DIRECCIÓN NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

ENDIS
ENCUESTA DE NUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

Resultados de la cuarta ronda de la ENDIS

Una década acompañando el crecimiento de niños y niñas en Uruguay

Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud
Cohorte 2013 · Relevamiento 2024

Ministerio de Desarrollo Social | Dirección Nacional de Desarrollo Social | Uruguay Crece Contigo

Autoridades y equipos

AUTORIDADES

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

Ministro
Prof. Gonzalo Civila

Subsecretario
Federico Graña

Director Nacional de Desarrollo Social
Lic. Nicolás Lasa

Uruguay Crece Contigo
Dra. Virginia Cardozo

Secretaría Nacional de Cuidados
Dra. Susana Muñíz

Director Nacional de Transferencias y Análisis de Datos
Ec. Juan Martín Fernández Vallo

Ministerio de Salud Pública

Ministra
Dra. Cristina Lustemberg

Subsecretario
Dr. Leonel Briozzo

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez
Dra. Marie Boulay

Responsable del Programa Nacional de Nutrición
Mag. Ximena Moratorio

Instituto Nacional de Estadística

Director Técnico
Ec. Marcelo Bisogno

Sub Director
Adriana Vernengo

División Estadísticas Sociodemográficas
Mag. Andrea Macari

AUTORES

La selección de los capítulos, la discusión de indicadores y las interpretaciones del presente documento son producto de un trabajo colectivo y están basados en las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales especializados en cada una de las temáticas que abordamos en la encuesta y en el conocimiento acumulado de las ediciones anteriores de la misma. El procesamiento y análisis de indicadores y la redacción de los capítulos fueron realizados por (en orden alfabético):

Compilación General - Uruguay Crece Contigo

Christian Berón
Natalia De Souza
Giorgina Garibotto
Pablo Irigoin
Dayana Rodríguez

Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos

División de Análisis de Datos.
Autores/as: Lorena Custodio, Lucas Suarez, Gonzalo Vázquez, Fernanda Díaz.

Instituto Nacional de Estadística

Pablo Irigoin, Valeria Chittadini, Silvina Gómez, Lucia Maglia y Juan Pablo Ferreira

Instituto Nacional de la Juventud

Autores/as: Natalia Bettoni, Nicolás Alberti, Serrana Alonso y Leticia Palumbo.

Secretaría Nacional de Cuidados

Autores/as: Ignacio Linn, Mauricio Russi.

Secretaría Nacional de Drogas

Observatorio Uruguayo de Drogas.
Autores/as: Jéssica Ramírez, Héctor Suárez.

Secretaría Nacional del Deporte

Observatorio Nacional del Deporte.
Autores/as: Cecilia Cristar, Mariana Melgar, Tomás Rossi.

Uruguay Crece Contigo

División de Gestión del Conocimiento e Innovación para la Primera Infancia – Directora Giorgina Garibotto.
Autores/as: Christian Berón, Natalia De Souza, Pablo Irigoin, Florencia Köncke, Dayana Rodríguez.

UNICEF

Oficial de Monitoreo y Evaluación: Darío Fuletti.
Autor: Agustín Greif.

Universidad Católica del Uruguay

Departamento de Ciencias Sociales.
Autores/as: Matías Dodel, Carolina Pérez Moretti.

Universidad de la República - CICEA (Centro Interdisciplinario en Cognición para la Enseñanza y el Aprendizaje), Espacio Interdisciplinario.

Equipo Evaluación del Desarrollo y Temporalidad.
Autores/as: Guiliana Tórtora, Meliza Gonzalez, Alejandro Vásquez Echeverría.

Universidad de la República - Facultad de Ciencias

Autores/as: Ignacio Estevan, Bettina Tassino.

Diseño y diagramación

Comunicación DINADES – MIDES

ISBN digital: 978-9974-902-69-5

Financiamiento

Este relevamiento fue financiado con fondos del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

El trabajo de campo estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística.

Aspectos éticos y licencias de uso de pruebas psicométricas

Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Expediente Nº 070153-000015-24

Cómo citar un capítulo

Institución o Apellido e inicial de los autores. Título del capítulo.

En: Una década acompañando el crecimiento de niños y niñas en Uruguay. Resultados de la cuarta ronda de la ENDIS.

Páginas utilizadas. Montevideo. MIDES, MSP, INE; 2026.

PRÓLOGO

La infancia es un asunto público

La infancia es un asunto público. Esta afirmación tiene profundas implicancias para la forma en que una sociedad comprende y organiza sus políticas. Lo que les pasa a los niños, niñas y adolescentes no es un asunto privado circunscrito a lo que se define dentro de un hogar. Esto significa reconocer a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y asumir que las condiciones en las que crecen, se desarrollan, aprenden, juegan, se alimentan, se vinculan y construyen sus proyectos de vida no dependen exclusivamente de sus familias ni de las oportunidades individuales que cada una pueda construir. Son también el resultado de decisiones colectivas, de las condiciones sociales y económicas y de la capacidad del Estado y de la sociedad para garantizar derechos.

Por eso, producir información rigurosa sobre las infancias y adolescencias es también una forma de construir política pública.

La cuarta ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) nos ofrece una oportunidad especialmente valiosa: volver a mirar a una misma cohorte de niños y niñas que comenzó a ser estudiada en 2013 y que hoy transita entre los 10 y los 14 años. Más de una década de seguimiento permite algo que pocas fuentes de información pueden ofrecer: observar trayectorias, identificar continuidades y transformaciones y, sobre todo, comprender que el desarrollo no ocurre de manera aislada ni lineal. Las condiciones de vida, la salud, la alimentación, los cuidados, la educación, los vínculos, el bienestar emocional y las oportunidades se encuentran profundamente relacionados.

Los resultados de esta ronda nos muestran avances, pero también desigualdades que no podemos naturalizar. Para darles respuesta se requiere superar una mirada que deposita exclusivamente en las familias la responsabilidad por el bienestar de sus hijos e hijas. Las familias necesitan apoyos, servicios, ingresos, tiempo y redes. El cuidado es una responsabilidad compartida y las políticas públicas tienen un papel central en la construcción de esa corresponsabilidad.

En este sentido, la ENDIS permite mirar más allá de los promedios. Las aperturas por nivel de ingresos, territorio, edad y sexo muestran que no todos los niños, niñas y adolescentes transitan las mismas experiencias. La desigualdad no se distribuye al azar y, por tanto, tampoco pueden ser iguales las respuestas que construimos. Los resultados sobre educación y cuidados, por ejemplo, muestran diferencias socioeconómicas y de género que desafían a las políticas públicas.

Hay, además, algo particularmente significativo en esta cuarta ronda: escuchar directamente la voz de niños, niñas y adolescentes. El cuestionario autoadministrado permite conocer sus propias percepciones, expectativas y experiencias, y ponerlas en diálogo con las miradas de las personas adultas referentes. Esto es fundamental para una política pública que pretende garantizar derechos: no alcanza con hablar sobre las infancias y adolescencias; necesitamos también generar condiciones para escucharlas y reconocerlas como protagonistas de sus propias trayectorias.

La ENDIS es, entonces, mucho más que una encuesta. Es una construcción colectiva y sostenida de conocimiento público. Es posible gracias al trabajo conjunto de instituciones del Estado, la academia y organismos internacionales, y tiene como uno de sus mayores valores la posibilidad de poner esa información a disposición de toda la sociedad.

Desde Uruguay Crece Contigo asumimos que ese conocimiento debe convertirse en una herramienta para la acción. Los datos no sustituyen las decisiones políticas, pero permiten hacerlas más responsables, más transparentes y más sensibles a las desigualdades. También permiten evaluar lo que hacemos, reconocer aquello que funciona, revisar aquello que no alcanza y formular nuevas preguntas.

Porque producir evidencia no es solamente conocer mejor la realidad. Es también asumir la responsabilidad de transformarla.

Esta publicación nos invita a mirar una década de trayectorias, pero también a preguntarnos por la próxima década. ¿Qué condiciones queremos construir para quienes hoy transitan la infancia y la adolescencia? ¿Qué desigualdades estamos dispuestos a transformar? ¿Qué responsabilidades debemos asumir como Estado y como sociedad?

Las respuestas no están contenidas únicamente en estas páginas. Pero estas páginas nos ofrecen algo imprescindible para buscarlas: conocimiento construido con rigor, una mirada longitudinal sobre las trayectorias y, sobre todo, la posibilidad de tomar mejores decisiones para garantizar que crecer y desarrollarse en Uruguay sea, cada vez más, un derecho efectivamente garantizado para todos los niños, niñas y adolescentes.

Dra. Virginia Cardozo

Gerenta - Uruguay Crece Contigo

Dirección Nacional de Desarrollo Social

Ministerio de Desarrollo Social

ÍNDICE

Qué vas a encontrar

Prólogo 5

Resumen ejecutivo 19

Introducción 23

1 Caracterización de los Hogares con Niñas, Niños y Adolescentes 27

1.1 Introducción ... 27
1.2 Caracterización general de los integrantes ... 27
1.3 Caracterización general de los hogares ... 28
1.4 Habitabilidad de la vivienda ... 30
1.5 Presencia del referente masculino ... 32
1.6 Acceso a programas sociales ... 34
1.7 Conclusiones del capítulo ... 37

2 Educación y Cuidados de los Niños, Niñas y Adolescentes 39

2.1 Introducción ... 39
2.2 Asistencia a centros educativos ... 39
2.3 Traslados a los centros educativos ... 42
2.4 Cuidados en el hogar ... 44
2.5 Tareas domésticas ... 45
2.6 Prácticas de crianza ... 47
2.7 Conclusiones ... 48

3 Aspectos Relacionados con la Salud Infantil 50

3.1 Situación sanitaria de los niños, niñas y adolescentes ... 50
3.2 Asistencia a controles en salud ... 50
3.3 Presión arterial ... 51
3.4 Control odontológico ... 53
3.5 Enfermedades crónicas ... 54
3.6 Morbilidad por lesiones no intencionales ... 55

3.7 Medicalización 56
3.8 Tratamiento en salud mental 58
3.9 Aspectos destacados del apartado y conclusiones 58
3.10 Bibliografía 59

4 Actividad Física y Deporte 60

4.1 Introducción 60
4.2 Actividad física en contextos institucionales 61
4.3 Actividad física recreativa o informal 63
4.4 Bibliografía consultada 66

5 Seguridad Acuática 67

5.1 Introducción 67
5.2 Competencias acuáticas 68
5.3 Uso de dispositivos de flotación personal (DFP) en piscinas 69
5.4 Uso de Dispositivos de flotación personal en aguas abiertas 70
5.5 Baño en zonas habilitadas 71
5.6 Supervisión durante juegos en el agua 71
5.7 Bibliografía consultada 73

6 Ocio y Tiempo Libre 74

6.1 Uso de pantallas fuera del horario escolar 74

7 Patrones de Sueño, Cronotipo y Disrupción Circadiana 77

7.1 Introducción 77
7.2 Desarrollo Temático Central 78
7.3 Salud del sueño 78
7.4 Salud circadiana 79
7.5 Conclusiones del capítulo 79
7.6 Citas y Referencias 80

8 Alimentación de los Niños, Niñas y Adolescentes 82

8.1 Introducción 82
8.2 Alimentación de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años 82
8.3 Bebidas consumidas 85
8.4 Merienda escolar 86

8.5 Alimentación perceptiva 88
8.6 Resumen del capítulo 90
8.7 Bibliografía 90

9 Estado Nutricional 92

9.1 Introducción 92
9.2 Estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes 93
9.3 Evolución del estado nutricional según rondas de la ENDIS 94
9.4 Resumen del capítulo 95
9.5 Bibliografía 96

10 Seguridad Alimentaria 97

10.1 Introducción 97
10.2 Análisis de resultados y discusión 97
10.3 Discusión 98
10.4 Citas y Referencias 99

11 Prácticas de Crianza 100

11.1 Introducción 100
11.2 Resultados 100

12 Disciplinamiento: Uso de Métodos de Disciplina Violenta sobre Niños, Niñas y Adolescentes de 10 a 15 Años de Edad 103

12.1 Introducción 103
12.2 Medición de las prácticas de disciplina 103
12.3 Antecedentes en Uruguay 104
12.4 Reporte de uso de métodos violentos de disciplina sobre niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años 104
12.5 Diferencias según características del niño, niña o adolescente 107
12.6 Diferencias según características del hogar 108
12.7 Factores asociados 110
12.8 Referencias bibliográficas 110

13 Bienestar Psicosocial a Partir de los Resultados de la ENDIS 2024 111

13.1 Introducción 111
13.2 Self Reporting Questionnaire - 20 111
13.3 Child Behavior Checklist (6-18 años) 114

13.4 Olweus Bully/Victim Questionnaire 119
13.5 KIDSCREEN - 27 121
13.6 Discusión 125
13.7 Referencias bibliográficas 127

14 Acceso, Uso y Competencias Digitales de Niñas, Niños y Adolescentes 131

14.1 Introducción 131
14.2 Frecuencia en el uso de dispositivos para conectarse a Internet 131
14.3 Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet 136
14.4 Presencia de experiencias asociadas a uso problemático 137
14.5 Nivel de habilidades digitales declaradas 139
14.6 Conclusiones del Capítulo 142
14.7 Referencias bibliográficas 143

15 Salud Autoadministrado 144

15.1 Introducción 144
15.2 La percepción de peso 144
15.3 Pérdida de peso 146
15.4 Alimentación y bebidas 147
15.5 El rotulado frontal 150
15.6 Fuentes de información en nutrición 150
15.7 Menstruación y control ginecológico 151
15.8 Métodos anticonceptivos 153
15.9 Bibliografía 154

16 Alcohol y Bebidas Energizantes en Niños, Niñas y Adolescentes 156

16.1 Introducción 156
16.2 Consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes 157
16.3 Consumo de bebidas energizantes en niños, niñas y adolescentes 159
16.4 Conclusiones 162
16.5 Referencias bibliográficas 163

17 Educación y Futuro Autoadministrado 165

17.1 Introducción 165
17.2 Calidad de la información 165
17.3 Asistencia a centros educativos 166

17.4 Expectativas educativas 166
17.5 Razones de no asistencia a educación media 169
17.6 Conclusiones 170
17.7 Bibliografía 171

18 Adolescencias, Bienestar Psicosocial y Bienestar Digital: Aportes para una Lectura desde la Perspectiva de Ciclo de Vida 172

18.1 Introducción 172
18.2 Bienestar psicosocial 173
18.3 Bienestar digital, adolescencia y ciclo de vida 175
18.4 A modo de cierre... 177
18.5 Bibliografía 178

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 1.1. Tamaño promedio del hogar de las NNA según edad, nivel de ingresos y región. 29

Gráfico 1.2. Proporción de NNA que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región 33

Gráfico 1.3. Proporción de NNA con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita. 34

Gráfico 1.4. Cobro de AFAM-PE por tercil de ingreso 36

Gráfico 1.5. Cobro de TUS por tercil de ingreso y región 37

Gráfico 2.1. Distribución de tipo de centro al que asisten según región y tercil de ingresos 40

Gráfico 2.2. Edad de inicio en la asistencia según tipo de centro, región y tercil de ingresos 40

Gráfico 2.3. Distribución de horas de asistencia según tipo de centro, región y tercil de ingresos 41

Gráfico 2.4. Traslados a los centros educativos según tipo de centro, región y tercil de ingresos 42

Gráfico 2.5. Tiempo de traslado a los centros educativos según tipo de centro, región y tercil de ingresos 43

Gráfico 2.6. Con quién se traslada al centro educativo según edad, tipo de centro, región y tercil de ingresos 44

Gráfico 2.7. NNA que se quedan solos durante la semana y fuera del horario escolar, según edad, región y tercil de ingresos 45

Gráfico 2.8. Distribución porcentual del reparto de tareas dentro del hogar (solo mujeres encuestadas con pareja en el hogar) 47

Gráfico 2.9. Realización de actividades de los adultos del hogar junto a los niños/as. 48

Gráfico 3.1. Distribución porcentual del motivo principal de la última consulta médica 51

Gráfico 3.2. Prevalencia de hipertensión arterial en niños/as según región. 52

Gráfico 3.3. Distribución porcentual de la asistencia a control odontológico de los niñas/as y adolescentes según tercil de ingresos y región 53

Gráfico 3.4. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que tiene una enfermedad crónica diagnosticada por tipo de enfermedad 55

Gráfico 3.5. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumen algún tipo de medicación diariamente según tipo de medicamento. 57

Gráfico 4.1. Cantidad reportada de horas a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución 62

Gráfico 4.2. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física en instituciones 63

Gráfico 4.3. Práctica de actividad física informal o recreativa 64

Gráfico 4.4. Cantidad reportada de horas a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física recreativa o informal 65

Gráfico 4.5. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física recreativa o informal 65

Gráfico 4.6. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física en instituciones y recreativo 66

Gráfico 5.1. Porcentaje de NNA que reportan "saber nadar" según sexo, nivel de ingresos y región. 69

Gráfico 5.2. Frecuencia de uso de Dispositivos de flotación personal en piscinas 70

Gráfico 5.3. Frecuencia de uso de Dispositivos de flotación personal en playa, río o arroyo 70

Gráfico 5.4. Frecuencia de baño en zonas habilitadas 71

Gráfico 5.5. Frecuencia de supervisión dentro del agua 72

Gráfico 5.6. Frecuencia de supervisión desde fuera del agua 72

Gráfico 5.7. Frecuencia de supervisión agregada durante juegos en el agua 73

Gráfico 6.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que realizan actividades con pantallas fuera del horario escolar. 74

Gráfico 7.1. Patrón de sueño según turno educativo. 80

Gráfico 7.2. Gráficos por edad y turno educativo de a) el cronotipo, b) la duración del sueño en días de la semana, c) el jetlag social. 80

Gráfico 8.1. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista, según nivel de ingresos, región y comparativo Ronda 3 83

Gráfico 8.2. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista 84

Gráfico 8.3. Consumo de grupos de alimentos no recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista 85

Gráfico 8.4. Consumo de bebidas cuando el niño, niña o adolescente tiene sed, según tercil de ingresos y comparativo rondas ENDIS 86

Gráfico 8.5. Distribución porcentual del tipo de merienda que los NNA llevaron o recibieron en el centro educativo el día anterior a la entrevista, según tercil de ingresos y edad 87

Gráfico 8.6. Distribución del origen de la merienda consumida en el centro educativo por NNA, según tipo de merienda 88

Gráfico 8.7. Distribución porcentual de las comidas realizadas en un día típico por niños, niñas y adolescentes, según nivel de ingresos y comparativo Ronda 3 89

Gráfico 8.8. Distribución porcentual del uso de pantallas durante las comidas en niños, niñas y adolescentes según tercil de ingresos y comparativo Ronda 3 89

Gráfico 9.1. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y retraso en el crecimiento en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años. 93

Gráfico 9.2. Prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, según sexo, nivel de ingresos y edad. 94

Gráfico 9.3. Evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad en varones y mujeres según edad. 94

Gráfico 9.4. Evolución de la prevalencia del exceso de peso y retraso en el crecimiento en NNA según ronda de la ENDIS 95

Gráfico 10.1. Seguridad Alimentaria para el total de los hogares y según tercil de ingresos 98

Gráfico 12.1. Evolución del porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según tipo de violencia. 106

Gráfico 12.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según tramos de edad (izquierda) y sexo (derecha) 108

Gráfico 12.3. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según región 109

Gráfico 13.1. Proporción de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva (SRQ-20) según variables del cuidador/a 113

Gráfico 13.2. Proporción de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva (SRQ-20) según variables del NNA 113

Gráfico 13.3. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según sexo. ... 117

Gráfico 13.4. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según tercil de ingresos del hogar. 118

Gráfico 13.5. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según región. 118

Gráfico 13.6. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según edad. ... 119

Gráfico 13.7. Proporción de NNA víctimas de acoso escolar según sexo, tercil de ingreso, región y grupo de edad. 121

Gráfico 13.8. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según sexo. 123

Gráfico 13.9. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según tercil de ingresos del hogar. 124

Gráfico 13.10. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según región. 125

Gráfico 13.11. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según edad. 125

Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet 132

Gráfico 14.2. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por sexo 133

Gráfico 14.3. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por edad 134

Gráfico 14.4. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por región 135

Gráfico 14.5. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por tercil de ingresos 136

Gráfico 15.1. Distribución de niños, niñas y adolescentes según percepción de su peso corporal. Total país 145

Gráfico 15.2. Distribución porcentual de las conductas respecto al peso corporal, según sexo 146

Gráfico 15.3. Distribución porcentual de las estrategias utilizadas para perder peso 147

Gráfico 15.4. Frecuencia de consumo de comida rápida en los últimos 7 días (%) 148

Gráfico 15.5. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en los últimos 7 días (%) 148
Gráfico 15.6. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en los últimos 7 días (%) según sexo 149
Gráfico 15.7. Frecuencia de consumo de bebidas no azucaradas en los últimos 7 días (%) 149
Gráfico 15.8. Preferencias de fuentes de información en nutrición en jóvenes (distribución porcentual) 151
Gráfico 15.9. Preferencias de canales de información para recibir mensajes de salud y nutrición en jóvenes (porcentaje) 151
Gráfico 15.10. Distribución porcentual de la edad de inicio de la primera menstruación 152
Gráfico 15.11. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos según sexo (porcentaje) 153
Gráfico 17.1. Distribución de NNA y personas referentes según el nivel educativo que esperan alcanzar. Total país. 167
Gráfico 17.2. Principales razones de no asistencia a educación. NNA que declararon no asistir. Total país (%). 170

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas

Tabla 1.1. Distribución de los integrantes del hogar según sexo, por tercil de ingresos Existen 5 registros sin información del tercil al que corresponden, por lo que se excluyen del análisis al realizar la desagregación por terciles. y región (%). 27

Tabla 1.2. Distribución de los integrantes del hogar según grupo de edad, por tercil de ingresos y región (%). 28

Tabla 1.3. Distribución de los integrantes del hogar según relación de parentesco con el/la jefe/a, por tercil de ingresos y región. 28

Tabla 1.4. Distribución de NNA según tamaño del hogar (%). 29

Tabla 1.5. Distribución de NNA según tipo de hogar, por edad, nivel de ingresos y región (%). 30

Tabla 1.6. Hogares de NNA en situación de hacinamiento según edad, nivel de ingresos y región (%). 31

Tabla 1.7. Distribución de NNA según régimen de tenencia de la vivienda, por tercil de ingresos y región (%) 31

Tabla 1.8. Distribución de NNA según materiales predominantes en paredes, techos y pisos (%). 32

Tabla 1.9. Carencias en saneamiento y acceso al agua en hogares con NNA, total y Tercil 1. 32

Tabla 1.10. Distribución de NNA según convivencia con el padre 32

Tabla 1.11. Distribución de NNA según motivo de no convivencia con el padre. 33

Tabla 1.12. Distribución de niños/as según cobertura de las AFAM-PE 35

Tabla 1.13. Distribución de niños/as según cobertura de la TUS 36

Tabla 2.1. Promedio de horas dedicadas por las mujeres encuestadas a las tareas domésticas (excluido el cuidado de los niños) 46

Tabla 3.1. Distribución porcentual de niños y niñas según tiempo que realizó la última consulta médica según tercil y región 50

Tabla 3.2. Distribución de la presión arterial en niños/as y adolescentes según registro en el carné del niño/a 52

Tabla 3.3. Proporción de niños/as y adolescentes con enfermedades crónicas 54

Tabla 3.4. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que en los últimos 12 meses sufrieron al menos una lesión no intencional según tercil de ingresos y región 56

Tabla 3.5. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumen algún tipo de medicación diariamente. 56

Tabla 3.6. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumieron tranquilizantes alguna vez en la vida según tercil de ingresos, región, sexo y tramos de edad. 57

Tabla 3.7. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que asistieron a consulta psiquátrica o psicológica según tercil de ingresos, región, sexo y tramos de edad. 58

Tabla 4.1. Cantidad promedio de días a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución. 61

Tabla 4.2. Cantidad promedio de días a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física recreativa o informal 64

Tabla 6.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que realizan actividades con pantallas fuera del horario escolar, según edad y sexo 75

Tabla 6.2. Uso de pantallas fuera del horario escolar en niños, niñas y adolescentes: frecuencia semanal e intensidad de uso por tipo de actividad 76

Tabla 7.1. Estadísticos descriptivos de la salud circadiana y del sueño en general y según sexo, edad y turno educativo. 79

Tabla 9.1. Criterios para el diagnóstico nutricional 92

Tabla 11.1. Porcentaje de hogares que realizaron actividades con el niño, niña o adolescente el día anterior a la encuesta 101

Ilustración 12.1. Resumen de los datos de disciplina violenta y no violenta en la cuarta ronda del panel de la ENDIS (2024) 105

Tabla 12.1. Prevalencia de distintos métodos de disciplina en niños y niñas de 10 a 14 años, 2024 107

Tabla 12.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según máximo nivel educativo alcanzado por la persona informante y tercil de ingreso per cápita del hogar 109

Tabla 13.1. Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL/6-18. 114

Tabla 13.2. Estadísticos descriptivos (puntajes brutos y T) y confiabilidad del CBCL/6-18 116

Tabla 13.3. Distribución según clasificación en Normal, Borderline y Clínico en el CBCL/6-18 para el Grupo 2. 117

Tabla 13.4. Ejemplos de ítem del Kidscreen-27 por dimensión. 122

Tabla 13.5. Estadísticos descriptivos (puntajes brutos y T) y confiabilidad del Kidscreen-27 123

Tabla 13.6. Distribución de NNA en situación de vulnerabilidad (Riesgo elevado y Zona de monitoreo) en cada dimensión del Kidscreen. 123

Tabla 14.1. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por sexo 136

Tabla 14.2. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por región 137

Tabla 14.3. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por edad 137

Tabla 14.4. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por tercil de ingresos 137

Tabla 14.5. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total 138

Tabla 14.6. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y por región 138

Tabla 14.7. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y por tercil 139

Tabla 14.8. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y edad 139

Tabla 14.9. Grado de habilidades digitales declaradas total 140

Tabla 14.10. Grado de habilidades digitales declaradas total y sexo 140

Tabla 14.11. Grado de habilidades digitales declaradas total y tercil 141

Tabla 14.12. Grado de habilidades digitales declaradas total y edad 142

Tabla 15.1. Proporción de Niños, niñas y adolescentes por percepción de su peso según sexo..... 145

Tabla 15.2. Porcentaje de jóvenes que consideran el etiquetado frontal de alimentos, según tercil de ingreso, región, sexo y tramo de edad 150

Tabla 15.3. Porcentaje de mujeres que tienen consulta ginecológica regularmente, según tercil de ingreso, región y tramo de edad..... 152

Tabla 15.4. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que conocen cada tipo de método anticonceptivo, según sexo. 154

Tabla 16.1. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida 157

Tabla 16.2. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 12 meses..... 158

Tabla 16.3. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en el último mes..... 158

Tabla 16.4. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses..... 159

Tabla 16.5. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en la vida..... 160

Tabla 16.6. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en los últimos 12 meses..... 160

Tabla 16.7. Frecuencia de consumo de bebidas energizantes en los últimos 12 meses 161

Tabla 16.8. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en los últimos 30 días..... 161

Tabla 16.9. Horas de sueño según consumo frecuente de bebidas energizantes 162

Tabla 17.1. Asistencia actual a un centro educativo, según fuente de información. Total país. 166

Tabla 17.2. Distribución de NNA según nivel educativo esperado, por tercil de ingresos.según sexo, tercil de ingresos, región y tramo de edad. (% columna) 168

Tabla 17.3. Concordancia entre las expectativas educativas del NNA y persona referente (%). 168

Tabla 17.4. Índice de concordancia entre expectativas de NNA y persona referente, según tercil de ingresos, sexo y región (%). 169

Resumen ejecutivo

Este resumen ejecutivo sintetiza los hallazgos principales de la cuarta ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) realizada en 2024, que dio seguimiento a la Cohorte 2013, compuesta por niños, niñas y adolescentes (NNA) que actualmente tienen entre 10 y 14 años.

1. Caracterización de los hogares y vivienda

- **Composición familiar:** El promedio de integrantes es de 4,04, con una predominancia de hogares nucleares biparentales (60%). Se observa una marcada desigualdad: en el tercil de menores ingresos (T1), la monoparentalidad alcanza el 34% y la presencia de hogares extendidos es tres veces mayor que en el tercil de mayores ingresos (T3).
- **Referente masculino:** El 40% de los NNA no convive con su padre, una cifra que ha aumentado sostenidamente desde la primera ronda (24%). Esta ausencia es más pronunciada en los sectores de menores ingresos (59% en T1 frente a 22% en T3).
- **Acceso a programas sociales:** 4 de cada 10 hogares con NNA cobran AFAM-PE y 2 de cada 10 cobran TUS, con una prevalencia mayor de cobro en el primer tercil de ingresos para ambas prestaciones.
- **Habitabilidad:** Aunque el 88% de las viviendas tiene materiales adecuados, el 14% de los NNA vive en situación de hacinamiento, afectando al 23% del tercil de menores ingresos.

2. Educación y cuidados

- **Asistencia a centros educativos:** Si bien la asistencia escolar en las edades de 10 a 14 años es prácticamente universal, persisten desigualdades críticas en las condiciones de acceso. Los hogares de mayores ingresos (T3) presentan una mayor participación en la educación privada (53,4% en comparación con el 46,6% que asiste a centros públicos), un inicio más precoz en el sistema (30,2% comenzó antes de los 2 años) y una mayor carga horaria (38,0% asiste 7 horas o más).

  Por el contrario, en los hogares de menores ingresos (T1) la asistencia es mayoritariamente pública (93,8%), con ingresos más tardíos al sistema (solo el 12,8% lo hizo antes de los 2 años) y una menor intensidad horaria, con apenas un 15,4% de estudiantes cumpliendo jornadas de 7 horas o más.
- **Distribución del cuidado:** Persiste una fuerte división de género; las mujeres dedican un promedio de 22,9 horas semanales a tareas domésticas, y son las responsables mayoritarias de llevar a los niños al médico (64,6%) y preparar las comidas (54,4%).

3. Salud infantil

- **Atención médica:** Existe una alta cobertura, con un 96,6% de asistencia a controles de salud en el último año y un 81,3% a controles odontológicos. El motivo principal de la última consulta fue

el control de salud o ficha médica (81,1%). El 22,1% de los NNA posee una enfermedad crónica no transmisible, siendo las enfermedades respiratorias las más frecuentes.

- **Salud mental y medicalización:** El 19,5% consume algún medicamento diariamente, destacando el uso de psicofármacos (5% tranquilizantes y 5% estimulantes). La edad promedio de comienzo de consumo de estos psicofármacos es 8 años. El 80,5% de quienes consultan a especialistas en salud mental recibe tratamiento.

4. Estilos de vida y hábitos saludables

- **Actividad física:** Solo el 38% de los NNA cumple con la recomendación de una hora diaria de actividad física moderada o intensa. Existe una brecha de género: el 47% de los varones cumple, frente al 29% de las mujeres.
- **Seguridad acuática:** El 63% de los NNA sabe nadar. El uso de dispositivos de flotación personal es bajo, tanto en piscinas como en aguas abiertas (13% los utiliza siempre o casi siempre). Si bien la mayoría de los NNA utiliza zonas habilitadas para baños (88%), un 12% se expone a mayores riesgos por utilizar zonas no habilitadas.
- **Ocio y tiempo libre:** Casi la totalidad de los NNA realiza al menos una actividad mediada por pantallas fuera del horario escolar (98%). El 88% utiliza celular o tablet, el 77% mira televisión, videos o series y el 65% juega videojuegos o utiliza computadora e internet. Aproximadamente la mitad de los NNA utiliza pantallas después de las 20 horas.
- **Sueño:** El 27,7% no alcanza el promedio de sueño adecuado para su edad y un 50% tiene un nivel alto de jetlag social (deuda de sueño). El horario matutino de clases afecta negativamente la duración del sueño y aumenta el jetlag social.

5. Alimentación y estado nutricional

- **Alimentación:** Solo el 5% de los NNA consumió alimentos de todos los grupos recomendados por la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya, con una menor diversidad en los hogares de menores ingresos (3,3%). Casi la mitad (48%) consumió bebidas azucaradas el día previo a la entrevista y el 82,7% las consumió al menos una vez en la última semana. El 59,7% llevó o recibió una merienda saludable en el centro educativo. Asimismo persisten hábitos que requieren atención: solo el 75,3% realiza las cuatro comidas diarias recomendadas y el 56,3% utiliza pantallas mientras come.
- **Estado nutricional:** El sobrepeso y obesidad es el principal problema nutricional, afectando al 44,1% de los NNA. Casi 2 de cada 10 (17,5%) presentan obesidad u obesidad severa. Esta prevalencia ha aumentado 7 puntos porcentuales desde 2013. Este fenómeno se observa en todos los grupos poblacionales, aunque con mayor prevalencia en los hogares de mayores ingresos (46,1% tercil 3 y 40,5% tercil 1).
- **Seguridad alimentaria:** El 41,9% de los hogares experimenta algún nivel de inseguridad alimentaria, de estos el 15,5% corresponde a inseguridad alimentaria moderada y severa. La inseguridad alimentaria afecta principalmente a los hogares de menores ingresos, y es más frecuente en el interior del país.

6. Prácticas de crianza y métodos de disciplina

- **Prácticas de crianza:** El 55% de los referentes realizó actividades recreativas fuera del hogar con los NNA el día previo a la encuesta, el 48% miró series, películas o dibujos y el 36% brindó apoyo en las tareas escolares. A medida que aumenta la edad disminuyen las actividades lúdicas compartidas y aumenta levemente el consumo audiovisual (pasa de 47% a 51%). Los hogares de menores ingresos presentan una menor participación en actividades recreativas y de expresión compartidas.
- **Métodos de disciplina:** El 34,5% de los NNA fue sometido a algún método de disciplina violenta en el último mes (32,9% agresión psicológica y 6,8% castigo físico). Si bien esta cifra disminuyó significativamente respecto a 2013, persisten situaciones de violencia.

