOKI, J. A. GILG, D. G. COOK (2002), “Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review”, *Pediatrics*, n.º 110.
- OWEN, C. G., R. M. MARTIN, P. H. WHINCUP, G. DAVEY SMITH, D. G. COOK (2007), “Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, n.º 84.
- OWEN, C. G., R. M. MARTIN, P. H. WHINCUP, G. DAVEY SMITH, D. G. COOK (2005), “Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence”, *Pediatrics*, n.º 115.
- PERALTA, M. V., y G. FUJIMOTO (1998), *La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI*, Santiago de Chile: OEA.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R., A. M. SEGALL-CORREA, L. KURDIAN MARANHA, M. F. SAMPAIO, L. MARIN-LEON, G. PANIGASSI (2004), “An adapted version of the US Department of Agriculture food insecurity

- module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil"; *The Journal of Nutrition*, vol. 134, n.º 8.
- POLLAK, S. D. (2005), "Early adversity and mechanisms of plasticity: integrating affective neuroscience with developmental approaches to psychopathology"; *Development and Psychopathology*, vol. 17, n.º 3.
- POLLITT, E., K. S. GORMAN, P. L. ENGLE, J. A. RIVERA y R. MARTORELL (1995), "Nutrition in early life and the fulfillment of intellectual potential"; *The Journal of Nutrition*, vol. 125, n.º 4 Suppl.
- POPKIN, B. M., y P. GORDON-LARSEN (2004), "The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants"; *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, n.º 28.
- RAO, R., y M. K. GEORGIEFF (2007), "Iron in fetal and neonatal nutrition"; *Seminars of Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 12, n.º 1.
- REINEHR, T., y M. WABITSCH (2011), "Childhood obesity"; *Current Opinion Lipidology*, vol. 22, n.º 1.
- ROBINSON, S. M., y K. M. GODFREY (2008), "Feeding practices in pregnancy and infancy: relationship with the development of overweight and obesity in childhood"; *International Journal of Obesity*, n.º 32.
- ROGERS, J. M. (2009), "Tobacco and pregnancy"; *Reproductive Toxicology*, vol. 28, n.º 2.
- ROLLAND-CACHERA, M. F., y S. PÉNEAU (2011), "Assessment of growth: variations according to references and growth parameters used"; *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, n.º 6.
- SASS, N., A. R. DE FIGUEREDO JUNIOR, J. M. SIQUEIRA, F. R. DA SILVA, J. L. SATO, M. U. NAKAMURA y E. DE SOUSA (2010), "Maternal and perinatal outcomes in Bolivian pregnant women in the city of São Paulo: a cross-sectional case-control study"; *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, vol. 32, n.º 8.
- SAWAYA, A. L., y S. ROBERTS (2003), "Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms"; *Cadernos de Saúde Pública*, n.º 19.
- SEGALL CORREA, A. M., R. PÉREZ-ESCAMILLA, L. KURDIAN MARANHA, F. SAMPAIO, R. VIANNA, L. VIEIRA-FREIRE et al. (2004), "An adapted Version of the USDA food security scale is a valid tool to assess household food insecurity in urban areas in Brazil"; *FASEB Journal*, n.º 18.
- SONIS, A. (2001), "Equidad y salud"; *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 99, n.º 3.
- SPENCER, N. (2003), "Social, economic, and political determinants of child health"; *Paediatrics*, n.º 112.
- STANOJEVIC, S., J. KAIN y R. UAUY (2007), "The association between changes in height and obesity in Chilean preschool children: 1996-2004"; *Obesity*, vol. 15, n.º 4.
- STETTLER, N. (2007), "Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood and adulthood obesity in the first year of life"; *International Journal of Obesity*, vol. 31, n.º 7.
- STETTLER, N. (2011), *Infant feeding practices and subsequent development of adipose tissue*, Viena: Nestlé Nutrition Workshop Series, Pediatric Program, n.º 68.
- TARASUK, V. S. (2001), "Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances"; *The Journal of Nutrition*, vol. 131, n.º 10.
- TARASUK, V. S., y G. H. BEATON (1999), "Women's dietary intakes in the context of household food insecurity"; *The Journal of Nutrition*, vol. 129, n.º 3.
- TAYIE, F. A., y C. A. ZIZZA (2009), "Height differences and the associations between food insecurity, percentage body fat and BMI among men and women"; *Public Health Nutrition*, vol. 12, n.º 10.
- TOUNIAN, P. (2011), "Programming towards childhood obesity"; *Annals of Nutrition and Metabolism*, n.º 58.
- TOWNSEND, M. S., J. PEERSON, B. LOVE, C. ACHTERBERG y S. P. MURPHY (2001), "Food insecurity is positively related to overweight in women"; *The Journal of Nutrition* vol. 131, n.º 6.
- TRISTÁN FERNÁNDEZ, J. M., F. RUIZ SANTIAGO, C. VILLAVERDE GUTIÉRREZ, M. R. TRISTÁN TERCEDOR, R. MAROTO BENAVIDES y C. CAMPOY FOLGOSO (2007), "Entorno y desarrollo"; *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 9, n.º 36.
- UAUY, R., C. ALBALA y J. KAIN (2001), "Overweight trends in Latin America: transiting from under to overweight"; *Journal of Nutrition*, n.º 131.