7. Bienestar psicosocial

- **Estado emocional de los cuidadores:** Casi 2 de cada 10 personas cuidadoras (19,5%) presentan probable sintomatología depresiva, con mayor prevalencia en mujeres jóvenes (27%), hogares de menores ingresos (32%) y del interior del país (21%).
- **Desarrollo infantil:** El 87,7% de los NNA se encuentra en un rango de normalidad respecto a las dimensiones evaluadas por el instrumento CBCL: problemas conductuales, emocionales y sociales. Predominan los problemas emocionales (internalizados), con un 10,9% en rango clínico, por encima de los problemas conductuales (externalizados), 3,4% en rango clínico.

8. Cuestionario autoadministrado

> Se sintetizan los principales resultados del cuestionario diseñado para ser completado directamente por los niños, niñas y adolescentes.

- **Acoso escolar:** al menos el 8,0% de los NNA reportó haber sido víctima de bullying en los dos meses previos a la encuesta, y casi 8 de cada 10 de ellos sufrieron situaciones de acoso frecuentes. La victimización fue más común en varones (8,8%), en los hogares de menores ingresos (9,5%) y en los NNA de menor edad (9,9%).
- **Calidad de vida (Kidscreen):** De las cinco dimensiones del instrumento, el bienestar físico y el psicológico constituyen las dos dimensiones más comprometidas, siendo ambas inferiores al promedio normativo: el 32,1% se encuentra en situación de riesgo o monitoreo en bienestar físico y el 27,5% en bienestar psicológico. Las mujeres y los NNA de hogares de menores ingresos presentan mayores niveles de vulnerabilidad. Por otro lado, la dimensión de pares y amigos fue la que mostró puntuaciones más elevadas, seguida del entorno escolar y la relación con los padres, superando el promedio normativo.
- **Uso de tecnologías:** El acceso a internet es casi universal, con un 95% de los NNA conectándose todos los días. El celular es el dispositivo predominante, utilizado diariamente por el 80,7% de los encuestados. El uso intensivo y la autonomía en el acceso aumentan con la edad.

  Se reportan comportamientos preocupantes: el 18,9% tuvo problemas con su familia o amigos, el 13,5% dejó de comer o dormir y el 14,6% percibió que sus notas bajaron por el tiempo en

internet. El impacto en el rendimiento escolar es cuatro veces mayor a los 15 años (25,1%) que a los 10 años (7,4%).

- **Salud y nutrición:** La mayoría de los niños, niñas y adolescentes (63,4%) percibe que tiene un peso adecuado, aunque 1 de cada 4 se considera con sobrepeso. Entre quienes buscan bajar de peso, la estrategia más frecuente es realizar actividad física (85,7%), aunque un 11,4% refiere haber ayunado durante 24 horas o más.

  El 34,3% de los NNA consumió comida rápida en los últimos siete días y 8 de cada 10 consumieron bebidas azucaradas en la última semana (80,8%). Solo el 36,0% considera el etiquetado frontal al elegir alimentos. La familia (80,9%) y los equipos de salud (47,2%) son las principales fuentes de información sobre nutrición.

- **Salud reproductiva:** El 59,5% de las niñas y adolescentes ya tuvo su primera menstruación, con una edad promedio de inicio de 11 años. El 46,1% de los adolescentes de 12 años o más conoce qué son los métodos anticonceptivos, con un mayor nivel de conocimiento entre las mujeres que entre los varones.

- **Consumo de alcohol y bebidas energizantes:** El 26,8% de los niños, niñas y adolescentes ha probado alcohol alguna vez, con un marcado aumento del consumo a partir de los 13 años. El 10% de los NNA consumió en el último año y el 4,1% lo hizo en el último mes.

  Por su parte, las bebidas energizantes presentan niveles de experimentación mucho más altos que el alcohol: 6 de cada 10 las han consumido alguna vez (60%) y el 17,7% lo hizo en el último mes. Además, el consumo frecuente de estas bebidas se asocia con una menor duración del sueño, el 27,8% de quienes consumen estas bebidas semanal o diariamente duermen menos de 8 horas, frente al 16,9% de quienes no las consumen.

- **Educación y futuro:** La asistencia a centros educativos es muy alta (91,1% según el autorreporte de los NNA), y las expectativas educativas son elevadas, siendo la universidad el nivel más mencionado como meta futura. Sin embargo, los referentes de cuidado proyectan expectativas más altas que los propios adolescentes (71,3% frente a 56,7%). Las aspiraciones muestran importantes desigualdades socioeconómicas y de género: el 69,3% de los adolescentes del tercil de mayores ingresos espera llegar a la universidad, frente al 46,7% del tercil más bajo, mientras que las mujeres presentan mayores expectativas universitarias que los varones (63,2% vs. 50,5%). Entre quienes no asisten a un centro educativo, las principales razones se relacionan con la falta de interés por la educación (45,9%), la percepción de que estudiar es demasiado difícil (32,3%) o extenso (34,3%) y las responsabilidades de cuidado dentro del hogar (30,2%).

MARCO GENERAL

Introducción

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) constituye una de las principales herramientas de producción de conocimiento sobre las infancias y adolescencias en Uruguay. Desde su inicio en 2013, la ENDIS ha permitido construir, de manera sostenida, un sistema de información único en el país, capaz de acompañar las trayectorias de vida de niños, niñas y adolescentes y de comprender cómo las condiciones sociales, económicas, familiares y territoriales inciden en su desarrollo a lo largo del tiempo.

Su carácter longitudinal representa uno de los mayores aportes de esta investigación, ya que permite observar procesos, transformaciones y continuidades en distintas etapas del ciclo de vida. Esto habilita no solo describir las condiciones actuales de las infancias y adolescencias, sino también comprender cómo determinadas experiencias tempranas afectan dimensiones centrales como la salud, la nutrición, la educación, el bienestar emocional, los cuidados y las oportunidades de desarrollo.

La ENDIS combina el seguimiento de cohortes con relevamientos descriptivos periódicos, generando evidencia robusta y representativa para orientar políticas públicas basadas en datos. En estos más de diez años, sus resultados han contribuido al diseño y evaluación de programas y estrategias vinculadas a la primera infancia, la salud, la alimentación, los cuidados y la protección social. Asimismo, la encuesta ha consolidado una experiencia interinstitucional sostenida entre organismos del Estado, academia y organismos internacionales, fortaleciendo las capacidades nacionales de investigación en infancia y adolescencia.

Otro aspecto central de la ENDIS es su compromiso con la democratización del conocimiento. Las bases de datos son puestas a disposición para uso público y gratuito, al mismo tiempo que se promueven investigaciones y se amplía la producción académica sobre infancias en Uruguay. De este modo, la ENDIS no solo genera información, sino que también impulsa una comunidad de investigación interesada en comprender y mejorar las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes.

El presente informe reúne los principales resultados de la cuarta ronda de seguimiento de la Cohorte 2013. En esta etapa, los niños, niñas y adolescentes entrevistados tienen entre 10 y 14 años, lo que permite acercarse a un momento especialmente relevante de sus trayectorias: la transición entre la infancia y la adolescencia.

El documento presenta un análisis descriptivo transversal de la información relevada en esta ronda, este informe busca ofrecer una visión actualizada sobre las condiciones de vida, salud, cuidados, alimentación, educación y bienestar de esta cohorte, aportando insumos para la reflexión pública y la toma de decisiones orientadas a garantizar el ejercicio pleno de derechos de niños, niñas y adolescentes en Uruguay.

Objetivo general ENDIS

Generar conocimiento para orientar el diseño e implementación de las políticas de primera infancia basadas en evidencias sobre el estado nutricional, el desarrollo y salud de la población infantil y su evolución durante el proceso de crecimiento.

Objetivo general panel ENDIS Ronda 4

El objetivo de la cuarta ronda de la ENDIS Cohorte 2013 es generar y poner a disposición información oficial, representativa y de alcance nacional sobre las condiciones de vida, salud, estado nutricional, educación, cuidados y desarrollo de niñas, niños y adolescentes de entre 10 y 14 años relevados durante el año 2024.

Aspectos técnicos del panel ENDIS Ronda 4

La ENDIS presenta un diseño longitudinal de panel. Esto significa que la muestra original de niños y niñas fue seleccionada aleatoriamente al inicio del estudio, a partir de información proveniente de la Encuesta Continua de Hogares (ECH). Desde entonces, las personas seleccionadas son contactadas y entrevistadas nuevamente con una periodicidad aproximada de cuatro años. Este diseño permite analizar la evolución de una misma cohorte a lo largo del tiempo.

En la cuarta ronda participaron 2.229 niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años. Los mismos viven en 2.007 hogares particulares, distribuidos en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional

Dentro de este conjunto, 1.078 personas respondieron las cuatro rondas correspondientes a la cohorte iniciada en 2013.

La pérdida de casos a medida que avanza el estudio responde a distintos motivos. Entre ellos se encuentran los cambios de domicilio, las dificultades para localizar nuevamente a los hogares, los procesos migratorios, los fallecimientos y la decisión de algunas familias de no continuar participando en la encuesta.

En función del diseño longitudinal de la ENDIS, se definieron diferentes sistemas de ponderación, distinguiéndose entre ponderadores transversales y longitudinales.

Los ponderadores transversales son utilizados para realizar estimaciones de los niveles de los distintos indicadores que aborda la encuesta para la ola 4. Por su parte, los ponderadores longitudinales tienen como objetivo poder estimar cambios brutos y netos en distintos momentos del tiempo teniendo en cuenta los casos que respondieron en las olas anteriores.

Finalmente, cuando el análisis se realiza utilizando la base de informantes y en un mismo hogar participan dos niños, niñas o adolescentes, se utiliza como ponderador del hogar el promedio de los ponderadores individuales correspondientes.

Mirada longitudinal de la endis

La ENDIS realizó su primera ronda de relevamiento en 2013 (Ronda 1), en la que se entrevistaron hogares particulares con niños y niñas de 0 a 3 años residentes en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional. El segundo relevamiento se llevó a cabo en 2015 (Ronda

2), cuando se volvió a visitar a los mismos hogares y los niños y niñas tenían entre 2 y 6 años. En 2019 se realizó el tercer relevamiento (Ronda 3), momento en el que los niños y niñas tenían entre 5 y 10 años. Finalmente, en 2024 se efectuó el cuarto relevamiento (Ronda 4), cuando estos niños, niñas y adolescentes tenían entre 10 y 14 años.

Al tratarse de un estudio de tipo panel, el marco muestral es el mismo utilizado en la Ronda 1: hogares con niños y niñas relevados por la ECH en el período febrero de 2012 a diciembre de 2013 (menores de 2 años en 2012 y menores de 3 años en 2013), residentes en localidades urbanas de 5.000 o más habitantes de todo el país.

La población se distribuyó de la siguiente manera según ronda:

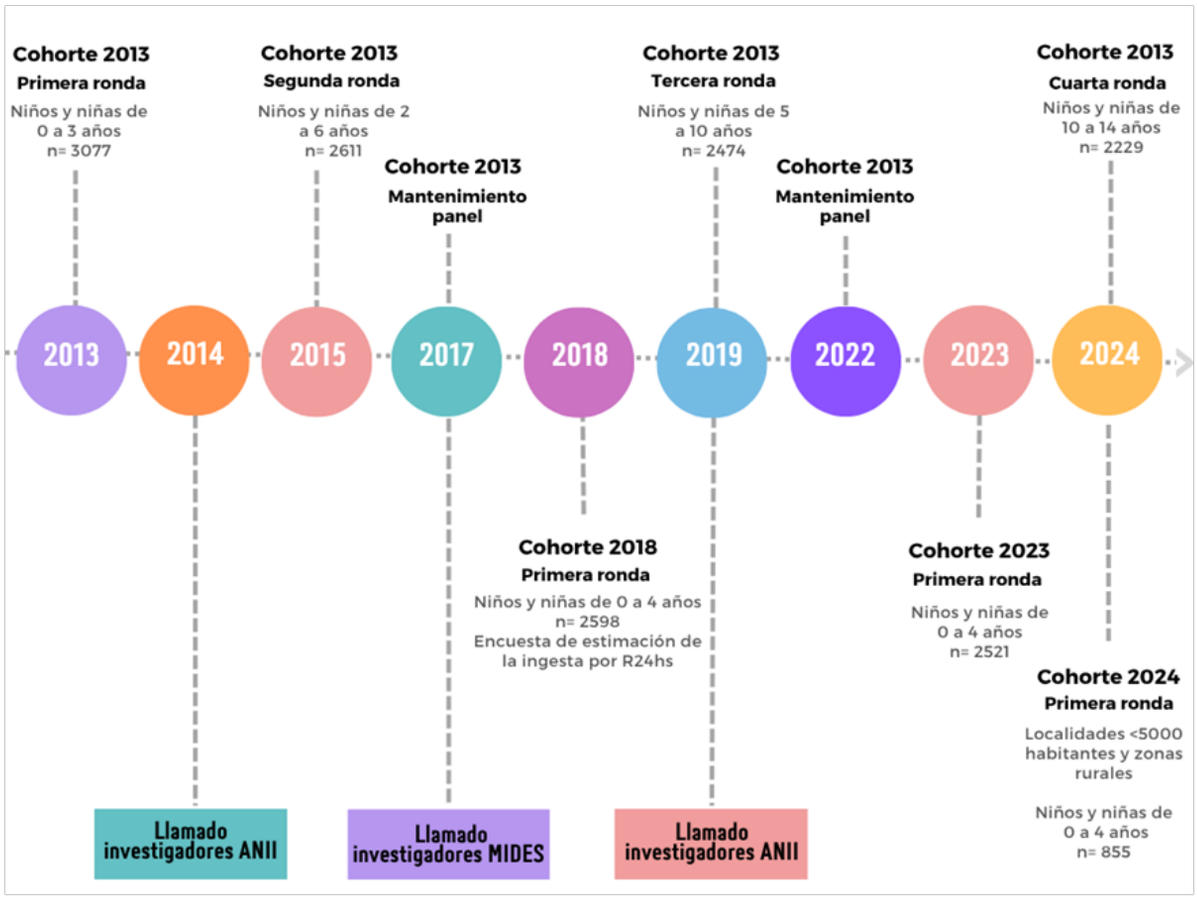
- **Ronda 1 (2013):** 3.077 niños y niñas de 0 a 3 años y 11 meses, residentes en 2.665 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional.
- **Ronda 2 (2015):** 2.611 niños y niñas de 2 a 6 años, residentes en 2.310 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional.
- **Ronda 3 (2019):** 2.474 niños y niñas de 5 a 10 años, residentes en 2.215 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional.
- **Ronda 4 (2024):** 2.229 niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, residentes en 2.007 hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional.

Asimismo, se han implementado dos nuevas cohortes de niños en 2018 y 2023, ambas compuestas por niños y niñas de 0 a 59 meses residentes en hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de todo el territorio nacional, con el objetivo de disponer de cifras oficiales nacionales sobre el estado nutricional, salud, educación, cuidados y desarrollo infantil en la primera infancia, y de permitir la comparabilidad con los resultados obtenidos en la cohorte 2013.

En 2024, además, se inició la primera cohorte rural, correspondiente al primer relevamiento sobre la situación de niñas y niños de 0 a 59 meses en localidades de menos de 5.000 habitantes y zonas rurales dispersas de Uruguay. Esta iniciativa busca saldar una deuda histórica de información sobre la infancia residente en áreas rurales.

Asimismo, se ha generado un fondo concursable para desarrollar investigaciones basadas en la ENDIS. Este fondo en conjunto con la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), es un aporte clave para maximizar el uso de la información y explorar en profundidad áreas claves para optimizar las políticas públicas.

El siguiente gráfico ilustra la evolución de la ENDIS desde 2013:


Cohorte 2013
Primera ronda
Niños y niñas de 0 a 3 años
n= 3077
Cohorte 2013
Segunda ronda
Niños y niñas de 2 a 6 años
n= 2611
Cohorte 2013
Mantenimiento panel
Cohorte 2013
Tercera ronda
Niños y niñas de 5 a 10 años
n= 2474
Cohorte 2013
Mantenimiento panel
Cohorte 2013
Cuarta ronda
Niños y niñas de 10 a 14 años
n= 2229
2013
2014
2015
2017
2018
2019
2022
2023
2024
Cohorte 2018
Primera ronda
Niños y niñas de 0 a 4 años
n= 2598
Encuesta de estimación de la ingesta por R24hs
Cohorte 2023
Primera ronda
Niños y niñas de 0 a 4 años
n= 2521
Cohorte 2024
Primera ronda
Localidades <5000 habitantes y zonas rurales
Niños y niñas de 0 a 4 años
n= 855
Llamado investigadores ANII
Llamado investigadores MIDES
Llamado investigadores ANII

CAPÍTULO 1

Caracterización de los Hogares con Niñas, Niños y Adolescentes

Por Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos: Lucas Suárez, Gonzalo Vázquez, Lorena Custodio, Fernanda Díaz.

1.1 Introducción

En este capítulo se realiza una breve descripción de las características de los integrantes de los hogares en los que habitan las niñas, niños y adolescentes (NNA) relevadas/os en esta edición de la ENDIS Ronda 4. También se analizan características de sus hogares, y condiciones de habitabilidad de las viviendas en las que residen, y el vínculo de los NNA con sus padres no corresidentes. Se presentan indicadores para el total del país, y se realizan desagregaciones por terciles de ingresos (T1, T2, T3), y por región geográfica (Montevideo e Interior).

1.2 Caracterización general de los integrantes

Más de la mitad de los integrantes de los hogares con NNA analizados son mujeres (53,6%). Esta leve predominancia femenina es consistente con la estructura poblacional general del país.

La brecha por género se amplía en los hogares de menores ingresos: en el T1 las mujeres representan el 55% de los integrantes, frente al 52% en el tercil de mayores ingresos (T3).

Tabla 1.1. Distribución de los integrantes del hogar según sexo, por tercil de ingresos [1] y región (%).

	Mujer	Varón
T1	55	45
T2	53,5	46,5
T3	52,2	47,8
Montevideo	53,7	46,3
Interior	53,5	46,5
Total	53,6	46,4

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El grupo etario mayoritario en los hogares de las NNA es el de 30 a 59 años (41%), e incluye principalmente a madres, padres y cuidadores/a. Le siguen, en orden de magnitud, el grupo de 6 a 12 años (24%), y el de 13 a 17 años (19%), configurando hogares en plena etapa de crianza.

Se observa una estructura poblacional más joven entre los hogares de menores ingresos: la mitad de los integrantes del primer tercil son menores de 18 años, frente a un 46% en los otros terciles.

1. Existen 5 registros sin información del tercil al que corresponden, por lo que se excluyen del análisis al realizar la desagregación por terciles.

Tabla 1.2. Distribución de los integrantes del hogar según grupo de edad, por tercil de ingresos y región (%).

	0-5 años	6-12 años	13-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años o más	Total
T1	5,2	24,1	21,1	10,8	34,3	4,5	100
T2	4,1	23	19	8,4	40,6	4,9	100
T3	3	25,4	17,4	4,7	47,3	2,2	100
Montevideo	3,6	24,9	18,9	7,4	41,2	4	100
Interior	4,5	23,5	19,5	8,5	40,2	3,8	100
Total	4,2	24,1	19,2	8	40,6	3,9	100

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La relación de parentesco con el/la jefe/a de hogar muestra que los hijos/as de ambos progenitores son el grupo más numeroso (31%), seguidos por el/la jefe/a (24%) y los hijos/as de solo el/la jefe/a (19%).

La categoría 'hijo/a de solo el/la jefe/a' es el indicador más sensible de la monoparentalidad: alcanza el 30% en el tercil 1 frente a apenas el 10% en el tercil de mayores ingresos. En el mismo sentido, la presencia de nietos/as -proxy de hogares con tres generaciones- es cuatro veces mayor en el primer tercil de ingresos (4%) respecto del tercil de mayor ingresos (0,5%). Estas diferencias configuran una estructura familiar de los NNA pertenecientes a hogares de menores ingresos notoriamente más compleja, con implicancias sobre la distribución de los recursos y el tiempo de cuidado disponible para las NNA.

Tabla 1.3. Distribución de los integrantes del hogar según relación de parentesco con el/la jefe/a, por tercil de ingresos y región.

	Jefe/a	Esposo/a, compañero/a	Hijo/a de ambos	Hijo/a solo jefe/a	Nieto/a	Otros	Total
T1	23,2	12,3	23,1	29,6	4,3	7,5	100
T2	24,2	17,5	30,5	17,7	2,9	7,2	100
T3	25,8	22	39,4	9,7	0,5	2,6	100
Montevideo	24,4	16,9	30,8	19,6	1,9	6,4	100
Interior	24,3	17,4	30,8	18,9	3,1	5,5	100
Total	24,4	17,2	30,8	19,2	2,6	5,8	100

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: La columna 'Otros' incluye: hijo solo esposo/a, yerno/nuera, padre/madre, suegro/a, hermano/a, cuñado/a, otro pariente, y otro no pariente.

1.3 Caracterización general de los hogares

En esta sección se presenta información relativa al tamaño y composición de los hogares, realizando la desagregación de los indicadores por edad de los NNA, por terciles de ingresos, y región.

Casi 4 de cada 10 NNA (38%) vive en hogares de cuatro integrantes, siendo la categoría más frecuente en la distribución por tamaño de los hogares. Esta tendencia se mantiene en relación a la anterior ronda de esta cohorte de la ENDIS (39% de hogares con 4 integrantes en ronda 3 de la cohorte 2013). Dos de cada tres hogares (66%) cuentan con 4 o más integrantes.

Tabla 1.4. Distribución de NNA según tamaño del hogar (%).

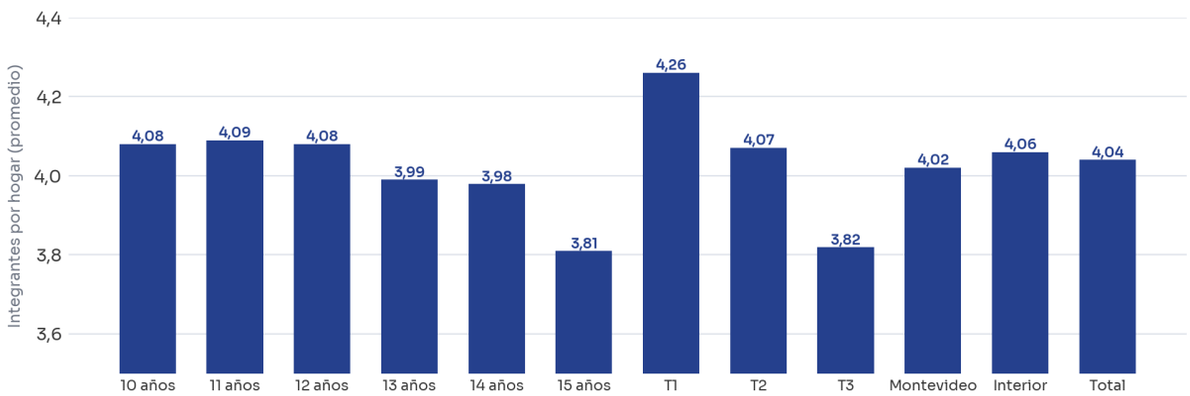
Integrantes por hogar	Porcentaje (%)
2 personas	7,9
3 personas	25,9
4 personas	37,7
5 personas	17,5
6 o más personas	11

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El promedio de integrantes por hogar asciende a 4,04 integrantes, similar al registrado en anteriores relevamientos. En el siguiente gráfico se presenta el tamaño promedio de los hogares por subgrupos, observándose una clara gradiente socioeconómica: los hogares del T1 promedian 4,26 integrantes frente a 3,82 del T3 -diferencia de casi medio integrante- tendencia que se mantiene respecto de lo que sucedía en anteriores rondas.

Por otro lado, se observa una leve tendencia decreciente del tamaño de los hogares conforme aumenta la edad de los NNA: los hogares de NNA de 10 años promedian 4,08 integrantes frente a 3,81 de los de 15 años.

Gráfico 1.1. Tamaño promedio del hogar de las NNA según edad, nivel de ingresos y región.



Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En cuanto a la estructura de los hogares, se observa que los hogares nucleares biparentales son el tipo más frecuente entre los hogares de los NNA, concentrando el 60%. Le sigue, en orden, el hogar monoparental con el 23%, mientras que el extendido o compuesto representa el 16% restante.

Se observa una marcada desigualdad por nivel de ingresos, dado que solo el 43% de las NNA del T1 vive en hogares nucleares, frente al 79% del T3. Inversamente, los hogares monoparentales más que duplican su proporción al pasar de T3 (15%) al T1 (34%). Los hogares extendidos -que incluyen parientes adicionales al núcleo conyugal-filial- son tres veces más frecuentes en T1 (23%) que en el T3 (7%), reflejando el rol de la familia extendida como red de protección ante la precariedad económica (CEPAL, 2022).

Tabla 1.5. Distribución de NNA según tipo de hogar, por edad, nivel de ingresos y región (%).

	Nuclear	Monoparental	Extendido o compuesto	Total
10 años	54,6	24,4	21	100
11 años	62,1	24	13,9	100
12 años	60	23,8	16,2	100
13 años	60,7	23,5	15,8	100
14 años	62,7	20,7	16,6	100
15 años	68	22,9	9,1	100
T1	43,3	33,6	23,1	100
T2	57,9	22,3	19,8	100
T3	78,6	14,7	6,7	100
Montevideo	58,6	24,5	16,9	100
Interior	61,4	22,6	16	100
Total	60,2	23,4	16,4	100

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

1.4 Habitabilidad de la vivienda

Esta sección analiza dimensiones de habitabilidad en los hogares de las NNA de la ENDIS Ronda 4: hacinamiento, régimen de tenencia de la vivienda, materiales de construcción (paredes, techos y pisos), y carencias en servicios básicos. Es importante considerar las características de la vivienda en el entendido de que su calidad constituye un determinante clave del desarrollo infantil (Landers, Mercer, Molina & Young, 2006).

El 14% de las NNA reside en hogares que presentan hacinamiento[2]. Este valor es levemente superior al registrado en la anterior ronda (Ronda 3 cohorte 2013, con un 12%).

La gradiente socioeconómica es marcada y se mantiene en relación a anteriores rondas: el tercil de menores ingresos presenta 23% de hacinamiento frente al 5% del tercil de mayores ingresos. Por edad, los grupos de 10 a 12 años muestran levemente mayor prevalencia de hacinamiento (14% y 16% respectivamente) respecto de los grupos de mayor edad (10% y 11% entre los grupos de 14 y 15 años). A nivel de regiones se observa una mayor prevalencia de hacinamiento entre los hogares de NNA del interior del país (16%).

2. Hogares que cuentan con más de 2 personas por habitación destinada a dormir (se excluyen baño y cocina).

Tabla 1.6. Hogares de NNA en situación de hacinamiento según edad, nivel de ingresos y región (%).

	Con hacinamiento	Sin hacinamiento	Total
10 años	14,3	85,7	100%
11 años	14,9	85,1	100%
12 años	15,8	84,2	100%
13 años	11,8	88,2	100%
14 años	9,7	90,3	100%
15 años	10,5	89,5	100%
T1	23,4	76,6	100%
T2	13	87	100%
T3	4,6	95,4	100%
Montevideo	10,9	89,1	100%
Interior	15,6	84,4	100%
Total	13,5	86,5	100%

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Otro indicador que repercute en la habitabilidad es el régimen de tenencia de las viviendas, con consecuencias en la seguridad del hogar respecto a su situación habitacional. Casi la mitad (48%) de las NNA reside en viviendas propias, un 18% son inquilinos, y un 24% son ocupantes.

La tenencia de la vivienda presenta diferencias significativas según niveles de ingresos per cápita y región. La propiedad de la vivienda y el terreno llega al 64% en el tercil de mayores ingresos, frente al 38% en el de menores ingresos. La ocupación —indicador de mayor precariedad en la tenencia— casi cuadruplica su proporción entre el primer y tercer tercil, y es mayor en el interior respecto de Montevideo. El alquiler es relativamente uniforme entre terciles, mientras que la categoría cooperativista presenta mayor presencia en Montevideo (7%) respecto del Interior (3%).

Tabla 1.7. Distribución de NNA según régimen de tenencia de la vivienda, por tercil de ingresos y región (%)

	T1	T2	T3	Montevideo	Interior	Total
Propietario vivienda y terreno	37,5	41,5	64,2	46,7	48,8	47,9
Propietario solo vivienda	3,8	5,8	6,8	6,8	4,6	5,5
Inquilino/a	18,3	21,3	14,6	19,4	17,1	18,1
Ocupante con permiso	31,5	25,7	8,6	17,2	25,2	21,8
Ocupante sin permiso	4,3	1,5	0,7	3	1,4	2,1
Miembro de cooperativa de vivienda	4,6	4,2	5,1	6,9	2,9	4,6
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La mayoría de las NNA vive en viviendas construidas con materiales adecuados en paredes, techos y pisos. El 97% tiene paredes de ladrillo, bloque o ticholo, y el 3% cuenta con materiales livianos. La materialidad de los techos muestra mayor heterogeneidad: el 59% cuenta con planchada de hormigón o losa, mientras que el 41% tiene techos livianos. Los pisos presentan terminación adecuada en el 88% de los casos. Es importante resaltar que una proporción no marginal de niñas, niños y adolescentes (6%), reside en viviendas solo con contrapiso con piso de tierra.

Tabla 1.8. Distribución de NNA según materiales predominantes en paredes, techos y pisos (%).

	Categoría	Porcentaje (%)
Paredes	Ladrillo, bloque o ticholo	96,8
Paredes	Materiales livianos	3,1
Paredes	Materiales de desecho	0,1
Techos	Planchada de hormigón	58,5
Techos	Techos livianos	41,5
Techos	Materiales de desecho	0
Pisos	Cerámica, parqué, baldosas o moqueta	88,4
Pisos	Alisado de hormigón	5,2
Pisos	Solo contrapiso sin piso	6,4

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El 4% de las NNA reside en hogares sin conexión a red de saneamiento público[3]. La brecha por tercil es considerable: en el T1 la carencia de saneamiento alcanza el 9% de los hogares con NNA.

En contraste, el acceso al agua potable es prácticamente universal: solo el 0,6% presenta alguna carencia[4], y el 1,5% en el T1.

Tabla 1.9. Carencias en saneamiento y acceso al agua en hogares con NNA, total y Tercil 1.

	Total	T1
Carencias en saneamiento	3,9	9
Carencias en agua	0,6	1,5

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

1.5 Presencia del referente masculino

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

La proporción de niños, niñas y adolescentes que no residen con el padre en el hogar alcanza el 40% en esta cuarta ronda de la ENDIS, cifra superior a la registrada en anteriores rondas.

Tabla 1.10. Distribución de NNA según convivencia con el padre

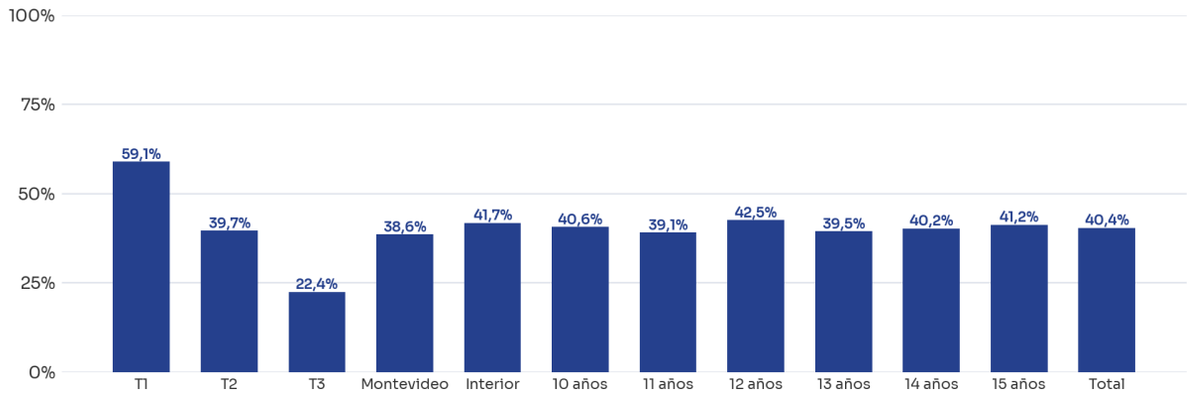
	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3	Ronda 4
No	24	28	33	40
Si	76	72	67	60

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3. Se categoriza como viviendas con saneamiento inadecuado a aquellas que no contaran con servicio higiénico con descarga instantánea de agua (cisterna) o cuyo sistema de evacuación no fuera red general o fosa séptica.
4. Se considera que la vivienda no tiene un abastecimiento adecuado si el origen del agua no es por la red general o a través un pozo surgente protegido, y la misma no llega al domicilio por cañería dentro de la vivienda.

Al realizar la apertura por edad, se observa que el porcentaje de niños que no viven con el padre no varía en relación a las edades de los NNA, ni en relación a la región. El análisis por terciles de ingresos si permite visualizar brechas pronunciadas: la proporción de niños que no convive con su padre es de 59% en el tercil de menores ingresos, mientras que en el tercil de mayores ingresos asciende a 22%.

Gráfico 1.2. Proporción de NNA que no convive con su padre según edad, tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

De los niños, niñas y adolescentes que no viven con sus padres, la mayoría no habita con ellos por separación o divorcio, mientras que un 15% nunca convivió con ellos. En un 5% de los casos se registra un fallecimiento del padre.

Tabla 1.11. Distribución de NNA según motivo de no convivencia con el padre.

	Categoría	pct
Total	Se separaron o divorciaron y dejó de convivir	74,6
Total	Nunca vivió con el padre	14,6
Total	Murió	4,5
Total	Vive con el padre en régimen de tenencia compartida	2,9
Total	Otra	2
Total	Emigró	0,8
Total	Está privado de libertad	0,6

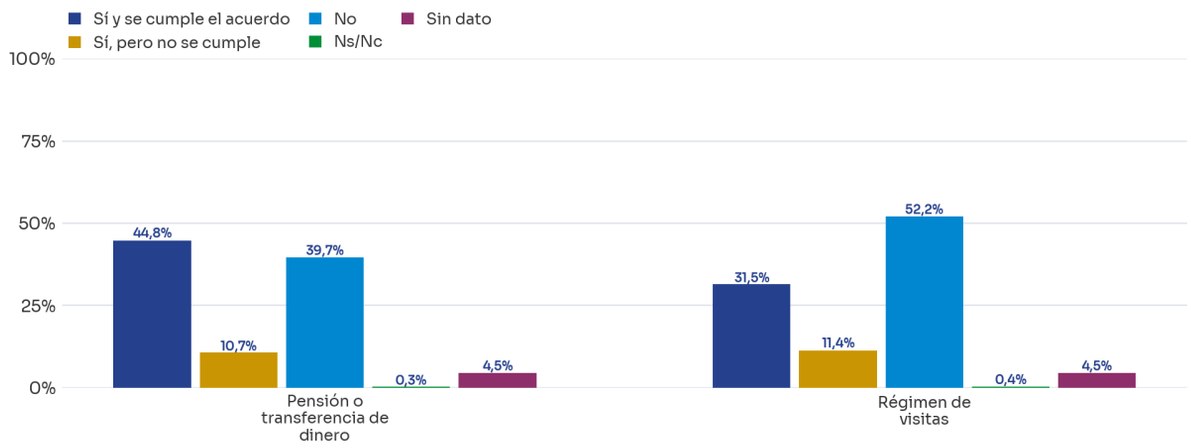
Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En esta ronda de la ENDIS se consultó sobre la existencia de acuerdos legales o de palabra entre los padres de los NNA en el caso de que se encontraran separados. Del análisis se desprende que casi la mitad (45%) de los niños, niñas y adolescentes que no conviven con su padre cuentan con un acuerdo que se cumple para recibir pensiones y dinero de éste. Además, 1 de cada 3 NNA (32%) cuenta con algún acuerdo sobre el régimen de visitas y el mismo se cumple.

Estas cifras son similares a las registradas en la tercer ronda de esta cohorte (42% de NNA cuentan con un acuerdo para recibir pensiones y dinero, y 34% con algún acuerdo sobre el régimen de visitas).

Sin embargo, cabe destacar que un 11% de los padres no cumple con lo acordado en pensiones y régimen de visitas, y además un 40% de los NNA con padres separados no cuenta con acuerdo por pensión con su padre, y un 52% no tienen acuerdo de régimen de visitas, observándose una leve disminución de estos porcentajes respecto de la anterior ronda (Ronda 3).

Gráfico 1.3. Proporción de NNA con acuerdos legales o de palabra entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero y régimen de visita.



Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

1.6 Acceso a programas sociales

En esta sección se analiza la información correspondiente al acceso a programas de protección social. En particular, se analiza la cobertura y acceso a los programas de transferencias monetarias no contributivas: Asignaciones Familiares del Plan de Equidad -AFAM-PE- y Tarjeta Uruguay Social –TUS.

Las Asignaciones Familiares (AFAM) son un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigidas a menores de 18 años que tiene por objetivo mejorar la situación de ingresos de los hogares, así como incentivar la permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo, y promover controles de salud de niños, niñas, adolescentes, y mujeres embarazadas. Se crearon en 1943 y desde entonces el programa ha sido reformado en diversas ocasiones, destacándose la incorporación de los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica con la puesta en marcha del Plan de Equidad en 2008 (PE). Actualmente existen dos tipos de Asignaciones Familiares: las AFAM contributivas otorgadas en el marco de la Ley N° 15.084 que son gestionadas por el BPS, y las AFAM del Plan de Equidad (AFAM-PE) correspondientes a la Ley N° 18.227, y gestionadas conjuntamente entre BPS y MIDES. Dada la disponibilidad de información para esta ronda de la ENDIS, en este informe se analiza el acceso al solo a las Asignaciones Familiares del Plan de Equidad (AFAM-PE)[5].

Por otra parte, la Tarjeta Uruguay Social (TUS) tiene como objetivo general asistir a los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica para la adquisición de alimentos y bienes básicos, aportando a la seguridad alimentaria y nutricional, en especial durante el embarazo y los primeros años de vida de las personas. La población objetivo son los 60 mil hogares en peor situación

5. En ediciones anteriores, dada la disponibilidad de información, se presentó la cobertura de forma conjunta para ambas modalidades de AFAM (contributivas y AFAM-PE).

socioeconómica de todo el país, medido por el Índice de Carencias Críticas (ICC), de los cuales los 30.000 hogares en situación de vulnerabilidad más extrema reciben la TUS con monto doble.

La proporción de niños, niñas y adolescentes en hogares beneficiarios de AFAM-PE alcanza el 38%, cifra inferior a la registrada en la anterior ronda para esta cohorte(52%). Esta baja en la cobertura del programa en los hogares con NNA puede deberse a dos efectos. Por un lado, mientras en la ronda 3 se consultó por el cobro de Asignaciones Familiares de ambos regímenes (AFAM contributiva y no contributiva –AFAM-PE–), en la ronda 4 solo se consultó por el cobro de AFAM-PE, mientras que la AFAM contributiva queda comprendida cuando se consultan los ingresos laborales, dado que se cobra incluida en el sueldo.

Por otro lado se visualiza un efecto en el cobro de AFAM-PE conforme aumenta la edad de los menores: en el nivel liceal se observa menor porcentaje de cobro de AFAM-PE respecto del nivel escolar. Esta ronda de la ENDIS analiza a los menores con edades de 10 a 15 años mientras que la anterior edición (ronda 3) consideraba a menores de 5 a 10 años[6].

Tabla 1.12. Distribución de niños/as según cobertura de las AFAM-PE

	Ronda 3[1]	Ronda 4[2]
No	48,2%	62,2%
Si	51,8%	37,8%
Total	100%	100%

[1] Nota: Incluye ambos regímenes de AFAM (contributiva y AFAM-PE).

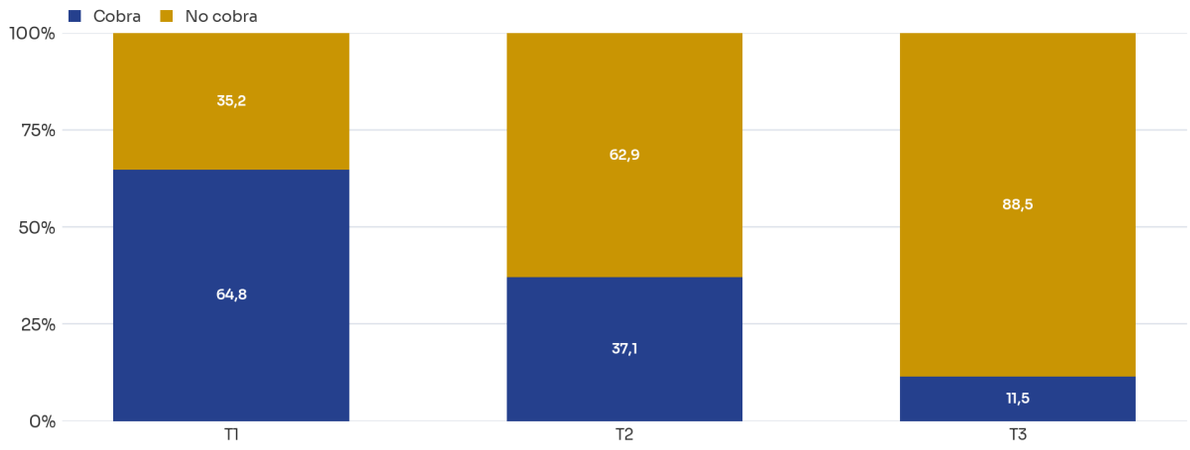
[2] Nota: Solo incluye el cobro de AFAM-PE.

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de niños, niñas y adolescentes según cobertura de las AFAM-PE para los distintos terciles de ingreso del hogar. Se observa que el cobro de la transferencia difiere sustancialmente según nivel de ingresos: la proporción de beneficiarios de AFAM-PE es mayor entre los NNA pertenecientes al tercil de menores ingresos (2 de cada 3 NNA la cobran), y decrece sustancialmente para los terciles de mayores ingresos (alcanza al 37% de los NNA del segundo tercil, y apenas a 1 de cada 10 del tercil de mayores ingresos).

6. Según datos de la ECH 2024 se observa que en promedio el 48% de los menores de 5 a 10 años cobran la AFAM-PE, mientras que en las edades de 10 a 15 años la cobran el 46% en promedio.

Gráfico 1.4. Cobro de AFAM-PE por tercil de ingreso



Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Se encuentra una mayor concentración de beneficiarios de AFAM-PE en el interior del país respecto a Montevideo (40% y 35% respectivamente), tendencia ya constatada en anteriores rondas de esta cohorte.

Por otro lado, se observa que el 19% de niños, niñas y adolescentes pertenecen a hogares beneficiarios de la TUS, cifra similar a la registrada en la anterior ronda.

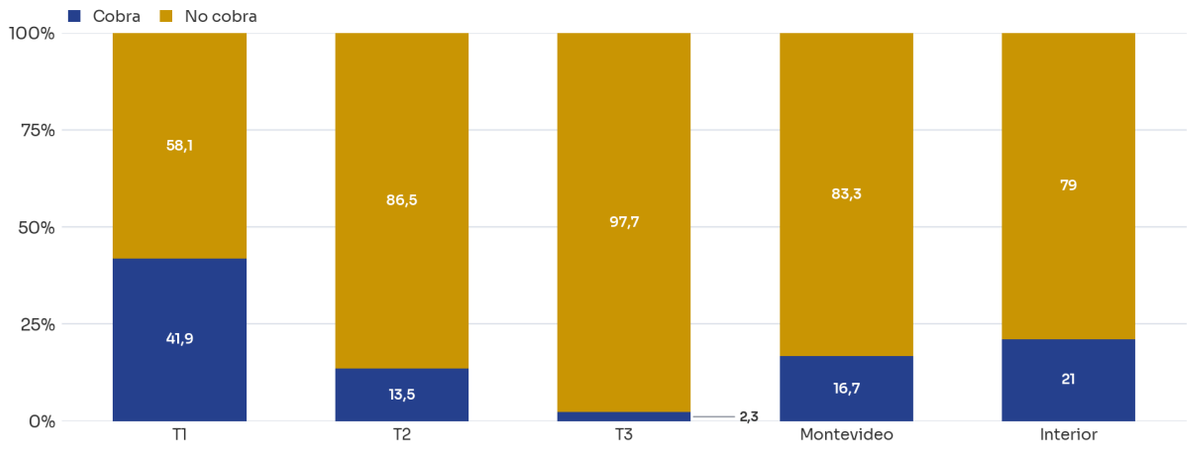
Tabla 1.13. Distribución de niños/as según cobertura de la TUS

	Ronda 3	Ronda 4
No	81	80,8
Si	19	19,2
Total	100	100

Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al igual que en AFAM-PE se observa una mayor concentración de beneficiarios de TUS en el primer tercil de ingresos, y un descenso pronunciado conforme aumenta el ingreso de los hogares de los niños, niñas y adolescentes.

Gráfico 1.5. Cobro de TUS por tercil de ingreso y región



Fuente: Elaboración DINTAD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

1.7 Conclusiones del capítulo

La composición de los hogares de las NNA de la ENDIS Ronda 4 refleja familias en etapa activa de crianza, predominantemente biparentales con hijos/as en edad escolar y adolescente, y con 4 integrantes en promedio.

El análisis por terciles de ingreso revela desigualdades significativas: los sectores de menores ingresos presentan hogares más numerosos, mayor proporción de niños/as pequeños/as, mayor corresidencia intergeneracional, y mayor prevalencia de monoparentalidad. Estas características condicionan la disponibilidad de tiempo, espacio y recursos para el desarrollo de las NNA, configura hogares con estructuras de cuidado más complejas y recursos más limitados en los sectores de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Los resultados son consistentes con los patrones identificados en rondas anteriores de la ENDIS y en la ECH (MIDES-DINTAD, 2023; INE, 2023).

Por otra parte, las condiciones de habitabilidad de los hogares de los NNA uruguayos de 10 a 15 años presentan un panorama de adecuación general en materiales de construcción y acceso a saneamiento y agua potable, con situaciones focalizadas de hacinamiento, tenencia más insegura de la vivienda, y mayor precariedad habitacional en los hogares de menores ingresos.

Se observa un aumento de la proporción de hogares con NNA que no convive con su padre en relación a anteriores ediciones, y sigue marcándose una clara brecha por nivel de ingresos (los hogares de mayores ingresos casi triplican el porcentaje de presencia del padre respecto de los hogares de menores ingresos). La ruptura del vínculo entre padres (separación o divorcio) continúa siendo el principal motivo de la ausencia de los padres en los hogares de NNA.

Respecto de la anterior ronda, se registra una disminución en la proporción de niños, niñas y adolescentes que no cuentan con un acuerdo (legal o de palabra) entre sus padres sobre pensiones o transferencias de dinero, y régimen de visitas.

En cuanto a cobro de transferencias se observa que casi 4 de cada 10 hogares con NNA cobran AFAM-PE y 2 de cada 10 cobran TUS, con una prevalencia mayor de cobro en el primer tercil de ingresos para ambas prestaciones.

La brecha entre terciles de ingreso es marcada en todas las dimensiones analizadas, mostrando peores desempeños para los hogares con NNA de menores ingresos. Estas condiciones podrían constituir un factor de riesgo para la salud y el desarrollo de las NNA que merece atención prioritaria de política pública.

CAPÍTULO 2

Educación y Cuidados de los Niños, Niñas y Adolescentes

Por Secretaría Nacional de Cuidados: Mauricio Russi, Ignacio Linn.

2.1 Introducción

Este capítulo se centra en el análisis de la información referida a educación y cuidados proveniente de la cuarta ronda de la cohorte 2013 de la ENDIS, que releva datos de niñas, niños y adolescentes (NNA) de entre 10 y 14 años de edad.

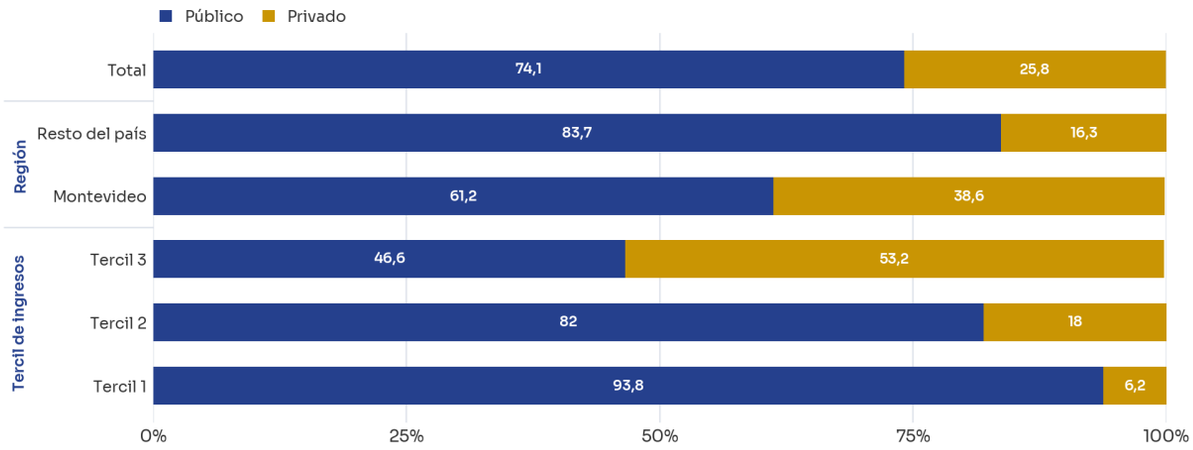
Para el análisis se toman las variables relacionadas al tipo de centro educativo al que asisten (público o privado), edad de inicio en la asistencia, cantidad de horas de asistencia, traslado a los centros, entre otros aspectos. Además, incluye el análisis de variables referidas a la distribución de las tareas de cuidado en el hogar, y el reparto de tareas domésticas. En todos los casos, el análisis incorpora variables sociodemográficas como variables de corte, con el objetivo de observar si existen diferencias al considerar tercil de ingresos, región de residencia y tipo de centro al que asisten. Por último, se presentan algunos indicadores que dan cuenta de las prácticas de crianza en los hogares

2.2 Asistencia a centros educativos

Al analizar los datos referidos a la asistencia a centros educativos[7] se puede observar que el 74.1% de los niños, niñas y adolescentes asisten a centros públicos y el 25.8% asisten a centros privados. Sin embargo, esta distribución cambia significativamente al considerar algunas variables sociodemográficas, como por ejemplo la región de residencia y el tercil de ingresos del hogar.

7. En las edades de los niños, niñas y adolescentes incluidos en esta encuesta (10 a 14), la asistencia a centros educativos es universal y obligatoria. Si bien se identificaron 11 casos en una muestra de 2.229 que respondieron que no estaban asistiendo, el dato no es significativo en términos estadísticos.

Gráfico 2.1. Distribución de tipo de centro al que asisten según región y tercil de ingresos

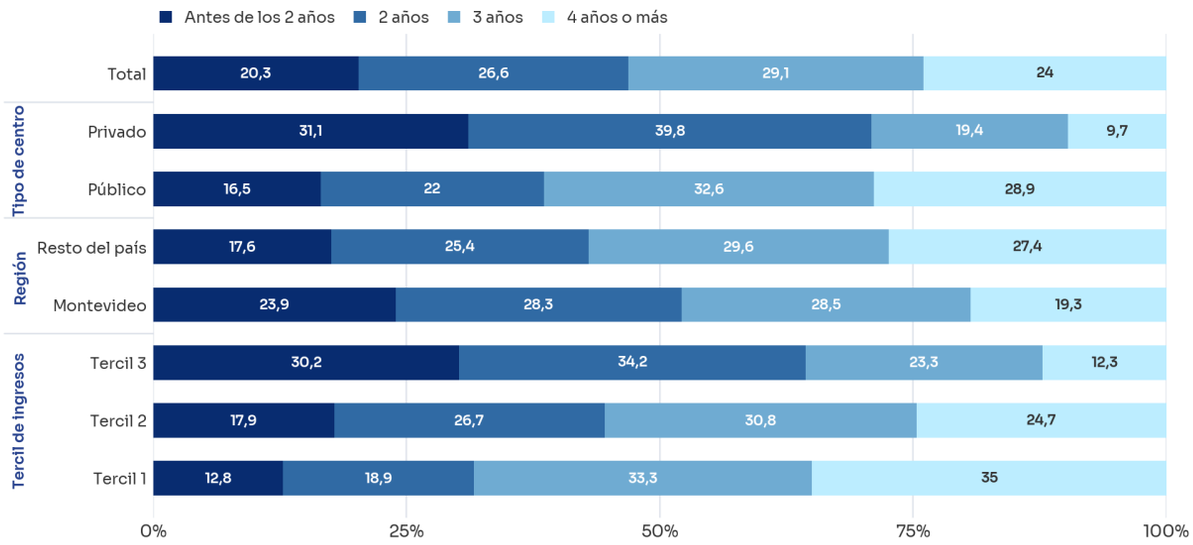


Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Como se puede observar en el gráfico 2.1, en los hogares de menores ingresos (primer tercil), la asistencia a centros públicos representa el 93,8% de la asistencia global, mientras que en el tercer tercil, la asistencia a centros públicos se reduce al 46,6%. Por su parte, se puede observar que la asistencia a centros privados presenta un mayor predominio en Montevideo (38,6%), en comparación al resto del país (16,3%).

Por otra parte, cuando se analiza la edad en la que comenzaron a asistir los niños, niñas y adolescentes a un centro educativo, se puede ver que casi la mitad (46,9%) comenzaron asistir antes de los 3 años, y prácticamente tres de cada cuatro (76,0%) comenzaron asistir antes de los 4 años, edad en la que comienza la educación universal y obligatoria en Uruguay.

Gráfico 2.2. Edad de inicio en la asistencia según tipo de centro, región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

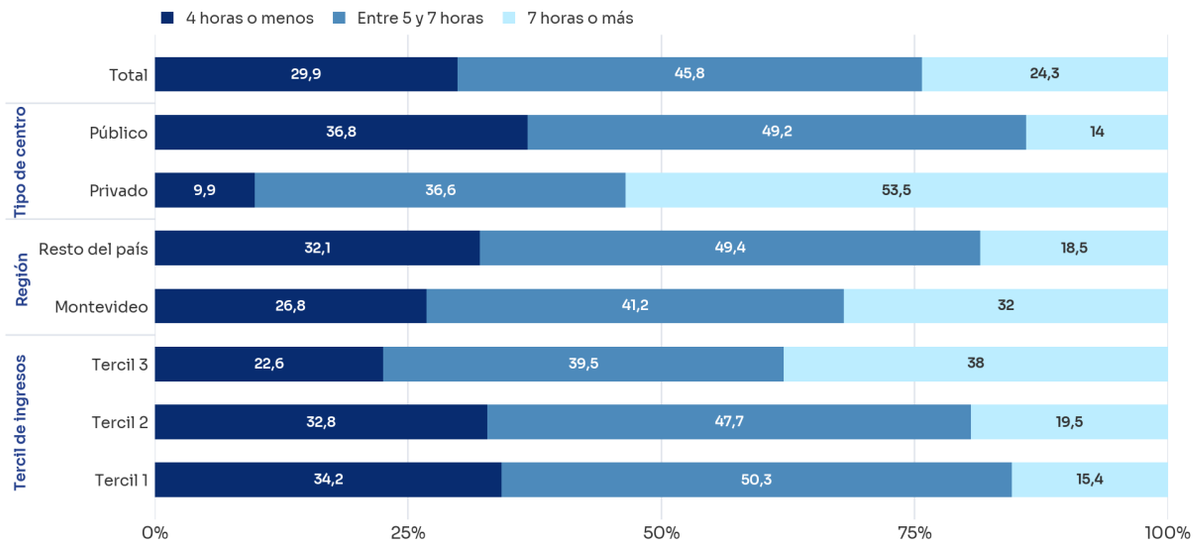
Además, si se observan estos resultados en función a otras variables sociodemográficas, también se pueden comprobar variaciones significativas. Por ejemplo, en los hogares del tercer tercil de ingresos, se puede ver que el 30,2% de los niños/as comenzó a asistir antes de los 2 años y el 34,2% a los 2 años, mientras que en el primer tercil, estos porcentajes bajan a 12,8 y 18,9% respectivamente.

Si se analiza esta información según tipo de centro, se puede observar que, de los niños, niñas y adolescentes que asisten actualmente a centros privados, el 70,9% comenzó antes de los 3 años (31,1% antes de los 2 y 39,8% a los 2 años), mientras que, de los NNA que actualmente asisten a centros públicos, este porcentaje baja a poco más de la mitad, en tanto el 38,6% comenzó antes de los 3 años (16,5% antes de los 2 y 22,0% a los 2 años).

Por último, de los datos también surge que los niños, niñas y adolescentes que residen en Montevideo comienzan sus trayectorias educativas de forma más temprana en comparación a quienes residen en el resto del país, 52,2% y 43,0% respectivamente comenzaron asistir antes de los 3 años de edad.

Por otro lado, a continuación, se presenta la distribución porcentual de niños y niñas que asisten a un centro educativo, según cantidad de horas en la asistencia. Como se puede observar, el 29,9% asiste 4 horas o menos, 45,8% entre 5 y 7 horas y 24,3% asiste 7 horas o más[8].

Gráfico 2.3. Distribución de horas de asistencia según tipo de centro, región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al considerar estos datos en función del tipo de centro al que asisten, se observa que en centros públicos el porcentaje de quienes asisten 7 horas o más disminuye a 14,0%, mientras que en los centros privados sucede lo contrario, en tanto el porcentaje de asistencia durante 7 horas o más asciende a 53,5%.

8. Quedan incorporadas en la categoría 7 horas o más, aquellas opciones con características de tiempo completo, incluyendo las escuelas de tiempo extendido de 7 horas y de tiempo completo de 7 horas y media de la ANEP, además de la oferta privada correspondiente.

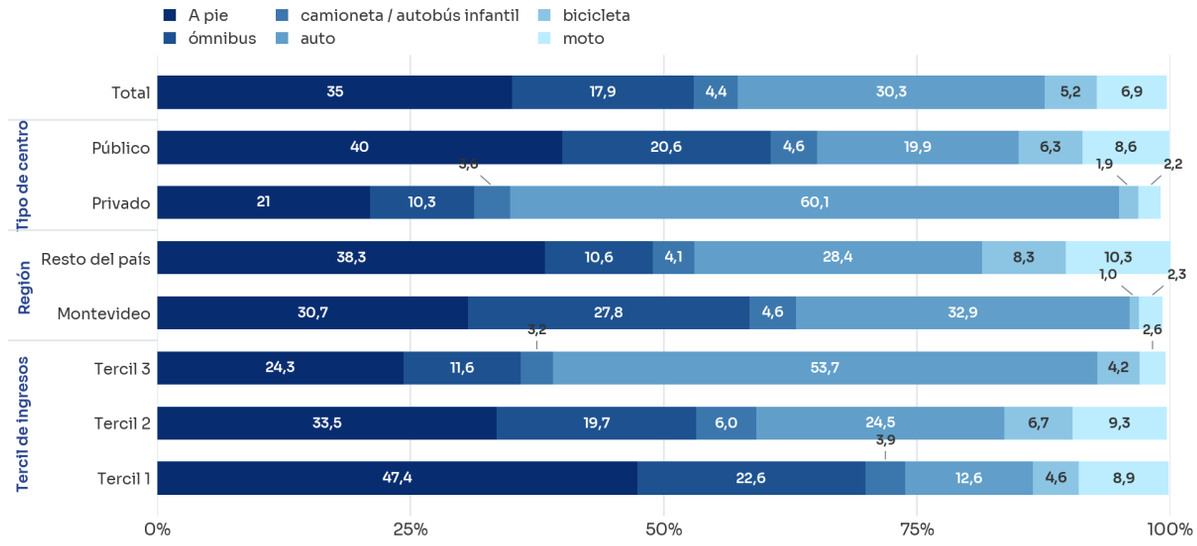
En lo que refiere a la región de residencia, también se observa una brecha considerable ya que el porcentaje de quienes asisten 7 horas o más es mucho mayor en Montevideo que en el resto del país (32,0% y 18,5% respectivamente).

Por último, se observa algo similar al analizar las horas de asistencia a un centro según tercil de ingresos. En los hogares del primer y segundo tercil de ingresos, menos del 20% de los niños y niñas asisten 7 horas o más (15,4 y 19,5% respectivamente). Por su parte, en el tercil de mayores ingresos, el porcentaje de niños y niñas que asisten 7 horas o más asciende a 38,0%.

2.3 Traslados a los centros educativos

Al analizar las respuestas a la pregunta: cómo se traslada al centro educativo, encontramos que el 35,0% de los niños, niñas y adolescentes se traslada a pie, el 30,3% en auto y el 17,9% en ómnibus. Las opciones referidas a moto, bicicleta y camioneta o autobus escolar tienen un peso menor, que ronda entre el 5 y el 7% de los casos.

Gráfico 2.4. Traslados a los centros educativos según tipo de centro, región y tercil de ingresos



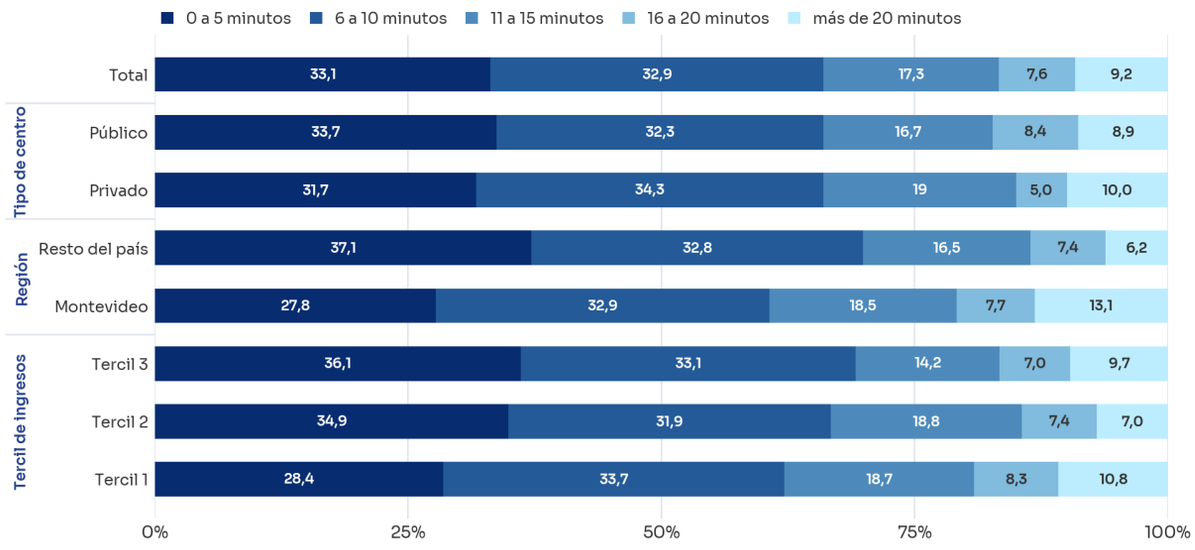
Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Si analizamos la información según el tercil de ingresos del hogar, se puede observar un claro peso de la variable socioeconómica en el método de transporte utilizado. En el primer tercil de ingresos predomina el desplazamiento a pie y en ómnibus (47,4 y 22,6%, respectivamente), mientras que el uso del automóvil es relativamente bajo (12,6%). Sin embargo, a medida que aumentan los ingresos, el patrón se invierte. En el tercer tercil el auto se convierte en el principal medio de transporte (53,7%), mientras que disminuye significativamente la proporción de personas que se trasladan a pie o en transporte público (24,3 y 11,6%, respectivamente).

Otro dato a destacar, es la diferencia en el uso de ómnibus entre Montevideo (27,8%) y el resto del país (10,6%). Este menor uso del transporte público fuera de Montevideo se acompaña de un mayor uso de la moto (10,3%) y la bicicleta (8,3%), que prácticamente no tienen peso como medios de traslado de los niños, niñas y adolescentes en la capital del país.

Por otro lado, se indagó respecto al tiempo de traslado a los centros educativos, de donde surge que 2 de cada 3 niños, niñas y adolescentes tardan como máximo 10 minutos en llegar al centro educativo, en tanto no llegan al 10% los casos que tardan más de 20 minutos.

Gráfico 2.5. Tiempo de traslado a los centros educativos según tipo de centro, región y tercil de ingresos

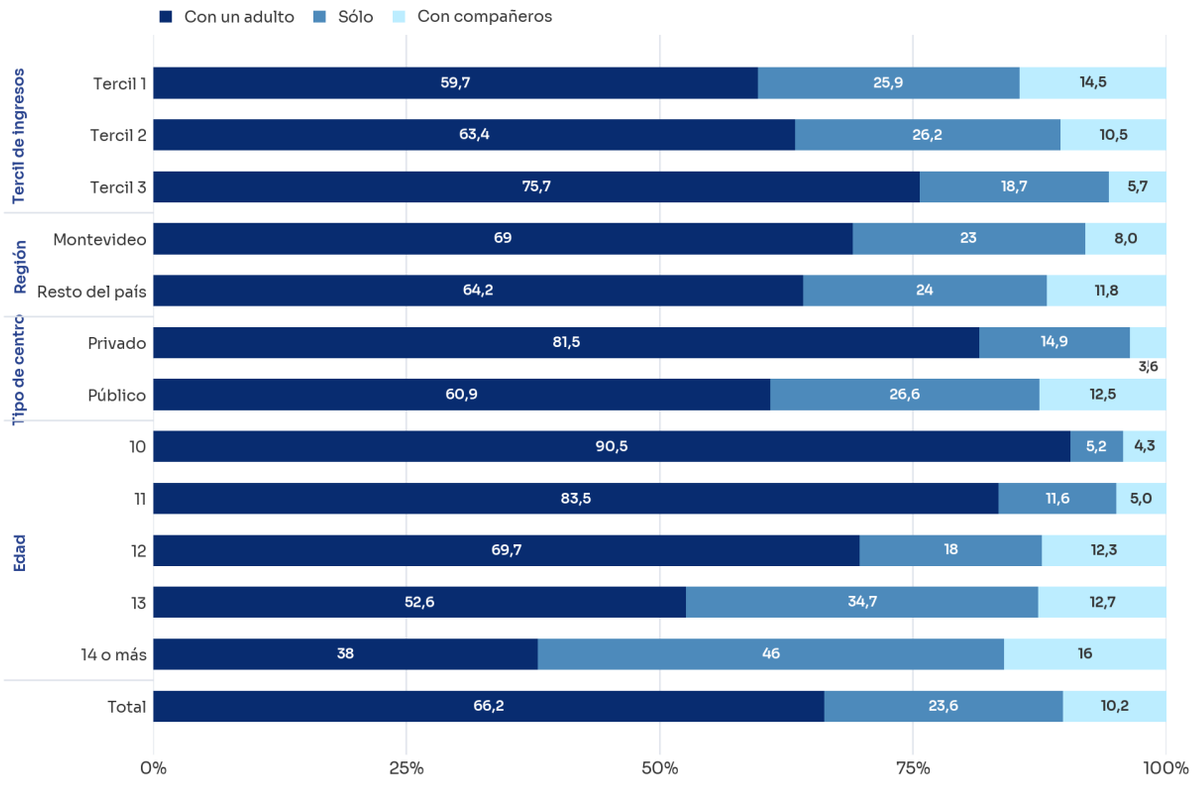


Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Se analiza los tiempos de traslado en función de las variables sociodemográficas, no se encuentran grandes diferencias

Por último, en la encuesta también se consultó con quiénes se trasladan los niños, niñas y adolescentes a los centros educativos, de donde surge que el 66,2% se traslada acompañado/a por un adulto, el 23,6% van solos/as y el 10,2% acompañados de compañeros o compañeras de clase.