-
- UAUY, R., E. CARMUEGA, D. BARKER (2009), *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y el bienestar de la población*, Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur.
- UAUY R., J. KAIN, V. MERICQ, J. ROJAS y C. CORVALÁN (2008), "Nutrition, child growth, and chronic disease prevention", *Annals of Medicine*, n.º 40.
- UNFPA, IMM, MYSU, MSP e INE (2004), Encuesta Nacional "Reproducción biológica y social de la población uruguaya", Proyecto Género y Generaciones.
- UNICEF y WHO (2004), *Low Birthweight. Country, Regional and Global Estimates*, Nueva York y Ginebra: UNICEF y WHO.
- UNICEF, RUANDI y MSP (2007), *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país*, Montevideo: UNICEF, RUANDI y MSP, disponible en <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf>.
- VIBHA, L. A. R. (2011), "Women's health: beyond reproductive years", *Indian Journal of Public Health*, vol. 55, n.º 4.
- WELLS, J. C., P. C. HALLAL, A. WRIGHT, A. SINGHAL y C. G. VICTORA (2005), "Fetal, infant and childhood growth: relationships with body composition in Brazilian boys aged 9 years", *International Journal of Obesity*, vol. 29, n.º 10.
- WHO (1995), "Maternal anthropometry and pregnancy outcomes. A WHO Collaborative Study", *Bulletin of the World Health Organization*, n.º 73.
- WHO (2004 a), *Global strategy on diet, physical activity and health*, Ginebra: World Health Organization.
- WHO (2004 b), *Towards the development of a strategy for promoting optimal fetal growth*, Ginebra: World Health Organization, Technical Consultation, disponible en <http://www.who.int/nutrition/topics/feto_maternal/en/index.html>.
- WHO (2005), *Preventing Chronic Diseases: a vital Investment*, Ginebra: WHO Global Report.
- WHO (2006), "Promoting optimal fetal development: report of a technical consultation", Ginebra: World Health Organization Report.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres que no se realizaron la prueba de Papanicolaou	28
Gráfico 2. Razón para no realizarse la prueba de Papanicolaou	28
Gráfico 3. Media de número de hijos según nivel de ingreso de los hogares	29
Gráfico 4. Persona que decidió el método anticonceptivo utilizado	29
Gráfico 5. Oportunidad del primer control del embarazo	35
Gráfico 6. Frecuencia de asistencia a control del embarazo	35
Gráfico 7. Condición de seguridad alimentaria de los hogares	43
Gráfico 8. Nutrición de las mujeres evaluada según IMC	45
Gráfico 9. Situación nutricional de las mujeres según edad	45
Gráfico 10. Estado nutricional de la mujer embarazada evaluado según IMC y edad de gestación	47
Gráfico 11. Porcentaje de mujeres con un consumo adecuado de leche al día	47
Gráfico 12. Porcentaje de mujeres que consumen 5 o más frutas y verduras por día según nivel de seguridad alimentaria	49
Gráfico 13. Consumo de mate en las mujeres, en las embarazadas y en las madres que amamantan	50
Gráfico 14. Porcentaje de mujeres que siempre agregan sal a la comida antes de probarla	50
Gráfico 15. Peso del niño al nacer	54