Gráfico 2.6. Con quién se traslada al centro educativo según edad, tipo de centro, región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

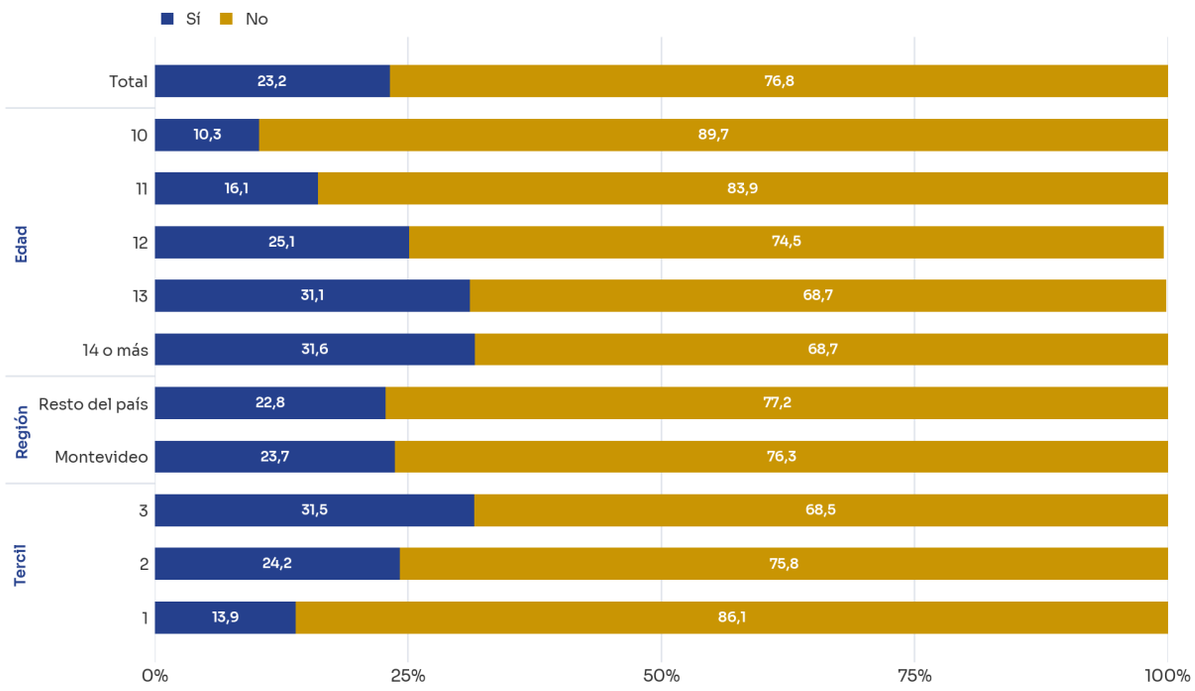
Si se analiza esta información según la edad del niño, niña o adolescente, se puede observar, como es de esperar, que a edades mayores, el porcentaje de quienes se trasladan solos/as aumenta considerablemente hasta alcanzar el 46% de los casos de 14 años o más. Lo inverso sucede con la opción acompañados/as por un adulto, que a los 10 años de edad supera el 90% de los casos, mientras que en los casos de 14 años o más alcanza el 38%

Además, se observa que la opción de traslado acompañado/a de una persona adulta es mayor en los hogares del tercer tercil de ingresos, que residen en Montevideo y asisten a un centro privado.

2.4 Cuidados en el hogar

De los que se quedan solos, un 28,4% lo hace una hora a la semana, 35,4% dos horas a la semana, 17,5% 3 horas a la semana, 11% 4 horas a la semana, y el restante 7,7% lo hace 5 horas o más.Al consultar si los niños, niñas y adolescentes se quedan solos en el hogar durante la semana, fuera del horario escolar, se observa que el 76,8% responde que no, mientras que el 23,2% restante señala que sí se quedan solos. Asimismo, los datos muestran un incremento progresivo de esta situación con la edad. En particular, el 10,2% de los NNA de 10 años permanece solo en el hogar en algún momento de la semana, proporción que asciende al 31,6% entre quienes tienen 14 años o más.

Gráfico 2.7. NNA que se quedan solos durante la semana y fuera del horario escolar, según edad, región y tercil de ingresos



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Se destaca una diferencia en función del tercil de ingresos, en tanto la cantidad de NNA que se quedan solos en el hogar al menos una vez a la semana aumenta conforme aumenta el tercil. Mientras que en el primer tercil el 13,9% se queda solo en el hogar, en el segundo tercil el porcentaje aumenta a 24,2%, y a 31,5% en el tercil 3.

De los que se quedan solos, un 28,4% lo hace una hora a la semana, 35,4% dos horas a la semana, 17,5% 3 horas a la semana, 11% 4 horas a la semana, y el restante 7,7% lo hace 5 horas o más.

2.5 Tareas domésticas

Los resultados de la encuesta indican que, en promedio, las mujeres entrevistadas con pareja en el hogar dedican 22,9 horas semanales a la realización de tareas domésticas (excluyendo las que tienen que ver con el cuidado de los niños y niñas).

Tabla 2.1. Promedio de horas dedicadas por las mujeres encuestadas a las tareas domésticas (excluido el cuidado de los niños)

	Horas semanales (promedio)
Región	
Montevideo	21,7
Interior	22,6
Tercil	
Tercil 1	25,8
Tercil 2	24,3
Tercil 3	18,5
Clima educativo del hogar	
Hasta 6 años	28,2
7 a 9 años	24,7
9 a 12 años	25,4
Más de 12 años	17,4
Condición de actividad de la madre	
No trabaja	25,5
Trabaja	22,9
Menos de 30 horas	22,8
30 horas o más	22,3
Total	**22,9**

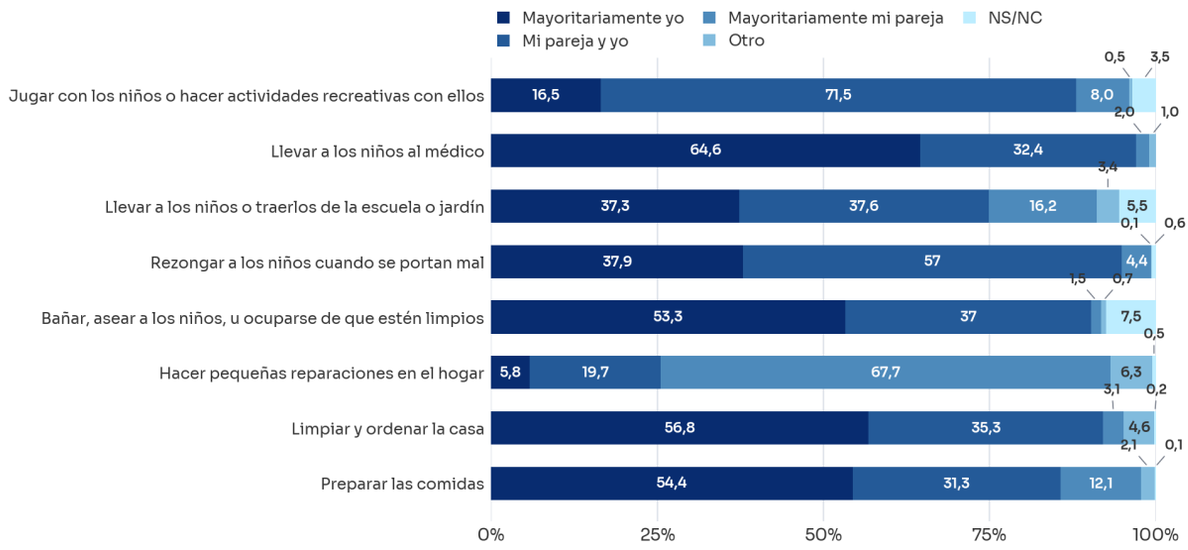
Nota: solamente se consideran aquellas mujeres encuestadas con pareja en el hogar

Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Además, como puede observarse en la tabla, fuera de Montevideo, las mujeres dedican en promedio 1 hora semanal más a la realización de tareas domésticas. A su vez, en aquellos hogares en donde el nivel educativo de la referente es más bajo, la cantidad de horas que dedican las mujeres a estas tareas domésticas es más alto. Lo mismo ocurre en relación a los ingresos del hogar, en tanto para el tercil de ingresos más bajo la cantidad de horas semanales promedio que dedican las mujeres es de 25,8, mientras que para el segundo tercil es de 24,3 horas y para el tercer tercil de ingresos es de 18,5 horas. En el caso de aquellas madres que no trabajan de forma remunerada, la cantidad promedio de horas semanales que dedican a tareas domésticas es de 25,5, mientras que para las madres que sí lo hacen, el promedio es de 22,9 horas (nivel igualmente elevado si se lo compara con la cantidad de horas promedio que dedican los varones a estas tareas). Incluso, para aquellas madres que tienen una importante carga de horas de actividad laboral (30 horas o más), se observa que el promedio de horas dedicadas a realizar tareas domésticas no varía significativamente (22.3 horas).

Por último, en relación al reparto de tareas en el hogar, teniendo en cuenta las respuestas de las mujeres que declaran convivir con su pareja, se observa una marcada diferencia en quien asume principalmente las distintas tareas.

Gráfico 2.8. Distribución porcentual del reparto de tareas dentro del hogar (solo mujeres encuestadas con pareja en el hogar)



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La categoría de respuesta "Mayormente yo" concentra los porcentajes más altos en la mayoría de las actividades: llevar a los niños al médico (64,6%), limpiar y ordenar la casa (56,8%), preparar las comidas diarias (54,4%) y bañar y asear a los niños (53,3%). En contraste, la única tarea donde la opción "Mayormente mi pareja" predomina, es en hacer pequeñas reparaciones en el hogar (67,7%), lo que refleja una división tradicional de roles de género.

Las actividades compartidas de forma más equitativa entre ambos miembros de la pareja refieren, principalmente, a jugar con los niños o hacer actividades recreativas (71,5%) y rezongar a los niños cuando se portan mal (57%), lo que sugiere que la corresponsabilidad se limita principalmente a actividades de disciplina y recreación. La participación de terceros —ya sea servicio doméstico, “niñeras” u otros familiares— es marginal en todas las categorías, generalmente inferior al 3%.

2.6 Prácticas de crianza

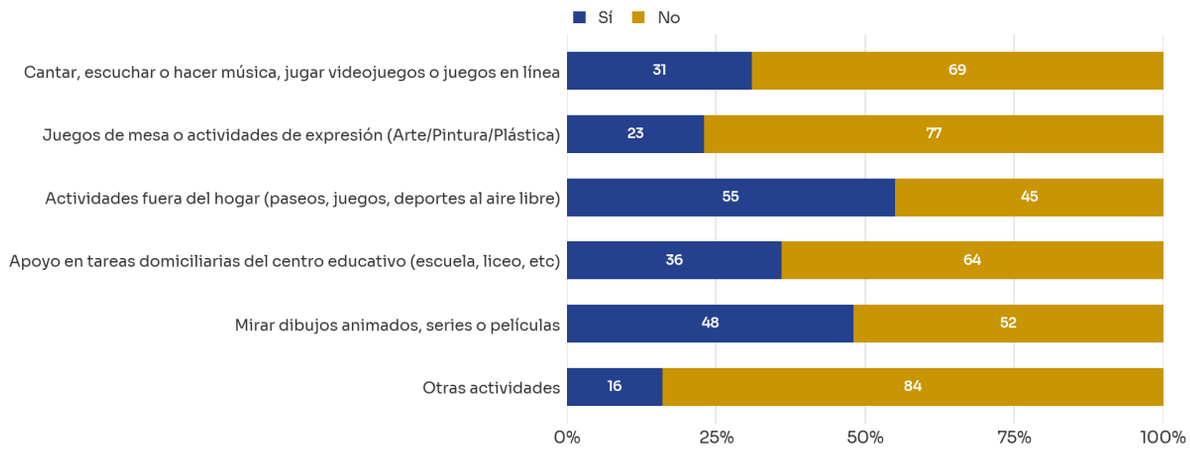
En este apartado se presentan resultados vinculados a la frecuencia con la que los adultos del hogar realizan distintas actividades recreativas junto a los niños, niñas y adolescentes.

El análisis de los datos revela patrones diferenciados en la participación de los adultos en actividades compartidas con los niños, niñas y adolescentes. La actividad con mayor nivel de participación refiere a: "Realizar actividades recreativas fuera del hogar" (paseos, juegos, deportes al aire libre), con un 55% de respuestas afirmativas, lo que sugiere una preferencia por el esparcimiento en espacios abiertos. Le sigue: "Mirar dibujos animados, series o películas" con un 48%, lo que refleja el consumo de contenido audiovisual como una actividad familiar común.

En contraste, las actividades que requieren mayor interacción activa presentan niveles más bajos, por ejemplo: "Apoyar con tareas domiciliarias del centro de estudios" alcanza un 36%, "Cantar canciones, escuchar música o jugar videojuegos" registra un 31%, y "Jugar juegos de mesa o realizar actividades de expresión artística" un 23%. En definitiva, estos resultados muestran que las

actividades pasivas o de entretenimiento externo predominan sobre aquellas que implican mayor involucramiento educativo o creativo.

Gráfico 2.9. Realización de actividades de los adultos del hogar junto a los niños/as.



Fuente: Elaboración Secretaría Nacional de Cuidados en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

2.7 Conclusiones

El análisis de la información relevada en la Ronda 4 de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) permite identificar tendencias claras en relación con la educación y los cuidados de niños, niñas y adolescentes en Uruguay.

En primer lugar, si bien la asistencia a centros educativos es prácticamente universal en las edades que incluye esta ronda (10 a 14), se observan desigualdades significativas en las condiciones de acceso. Estas se expresan tanto en el tipo de centro al que asisten los niños, niñas y adolescentes como en la edad de inicio y la intensidad horaria. En particular, los hogares de mayores ingresos presentan una mayor participación en centros privados, un inicio más temprano en la asistencia y una mayor carga horaria, especialmente en modalidades de jornada extendida. Por el contrario, en los hogares de menores ingresos predomina ampliamente la asistencia a centros públicos, con inicios más tardíos y menor intensidad horaria. Esto sugiere la persistencia de brechas en la disponibilidad y accesibilidad de servicios, particularmente en lo que refiere a propuestas de mayor carga horaria.

En relación con los traslados, si bien en general los tiempos de viaje son reducidos, se identifican diferencias en el medio de transporte utilizado según el nivel socioeconómico, en tanto los hogares de menores ingresos dependen en mayor medida del traslado a pie o en transporte público, mientras que en los de mayores ingresos predomina el uso del automóvil.

Por otra parte, los datos muestran que una proporción considerable de niños, niñas y adolescentes permanecen solos en algún momento de la semana y fuera del horario escolar, situación que aumenta con la edad y con el nivel de ingresos del hogar. Este resultado sugiere la existencia de necesidades de cuidado no cubiertas, especialmente en determinados tramos etarios, y plantea interrogantes sobre la disponibilidad y adecuación de la oferta de servicios más allá del horario escolar.

En lo que refiere a la organización del cuidado y las tareas domésticas, los resultados muestran la persistencia de una marcada división sexual del trabajo. Las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de estas tareas, tanto en términos de carga de tiempo como de responsabilidad principal en su realización. Esta sobrecarga se mantiene incluso entre quienes participan activamente en el mercado laboral, lo que evidencia una limitada corresponsabilidad al interior de los hogares.

Asimismo, si bien algunas actividades vinculadas al cuidado —como el juego o la recreación— tienden a ser compartidas, las tareas cotidianas y de mayor carga (como la limpieza y la alimentación) recaen mayoritariamente en las mujeres. Esto refuerza la evidencia sobre la persistencia de roles de género tradicionales en la organización del cuidado y las tareas domésticas.

Finalmente, en relación con las prácticas de crianza, se observa una mayor presencia de los adultos en las actividades recreativas y de consumo audiovisual, en detrimento de aquellas que implican un involucramiento más activo en procesos educativos o creativos. Este patrón sugiere oportunidades para fortalecer prácticas de crianza que promuevan un mayor desarrollo cognitivo y socioemocional.

En síntesis, los resultados del capítulo muestran que, más allá de la universalización del acceso a la educación, persisten desigualdades significativas en las condiciones en que se organizan el cuidado y la educación de niños, niñas y adolescentes, vinculadas tanto a factores socioeconómicos como a desigualdades de género. En este marco, los hallazgos refuerzan la necesidad de profundizar las políticas públicas orientadas a ampliar la cobertura horaria y mejorar la calidad de los servicios de educación y cuidados, así como a promover una mayor corresponsabilidad en el ámbito doméstico.

CAPÍTULO 3

Aspectos Relacionados con la Salud Infantil

Por Uruguay Crece Contigo: Pablo Irigoin, Dayana Rodriguez, Christian Berón, Natalia De Souza, Giorgina Garibotto.

3.1 Situación sanitaria de los niños, niñas y adolescentes

La atención en salud oportuna y de calidad es un pilar del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, el objetivo 3.8 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) compromete a todos los países a trabajar para lograr la cobertura universal de salud garantizando el acceso de todos a servicios esenciales de atención médica de calidad y a medicamentos y vacunas seguros, efectivos y asequibles (Naciones Unidas, 2015). Esta sección del documento aborda el uso de servicios de salud, asistencia a controles preventivos recomendados y obligatorios, morbilidad asociada a lesiones no intencionales, el consumo de medicamentos y el tratamiento en salud mental.

3.2 Asistencia a controles en salud

En esta cuarta ronda, el 96,6% de los niños/as y adolescentes asistieron a los controles de salud con pediatra, médico general o médico de familia hace menos de un año, como lo recomienda el Ministerio de Salud Pública.

Como se observa más abajo (Tabla 3.1), existe una mayor asistencia a controles de salud en Montevideo que en el interior, esto se observa también si analizamos cada uno de los terciles de ingreso y por región. En cuanto a los terciles para el total país, hay una leve diferencia entre el tercil 1 y el resto, que muestra una menor asistencia a controles por parte de la población de menores ingresos.

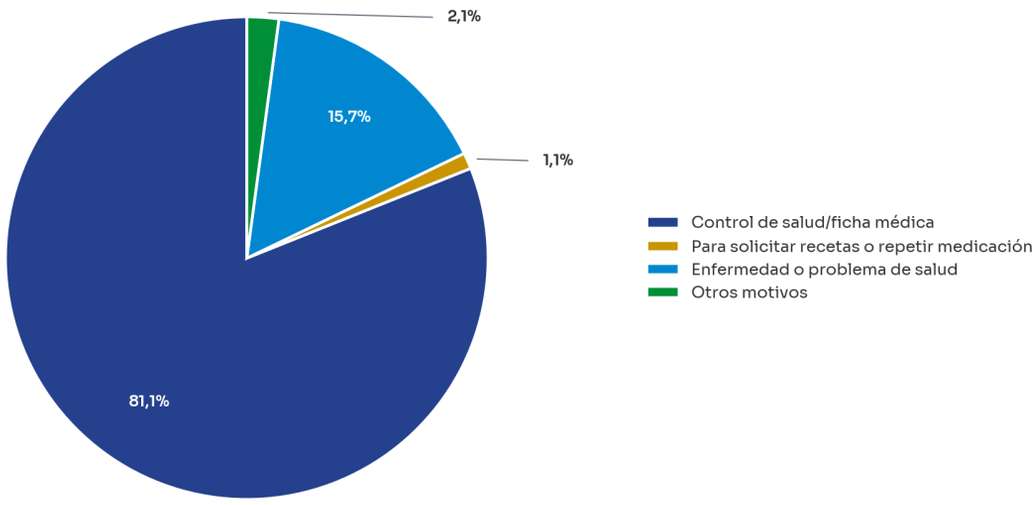
En el 81,1% de los casos el motivo de la última consulta fue el control de salud o ficha médica, mientras que en un 15,7% de los casos fue por enfermedad o problemas de salud.

Tabla 3.1. Distribución porcentual de niños y niñas según tiempo que realizó la última consulta médica según tercil y región

		Tercil			Región	
	Total	1	2	3	Montevideo	Interior
Hace menos de un año	96,6	95,4	97,4	97,3	99	94,8
Hace 1 año o más	3,4	4,6	2,6	2,6	0,9	5,2
Nunca ha ido a al/la médico/a	0	0	0	0,1	0,1	0

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 3.1. Distribución porcentual del motivo principal de la última consulta médica



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El 48,0% de los niños/as y adolescentes visitaron a un especialista en el último mes. Las especialidades consultadas más frecuentes fueron oftalmología con 30,4%, seguido por salud mental (psiquiatra o psicólogo) y traumatología con 26,4% y 18,1% respectivamente.

Observando las rondas anteriores, se aprecia que cuando los niños crecían, aumentaba significativamente las consultas en salud mental, llegando a la tercera ronda a 32,1%. Sin embargo, para la ronda actual, se aprecia una reducción en el número de consultas a estos especialistas.

3.3 Presión arterial

El Ministerio de Salud Pública establece como obligatoria la medición de la presión arterial en cada control del niño o niña a partir de los 3 años (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Se define presión arterial elevada cuando la presión arterial sistólica (PAS) y/o la presión arterial diastólica (PAD) es mayor o igual al percentil 95 según sexo, edad y altura.

Para realizar el diagnóstico de hipertensión arterial se requieren cifras de presión arterial elevadas en tres o más ocasiones. (Academia Americana de Pediatría; 2017) (Flynn JT, et al., 2017). En este estudio no se cuenta con la cantidad de registros necesarios para llegar a esa caracterización, si se cuenta con el último control registrado y en base a este se realiza el cálculo.

El presente estudio reveló que el 4,5% de los niños, niñas y adolescentes tuvieron cifras de presión arterial elevada según su edad, sexo y altura de acuerdo al último registro en el carné de control del niño/a. Los estudios sobre prevalencia de hipertensión arterial en niños y niñas realizados en nuestro país reportan una prevalencia de hipertensión que varía desde 0,8% a 5,7%. El 3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente (2006) establece que la prevalencia de hipertensión arterial va en aumento con la edad, entre los 6 y los 10 años la misma varía entre 0,8% a 1,3% (Esposito A, et al., 1994) (Graña J, et al., 2008)(Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, 2009).

Cabe destacar que en el 22,1% de los casos no se encontraron registros de medición de la presión arterial en el carné de salud, lo que resalta la importancia de continuar trabajando en el primer nivel de atención para que este registro se tome de acuerdo a la pauta del Ministerio de Salud Pública.

La ausencia de registros mostró una distribución relativamente homogénea según sexo, región y tercil de ingresos, lo que sugiere que no existirían diferencias marcadas cuando se desagregan. Aunque, no es posible descartar totalmente algún sesgo de información asociado a esta ausencia de registros.

Tabla 3.2. Distribución de la presión arterial en niños/as y adolescentes según registro en el carné del niño/a

Presión arterial	Porcentaje
Niños/as con presión arterial normal	95,5
Niños/as con presión arterial elevada (PAS y/o PAD >= p95 según edad, sexo y altura)	4,5

Sin registro de medición: 22,1%

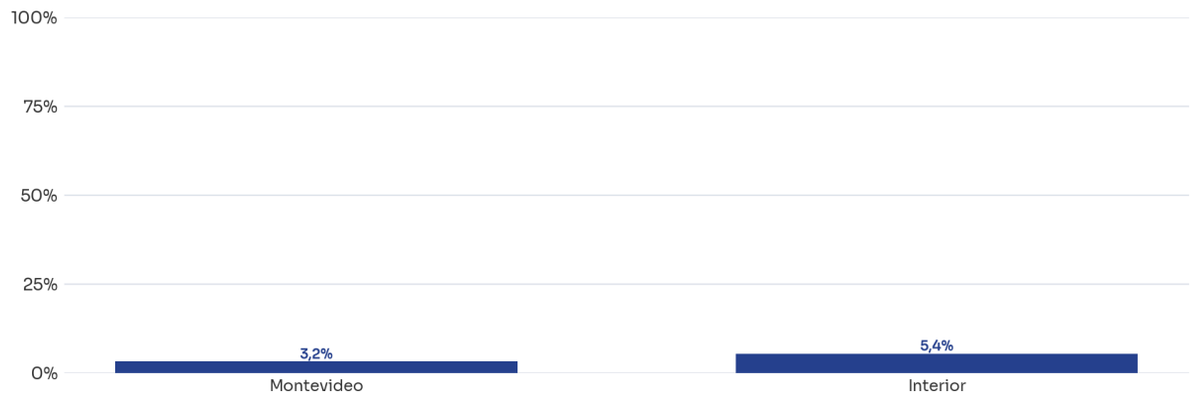
Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Para considerar los hallazgos en esta ronda, se tiene que tener presente que el dato de presión arterial se recoge del carnet de salud de niños y adolescentes, donde solo aparece una medición y no cumple con los protocolos estandarizados de medición de la presión arterial, que exige al menos tres mediciones, entre otras recomendaciones, (Kim, H. L., et al, 2023). Esto no invalida los resultados de este trabajo, pero exige la profundización en nuevas investigaciones, siguiendo las recomendaciones que sugieren estudios más robustos.

La prevalencia de hipertensión arterial, definida según los criterios de la American Academy of Pediatrics (AAP 2017), desagregado por sexo, muestra que las mujeres tienen una prevalencia de presión arterial de 5,0%, mientras que los varones alcanza el 3,9%.

Los niños/as con exceso de peso presentaron una prevalencia de hipertensión arterial superior a la observada en aquellos sin exceso de peso (5,0% y 3,9%, respectivamente).

Gráfico 3.2. Prevalencia de hipertensión arterial en niños/as según región.



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Como se observa en el gráfico 3.2, la prevalencia fue mayor entre los niños/as y adolescentes residentes en el Interior del país (5,4%), que entre aquellos residentes en Montevideo (3,2%). Estos

resultados vienen en consonancia con los obtenidos en el Índice de Masa Corporal (IMC), que muestran valores promedio más elevados en el Interior.

En cuanto al análisis por tercil de ingresos, se observa un incremento gradual de la prevalencia: desde 3,8% en el tercil de menores ingresos hasta 5,1% en el de mayores ingresos. Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significación estadística en los análisis realizados, por lo que los resultados sugieren una tendencia creciente que deberá ser confirmada en estudios con otro tipo de precisión.

3.4 Control odontológico

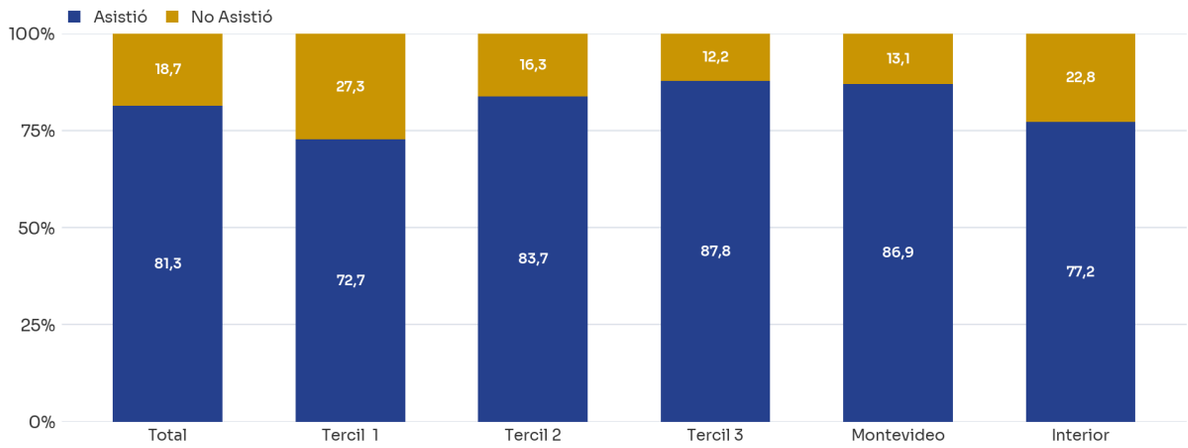
Dentro de las metas asistenciales definidas por el Ministerio de Salud Pública, los controles obligatorios incluidos en las metas asistenciales del Ministerio de Salud Pública se encuentran el control odontológico, el mismo debe realizarse de forma anual a partir de los 4 años (Ministerio de Salud Pública, 2025).

El 81,3% de los niños, niñas y adolescentes asistieron a control con odontólogo en el último año. La casi totalidad (99%) asistieron a control odontológico al menos una vez en la vida. El 50,9% lo realizó por última vez hace menos de 6 meses, un 30,5% entre 6 y 12 meses. Un 17,7% de los niños/as fueron al odontólogo por última vez hace más de un año y un 1% no ha asistido nunca.

Si se analiza por terciles de ingreso, es bastante importante la diferencia de asistencia al odontólogo en el tercil de mayores ingresos (87,8%) respecto al primer tercil (72,7%). Se observan también diferencias por región: Montevideo tiene una diferencia de casi diez puntos porcentuales respecto al interior (86,9 y 77,2 respectivamente).

A diferencia de la tercera ronda, el motivo principal por el cual los niños/as y adolescentes no fueron a control odontológico ya no es que no había profesional en el centro de salud de la zona donde vive, ahora son otros motivos personales los que han impedido la consulta.

Gráfico 3.3. Distribución porcentual de la asistencia a control odontológico de los niñas/as y adolescentes según tercil de ingresos y región



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3.5 Enfermedades crónicas

Según define el MSP, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración, de progresión generalmente lenta y no transmisible.

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

En nuestro país, estas enfermedades son la principal causa de morbimortalidad y de la mayor parte de las discapacidades.

En esta cuarta ronda, se consultó sobre cinco tipos de enfermedades crónicas: Neurológicas, de Desarrollo, Respiratorias, Cardiovasculares y Osteoarticulares.

El 22,1% posee alguna de las enfermedades crónicas consultadas. A nivel desagregado, se observa que, cuando los terciles de ingresos son más bajos, mayor es la cantidad de casos diagnosticados. Se registran más casos en hombres que en mujeres y en el primer tramo de edad (Tabla 3.3).

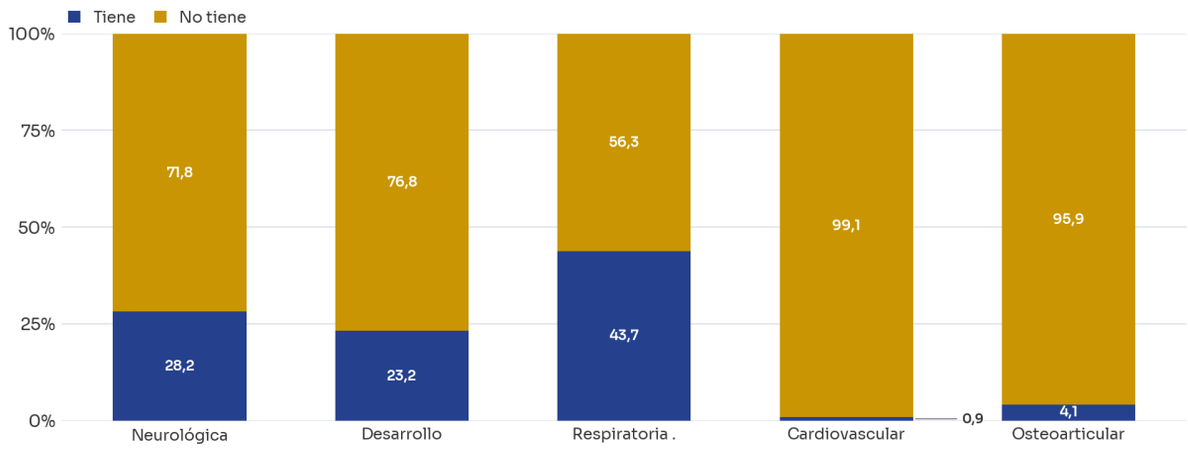
Tabla 3.3. Proporción de niños/as y adolescentes con enfermedades crónicas

		Enfermedades crónicas
Total		22,1
Tercil de ingresos	1	24,7
	2	22
	3	19,7
Región	Montevideo	21,5
	Interior	22,5
Sexo	Hombre	23,3
	Mujer	20,9
Edad	10 a 12	24,4
	13 y +	18,6

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Las enfermedades respiratorias son las que presentan el mayor número de casos (43,7%), seguido por las neurológicas y las de desarrollo (28,2% y 23,2%, respectivamente).

Gráfico 3.4. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que tiene una enfermedad crónica diagnosticada por tipo de enfermedad



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3.6 Morbilidad por lesiones no intencionales

Las lesiones no intencionales o siniestros constituyen un importante problema de salud en todo el mundo.

Como señala la Sociedad Uruguaya de Pediatría: "...los adolescentes van adquiriendo autonomía progresiva y ésta los habilita a estar fuera del hogar y experimentar, lo cual los lleva a involucrarse frecuentemente en situaciones de riesgo. Algunos, además, optan por practicar deportes extremos que aumentan las posibilidades de lesiones e injurias. Está demostrado que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas constituye también importantes agravantes del riesgo de lesiones fatales" (SUP, 2016).

En la ENDIS se considera que un niño, niña o adolescente sufrió un accidente cuando, en los 12 meses previos a la encuesta, tuvo al menos una lesión no intencional de las siguientes categorías: accidente de transporte, caída, quemadura, intoxicación, mordedura de animal, choque eléctrico o accidentes en el agua.

Este estudio reveló que el 12,7% de los niños/as y adolescentes entre 10 y 14 años sufrieron al menos una lesión no intencional en los últimos 12 meses y un 0,7% del total de NNA del país requirieron de al menos una internación en el último año como causa de una lesión no intencional. En otras palabras, del 100% de los casos donde hubo lesiones no intencionales por accidente, el 5,5% requirió internación.

Se encontró además que la lesión no intencional más frecuente fue la caída, la cual se dio en el 10,6% de los casos, seguido por las quemaduras que se dieron en el 1,4% de los niños/as, mientras que las mordeduras de animales tuvieron lugar en el 1% de los casos.

En el interior del país el 12,4% de los niños/as y adolescentes tuvieron alguna lesión no intencional en los últimos 12 meses, mientras que en Montevideo esta cifra ascendió a 13,3% de los casos, no observándose diferencias por tercil de ingresos. (Tabla 3.4)

Tabla 3.4. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que en los últimos 12 meses sufrieron al menos una lesión no intencional según tercil de ingresos y región

	Total	Tercil			Región	
		1	2	3	Montevideo	Interior
Sin lesiones	87,3	86,6	87,7	87,5	86,7	87,6
Al menos una lesión no intencional	12,7	13,4	12,3	12,5	13,3	12,4

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3.7 Medicalización

La medicalización de niños/as y adolescentes se encuentra en debate permanente. En Uruguay en 2022 se entrega el Informe del grupo de trabajo interinstitucional sobre Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias que presenta una mirada sobre el concepto de salud en clave de derechos y a la implicancia del mismo en las prácticas y servicios de salud, con una mirada desmedicalizadora.

Según se define en el Fórum sobre Medicalização da Educação e Saude "se entiende por medicalización el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social –complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico– son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas sociales a determinismos orgánicos que se expresaría como enfermedades del individuo" 2015, Pág. 11.

El estudio realizado en esta cuarta ronda, muestra que el 19,5% de los niños/as y adolescentes consumen algún tipo de medicamento diariamente.

Desagregado por sexo, se observa que los hombres consumen algo más de medicación que las mujeres (20,8 y 17,7 respectivamente). Si se observa por edad, el tramo más joven es quien más consume medicación con 21,5%, frente al 17,4% del tramo mayor.

No se encuentran diferencias si se desagrega por terciles de ingreso o región del país.

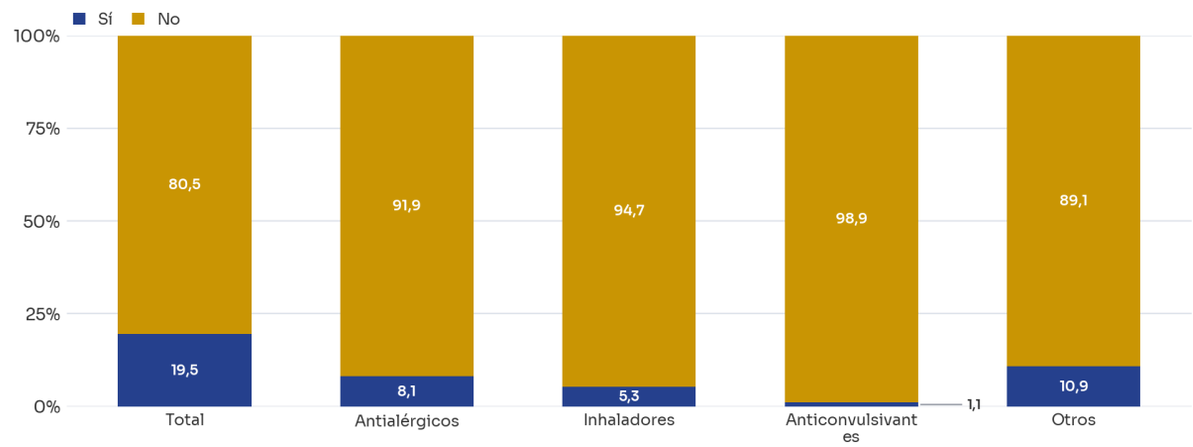
Tabla 3.5. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumen algún tipo de medicación diariamente.

		Consume medicación	No consume medicación
Total		19,5	80,5
Tercil de ingresos	1	19,4	80,6
	2	18,9	81,1
	3	20,4	79,6
Región	Montevideo	19,3	80,7
	Interior	19,7	80,3
Sexo	Hombre	20,8	79,2
	Mujer	17,7	82,3
Edad	10 a 12	21,5	78,5
	13 y +	17,4	82,6

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El medicamento más utilizado es el antialérgico con el 8,1%, seguido por el inhalador con el 5,3%. Otros medicamentos sin desagregar, son consumidos por 10,9% de los casos relevados.

Gráfico 3.5. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumen algún tipo de medicación diariamente según tipo de medicamento.



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Otro de los abordajes del estudio se centró en el uso de psicofármacos por parte de esta población específica. El 5% de los niños/as y adolescentes consumen tranquilizantes, y en igual porcentaje consumen estimulantes. La edad promedio de comienzo de consumo de estimulantes y tranquilizantes es 8 años.

Se puede destacar que en el tercil más alto de ingresos se consume un poco menos de tranquilizantes que en el resto, manteniendo el consumo por región. Si se desagrega el uso de estimulantes, no se aprecian variaciones ni por tercil ni por región.

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, el 97,4% de los que consumen tranquilizantes cuenta con medicación recetada por un profesional, mientras que el 2,6% les son suministradas por alguien de su entorno (padres, familiares o adultos referentes). En el caso de los estimulantes, la totalidad cuenta con receta médica.

Tabla 3.6. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que consumieron tranquilizantes alguna vez en la vida según tercil de ingresos, región, sexo y tramos de edad.

		Con receta médica	Sin receta médica (se los dió un familiar o adulto referente o padres)
Total		97,4	2,6
Tercil de ingresos	1	95,6	4,4
	2	100	0
	3	100	0
Región	Montevideo	97,8	2,2
	Interior	97,1	2,9
Sexo	Hombre	100	0
	Mujer	94,9	5,1
Edad	10 a 12	97,2	2,8
	13 y +	97,7	2,3

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3.8 Tratamiento en salud mental

La ENDIS en su cuarta ronda consulta sobre la concurrencia a psiquiatra o psicólogo, dentro de la misma pregunta. Para quienes contestan positivamente, se les pregunta sobre si además de consultar, se encuentra en un tratamiento específico.

Si se desagrega por tramo de edad, se observa que entre los NNA que consultan por salud mental (psiquiatra o psicólogo), el 84,6% de quienes tienen entre 10 y 12 años reciben tratamiento, mientras que esta proporción desciende a 74,4% entre quienes tienen 13 años o más.

Observado por sexo no se encuentran diferencias: el 80,4% de los hombres y el 80,7% de las mujeres que consultan con un especialista en salud mental se encuentran en tratamiento. Sin embargo, al considerar la composición de la población en tratamiento, se observa una mayor participación de los hombres, que representan el 56,9% del total, frente al 43,1% de las mujeres. Esta diferencia corresponde a la distribución por sexo de las personas que integran la población analizada y no una mayor probabilidad de recibir tratamiento entre quienes consultan, ya que, como se observa, las proporciones de tratamiento son iguales para ambos sexos.

Tabla 3.7. Distribución porcentual de niños/as y adolescentes que asistieron a consulta psiquátrica o psicológica según tercil de ingresos, región, sexo y tramos de edad.

		Solo consulta	En tratamiento
Total		19,5	80,5
Tercil de ingresos	1	26,4	73,6
	2	12,8	87,2
	3	19,4	80,6
Región	Montevideo	18,2	81,8
	Interior	20,7	79,3
Sexo	Hombre	19,6	80,4
	Mujer	19,3	80,7
Edad	10 a 12	15,4	84,6
	13 y +	25,6	74,4

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

3.9 Aspectos destacados del apartado y conclusiones

La cuarta ronda de la ENDIS muestra, que la casi totalidad de los niños/as y adolescentes de 10 a 14 años asistieron a control de salud en el último año (96,6%). Por su parte, el control odontológico lo realizó el 81,3%. Si a estos se suma los que se han atendido alguna vez con odontólogo, la cobertura alcanza al 99%.

De aquellos que asistieron a control médico, el motivo principal de la última consulta fue el control de salud o ficha médica (81,1%). Un 3,9% de los niños tuvo presión arterial alta en el último control de salud.

El 22,1% de los consultados posee una enfermedad crónica no transmisible, siendo las enfermedades respiratorias las más frecuentes.

El 12,8% del total de niños, niñas y adolescentes sufrieron lesiones no intencionales evitables, y por ello requirieron internación el 0,7%. Al igual que en 2019, la lesión más frecuente fue la caída, la cual se registró en el 10,6% de los casos.

Otro de los datos relevantes que presenta este estudio es que el 19,5% de los niños/as y adolescentes consumen algún tipo de medicamento a diario. El consumo de estimulantes y tranquilizantes alcanza al 5% de los consultados, respectivamente.

Cuatro de cada cinco niños/as y adolescentes que consultan con psiquiatra o psicólogo se encuentra realizando un tratamiento por salud mental.

3.10 Bibliografía

Fórum sobre medicalização da educação e saude. (2015). Recomendações de práticasnãomedicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Brasilia: Setor de Administração Federal Sul (SAF SUL).

Kim, H. L., Park, S. M., Cho, I. J., Kim, Y. M., Kim, D. H., Kim, S. H., Kim, K. I., Sung, K. C., Ihm, S. H., Shin, J., Kim, Y., Oh, K., Lee, E. M., & Quality control team of blood pressure measurements for the Korea National Health, Nutrition Examination Survey (KNHANES) (2023). Standardized protocol of blood pressure measurement and quality control program for the Korea National Health and Nutrition Examination Survey.Clinicalhypertension, 29(1), 28. https://doi.org/10.1186/s40885-023-00252-7

CAPÍTULO 4

Actividad Física y Deporte

Por Observatorio Nacional del Deporte: Mariana Melgar, Tomás Rossi, Cecilia Cristar

4.1 Introducción

El deporte y la actividad física son aspectos de suma relevancia para el desarrollo integral, la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes. En este sentido, la educación física, la actividad física y el deporte constituyen un derecho fundamental para todas las personas, que debe ser garantizado sin discriminación de ningún tipo (Unesco, 2015).

El concepto de deporte es polisémico, ya que puede referirse a distintas prácticas y adquirir diversos significados según los contextos sociales, culturales e institucionales en los que se desarrolle. En este sentido, sigue sin existir una definición consensuada de deporte tanto en el ámbito estrictamente deportivo como en los ámbitos académico y popular (Sarni, 2024, p.33). Desde la perspectiva de las políticas públicas, el deporte constituye un ámbito de especial interés en tanto práctica cultural extendida y espacio de desarrollo integral personal, social y comunitario.

La Secretaría Nacional del Deporte (SND) plantea entre sus lineamientos estratégicos la necesidad de consolidar el derecho, establecido en la Ley N° 19.828, al acceso al deporte para todas las personas y en todo el territorio nacional. En particular, se destaca la importancia de garantizar el derecho al acceso con énfasis en infancias, adolescencias, igualdad de género y territorialidad, reconociendo las desigualdades existentes.

Si bien el interés desde la política pública se centra en garantizar el acceso al deporte como derecho, la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) de 2024 releva principalmente información sobre actividad física. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere de un gasto de energía. Este concepto incluye no sólo a la práctica deportiva y el ejercicio físico planificado, sino también a múltiples actividades de la vida cotidiana, como desplazarse caminando o en bicicleta, o participar en actividades recreativas (OMS, 2021).

La ENDIS 2024 releva información sobre actividad física realizada tanto en espacios recreativos o informales como en contextos institucionales —clubes, gimnasios, centros educativos u otras instituciones—. Las recomendaciones para la población uruguaya sobre actividad física y hábitos sedentarios señalan que los niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años deben realizar, en promedio, al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa a lo largo de la semana (MSP y SND, 2023).

En este marco, el presente capítulo analiza las prácticas de actividad física de niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años. A partir de las variables disponibles en la encuesta, se construye un indicador que aproxima el grado de cumplimiento de la recomendación de actividad física diaria, lo que permite evaluar en qué medida niños, niñas y adolescentes de Uruguay alcanzan niveles considerados adecuados para la salud, así como identificar desigualdades en el acceso a la actividad física.

4.2 Actividad física en contextos institucionales

El 93% de los niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años realiza actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución. No se observan diferencias significativas según sexo, terciles de ingreso ni región de residencia.

En relación con la frecuencia semanal de práctica de actividad física en un marco institucional, la Tabla 4.1 muestra diferencias según sexo y nivel de ingresos. El promedio de días semanales de práctica de los varones es 3,4, mientras que el de las mujeres es 2,8. A su vez, el promedio es mayor para el tercil 3 en comparación con el tercil 1 de ingresos —3,5 y 2,7 días semanales respectivamente—. No se registran diferencias por región: el promedio es de 3,1 días tanto para Montevideo como para el resto del país.

Tabla 4.1. Cantidad promedio de días a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución

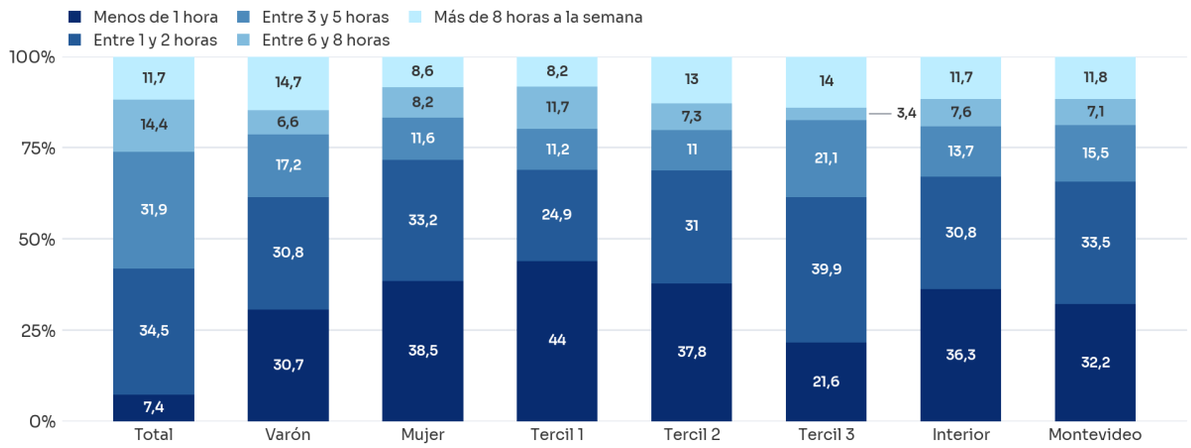
		Promedio
Sexo	Varón	3,4
	Mujer	2,8
Terciles	Tercil 1	2,7
	Tercil 2	3,1
	Tercil 3	3,5
Región	Interior	3,1
	Montevideo	3,1

¿Cuantas veces a la semana realiza actividad física? Anote cantidad de días a las semana

Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Por otra parte, el Gráfico 4.1 refiere al tiempo semanal destinado a la práctica de actividad física en contextos institucionales. Se observan diferencias por sexo y terciles de ingreso. Los varones realizan una mayor cantidad semanal de horas de actividad física que las mujeres: el 28% de las mujeres realiza 2 horas semanales o más de actividad física, mientras que para los varones este porcentaje aumenta a 39%. A su vez, se observan desigualdades según nivel de ingresos: para el tercil 1, el 44% de los niños, niñas y adolescentes realiza menos de una hora semanal, mientras que para el tercil 3 este porcentaje desciende a 22%.

Gráfico 4.1. Cantidad reportada de horas a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

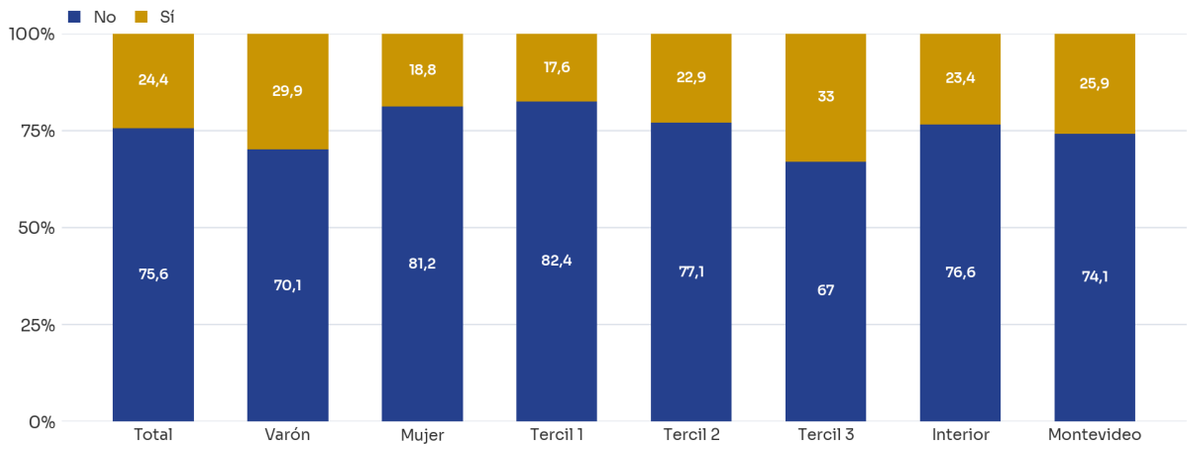
Resulta relevante no sólo considerar la participación en contextos institucionales, sino también su intensidad y frecuencia. En este sentido, las recomendaciones del MSP y la SND para la población uruguaya basadas en las recomendaciones técnicas de la OMS constituyen un estándar para evaluar los niveles de actividad física para cada grupo poblacional. Para la población de entre 10 y 14 años, es recomendable realizar al menos una hora diaria de actividad física moderada o intensa.

Con la información disponible en la ENDIS se construye un indicador de cumplimiento de esta recomendación utilizando la variable categórica relevada a partir de la pregunta "¿Cuánto tiempo por semana dedica a realizar actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución?". Este indicador constituye una aproximación, ya que la encuesta no releva información sobre la intensidad de la actividad física realizada por niños, niñas y adolescentes.

Para su estimación a cada categoría de respuesta se le asigna el valor medio de su intervalo como aproximación a la cantidad de horas semanales. A partir de ello, se determina el cumplimiento de la recomendación, lo que equivale a realizar 7 horas semanales o más de actividad física.

Bajo este criterio, el 24% de los niños, niñas y adolescentes realiza al menos una hora diaria de actividad física en contextos institucionales. Se observan diferencias por sexo y nivel de ingresos. Mientras que el 30% de los varones alcanza el umbral recomendado, entre las mujeres el porcentaje desciende al 19%. Las brechas según terciles de ingreso son incluso mayores: para el tercil 1 el 18% realiza al menos una hora diaria de actividad física, mientras que para el tercil 3 esta proporción asciende al 33% (Gráfico 4.2).

Gráfico 4.2. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física en instituciones



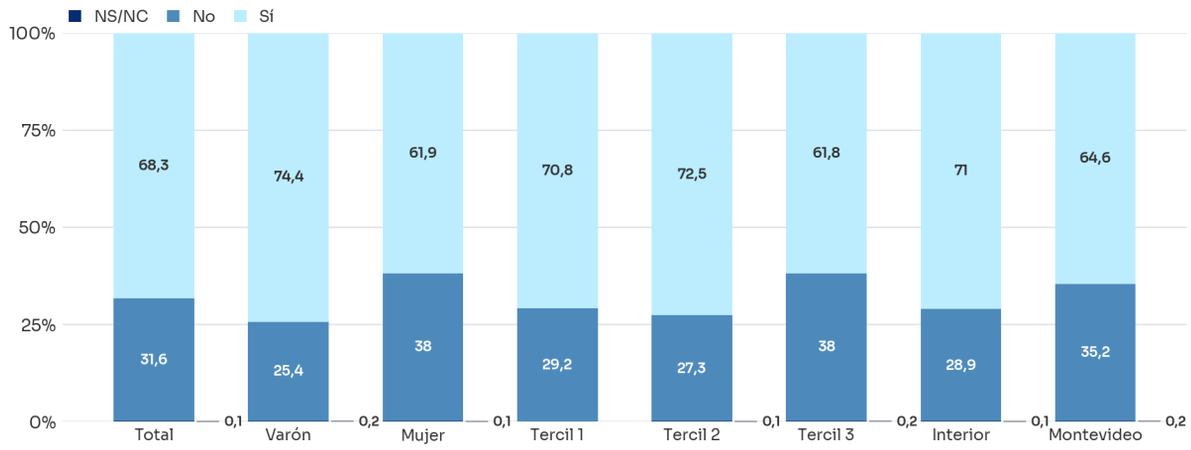
Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

4.3 Actividad física recreativa o informal

A partir de la ENDIS 2024, se observa que la práctica recreativa o informal de actividad física presenta niveles de participación menores que la práctica en contextos institucionales. En este sentido, el 68% de los niños, niñas y adolescentes realizan actividad física de carácter recreativo o en el marco de prácticas no institucionalizadas, de acuerdo con los resultados de la variable derivada de la pregunta "¿Realiza actividades como saltar, jugar con pelota, andar en bicicleta, patinar, en su casa, parques, plazas, calles, etc?".

Se observan diferencias según sexo, región de residencia y nivel de ingresos: los varones participan en mayor proporción que las mujeres —74% frente a 62%—, en Montevideo participan proporcionalmente menos que en el resto del país —65% frente a 71%— y la participación es mayor en el tercil de menores ingresos en comparación con el de mayores ingresos —71% frente a 62%—. En este sentido, se identifica una diferencia sustantiva entre la práctica de actividad física en contextos institucionales y la recreativa o informal: mientras que el tercil de menores ingresos realiza proporcionalmente más actividad física recreativa o informal que el tercil de mayores ingresos, el tercil 3 realiza proporcionalmente más actividad física en contextos institucionales que el tercil 1.

Gráfico 4.3. Práctica de actividad física informal o recreativa



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En promedio los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años realizan actividades recreativas 3,6 días por semana.

Tabla 4.2. Cantidad promedio de días a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física recreativa o informal

		Promedio
Sexo	Varón	3,9
	Mujer	3,4
Terciles	Tercil 1	3,9
	Tercil 2	3,6
	Tercil 3	3,5
Región	Interior	3,9
	Montevideo	3,3

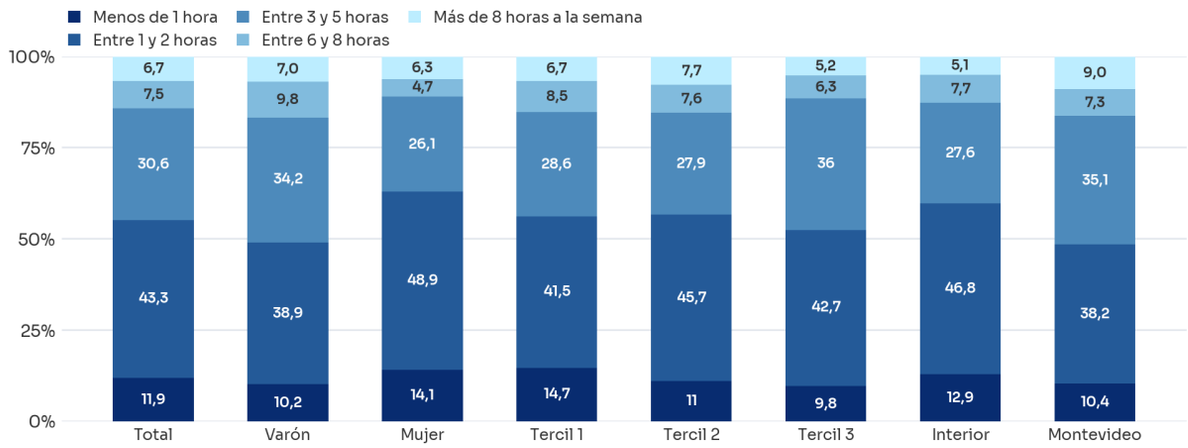
¿Cuantas veces a la semana realiza estas actividades? Anote cantidad de días a las semana

Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Respecto al tiempo semanal destinado a la actividad física recreativa o informal, el Gráfico 4.4 muestra diferencias por sexo y región de residencia. Mientras que el 37% de las mujeres realiza 2 horas o más de actividad física recreativa, el porcentaje para los varones asciende a 51%.

También se observan brechas territoriales: para Montevideo el 51% de niños, niñas y adolescentes realizan 2 horas o más de actividad física recreativa o informal, pero en el resto del país lo hace el 40%. No se registran diferencias relevantes según terciles ingresos.

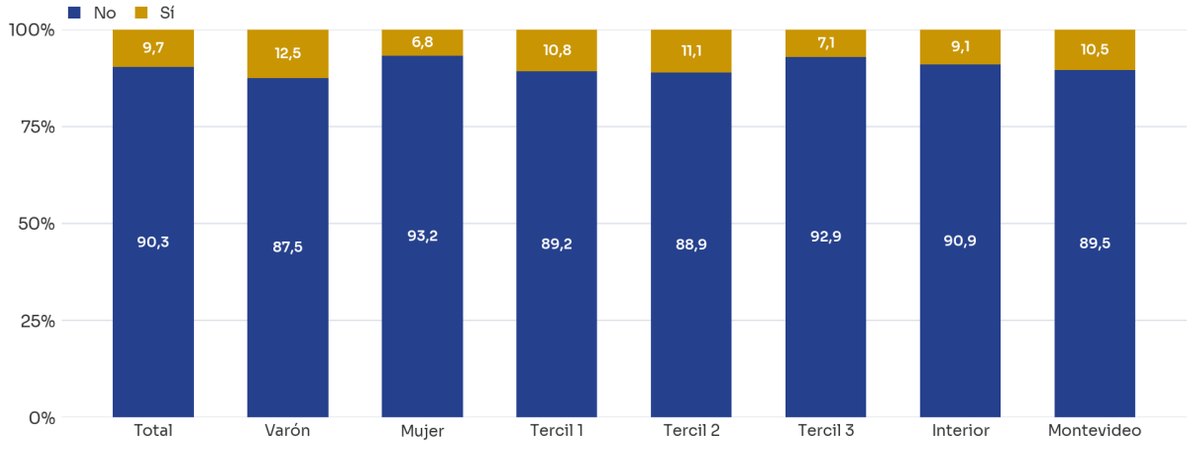
Gráfico 4.4. Cantidad reportada de horas a la semana que niños, niñas y adolescentes realizan actividad física recreativa o informal



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Si bien una proporción significativa de la población de entre 10 y 14 años declara realizar actividad física o practicar algún deporte por fuera del ámbito institucional, solamente el 10% alcanza el umbral recomendado de al menos una hora diaria de actividad física con fines recreativos o por fuera del ámbito institucional. Este bajo nivel de cumplimiento no presenta diferencias sustantivas según nivel de ingresos ni región. La proporción de varones que cumple la recomendación es casi el doble que la proporción de mujeres que lo hace.

Gráfico 4.5. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física recreativa o informal



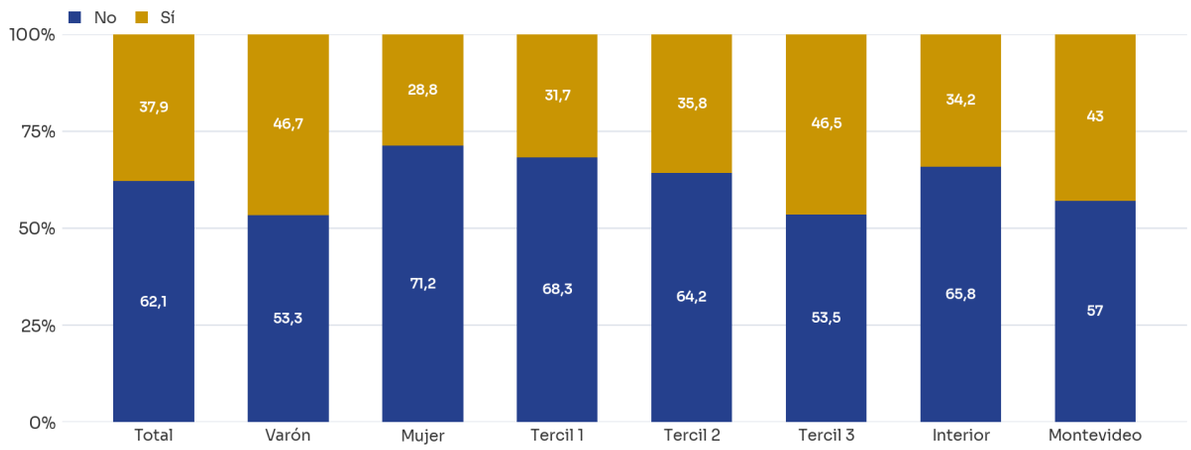
Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Por último, se analiza el cumplimiento de la recomendación diaria de actividad física considerando tanto las prácticas realizadas en ámbitos institucionales como aquellas realizadas de forma recreativa. El 38% de la población de 10 a 14 años realiza al menos una hora diaria de actividad física.

Se observan grandes diferencias por sexo: mientras el 47% de los varones cumple con la recomendación, para las mujeres el porcentaje es 29%. También se registran diferencias importantes según

niveles de ingreso: mientras que para el tercil 1 el 32% de las personas adolescentes alcanza el estándar recomendado, para el tercil 3 dicha proporción es 47%. A nivel territorial, en Montevideo el 55% de la población adolescente cumple con la recomendación diaria, mientras que en el resto del país el porcentaje es 45%.

Gráfico 4.6. Estimación de cumplimiento de recomendación MSP y SND respecto a actividad física en instituciones y recreativo



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

4.4 Bibliografía consultada

Ministerio de Salud Pública (MSP) y Secretaría Nacional del Deporte (SND). (2023). Guía de actividad física para la población uruguaya. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-actividad-fisica-para-poblacion-uruguaya

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. https://iris.who.int/handle/10665/349729. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Sarni, M. (2024). La educación deportiva como utopía: estudio de las enseñanzas del deporte como contenido de la educación física en las escuelas primarias públicas uruguayas. Ediciones Universitarias. 978-9974-0-2115-0.

Unesco. (2018). Carta Internacional de la Educación física, la actividad física y el deporte. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409_spa. Licencia: SHS/2015/PI/H/14 REV.

CAPÍTULO 5

Seguridad Acuática

Por Observatorio Nacional del Deporte: Mariana Melgar, Tomás Rossi, Cecilia Cristar

5.1 Introducción

La seguridad acuática constituye un componente fundamental para la protección de la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes. El ahogamiento es reconocido a nivel mundial como una problemática relevante, con una carga significativamente mayor en los países de ingresos bajos y medios, y en contextos cotidianos de interacción con el agua (OMS, 2024).

Se trata de un evento que genera un importante impacto en términos de mortalidad y discapacidad, particularmente en la infancia y la adolescencia. Es un fenómeno prevenible mediante la implementación de intervenciones adecuadas a nivel individual, familiar, comunitario e institucional (OMS, 2024).

En Uruguay, los ahogamientos representan una causa importante de mortalidad por lesiones externas no intencionales y afecta de manera particular a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En menores de 19 años es la segunda causa de muerte por lesiones no intencionales (MSP, 2024). A su vez, una proporción significativa de los casos se concentra especialmente en varones, por lo que la edad y el sexo configuran factores de riesgo relevantes (MSP, 2024).

La mayor incidencia de ahogamientos se observa durante los meses de verano, en asociación con el incremento de actividades recreativas en entornos acuáticos. Sin embargo, estos eventos ocurren durante todo el año y en diversos escenarios, tanto en espacios naturales —playas, ríos y lagunas— como en entornos domésticos —particularmente en piscinas privadas— (MSP, 2024).

La evidencia disponible muestra que el riesgo de ahogamiento no se distribuye de manera homogénea, sino que responde a la interacción de múltiples factores. Entre los principales se destacan la falta o insuficiencia de supervisión adulta en edades tempranas, el acceso no restringido a cuerpos de agua, la ausencia de habilidades y conocimientos de seguridad acuática, y la adopción de conductas de riesgo, especialmente en la adolescencia. Asimismo, factores estructurales como el contexto socioeconómico, las características del entorno y la disponibilidad de infraestructura segura inciden en la ocurrencia de estos eventos (OMS, 2024; MSP, 2024).

En respuesta a esta problemática, Uruguay ha avanzado en el desarrollo de iniciativas orientadas a la prevención, como el Plan Nacional de Seguridad Acuática (PNSA) presentado en 2025, que propone un abordaje integral, multisectorial y basado en evidencia.

En este marco, el presente capítulo analiza las prácticas y comportamientos vinculados a la seguridad acuática en niños, niñas y adolescentes a partir de los datos relevados en la cuarta ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Se examinan aspectos como la supervisión en el agua, el uso de dispositivos de flotación y otras prácticas preventivas, con especial atención a la edad, el sexo y el nivel de ingresos como factores de riesgo. Este análisis busca aportar evidencia para el diseño y fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la prevención de ahogamientos y a la promoción de entornos acuáticos seguros.

A continuación, se presentan los principales resultados vinculados a las prácticas y comportamientos de seguridad acuática en niños, niñas y adolescentes, de acuerdo a las respuestas de las personas adultas referentes.

5.2 Competencias acuáticas

Las competencias acuáticas se definen como "el conjunto de habilidades acuáticas personales asociadas a conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la prevención que facilitan la seguridad dentro, sobre y alrededor del agua" (Moran, 2013)[1]. Esta definición implica que, aunque la habilidad de nadar es parte de las competencias acuáticas necesarias para prevenir el ahogamiento, saber nadar no es suficiente. En los hechos, la evidencia muestra que quienes sufren ahogamientos son, en gran medida, quienes reportan saber nadar (Ortiz & Moreno Murcia, 2024).

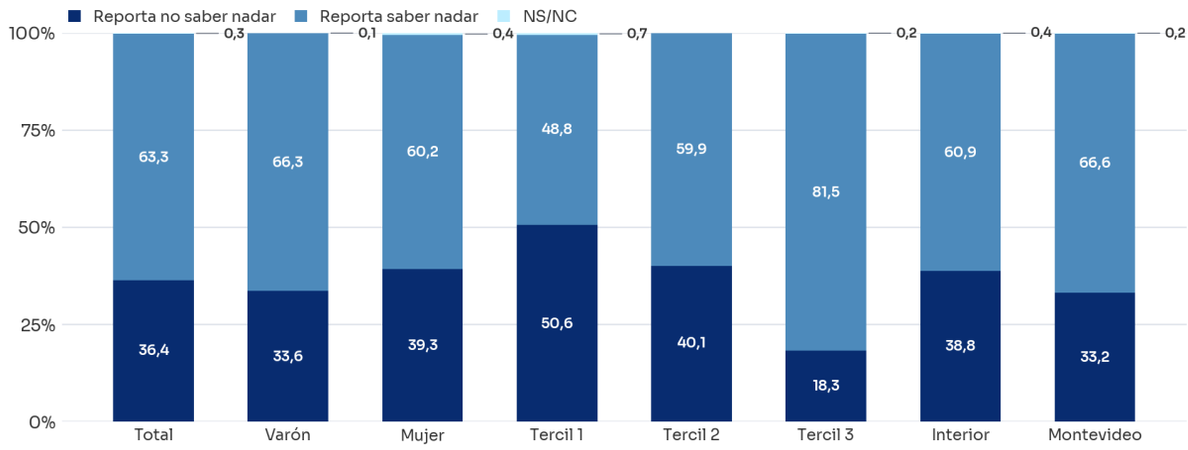
En términos de seguridad acuática corresponde mencionar que el concepto "saber nadar" carece de definiciones específicas y no hace referencia a distancias, tiempo o condiciones de nado concretas. El "saber nadar" no es un concepto universal ni estandarizado, como lo es el de competencia acuática (Ortiz & Moreno-Murcia, 2024), por lo que las respuestas que se presentan en este apartado refieren únicamente a las percepciones y concepciones de las personas adultas referentes, sobre la capacidad de "saber nadar" de los niños, niñas y adolescentes que participaron de la encuesta.