Gráfico 16. Adecuación de la asistencia del niño a control de salud	61
Gráfico 17. Adecuación de la asistencia a control según edad de los niños	62
Gráfico 18. Alimentos consumidos por los niños menores de 2 meses durante el día anterior a la encuesta	64
Gráfico 19. Retraso de talla según nivel de educación de la madre	73
Gráfico 20. Puntaje Z promedio de talla para la edad según seguridad alimentaria de los hogares	74
Gráfico 21. Desarrollo infantil en niños de 12 a 59 meses	81
Gráfico 22. Desarrollo infantil según años de estudio de la madre	83
Gráfico 23. Algunas prácticas de crianza	87
Gráfico 24. ¿A quién consulta sobre la crianza de los niños?	87
Gráfico 25. ¿Cómo aprendió sobre el cuidado de los niños?	88
Gráfico 26. ¿Quién toma las decisiones en el cuidado del niño respecto a...?	88
Gráfico 27. Acuerdos o desacuerdos de las madres con algunas afirmaciones	89
Gráfico 28. Acuerdos o desacuerdos en prácticas de crianza según género	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra estudiada	21
Tabla 2. Edad de nacimiento del primer hijo según nivel de ingreso y educación materna	29
Tabla 3. Ítems del cuestionario aplicado de inseguridad alimentaria	38
Tabla 4. Cuestionario de salud SF-36	39
Tabla 5. Características de los hogares según condición de seguridad alimentaria	44
Tabla 6. Estado de ánimo de las mujeres según condición de seguridad alimentaria	44
Tabla 7. Factores de riesgo para la obesidad, cintura de riesgo cardiovascular y bajo peso en la mujer	46
Tabla 8. Autopercepción y situación nutricional según antropometría	46
Tabla 9. Situación nutricional de las mujeres del departamento de Canelones según zona geográfica	46
Tabla 10. Nutrición de la mujer embarazada según seguridad alimentaria y edad	47
Tabla 11. Frecuencia del desayuno y qué consume en él	48
Tabla 12. Frecuencia de consumo de frutas y verduras en la última semana y número diario	49
Tabla 13. Frecuencia de consumo de carne y pescado	50

Tabla 14. ¿Con qué frecuencia consumió refrescos en polvo o preparados?	51
Tabla 15. Actividad física	51
Tabla 16. Hábito de fumar	51
Tabla 17. Porcentaje de niños de pretérmino según control del embarazo	54
Tabla 18. Niños de bajo peso al nacer por microrregión de Canelones	55
Tabla 19. Factores de riesgo para la prematuridad, el bajo peso y la macrosomía	55
Tabla 20. Criterios para evaluar la adecuación de los controles de salud a las Normas de control del niño sano	58
Tabla 21. Porcentaje de niños que no acuden a control según características sociales	62
Tabla 22. Factores sociales asociados a la no asistencia del niño al control de salud	63
Tabla 23. Inmunización completa de niños de entre 12 y 23 meses, por tipo de vacunas	63
Tabla 24. Inmunización por tipo de vacuna en niños de 12 a 59 meses de edad	64
Tabla 25. Edad al recibir cada vacuna según tipo de vacuna	64
Tabla 26. Prevalencia de lactancia materna según edad y región geográfica	65
Tabla 27. Consumo de alimentos en niños de 6 a 23 meses	65
Tabla 28. Prevalencia de obesidad según sexo del niño	69

Tabla 29. Prevalencia de obesidad según edad del niño	69
Tabla 30. Riesgo de obesidad según modelo de regresión logística	69
Tabla 31. Porcentaje de niños menores de cinco años con retraso de crecimiento (talla/edad <-2 DE estándar OMS)	72
Tabla 32. Retraso de crecimiento. Déficit de talla con relación a la edad según zona geográfica	72
Tabla 33. Retraso de talla según condiciones biológicas y sociales	73
Tabla 34. Riesgo de retraso de talla según condición del niño, la madre y los hogares	74
Tabla 35. Prevalencia de retraso en el perímetro cefálico	75
Tabla 36. Riesgo de retraso en el perímetro cefálico según condición del niño y de la madre	75
Tabla 37. Conductas esperadas en los niños según tramo de edad	78
Tabla 38. Desarrollo infantil según sexo y edad	81
Tabla 39. Desarrollo infantil según características del niño, de la madre y del hogar	82
Tabla 40. Factores de riesgo para el rezago y el retraso en el desarrollo según análisis multivariado	82
Tabla 41. Desarrollo del niño según asistencia a un centro de educación para la primera infancia	83