El 63% de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años reportan "saber nadar", mientras que el 36% afirma no "saber nadar". La proporción de varones que reportan no "saber nadar", es levemente superior a la de mujeres —66% y 60% respectivamente—. A su vez, se observan diferencias territoriales: proporcionalmente en Montevideo dicen "saber nadar" más niños, niñas y adolescentes que en el interior del país —67% en Montevideo contra 61% en el interior—.

Las mayores diferencias se presentan según el nivel de ingresos: mientras solamente el 49% de niños, niñas y adolescentes del tercil 1 de ingresos afirma "saber nadar", el porcentaje aumenta a 82% para el tercil 3.

Estos resultados evidencian que el acceso a programas acuáticos educativos no es equitativo, está fuertemente condicionado por factores socioeconómicos y en menor medida por sexo y lugar de residencia.

Gráfico 5.1. Porcentaje de NNA que reportan "saber nadar" según sexo, nivel de ingresos y región.



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

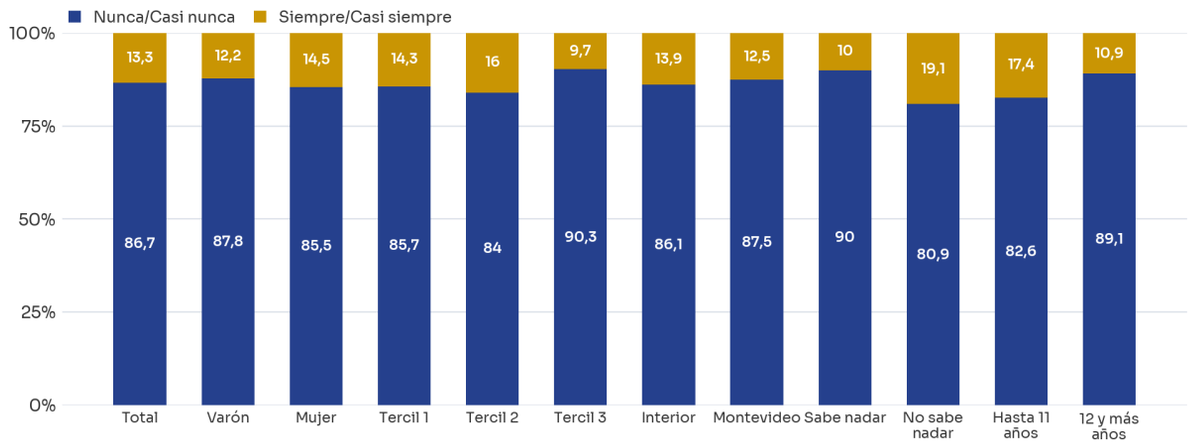
5.3 Uso de dispositivos de flotación personal (DFP) en piscinas

Entre los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, el uso de dispositivos de flotación personal (DFP) en piscinas —tanto en hogares como en instituciones deportivas— es bajo. Solo el 13% declara utilizar siempre o casi siempre elementos como flotadores o chalecos salvavidas.

Se observan diferencias según nivel de ingresos: mientras que para el tercil 1 el 14% utiliza Dispositivos de flotación personal, para el tercil 3 esta proporción desciende a 10%. Esta disparidad podría relacionarse con la diferencia por tercil de ingresos entre quienes reportan "saber nadar" y quienes reportan no "saber nadar". Es posible asumir que el menor uso de Dispositivos de flotación personal en el tercil 3, en comparación con el tercil 1, se debe a la desigualdad en el acceso a programas acuáticos educativos reportada en el apartado anterior.

La mayor diferencia se registra según la habilidad reportada de nadar de los niños, niñas y adolescentes. Entre quienes reportan "saber nadar", el 10% utiliza Dispositivos de flotación personal, mientras que entre quienes dicen no "saber nadar" el porcentaje asciende a 19%. Asimismo, los niños y niñas de entre 10 y 11 años utilizan Dispositivos de flotación personal con mayor frecuencia que el grupo de 12 a 14 años.

Gráfico 5.2. Frecuencia de uso de Dispositivos de flotación personal en piscinas



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

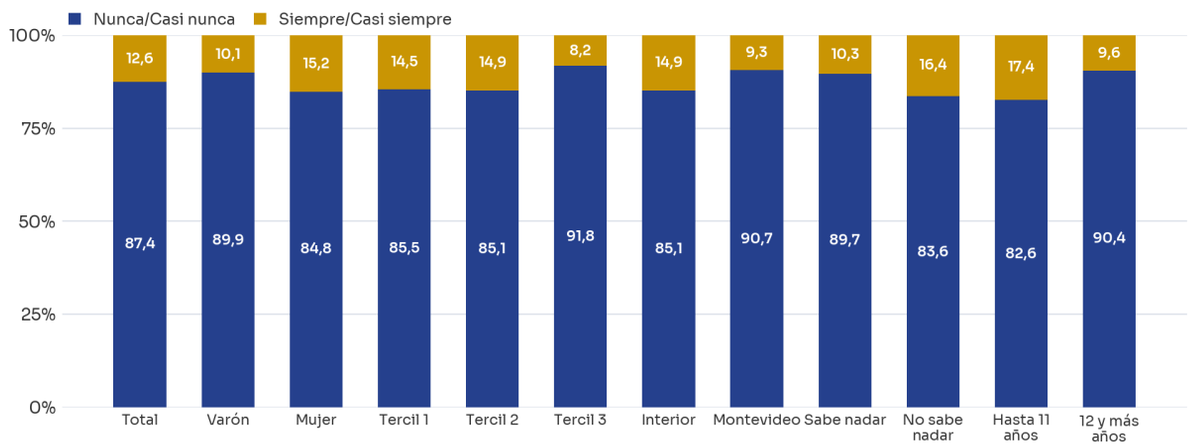
5.4 Uso de Dispositivos de flotación personal en aguas abiertas

El uso de Dispositivos de flotación personal en cuerpos de agua naturales presenta niveles similares a los observados en piscinas. El 13% de los niños, niñas y adolescentes las utiliza siempre o casi siempre.

Se observan diferencias por sexo: el 10% de los varones utiliza Dispositivos de flotación personal, mientras que entre las mujeres el porcentaje asciende a 15%. En relación con el nivel de ingresos, se repite el patrón observado previamente: el uso de DFP es 15% para el tercil 1 y 8% para el tercil 3.

Las mayores diferencias se registran según edades. Entre los niños y niñas de 10 y 11 años, el 17% utiliza Dispositivos de flotación personal, mientras que en el grupo de 12 a 14 años el porcentaje desciende a 10%.

Gráfico 5.3. Frecuencia de uso de Dispositivos de flotación personal en playa, río o arroyo



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

5.5 Baño en zonas habilitadas

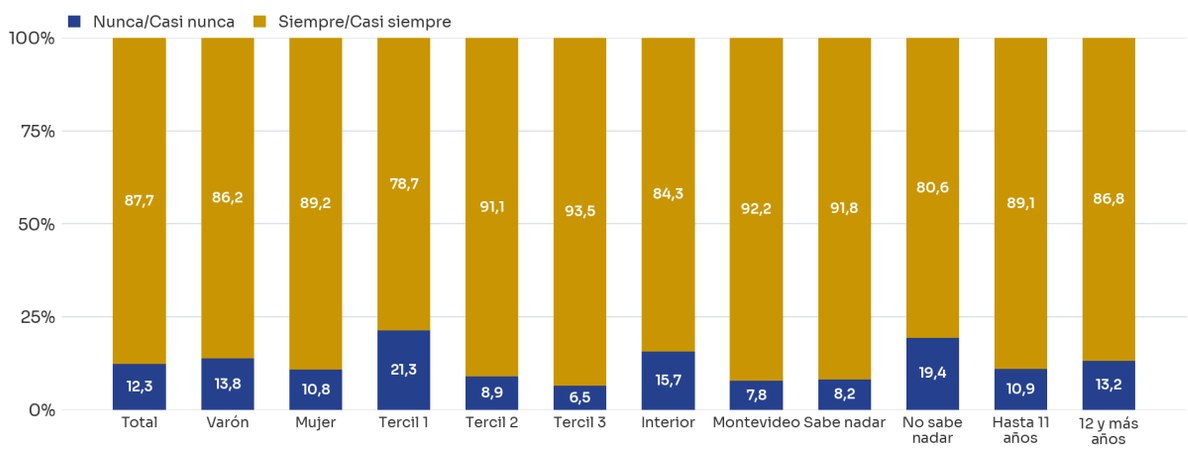
El baño en zonas no habilitadas constituye uno de los principales factores de riesgo de ahogamiento, especialmente para la población adolescente. En este sentido, el 88% de los niños, niñas y adolescentes se baña siempre o casi siempre en espacios habilitados, con servicio de guardavidas, mientras que el 12% nunca o casi nunca lo hace.

Existen grandes diferencias según nivel de ingresos: para el tercil 1 la proporción de niños, niñas y adolescentes que se bañan en zonas habilitadas es 79% mientras que para el tercil 3 esta proporción asciende a 94%.

A su vez, existen también diferencias territoriales: el 84% de niños, niñas y adolescentes que residen en el interior se baña siempre o casi siempre en zonas habilitadas, mientras que dicho porcentaje es 92% para niños, niñas y adolescentes que residen en Montevideo. A su vez, entre quienes dicen "saber nadar" el 92% lo hace en zonas habilitadas mientras que entre quienes afirman "no saber nadar" el porcentaje desciende a 81%.

Si bien la mayoría de los niños, niñas y adolescentes utiliza zonas habilitadas para baños, más del 10% se expone a mayores riesgos por utilizar zonas no habilitadas.

Gráfico 5.4. Frecuencia de baño en zonas habilitadas



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

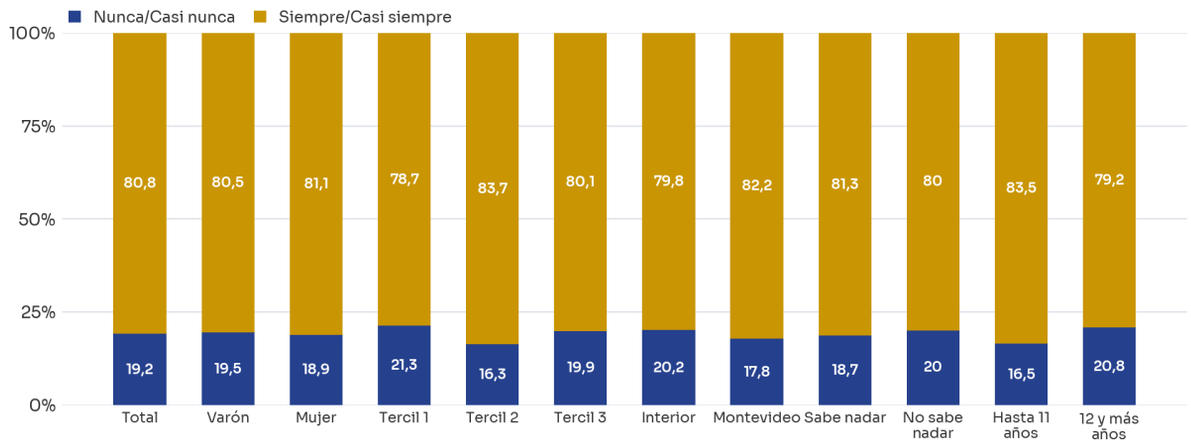
5.6 Supervisión durante juegos en el agua

La supervisión adulta es una de las principales medidas de prevención en niños, niñas y adolescentes. La supervisión desde dentro del agua es de mayor calidad que la realizada desde fuera del agua, más aún en cuerpos de agua donde la profundidad es variable —como ríos o playas con oleaje— o donde los niños, niñas o adolescentes no hacen pie. Dependiendo del contexto, cuidar desde fuera del agua podría equipararse a la no supervisión.

Dado que la ENDIS no releva información acerca de los tipos de cuerpos de agua en los que juegan las niñas, niños y adolescentes participantes no es posible determinar la calidad de la supervisión. Se presentan, entonces, las respuestas de las personas adultas referentes respecto al tipo de supervisión de las niñas, niños y adolescentes sin distinción por calidad.

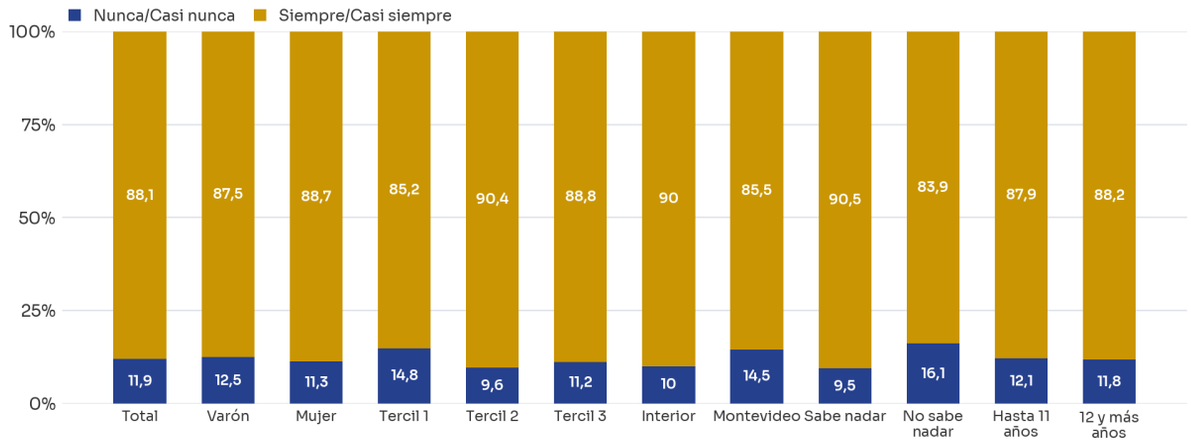
El porcentaje de supervisión desde dentro del agua es de 81%, y el porcentaje de supervisión desde fuera del agua es de 88%. El porcentaje de niños, niñas y adolescentes sin supervisión durante los juegos en el agua es 7%.

Gráfico 5.5. Frecuencia de supervisión dentro del agua



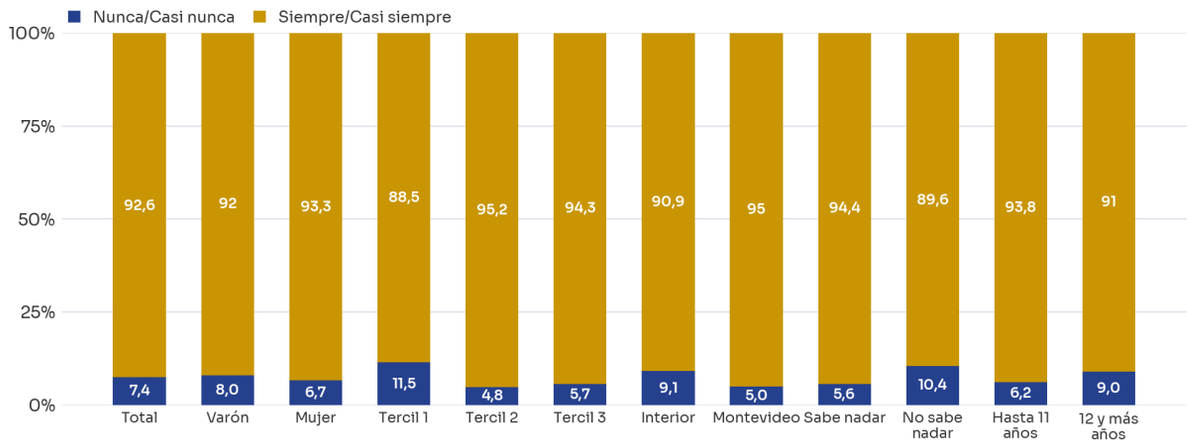
Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 5.6. Frecuencia de supervisión desde fuera del agua



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 5.7. Frecuencia de supervisión agregada durante juegos en el agua



Fuente: Elaboración Observatorio Nacional del Deporte en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El 93% de niños, niñas y adolescentes está siempre o casi siempre bajo supervisión de una persona adulta durante los juegos en el agua ya sea desde dentro o desde fuera del agua.

5.7 Bibliografía consultada

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2024). Ahogamiento - Factores de riesgo y prevención. OMS.OPS.

Moran, K. (2013) Defining 'swim and survive' in the context of New Zealand drowning prevention strategies: A synopsis. Universidad de Auckland.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). Global status reportondrowningprevention 2024. Ginebra: OMS.

Ortiz Olivar A., Moreno-Murcia, J.A. (2024). Knowing how to swim and drowning prevention in children aged 10 to 14 years. Systematic review, Journal of Safety Research, 89. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2024.02.011.

CAPÍTULO 6

Ocio y Tiempo Libre

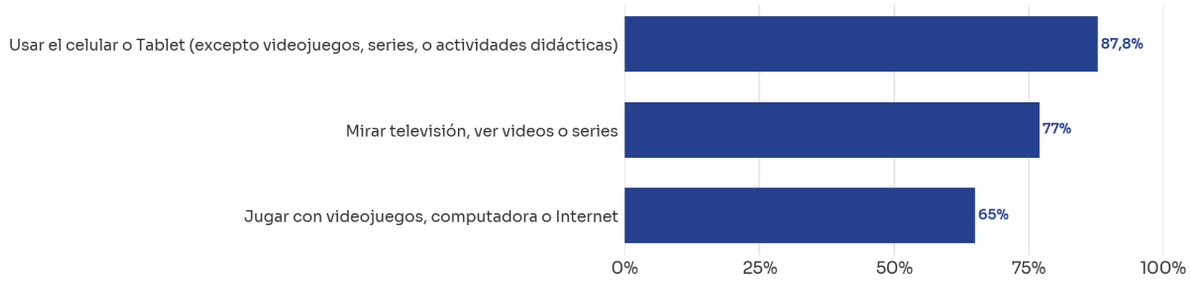
Por UNICEF: Agustín Greif

6.1 Uso de pantallas fuera del horario escolar

El uso del tiempo libre fuera del horario escolar constituye una dimensión relevante para comprender las dinámicas cotidianas de niños, niñas y adolescentes. En particular, el acceso y uso de dispositivos electrónicos ha adquirido una creciente centralidad en las formas de pasar el tiempo libre y socializar.

Los resultados muestran que la exposición a pantallas es ampliamente extendida. El 88% de los niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años utiliza un celular o tablet fuera del horario escolar, mientras que el 77% reporta que mira televisión, videos o series. Por su parte, el 65% utiliza videojuegos, computadora o internet. Consideradas en conjunto, estas actividades dan cuenta de que la amplia mayoría (el 98%) participa en al menos una forma de ocio mediado por pantallas.

Gráfico 6.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que realizan actividades con pantallas fuera del horario escolar



Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El uso de pantallas fuera del horario escolar presenta patrones diferenciados según el tipo de actividad. El uso del celular o tablet es una práctica ampliamente extendida y aumenta con la edad en este tramo, pasando de 80% a los 10 años a 91% a los 14. Por sexo, se observa una leve diferencia a favor de las niñas y adolescentes mujeres (90%) frente a los varones (86%), mientras que por nivel de ingresos no se registran diferencias relevantes, con niveles prácticamente idénticos en los tres terciles (88%).

En contraste, mirar televisión, videos o series muestra una tendencia descendente con la edad, pasando de 82% a los 10 años a 73% a los 14, sin diferencias significativas por sexo. Sin embargo, sí aparecen brechas por nivel de ingresos: esta actividad es más frecuente en los hogares de mayores ingresos (81% en el tercil 3), en comparación con los de menores ingresos (72% en el tercil 1), con un valor intermedio en el tercil 2 (79%).

Por su parte, el juego con videojuegos, computadora o internet presenta un patrón relativamente estable con la edad, aunque con una leve caída hacia los 14 años (56%). Es la actividad que muestra

mayores diferencias por sexo, siendo considerablemente más frecuente en varones (79%) que en niñas y adolescentes mujeres (51%). En cuanto a los ingresos, las diferencias son moderadas y muestran un leve aumento con el nivel socioeconómico, pasando de 62% en el tercil 1 a 67% en el tercil 3.

Tabla 6.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que realizan actividades con pantallas fuera del horario escolar, según edad y sexo

	Edad					Sexo		Ingresos del hogar		
	10	11	12	13	14	Varones	Mujeres	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3
Usar el celular o Tablet	80	84	91	92	91	86	90	88	88	88
Mirar televisión, ver videos o series	82	81	76	75	73	77	78	72	79	81
Jugar con videojuegos, computadora o Internet	66	69	67	66	56	79	51	62	66	67

Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En términos de frecuencia, el uso de pantallas se caracteriza por una alta regularidad. Entre quienes realizan estas actividades, la mayoría lo hace todos los días de la semana, particularmente en el caso del uso de celular o tablet, donde el uso cotidiano es predominante. El consumo audiovisual y los videojuegos también presentan niveles elevados de frecuencia semanal, aunque con una mayor dispersión.

En relación con la intensidad del uso, durante los días entre semana la mayor proporción se concentra en tramos intermedios de horas diarias. En televisión y videojuegos, la mayor proporción se concentra entre una y dos horas diarias, mientras que en el uso de celular o tablet se observa una mayor presencia de tramos de entre dos y cinco horas diarias. En todos los casos, una proporción no menor de niños, niñas y adolescentes dedica tres o más horas diarias a estas actividades.

Durante los fines de semana, tanto la frecuencia como la intensidad del uso aumentan. La mayoría de quienes realizan estas actividades lo hace ambos días, y se incrementa la proporción que dedica más horas por día, especialmente en el uso de dispositivos móviles y en el consumo de contenidos audiovisuales.

Tabla 6.2. Uso de pantallas fuera del horario escolar en niños, niñas y adolescentes: frecuencia semanal e intensidad de uso por tipo de actividad

		Usar el celular o Tablet (excepto videojuegos, series, o actividades didácticas)	Mirar televisión, ver videos o series	Jugar con videojuegos, computadora o Internet
Porcentaje que realizó la actividad		88	77	65
Promedio días - entre semana		4,7	4,3	4
Promedio días - fin de semana		2	1,9	1,9
Horas diarias en días de semana	Menos de 1 hora	10	20	27
	Entre 1 y 2 horas	43	59	52
	Entre 3 y 5 horas	36	19	19
	Entre 6 y 8 horas	8	1	2
	Más de 8 horas	2	0	0
Horas diarias en el fin de semana	Menos de 1 hora	9	14	17
	Entre 1 y 2 horas	31	45	43
	Entre 3 y 5 horas	39	35	31
	Entre 6 y 8 horas	15	5	7
	Más de 8 horas	6	1	1

Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Finalmente, se observa que el uso de pantallas se extiende hacia el horario nocturno. Aproximadamente la mitad de los niños, niñas y adolescentes declara realizar estas actividades después de las 20 horas, lo que indica una presencia relevante en franjas cercanas al descanso.

En conjunto, los resultados evidencian que las pantallas ocupan un lugar central en el uso del tiempo libre. La elevada prevalencia, junto con la alta frecuencia y una intensidad significativa (especialmente durante los fines de semana), sugiere patrones de uso extendidos a lo largo del día. Estos resultados son consistentes con la tendencia observada en rondas anteriores de la encuesta, donde ya se registraba una exposición generalizada a pantallas en niños y niñas de menor edad.

CAPÍTULO 7

Patrones de Sueño, Cronotipo y Disrupción Circadiana

Por Facultad de Ciencias: Ignacio Estevan y Bettina Tassino

7.1 Introducción

El sueño es un componente central de la salud y el bienestar durante la infancia. En esta etapa del desarrollo el sueño es un proceso biológico esencial para el crecimiento y la maduración cerebral, con efectos directos sobre el aprendizaje, la memoria y la regulación emocional. Durante la etapa pediátrica (entre el nacimiento y los 18 años) los patrones de sueño experimentan transformaciones profundas, tanto en duración como en ubicación, asociadas a la maduración del sistema circadiano y de los mecanismos homeostáticos que regulan el sueño. Un sueño saludable se caracteriza por una combinación de duración adecuada, buena calidad y una organización temporal regular, y se asocia con múltiples beneficios para el desarrollo físico, cognitivo y emocional (Paruthi et al., 2016). En contraste, la reducción de la duración del sueño, la irregularidad de los horarios y la desalineación entre los ritmos biológicos y las demandas sociales se han vinculado con diversos efectos adversos para la salud.

Durante la infancia, los patrones de sueño se originan en la interacción entre factores biológicos individuales, como el cronotipo, y factores sociales y ambientales, como las rutinas familiares, los horarios escolares y otras demandas sociales (Owens & Ordway, 2019). Estos factores pueden favorecer o dificultar la sincronización entre el tiempo biológico interno y los horarios impuestos por la organización social. En este contexto, indicadores cronobiológicos como el cronotipo (estimado por el punto medio de sueño en los fines de semana, corregido por la deuda de sueño de los días de semana), el jetlag social (la discrepancia entre los horarios de sueño en días lectivos y libres) y el déficit de sueño constituyen herramientas útiles para caracterizar la salud del sueño en poblaciones infantiles. La evidencia internacional muestra que un número creciente de niñas, niños y adolescentes (NNA) no alcanza la duración de sueño recomendada y presenta signos de desalineación circadiana, fenómeno asociado a cambios en los estilos de vida y en la organización social contemporánea (Mindell & Owens, 2015).

A partir de datos de la tercera ronda de la cohorte 2013, se realizó la primera caracterización epidemiológica de los patrones de sueño y de la tipología circadiana en niñas y niños (NN) uruguayos de entre 5 y 10 años (Olivera et al., 2024). Ese estudio mostró que los niños presentaban, en promedio, cronotipos relativamente tardíos, una desalineación circadiana moderada y una duración de sueño cercana a las recomendaciones, aunque con importantes variaciones asociadas a factores sociales. Uno de los hallazgos más relevantes fue el papel de la organización escolar. Los resultados indicaron que los NNA que asistían al turno matutino presentaban horarios de sueño más tempranos, pero también menor duración de sueño en días lectivos, mayor desalineación circadiana y mayor riesgo de déficit crónico de sueño, especialmente entre aquellos con cronotipos más tardíos. Estos resultados destacaron la importancia de considerar la organización temporal de la vida escolar como un determinante relevante de la salud del sueño infantil.

Durante la transición entre la infancia y la adolescencia se producen cambios relevantes en la organización temporal del sueño. Diversos estudios han mostrado que, a partir del inicio de la pubertad, se observa un desplazamiento progresivo del cronotipo hacia horarios más tardíos, característico de la adolescencia (Roenneberg et al., 2004). Este proceso refleja modificaciones biológicas en la regulación circadiana y homeostática del sueño, que se traducen en una tendencia a dormirse y despertarse más tarde (Crowleyet al., 2018). Al mismo tiempo, estos cambios suelen entrar en tensión con las demandas sociales, en particular con los horarios escolares tempranos. Por este motivo, la preadolescencia y la entrada a la adolescencia constituyen un período clave para el estudio de los patrones de sueño, ya que permiten capturar el momento en que comienza a manifestarse este desplazamiento circadiano y comprender cómo se reorganizan los horarios de sueño en esta etapa del desarrollo. En este sentido, el análisis de la cuarta ronda de la cohorte ENDIS ofrece una oportunidad especialmente valiosa para observar este proceso en una población infantil con seguimiento longitudinal

Objetivo específico del capítulo.

En primer lugar, el objetivo de este capítulo es caracterizar los cronotipos, patrones de sueño y disrupción circadiana en NNA, particularmente en la franja etaria de 10 a 15 años. En segundo lugar, dado el diseño longitudinal de la encuesta, este capítulo sienta las bases para examinar la evolución de los patrones de sueño en la cohorte a lo largo del tiempo, permitiendo comparar los resultados de esta ronda con los observados en mediciones previas y analizar los cambios que ocurren a medida que los NNA avanzan en su desarrollo.

7.2 Desarrollo Temático Central

En la Tabla 7.1 se describen las variables analizadas. La edad promedio fue de 12,1 ± 1,4 años y 48,9% de ellas eran mujeres. Del total, 70,5% de NNA reportaron ingresar a clases antes de las 10 AM, mientras que el 28,6% lo hacía luego de esa hora. Esto permitió caracterizar en forma robusta los patrones de sueño y los indicadores de salud circadiana en esta etapa del desarrollo, así como algunos factores que inciden en ellos.

7.3 Salud del sueño

En términos generales, la duración promedio de sueño semanal fue de 8,8 ± 1,4 h, con una diferencia promedio de 1,1 h entre los días de semana (9,2 ± 1,4 h) y los fines de semana (10,3 ± 2,0 h), lo que evidencia una extensión del período de sueño durante los días libres. Estos valores se sitúan, en promedio, en el límite inferior de los rangos recomendados por la American Academy of Sleep Medicine (AASM) para población pediátrica, que establece una duración de 9–12 h para NN de 6 a 12 años y de 8–10 h para adolescentes de 13 a 18 años (Paruthi et al., 2016). El 27,7% de NNA no alcanza el promedio semanal de sueño adecuado para su edad. Como referencia, en la ronda anterior de la misma cohorte (entre 5 y 10 años), la duración de sueño promedio semanal fue de 9,9 ± 1,0 h (Olivera et al., 2024) con 14,5 % de los participantes con déficit de sueño (menos de 9 h en promedio semanal). Al comparar la influencia del horario de clases en la salud del sueño (Gráfico 7.1), se observa que quienes asisten en la mañana a clases presentan una duración semanal de sueño 1,8 horas menor que quienes lo hacen en la tarde. Al estudiar estos cambios con la edad, se observa que el sueño en días de semana se reduce con la edad, particularmente en quienes van a clase en la mañana, evidenciando cómo la característica vespertinidad de la adolescencia entra en conflicto con los horarios sociales (Gráfico 7.2b). Este patrón es consistente con la evidencia que

describe el desplazamiento progresivo hacia cronotipos más tardíos durante la transición puberal, reflejado en este estudio por el retraso del cronotipo y el incremento del jet lag social con la edad.

7.4 Salud circadiana

Respecto al cronotipo, el promedio del punto medio de sueño en días libres fue ligeramente menor que las 5:00, un valor muy tardío en comparación con otras poblaciones, lo que ya había sido observado en muestras de adolescentes (Estevan, 2022; Estevan et al., 2020). Este valor fue cerca de 1 h más tarde que en la ronda anterior (Olivera et al., 2024), y también se observa que se retrasa a medida que aumenta la edad (Gráfico 7.2a). Este proceso, desencadenado por la pubertad, es típico de la adolescencia a nivel mundial (Roenneberg et al., 2004). Además, se encontró una influencia importante del turno escolar, que se asoció con un cronotipo 1.2 h más temprano en NNA que asisten a clases temprano en la mañana comparados con quienes lo hacen más tarde.

El jetlag social promedio fue de 2,2 ± 2,2 h, con un 50,7% de los encuestados con un alto nivel de disrupción circadiana (jetlag social ≥ 2 h). El jetlag social observado fue un poco más del doble que en la ronda anterior (1,0 ± 0,9 h), y el porcentaje de NNA con disrupción alta fue casi tres veces más prevalente (17,3%) (Olivera et al., 2024). También en este valor se observa un progresivo aumento con la edad y un impacto muy fuerte del horario escolar: mientras que el 60,7% de quienes asisten a la educación en la mañana presentan alto jetlag social, solo lo presenta el 26,0% de quienes asisten más tarde. En la Gráfico 7.2c puede observarse que el jetlag social promedio aumenta un poco en quienes van más tarde a clases, pero no alcanza las 2 h, mientras sobrepasa las 3 h en quienes asisten temprano en la mañana.

7.5 Conclusiones del capítulo

Este trabajo constituye una descripción de la situación de la salud del sueño y la salud circadiana de los NNA entre 10 y 15 años incluidos en la cuarta ronda de la cohorte 2013 de la ENDIS. Los resultados evidencian el esperado patrón de retraso del cronotipo asociado con la adolescencia y confirman que la población uruguaya tiene una orientación circadiana tardía. Vinculado a lo anterior, más de un cuarto de los NNA presentan duraciones de sueño deficitarias y un 50% tiene un nivel alto de jetlag social. Se observan diferencias con la edad y el horario de asistencia a clases, siendo que con la edad los indicadores empeoran, particularmente en quienes asisten temprano a clases.

Tabla 7.1. Estadísticos descriptivos de la salud circadiana y del sueño en general y según sexo, edad y turno educativo

Grupo	Categoría	Duración del sueño en días de semana (h)	Duración sueño días libres (h)	Duración de sueño semanal (h)	Cronotipo (h)	Jetlag social (h)	Duración del sueño semanal deficitaria (%)	Jetlag social alto (≥2 h, %)
Total		8,8±1,4	10,3±2,0	9,2±1,2	4,8±2,0	2,2±2,2	27,7	50,7
Sexo	Mujer	8,8±1,4	10,5±2,2	9,2±1,3	4,8±2,2	2,3±2,5	28,0	53,9
	Varón	8,9±1,4	10,1±1,8	9,2±1,2	4,7±1,8	2,1±1,9	27,5	47,6
Edad	10	9,2±1,2	10,3±1,3	9,5±1,0	4,2±1,2	1,6±0,9	26,7	36,3
	11	9,3±1,2	10,5±2,2	9,6±1,1	4,8±2,3	1,9±2,6	26,5	39,2
	12	8,9±1,4	10,3±2,0	9,3±1,2	4,7±1,9	2,1±2,2	43,9	48,0
	13	8,4±1,5	10,3±1,7	8,9±1,2	4,9±1,9	2,5±2,0	17,8	63,3
	14 o más	8,4±1,6	10,1±2,5	8,9±1,4	5,2±2,3	2,7±2,6	23,7	64,2
Turno	Matutino (<10:00)	8,3±1,1	10,3±2,0	8,9±1,0	4,4±1,9	2,5±2,2	35,2	60,7
	Vespertino (≥10:00)	10,1±1,4	10,3±1,8	10,1±1,2	5,6±1,9	1,4±1,8	9,5	26,0

Fuente: Elaboración Facultad de Ciencias en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 7.1. Patrón de sueño según turno educativo.

El punto más exterior representa el cronotipo. Las barras interiores representan el período de sueño (duración y ubicación) en días libres (amarillo) y en días de semana (blanco) y los puntos interiores a las barras representan el punto medio de sueño. Las líneas representan los errores estándar.

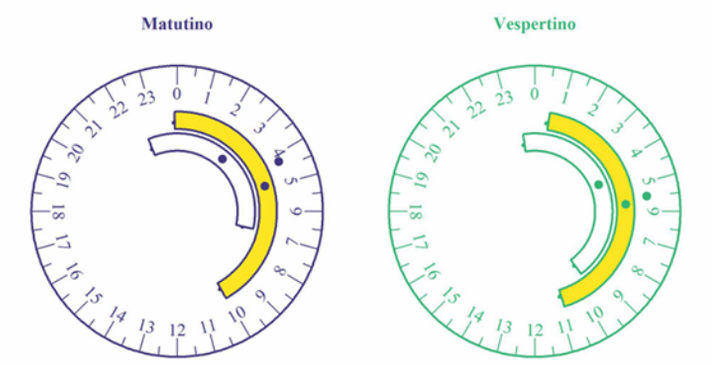


Figura 1.- Patrón de sueño según turno educativo. El punto más exterior representa el cronotipo. Las barras interiores representan el período de sueño (duración y ubicación) en días libres (amarillo) y en días de semana (blanco) y los puntos interiores a las barras representan el punto medio de sueño. Las líneas representan los errores estándar.

Fuente: Elaboración Facultad de Ciencias en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 7.2. Gráficos por edad y turno educativo de a) el cronotipo, b) la duración del sueño en días de la semana, c) el jetlag social.

Las líneas verticales representan los errores estándar.

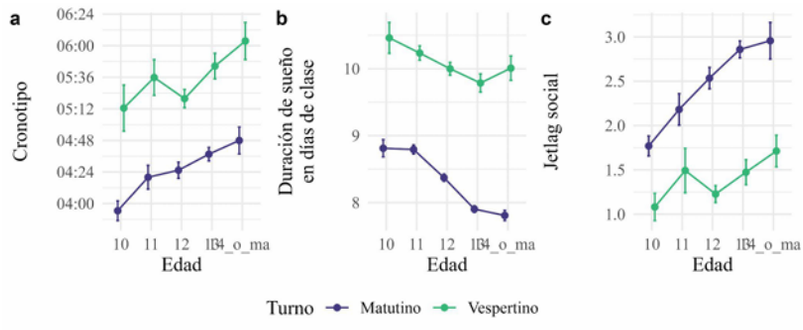


Figura 2.- Gráficos por edad y turno educativo de: a) el cronotipo, b) la duración del sueño en días de la semana, c) el jetlag social. Las líneas verticales representan los errores estándar.

Fuente: Elaboración Facultad de Ciencias en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

7.6 Citas y Referencias

Crowley, S. J., Wolfson, A. R., Tarokh, L., &Carskadon, M. A. (2018). An update on adolescent sleep: New evidence informing the perfect storm model. Journal of Adolescence, 67, 55–65. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.06.001

Estevan, I. (2022). Psychometric properties of the Morningness/Eveningness Scale for Children among Uruguayan adolescents: The role of school start times. Biological Rhythm Research, 53(6), 939–949. https://doi.org/10.1080/09291016.2020.1846284

Estevan, I., Silva, A., Vetter, C., &Tassino, B. (2020). Short sleep duration and extremely delayed chronotypes in Uruguayan youth: The role of school start times and social constraints. Journal of Biological Rhythms, 35(4), 391–404. https://doi.org/10.1177/0748730420927601

Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems.

Lippincott Williams &Wilkins.Olivera, A., Estevan, I., Tassino, B., Rossel, C., & Silva, A. (2024). Epidemiology of sleep patterns and circadian typology in Uruguayan children: The contribution of school shifts. Sleep Medicine: X, 7, 100099. https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2023.100099

Owens, J. A., & Ordway, M. (2019).Sleep Among Children. In D. T. Duncan, I. Kawachi, & S. Redline (Eds.), The Social Epidemiology of Sleep (pp. 93–118). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190930448.003.0004

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. Journal of Clinical Sleep Medicine, 12(06), 785–786. https://doi.org/10.5664/jcsm.5866

Roenneberg, T., Kuehnle, T., Pramstaller, P. P., Ricken, J., Havel, M., Guth, A., &Merrow, M. (2004).A marker for the end of adolescence.Current Biology, 14(24), R1038–R1039. https://doi.org/10.1016/J.CUB.2004.11.039

CAPÍTULO 8

Alimentación de los Niños, Niñas y Adolescentes

Por Uruguay Crece Contigo: Natalia De Souza, Christian Berón, Giorgina Garibotto, Pablo Irigoin, Dayana Rodriguez.

8.1 Introducción

La alimentación durante la etapa escolar y la adolescencia constituye un determinante clave del crecimiento, el desarrollo y la salud a corto y largo plazo. En estas etapas se consolidan hábitos alimentarios que tienden a persistir en la vida adulta. (OMS, 2021)

Los patrones alimentarios de escolares y adolescentes en América Latina y a nivel global se caracterizan por un bajo consumo de frutas, verduras y fibra, junto con una elevada ingesta de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y sodio (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] et al., 2023). Este contexto se asocia con el aumento sostenido del sobrepeso y la obesidad en edades tempranas, fenómeno que representa uno de los principales desafíos de salud pública en la región.

Asimismo, la alimentación en estas etapas se encuentra influida por múltiples factores, incluyendo el entorno familiar, el nivel socioeconómico, el ambiente escolar, la publicidad de alimentos y las preferencias individuales (Story et al., 2002), entre otros. En este marco, promover una alimentación adecuada, suficiente y de calidad en escolares y adolescentes no solo contribuye al bienestar presente, sino que también impacta en la trayectoria de salud futura, reforzando la importancia de políticas públicas integrales y basadas en evidencia.

En el presente capítulo se analizan las prácticas alimentarias de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, tomando como referencia la Guía alimentaria para la población uruguaya (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016). Asimismo, se examinan otras variables complementarias vinculadas a la alimentación como son la merienda escolar, el consumo de bebidas azucaradas, el uso de pantallas durante las comidas y otros aspectos relacionados con la alimentación perceptiva.

En los casos en que resulta pertinente, se realizan comparaciones con rondas anteriores de la ENDIS correspondientes a la misma cohorte (2013). Este análisis es de carácter transversal por lo que incluye a todos los niños, niñas y adolescentes relevados en cada una de las rondas, lo que no implica que se trate de los mismos niños.

8.2 Alimentación de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años

Para evaluar las prácticas alimentarias de los NNA se analizó el consumo de cada uno de los grupos de alimentos recomendados por la Guía alimentaria para la población uruguaya. Según la misma, una alimentación saludable se basa en la combinación de alimentos naturales de origen vegetal y animal, junto con un consumo moderado de alimentos procesados. Para ello, se establecen siete grupos de alimentos de consumo diario: (1) verduras y legumbres, (2) frutas, (3) panes, harinas, pas-

tas, arroz y papas, (4) leches y quesos, (5) carnes, pescados y huevos, (6) semillas y aceites, y (7) azúcar y dulces, con el agua como la principal fuente de hidratación.

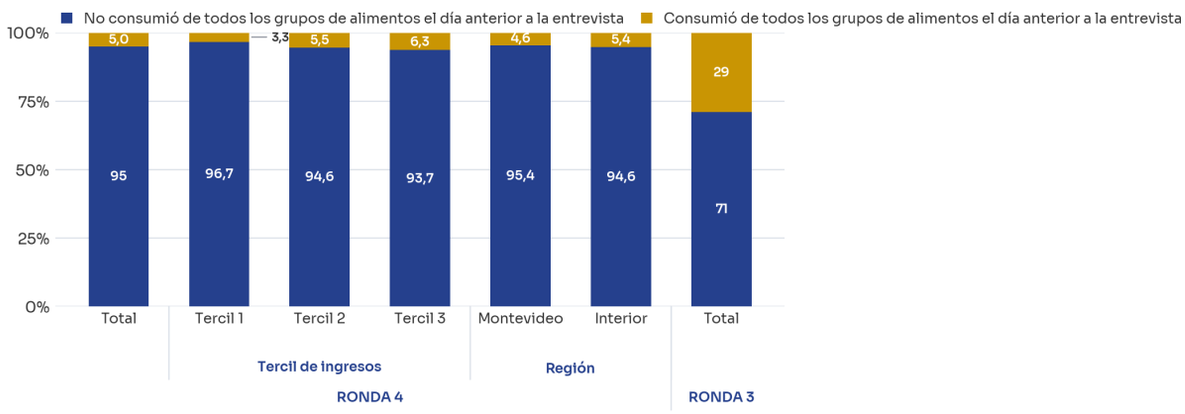
Se consideró un consumo adecuado cuando los NNA incluyeron el día anterior a la entrevista, al menos un alimento de cada uno de los 7 grupos recomendados.

Del análisis de los datos se encontró que solo un 5% de los niños, niñas y adolescentes consumieron el día anterior a la entrevista un alimento de todos los grupos recomendados por el Ministerio de Salud Pública, lo que muestra una baja diversidad en la alimentación de los NNA uruguayos (gráfico 8.1). Lo cual ya se veía reflejado en la ronda 3 (2019) donde el 29% de los niños y niñas cumplían con la recomendación.

Al analizar los datos por tercil de ingresos se observa que en los hogares de menores ingresos la diversidad en la alimentación es aún más baja, solamente un 3,3% de los NNA comen al menos un alimentos de todos los grupos recomendados, en relación al 6,3% del tercil de ingresos más altos. No se encontraron diferencias significativas según región.

En conjunto, los resultados muestran que la alimentación de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años es poco variada, especialmente en los hogares de menores ingresos, lo que refleja desigualdades en el acceso a una alimentación saludable.

Gráfico 8.1. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista, según nivel de ingresos, región y comparativo Ronda 3



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

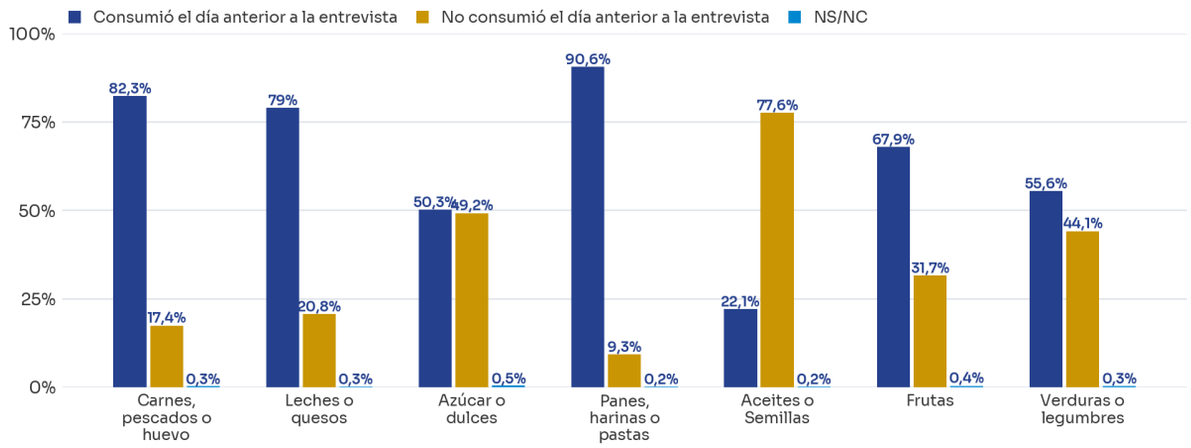
Nota: Análisis transversal que involucra a todos los NNA relevados en cada una de las rondas de la ENDIS.

Al analizar el consumo de cada grupo de alimentos en el día previo a la entrevista, se observa que el grupo más consumido fue el de panes, harinas y pastas (90,6%), seguido por el de carnes, pescados y huevos (82,3%). El grupo de leches y quesos fue consumido por el 79% de los NNA (Gráfico 8.2).

En relación con los alimentos fuente de fibra, el 67,9% de los NNA consumió frutas, mientras que las verduras y legumbres fueron consumidas por poco más de la mitad (55,6%), lo que sugiere un menor consumo de estos alimentos. Este porcentaje es similar al registrado para azúcares y dulces (50,3%).

Por último, el grupo menos consumido fue el de aceites y semillas, con un 22,1%, lo que podría reflejar una baja incorporación de grasas saludables en la alimentación.

Gráfico 8.2. Consumo de grupos de alimentos recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista

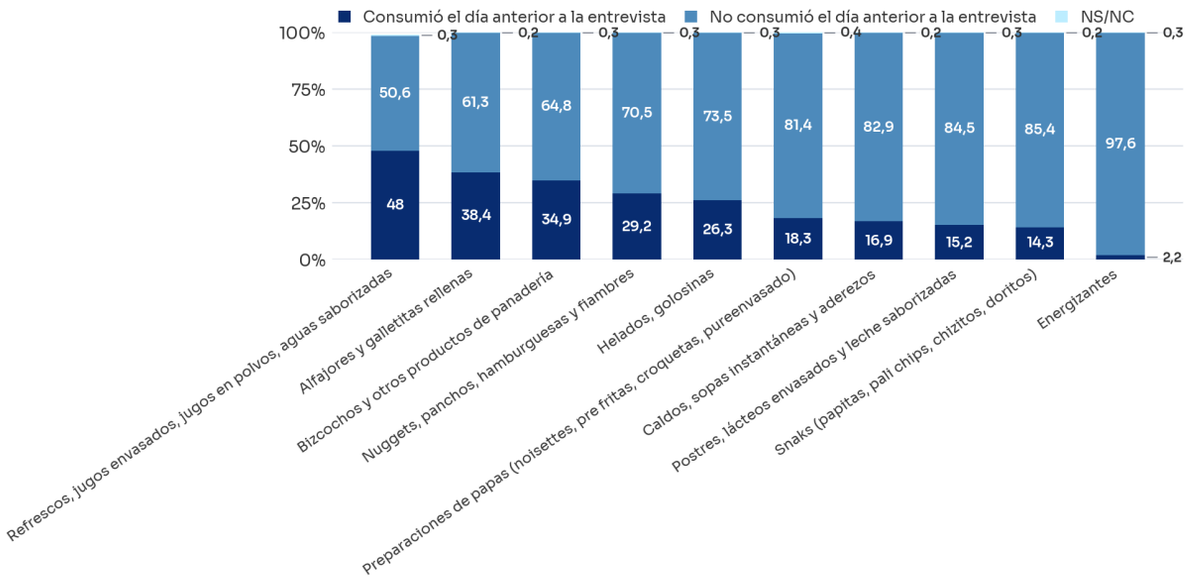


Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Por otra parte, hay una serie de productos ultraprocesados que se deben evitar consumir en el día a día por su alto contenido de azúcares, grasas saturadas y sal. De estos productos los refrescos, jugos envasados, jugos en polvos y aguas saborizadas fueron los más consumidos, casi la mitad de los niños, niñas y adolescentes tomaron refrescos o jugos el día anterior a la entrevista (48%) (gráfico 8.3). Es importante señalar que un mayor consumo de bebidas azucaradas se vincula con el sobrepeso y la obesidad. Esto se debe a que aportan calorías con escaso valor nutricional y, a diferencia de los alimentos sólidos, generan menor sensación de saciedad, lo que puede favorecer un incremento en la ingesta total de energía y, en consecuencia, en el peso corporal (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Los siguientes grupos de productos ultraprocesados más consumidos fueron los alfajores y galletitas rellenas (38,4%), seguido por los bizcochos y productos de panadería (34,9%) y las nuggets, panchos, hamburguesas y fiambres (29,2%).

Gráfico 8.3. Consumo de grupos de alimentos no recomendados en la Guía Alimentaria para la Población Uruguaya el día anterior a la entrevista



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

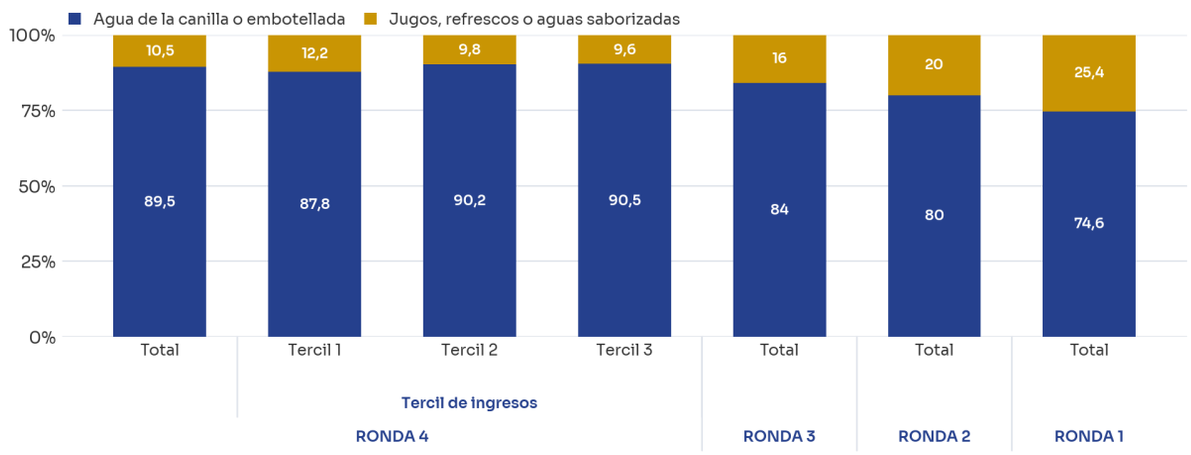
8.3 Bebidas consumidas

Las bebidas como refrescos, jugos artificiales, aguas saborizadas, jugos industrializados y bebidas energizantes no son recomendadas para niños, niñas y adolescentes, ya que aportan escaso valor nutricional y suelen contener altas cantidades de azúcares. Su consumo puede incrementar la ingesta de calorías sin generar mayor saciedad, lo que favorece el aumento de peso.

Al analizar qué consumen los niños, niñas y adolescentes cuando sienten sed, se observa que el 89,5% consume agua (de la canilla o embotellada), mientras que el 10,5% opta por jugos, refrescos o aguas saborizadas. Este porcentaje es mayor en los hogares de menores ingresos, donde el 12,2% de los NNA consume estas bebidas, en comparación con el 9,6% en los hogares de mayores ingresos (Gráfico 8.4).

Estos resultados son consistentes con los observados en rondas anteriores de la ENDIS, evidenciándose una tendencia al aumento en el consumo de agua. En la ronda 1 (2013), el 74,6% de los niños de 2 años o más consumía agua cuando tenía sed, mientras que el 25,4% optaba por jugos y refrescos. En la ronda 2 (2015), el 80% de los niños de entre 2 y 6 años consumía agua y el 20% bebidas azucaradas. En la ronda 3 (2019), el 84% de los niños de entre 5 y 10 años consumía agua, frente a un 16% que ingería refrescos y jugos (MIDES, 2013; MIDES, 2015; MIDES, 2019).

Gráfico 8.4. Consumo de bebidas cuando el niño, niña o adolescente tiene sed, según tercil de ingresos y comparativo rondas ENDIS



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Análisis transversal que involucra a todos los NNA relevados en cada una de las rondas de la ENDIS.

En cuanto al consumo específico de refrescos, jugos envasados o en polvo y aguas saborizadas durante la última semana, se observa que el 82,7% de los NNA consumió al menos una de estas bebidas. Un 15,3% lo hizo todos los días, el 8,1% entre 4 y 6 veces por semana y el 59,3% entre 1 y 3 veces por semana. Por su parte, el 17,3% no consumió este tipo de bebidas en la última semana.

Al analizar el consumo de refrescos en la última semana según tercil de ingresos, se observa que este se mantiene elevado en todos los niveles de ingreso, siendo mayor en el tercil de mayores ingresos (85,7%) en comparación con el tercil de menores ingresos (75,7%). Este resultado difiere de lo observado en la pregunta sobre qué bebida consumen habitualmente cuando sienten sed, donde los NNA de hogares de menores ingresos presentan una mayor proporción de consumo de refrescos, jugos o aguas saborizadas.

Esta diferencia puede explicarse porque ambas preguntas captan dimensiones distintas del consumo. Mientras que la pregunta sobre qué se consume al sentir sed refiere a la bebida de elección habitual para hidratarse, el consumo registrado en la última semana refleja cualquier ocasión en la que se hayan ingerido estas bebidas. De este modo, aunque los NNA de hogares de mayores ingresos declaren con mayor frecuencia consumir agua cuando tienen sed, también pueden tener un acceso más frecuente a refrescos, jugos envasados o aguas saborizadas en otros contextos, lo que resulta en una mayor prevalencia de consumo semanal de estas bebidas.

8.4 Merienda escolar

El ámbito educativo constituye un espacio central de socialización y acceso a alimentos, por lo que resulta clave para el desarrollo de intervenciones orientadas a promover hábitos alimentarios saludables. En este marco, se destaca la Ley Nº 19.140 Alimentación saludable en los centros de enseñanza, cuyo objetivo es proteger a niños, niñas y adolescentes frente al sobrepeso y la obesidad mediante la promoción de hábitos alimentarios saludables.

En línea con lo anterior, se evaluó la calidad de los alimentos que los niños, niñas y adolescentes (NNA) que asisten a centros educativos llevaron o consumieron durante la merienda el día previo a

la entrevista. Para ello, los alimentos consumidos se clasificaron en dos categorías: “merienda saludable” y “merienda no saludable”. La clasificación se realizó siguiendo los criterios establecidos por el Ministerio de Salud Pública para la promoción de la alimentación saludable en centros educativos (Ley N.º 19.140, 2013; Decreto N.º 60/014; Ministerio de Salud Pública, 2017).

Se entiende por merienda saludable aquella compuesta por alimentos naturales o mínimamente procesados. Dentro de esta categoría se incluyeron frutas o jugos de fruta 100% naturales, frutos secos y semillas, leche, yogur y queso, refuerzos o sándwiches, bizcochuelos y tortas caseras, galletitas caseras o scones, cereales de desayuno y postres lácteos envasados o caseros.

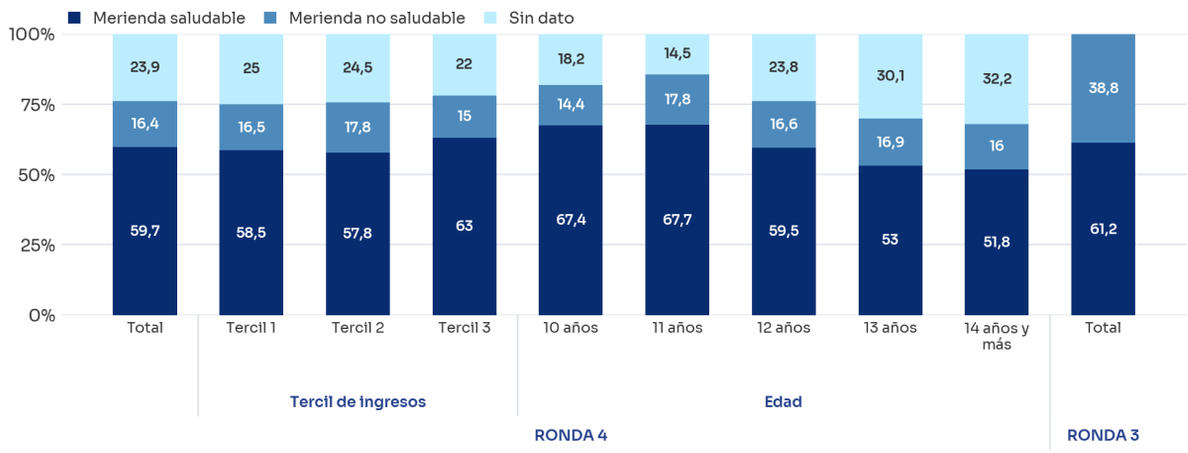
Por su parte, la categoría de merienda no saludable incluyó snacks (papas fritas, nachos, entre otros), golosinas, alfajores, galletitas rellenas, bizcochos y productos de repostería, refrescos, jugos envasados o en polvo y jugo de soja.

Los resultados muestran que el 59,7% de los NNA llevó o recibió en el centro educativo, el día anterior a la entrevista, una merienda compuesta exclusivamente por alimentos saludables, mientras que el 16,4% llevó o recibió alimentos no recomendados. El 23,9% restante corresponde a casos sin datos. Cabe preguntarse si esta elevada proporción de respuestas faltantes podría estar asociada a un menor conocimiento por parte de los referentes sobre los alimentos consumidos por los NNA durante la jornada educativa. No se observan diferencias relevantes según el nivel de ingresos de los hogares (Gráfico 8.5).

Al considerar la edad, se observa una disminución en el consumo de meriendas saludables a medida que esta aumenta. Mientras que el 67,4% de los NNA de 10 años y el 67,7% de los de 11 años llevó o recibió en el centro educativo una merienda saludable, esta proporción desciende al 59,5% entre los de 12 años, al 53,0% entre los de 13 años y al 51,8% entre los de 14 años o más. No se observaron diferencias significativas según región.

Entre los alimentos no saludables consumidos el día previo a la entrevista, los más frecuentes fueron los alfajores, galletitas rellenas, bizcochos y productos de repostería (21,5%). En menor medida, se registró el consumo de refrescos, jugos envasados o en polvo y aguas saborizadas (3,4%), seguido por golosinas (3,3%) y snacks (3,1%).

Gráfico 8.5. Distribución porcentual del tipo de merienda que los NNA llevaron o recibieron en el centro educativo el día anterior a la entrevista, según tercil de ingresos y edad

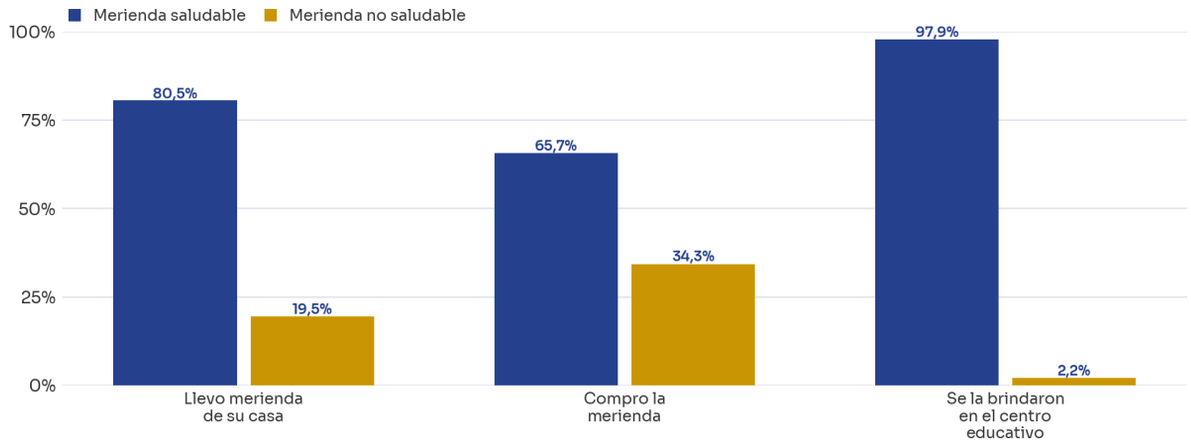


Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al indagar sobre el origen de la merienda consumida por los NNA en el centro educativo, se observa que el 42% la llevó desde su hogar, el 24% llevó dinero para comprarla y al 11% se la proporcionaron en el propio centro educativo.

Entre quienes compraron la merienda, el 34,3% consumió alimentos no saludables, mientras que, cuando la merienda fue llevada desde el hogar, este porcentaje se redujo al 19,5%. (Gráfico 8.6)

Gráfico 8.6. Distribución del origen de la merienda consumida en el centro educativo por NNA, según tipo de merienda



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

8.5 Alimentación perceptiva

En la etapa escolar y durante la adolescencia, la alimentación no solo está determinada por los alimentos disponibles, sino también por el contexto en el que se consumen y por los hábitos que se desarrollan en torno a las comidas.

En estas edades, factores como el uso de pantallas, los tiempos acotados para comer, la mayor autonomía en la elección de alimentos y la influencia del entorno social pueden incidir en la forma en que se construyen estos hábitos.

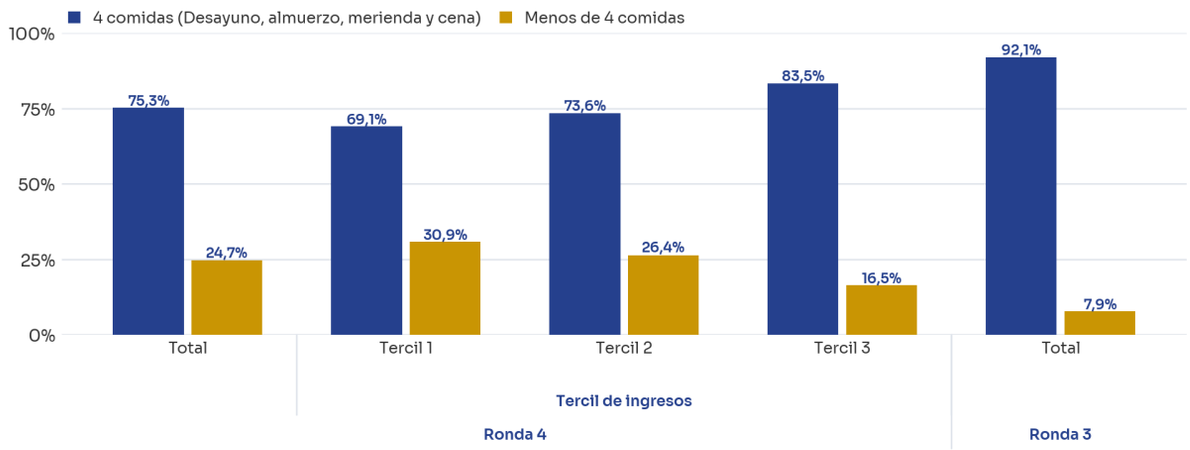
La Guía Alimentaria para la Población Uruguaya (MSP, 2016) recomienda disfrutar de la comida, comer despacio y, siempre que sea posible, hacerlo en compañía. Asimismo, promueve comenzar el día con un buen desayuno y evitar saltear comidas, ya que esto contribuye a mantener un peso saludable y a mejorar el rendimiento físico y mental (MSP, 2016).

En este marco, se observa que el 75,3% de los NNA realiza las cuatro comidas recomendadas, porcentaje menor al registrado en la ronda 3 (2019), donde el 92,1% de los niños y niñas cumplía con esta recomendación.

Al analizar según nivel de ingresos, se identifica que los NNA de hogares de mayores ingresos realizan en mayor proporción las cuatro comidas en comparación con aquellos de hogares de menores ingresos (83,5% y 69,1%, respectivamente). La comida que con mayor frecuencia se omite es el desayuno (Gráfico 8.7).

Asimismo, se encontró que la gran mayoría de los NNA come acompañada (90,9%) y que el 93% de las familias comparte al menos una comida diaria. Estos valores se mantienen relativamente constantes entre los distintos niveles de ingreso.

Gráfico 8.7. Distribución porcentual de las comidas realizadas en un día típico por niños, niñas y adolescentes, según nivel de ingresos y comparativo Ronda 3



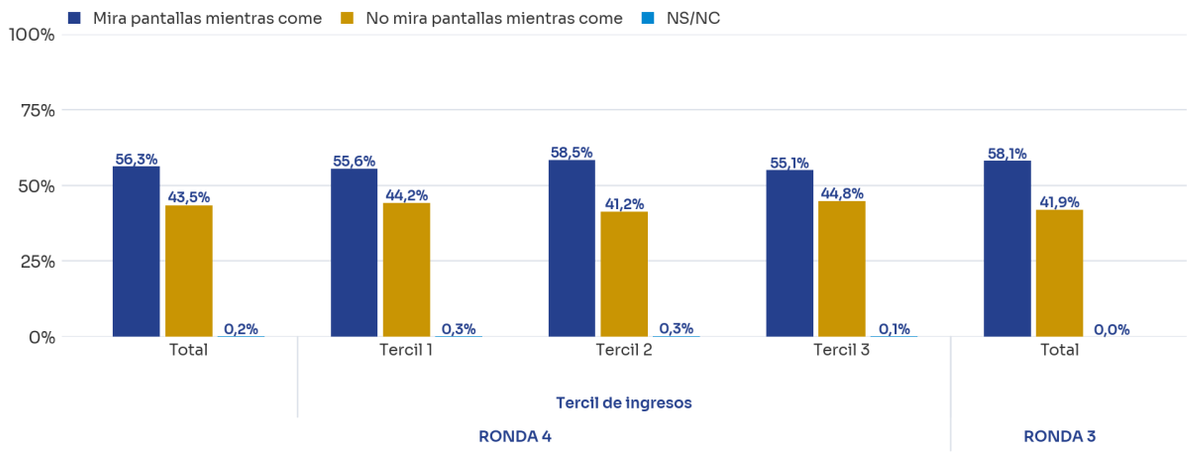
Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Análisis transversal que involucra a todos los NNA relevados en cada una de las rondas de la ENDIS.

Por otro lado, más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes (56,3%) utiliza pantallas (televisión, tablet, computadora o celular) mientras come, sin observarse diferencias según edad o nivel de ingresos (gráfico 8.8). Estas cifras se mantienen elevadas en las distintas rondas de la ENDIS; en la ronda 3, el 58,1% de los niños y niñas de 5 a 10 años también utilizaba pantallas durante las comidas.

Diversos estudios señalan que el uso de pantallas en este contexto se asocia con una mayor probabilidad de sobrepeso u obesidad, ya que suele acompañarse de un mayor consumo de snacks y bebidas azucaradas, así como de una menor atención a las señales de hambre y saciedad (MSP, 2016).

Gráfico 8.8. Distribución porcentual del uso de pantallas durante las comidas en niños, niñas y adolescentes según tercil de ingresos y comparativo Ronda 3



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Análisis transversal que involucra a todos los NNA relevados en cada una de las rondas de la ENDIS.

8.6 Resumen del capítulo

En conjunto, los resultados evidencian que la alimentación de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años presenta una baja diversidad y un consumo frecuente de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, en un contexto donde persisten desigualdades según nivel socioeconómico. Si bien se observan algunos aspectos positivos, como el alto consumo de agua y la frecuente realización de comidas en compañía, también se identifican prácticas que requieren atención, como la omisión de comidas —especialmente el desayuno— y el uso de pantallas durante la alimentación. Estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer las políticas y acciones de promoción de hábitos alimentarios saludables, tanto en el ámbito familiar como en el educativo.

8.7 Bibliografía

Food and Agriculture Organization of the United Nations, Pan American Health Organization, UNICEF, & World Food Programme.(2023). Panorama of food and nutrition security in Latin America and the Caribbean 2023.FAO.

Junta Nacional de Drogas.(2025). X Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en población general.https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/JND_X.Encuesta.Drogas_2025_Final.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2013). Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/endis-digital.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Encuesta Nacional de Desarrollo Infantil y Salud. Informe final. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/informe-final.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2016). Guía alimentaria para la población uruguaya. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-alimentaria-para-la-poblacion-uruguaya

Ministerio de Salud Pública. (2017). Meriendas saludables. Módulo 2: Ley de alimentación saludable. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/meriendas-modulo-2-ley-alimentacion-saludable.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). Guideline on school food and nutrition policies.WHO.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Global status report on physical activity 2022.https://iris.who.int/handle/10665/363607

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. OPS.

República Oriental del Uruguay. (2013). Ley N.º 19.140. Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos saludables. Diario Oficial. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013

República Oriental del Uruguay. (2014). Decreto N.º 60/014. Reglamentación de la Ley N.º 19.140 relativa a la protección de la salud de la población infantil y adolescente mediante la promoción de hábitos saludables.https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2014

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors.Journal of the American Dietetic Association, 102(3), S40–S51. https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90421-9

UNICEF. (2019). The state of the world's children 2019: Children, food and nutrition. UNICEF.

Uruguay. (2013). Ley N.º 19.140: Alimentación saludable en los centros de enseñanza. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013

CAPÍTULO 9

Estado Nutricional

Por Uruguay Crece Contigo: Natalia De Souza, Christian Berón, Giorgina Garibotto, Pablo Irigoin, Dayana Rodriguez.

9.1 Introducción

El estado nutricional durante la niñez y la adolescencia es un componente clave para el crecimiento, el desarrollo y la salud a lo largo del curso de vida. En las últimas décadas, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente ha aumentado de forma sostenida a nivel mundial, constituyéndose en uno de los principales problemas de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2016; UNICEF, 2019).

La obesidad infantil impacta no solo en la salud física, sino también en el bienestar social y psicológico, y se asocia con una mayor probabilidad de persistencia en la adultez y con el desarrollo de enfermedades no transmisibles, como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En este contexto, la ENDIS monitorea el estado nutricional desde edades tempranas, generando evidencia para orientar políticas públicas y estrategias de prevención y promoción de la salud (ENDIS, 2013, 2015, 2019).

El presente capítulo analiza el estado nutricional de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, utilizando los indicadores recomendados por la OMS para población de 5 a 19 años: índice de masa corporal para la edad (IMC/E) y talla para la edad (T/E) (Organización Mundial de la Salud, 2007). Los datos se presentan en puntajes Z (desviaciones estándar) y fueron procesados con el software Anthro de la OMS (versión 3.2.2).

En los casos en que resulta pertinente, se realizan comparaciones con rondas anteriores de la ENDIS correspondientes a la misma cohorte (2013). Este análisis es de carácter transversal por lo que incluye a todos los niños, niñas y adolescentes relevados en cada una de las rondas, lo que no implica que se trate de los mismos niños.

Tabla 9.1. Criterios para el diagnóstico nutricional

Índice de Masa Corporal/Edad	Niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años
> +1 DS	Sobrepeso
> +2 DS	Obesidad
> +3 DS	Obesidad severa
Talla/Edad	**Niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años**
< -1 DS	Riesgo de retraso en el crecimiento
< -2 DS	Retraso en el crecimiento
< -3 DS	Retraso de crecimiento severo

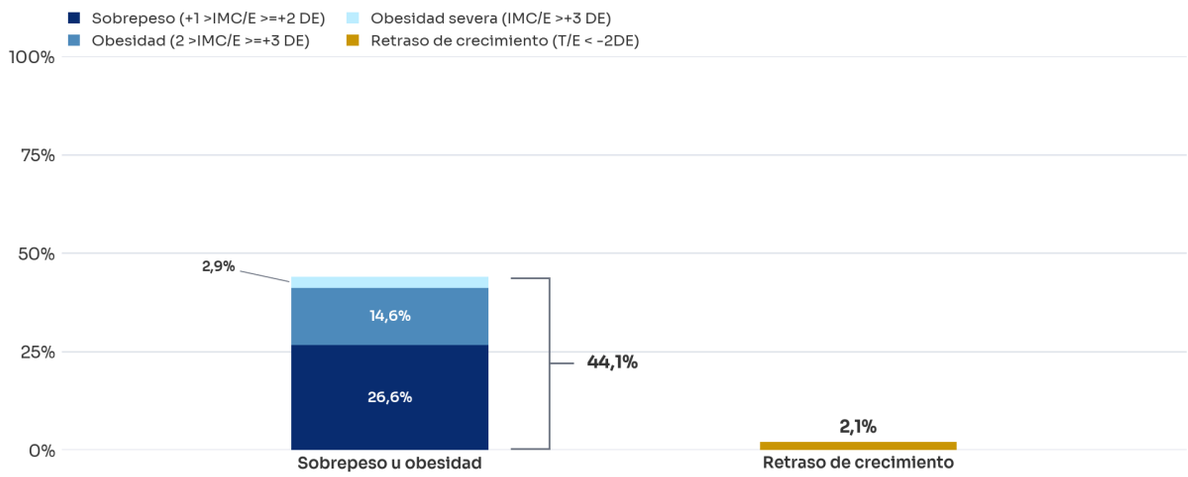
Fuente: OMS; 2007.

9.2 Estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes

Los datos relevados muestran que, en Uruguay, el sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema nutricional de los niños, niñas y adolescentes. Aproximadamente 4 de cada 10 (44,1%) presentan sobrepeso u obesidad (IMC/E >+1 DE). De ellos, el 26,6% presenta sobrepeso (+1 >IMC/E >=+2 DE), el 14,6% obesidad (2 >IMC/E >=+3 DE) y el 2,9% obesidad severa (IMC/E >+3 DE) (Gráfico 9.1).

En lo que respecta al retraso en el crecimiento (T/E < -2 DE), este afecta al 2,1% de la población. Este valor se encuentra próximo a la distribución esperada en una población de referencia (2,3%), lo que indica que no constituye un problema relevante en este grupo y se encuentra en línea con los resultados encontrados en la ronda anterior.

Gráfico 9.1. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y retraso en el crecimiento en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años.



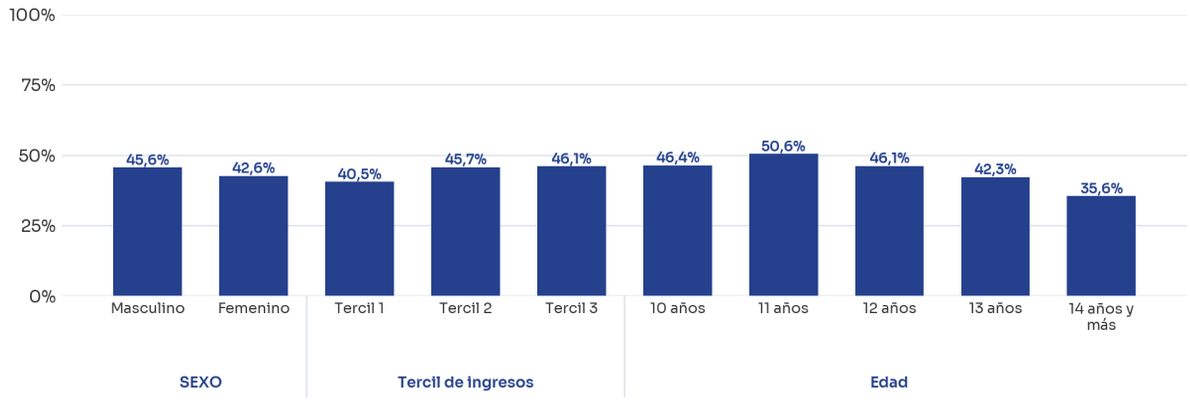
Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En cuanto a las diferencias por sexo, se observa una mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad en varones (45,6%) en comparación con mujeres (42,6%), aunque la diferencia es moderada. A nivel territorial, no se registran diferencias entre Montevideo y el resto del país. (Gráfico 9.2)

Al analizar el sobrepeso u obesidad según el nivel de ingresos de los hogares se encontró que estos afectan a todos los estratos socioeconómicos, con mayor prevalencia en los hogares de mayores ingresos. Hay 5 puntos porcentuales más de sobrepeso u obesidad en el tercil 3 de mayores ingresos (46,1%) respecto al de menores ingresos (40,5%).

En relación con la edad, a diferencia de lo observado en la ronda 3, donde el sobrepeso u obesidad aumentaba a medida que los niños y niñas crecen, en esta edición se identifica una leve disminución del sobrepeso u obesidad a medida que aumenta la edad. La prevalencia desciende de 46,4% a los 11 años a 35,6% a los 14 años.

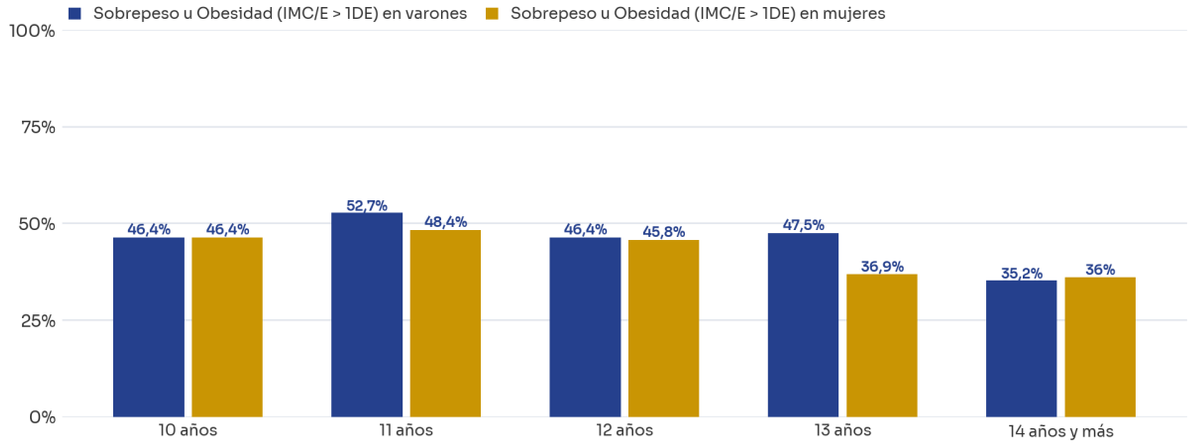
Gráfico 9.2. Prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años, según sexo, nivel de ingresos y edad.



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al analizar esta evolución por sexo, se observa que las mujeres presentan una disminución del sobrepeso u obesidad cercana a 9 puntos porcentuales alrededor de los 13 años, mientras que en los varones la reducción es de aproximadamente 11 puntos porcentuales y ocurre a una edad ligeramente mayor, en torno a los 14 años (gráfico 9.3). Este patrón es consistente con la evidencia que señala que el IMC y la adiposidad durante la adolescencia no siguen una trayectoria lineal, sino que puede presentar descensos en determinados momentos del crecimiento (Sardinha et al., 2014). Asimismo, las diferencias en el momento en que se produce esta disminución entre varones y mujeres podrían explicarse por el distinto inicio y ritmo de la pubertad, que ocurre más tempranamente en las niñas, generando cambios diferenciales en la composición corporal y en la evolución del índice de masa corporal a lo largo de esta etapa (Biro &Wien, 2010; Mamabolo et al., 2005).

Gráfico 9.3. Evolución de la prevalencia de sobrepeso u obesidad en varones y mujeres según edad.



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

9.3 Evolución del estado nutricional según rondas de la ENDIS

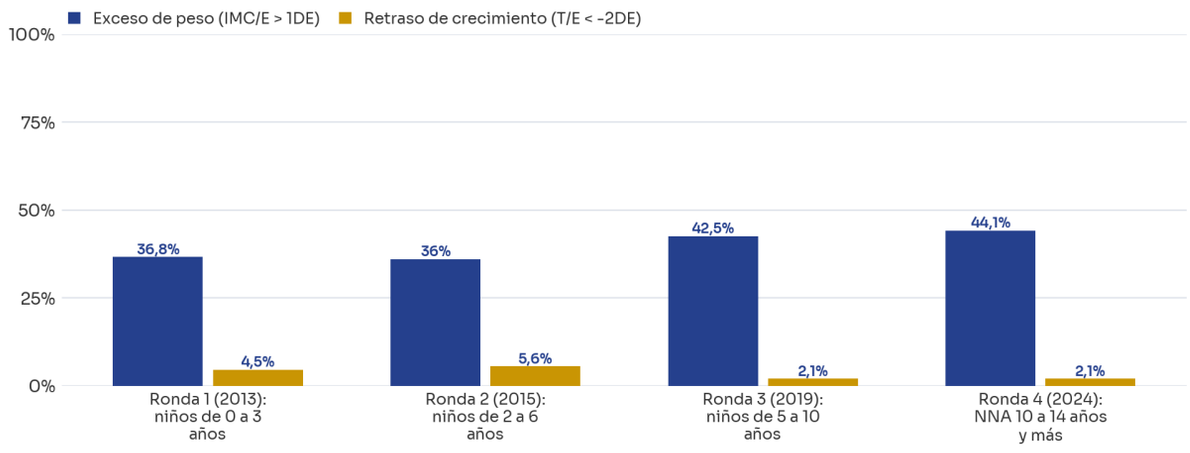
Para el análisis transversal del estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes en las distintas rondas de la ENDIS, se utilizó como punto de corte el IMC/Edad +1 DE. Este indicador presenta

diferencias en su clasificación según la edad: en menores de 5 años incluye el riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad, mientras que en niños y niñas de 5 años y más se clasifica como sobrepeso u obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2006–2007).

El análisis comparativo entre rondas evidencia un aumento del exceso de peso en la población infantil y adolescente. La prevalencia pasó de 36,8% en 2013 a 44,1% en 2024, lo que representa un incremento de 7 puntos porcentuales en 11 años (Gráfico 9.4).

Por su parte, el retraso en el crecimiento presenta una tendencia descendente, llegando en el año 2019 a una distribución normal esperada para la población, la cual se mantiene en el año 2024 (2,1%).

Gráfico 9.4. Evolución de la prevalencia del exceso de peso y retraso en el crecimiento en NNA según ronda de la ENDIS



Nota: Se utiliza el término exceso de peso para el indicador IMC > +1 DE, a efectos de unificar criterios de presentación. Según la OMS, en menores de 5 años este indicador comprende riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad; en niños de 5 años y más, comprende sobrepeso y obesidad.

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Análisis transversal que involucra a todos los NNA relevados en cada una de las rondas de la ENDIS

9.4 Resumen del capítulo

En Uruguay, el sobrepeso y la obesidad continúan siendo el principal problema nutricional. Aproximadamente 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años y más presentan sobrepeso u obesidad (44,1%), de los cuales cerca de 2 de cada 10 presentan obesidad u obesidad severa (17,5%).

Este fenómeno se observa en todos los grupos poblacionales, aunque con mayor prevalencia en los hogares de mayores ingresos.

Se evidencia una disminución del sobrepeso u obesidad a medida que los niños, niñas y adolescentes crecen, fenómeno que podría estar asociado a los cambios propios de la pubertad y a la evolución de la composición corporal durante la adolescencia.

Por su parte, el retraso en el crecimiento afecta al 2,1% de la población, valor que se encuentra dentro de lo esperado para una población de referencia, confirmando que este ya no constituye un problema relevante en este grupo etario.

Finalmente, el análisis de la evolución en el tiempo muestra un incremento sostenido del exceso de peso, que pasó de 36,8% en 2013 a 44,1% en 2024, consolidando al sobrepeso y la obesidad como el principal desafío nutricional infantil y adolescente en Uruguay.

9.5 Bibliografía

Biro, F. M., & Wien, M. (2010).Childhood obesity and adult morbidities.The American Journal of Clinical Nutrition, 91(5), 1499S–1505S.https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.28701B

Grupo de Estudios de Familia (GEF) & Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y de Administración (IECON). (2014). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay: Primeros resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/endis-digital.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Ministerio de Salud Pública (MSP), & Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2018). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud: Informe de la segunda ronda. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/informe-final.pdf

Mamabolo, R. L., Alberts, M., Steyn, N. P., Delemarre-van de Waal, H. A., &Levitt, N. S. (2005). Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3-year-old black South African children residing in the central region of Limpopo Province, South Africa. Public Health Nutrition, 8(5), 501–508. https://doi.org/10.1079/PHN2004706

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2021). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud: Informe de principales resultados de la tercera ronda (ENDIS 2019). Niños y niñas de 5 a 10 años. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/tercera-ronda

Organización Mundial de la Salud. (2006). Estándares de crecimiento infantil de la OMS: Velocidad de crecimiento basada en el peso, la longitud y la circunferencia de la cabeza: Métodos y desarrollo. https://www.who.int/publications/i/item/9789241547635

Organización Mundial de la Salud. (2007). WHO reference 2007: Growth reference data for 5–19 years.https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years

Organización Mundial de la Salud. (2016). Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/

Sardinha, L. B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., & Moreira, H. (2014). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: A study in a representative sample of children and adolescents. International Journal of Pediatric Obesity, 9(1), 1–9. https://doi.org/10.3109/17477166.2013.770368

UNICEF. (2019). The state of the world's children 2019: Children, food and nutrition.https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019

CAPÍTULO 10

Seguridad Alimentaria

Por Uruguay Crece Contigo: Florencia Koncke, Dayana Rodriguez, Christian Berón, Natalia De Souza, Giorgina Garibotto, Pablo Irigoin.

10.1 Introducción

La seguridad alimentaria (SA) se define como aquella situación "cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana"[9]. Por el contrario, la inseguridad alimentaria (IA) es entendida como aquella donde un hogar carece de acceso regular a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para llevar una vida activa y saludable.

La ENDIS ha utilizado en todas sus mediciones de SA la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), ya que a diferencia de otras aquí se incluyen preguntas que buscan conocer cómo la seguridad alimentaria o inseguridad alimentaria afectan a los menores de 18 años del hogar[i].

La ELCSA es un método cualitativo utilizado para estimar el nivel de SA y está basada en la experiencia en los hogares, explorando distintas dimensiones. La escala clasifica la inseguridad alimentaria en grados de severidad (leve, moderada y severa). Cuando un hogar experimenta inseguridad alimentaria primero se ven afectados los adultos, quienes reducen la calidad y cantidad de su alimentación, cuando la inseguridad alimentaria es severa, los hogares ya no solo reducen la calidad o cantidad de alimentos, sino que experimentan privación extrema de alimentos y la presencia de hambre no satisfecha en menores de 18 años del hogar[ii].

Objetivo del capítulo

Describir la situación de la seguridad e inseguridad alimentaria en el país, así como algunas características de los hogares que experimentan inseguridad alimentaria.

10.2 Análisis de resultados y discusión.

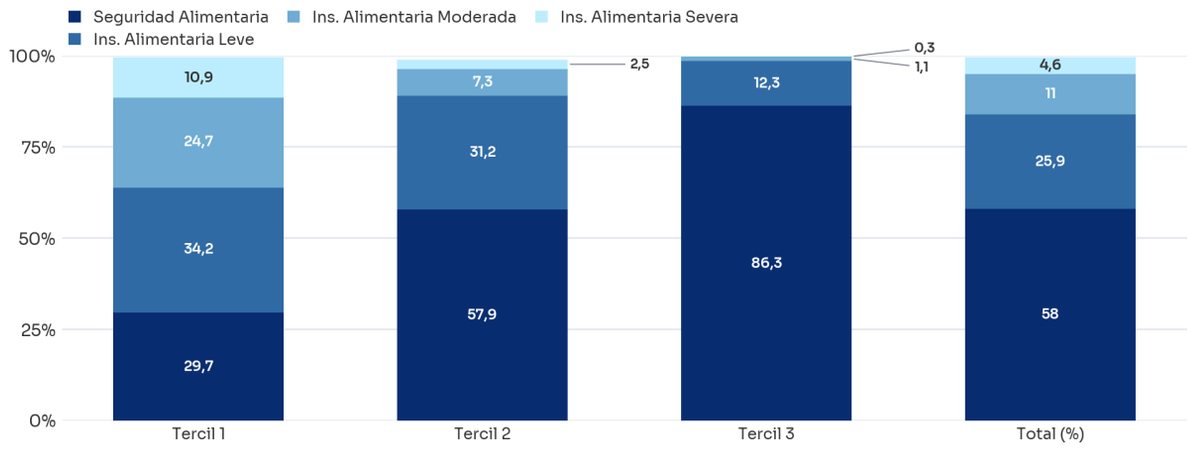
Del total de los hogares el 41,9 % experimenta algún nivel de inseguridad alimentaria, de estos el 15,5% corresponde a inseguridad alimentaria moderada y severa. (Gráfico 10.1)

La inseguridad alimentaria aumenta a medida que disminuyen los ingresos, el 69,8% de los hogares del primer tercil experimenta algún grado de inseguridad alimentaria, siendo severa en el 11% de estos.

La inseguridad alimentaria es más frecuente en los hogares del interior del país que en los de Montevideo (46,8% versus 34,5%). Esta brecha se debe fundamentalmente a la mayor prevalencia de inseguridad alimentaria moderada en el interior, donde alcanza el 13,9%, casi el doble de la registrada en Montevideo (7,3%).

9. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)https://www.fao.org/4/i3065s/i3065s.pdf

Gráfico 10.1. Seguridad Alimentaria para el total de los hogares y según tercil de ingresos



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: no se incluyen los casos en los que no se obtuvieron datos

10.3 Discusión

Vivir en un hogar con inseguridad alimentaria, sin importar el nivel de severidad no es solo un problema de acceso a alimentos, sino un determinante estructural del desarrollo humano, con repercusiones en la salud física y mental, desarrollo cognitivo, trayectorias educativas y económicas. La inseguridad alimentaria en la infancia se relaciona con un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, depresión y ansiedad en la edad adulta, incluso entre los adultos que logran más adelante SA[iii].

Análisis secundarios de la ENDIS señalan que la inseguridad alimentaria en hogares con niños y niñas menores de 5 años se asocian a peores condiciones estructurales de la vivienda, afectación de su crecimiento, mayor riesgo de déficits en nutrientes esenciales y peores indicadores en distintas áreas del desarrollo, lo que puede tener consecuencias a largo plazo.[iv]

En Uruguay la medición de la SA incluida desde la primera ronda de la ENDIS[v] evidencia que la inseguridad alimentaria se mantiene prácticamente en las mismas cifras y si bien los datos no son estrictamente comparables señalan que esta situación acompaña a los hogares donde crecen los niños y adolescentes.

En este sentido y desde el 2022 el INE aplica en la Encuesta Continua de Hogares la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES) [vi]. Dicha escala indaga la capacidad de las personas de acceder a los alimentos y permite identificar experiencias asociadas a los diferentes grados de severidad de la inseguridad alimentaria [vii]. Como en el caso anterior los datos no son estrictamente comparables porque se aplica en hogares de todo el país, pero su análisis diferencia la situación de los hogares según la presencia o no de menores de 18 años. Del análisis de los datos obtenidos de la aplicación de la FIES se destaca que la presencia de inseguridad alimentaria fue superior en los hogares donde hay menores en comparación con aquellos sin menores de 18 años[viii][ix]. Estos datos coinciden con la evidencia internacional que señala que la presencia de menores de 18 años en los hogares se asocia a una mayor prevalencia de inseguridad alimentaria, cuyas secuelas pueden manifestarse en la edad adulta.

En este sentido, las mediciones de la ENDIS muestran que la inseguridad alimentaria está presente en una proporción cercana a la mitad de los hogares donde residen niños y adolescentes, evidenciando una situación de vulnerabilidad que puede afectar directamente su desarrollo integral.

10.4 Citas y Referencias

[1] Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA)https://www.fao.org/4/i3065s/i3065s.pdf

[i]Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicación. FAO. https://www.fao.org

[ii]SALUD, NUTRICIÓN Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA EN URUGUAY 2012

[iii]Myers, K. P., & Temple, J. L. (2024).Translationalscienceapproachesforfoodinsecurityresearch.Appetite, 200, 107513.https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107513

[iv] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). Consumo de nutrientes en la primera infancia en Uruguay. https://bibliotecaunicef.uy/documentos/260_Consumo_de_nutrientes_en_la_primera_infancia.pdf

[v]GEF/IECON. (2015). Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay, Primeros resultados de la Encuesta Nacional Desarrollo Infantil, Nutrición y Salud.

[vi]La **FIES** (Food Insecurity Experience Scale o Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria), desarrollada por la FAO, es una herramienta estadística que mide la severidad de la inseguridad alimentaria basada en las experiencias directas de las personas.

[vii]Instituto Nacional de Estadística. (2025). Cuarto informe nacional de prevalencia de inseguridad alimentaria en hogares. INE. https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/cuarto-informe-nacional-prevalencia-inseguridad-alimentaria-hogares-2025

[viii]Huet, C., Ford, J. D., Edge, V. L., Wesche, S. D., &Team, C. (2017).Foodinsecurity and foodconsumptionbyseason in householdswithchildren in an Arcticcity: A cross-sectionalstudy. BMC Public Health, 17(1), 578. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4393-6

[ix]Nord, M., Andrews, M., & Carlson, S. (2009). Householdfoodsecurity in the United States, 2008 (Economic Information Bulletin No. 56).United States Departmentof Agriculture, Economic Research Service. https://ers.usda.gov/sites/default/files/_laserfiche/publications/44419/9359_eib56_reportsummary_1_.pdf

CAPÍTULO 11

Prácticas de Crianza

Por UNICEF: Agustin Grief, Dario Fuletti.

11.1 Introducción

La ENDIS 2024 se centra en el tramo de edad de entre 10 y 15 años, una etapa de transición entre la niñez y la adolescencia temprana. En este tramo etario, la evidencia destaca la importancia de las prácticas de crianza vinculadas al tiempo compartido y al acompañamiento cotidiano. De acuerdo con la Guía de Trato Bien de UNICEF, compartir actividades de interés con niños, niñas y adolescentes —como contenidos audiovisuales, juegos o música— constituye una vía privilegiada para fortalecer el vínculo, facilitar la comunicación y generar espacios de confianza. Estas instancias resultan especialmente relevantes durante la adolescencia temprana, una etapa caracterizada por importantes cambios físicos y emocionales, en la que, aun cuando puedan emerger tensiones en la relación con las personas adultas, el apoyo y la cercanía continúan siendo fundamentales para el desarrollo y el bienestar.

Además de los aspectos relacionados a los métodos de disciplina, la ENDIS 2024 releva otras prácticas de crianza, indagando si la persona adulta que contesta la encuesta compartió distintos tipos de actividades recreativas con el niño, niña o adolescente durante el día anterior.

11.2 Resultados

El 55% de las personas encuestadas reporta haber realizado actividades recreativas fuera del hogar —como paseos, juegos o deportes al aire libre— con el niño, niña o adolescente, siendo esta la actividad más frecuente. Le sigue mirar juntos dibujos animados, series o películas (48%), y en tercer lugar apoyar en las tareas domiciliarias del centro educativo (36%). En menor medida, se mencionan actividades como cantar, escuchar o hacer música o jugar videojuegos (31%), y jugar juegos de mesa o realizar actividades de expresión (23%). Un 16% declara haber compartido otro tipo de actividades.

Tabla 11.1. Porcentaje de hogares que realizaron actividades con el niño, niña o adolescente el día anterior a la encuesta

	Cantar canciones, escuchar o hacer música, jugar videojuegos o juegos en línea	Jugar juegos de mesa o realizar actividades de expresión (Arte/Pintura/Plástica)	Realizar actividades recreativas fuera del hogar (paseos, jugar o hacer deportes al aire libre)	Apoyarlo/a con las tareas domiciliarias del centro de estudios (escuela, liceo, etc)	Mirar junto a él/ella dibujos animados, series o películas	Otras actividades
Total	30,7	23,1	55,3	35,8	48,2	16,2
Por sexo del niño/a						
Varón	28	25	57	36	48	14
Mujer	33	21	53	35	49	19
Por tramo de edad						
10 a 12	32	24	55	36	47	16
13 y 14	24	21	53	35	51	8
Por situación de discapacidad						
Sí	42	26	47	34	60	22
No	30	23	56	36	48	16
Por región						
Montevideo	30	28	56	30	45	19
Interior	31	19	55	40	51	14
Por tercil de ingreso per cápita del hogar						
Tercil 1	29	17	55	37	47	13
Tercil 2	32	25	59	35	46	15
Tercil 3	31	26	52	36	52	19
Por clima educativo del hogar						
Ciclo básico o menos	31	20	62	38	44	12
Secundaria o UTU completa	30	28	52	36	52	18
Terciaria completa o incompleta	31	23	53	33	49	17

Nota: La muestra de niños, niñas y adolescentes con discapacidad es limitada, por lo que las diferencias entre personas con y sin discapacidad deben tomarse con cautela.

Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Las diferencias por sexo son, en general, moderadas. Se observa una mayor participación de las niñas en actividades vinculadas a la música o videojuegos (33% frente a 28% en varones) y en "otras actividades" (19% frente a 14%), mientras que los varones participan algo más en juegos de mesa o actividades de expresión (25% frente a 21%). En el resto de las actividades, las brechas son reducidas.

Por edad, se aprecian algunas variaciones relevantes. En el grupo de 13 y 14 años disminuye la frecuencia de actividades como cantar o jugar videojuegos (24% frente a 32% en 10 a 12 años) y de juegos de mesa o expresión (21% frente a 24%), mientras que aumenta levemente el compartir contenidos audiovisuales (51% frente a 47%). También se reduce de forma marcada la mención de "otras actividades" (8% frente a 16%), lo que podría reflejar cambios en los intereses o en las dinámicas de interacción a medida que avanza la adolescencia.

En cuanto a la situación de discapacidad, el reducido tamaño de la muestra de niños, niñas y adolescentes con discapacidad limita la identificación de diferencias estadísticamente significativas en los patrones de participación en actividades. En la muestra analizada, se observan mayores porcentajes de participación en actividades como música o videojuegos (42% frente a 30%), en el consumo de contenidos audiovisuales (60% frente a 48%) y en otras actividades (22% frente a 16%),

así como menores niveles de participación en actividades recreativas fuera del hogar (47% frente a 56%), aunque estas diferencias deben interpretarse con cautela.

A nivel territorial, no se observan grandes diferencias en las actividades recreativas fuera del hogar, que presentan valores similares en Montevideo y el interior. Sin embargo, en Montevideo se registra una mayor frecuencia de juegos de mesa o actividades de expresión (28% frente a 19%), mientras que en el interior es más frecuente el apoyo en tareas domiciliarias (40% frente a 30%) y el consumo compartido de contenidos audiovisuales (51% frente a 45%).

Por nivel socioeconómico, las brechas son relativamente acotadas, aunque se identifican algunos patrones. El tercil medio presenta mayores niveles de participación en actividades recreativas fuera del hogar (59%), mientras que en el tercil alto se observa una mayor frecuencia de actividades audiovisuales compartidas (52%) y de otras actividades (19%). En el tercil bajo, en cambio, se registran menores niveles en juegos de mesa o expresión (17%).

Finalmente, el análisis según el clima educativo del hogar se basa en el nivel educativo de la persona referente que responde la encuesta. Dado que el nivel educativo de las personas adultas del hogar suele estar correlacionado, este indicador puede interpretarse como una aproximación al clima educativo general del hogar. En este sentido, se observa que en hogares donde la persona referente tiene menor nivel educativo es más frecuente la realización de actividades recreativas fuera del hogar (62%) y el apoyo en tareas (38%), mientras que en hogares donde la persona referente cuenta con secundaria completa o más aumenta la participación en juegos de mesa o actividades de expresión (hasta 28%) y en el consumo compartido de contenidos audiovisuales (alrededor de 50%). En conjunto, estos resultados sugieren que, si bien las actividades compartidas están extendidas en todos los grupos, existen matices en su tipo y frecuencia asociados a características del hogar.

CAPÍTULO 12

Disciplinamiento: Uso de Métodos de Disciplina Violenta sobre Niños, Niñas y Adolescentes de 10 a 15 Años de Edad

Por UNICEF: Agustin Grief, Dario Fuletti.

12.1 Introducción

Las madres, padres y referentes adultos utilizan distintos métodos para educar y establecer límites a los niños, niñas y adolescentes, a lo largo de las distintas etapas de la niñez y adolescencia, y este proceso forma parte de la crianza en todas las culturas. Sin embargo, frecuentemente se utilizan métodos de disciplinamiento que se basan en el uso de la fuerza física o la intimidación verbal para obtener los resultados deseados.

En muchos casos, esto no surge de una decisión premeditada de las personas adultas, sino que es consecuencia de la frustración, el enojo o el desconocimiento de métodos no violentos. La evidencia ha confirmado reiteradamente que la disciplina violenta, además de ser inefectiva, puede tener efectos perjudiciales en el desarrollo de niños y niñas, tanto a corto como largo plazo[1], prolongándose incluso hacia la vida adulta.

12.2 Medición de las prácticas de disciplina

Las distintas olas de la ENDIS han relevado de manera sistemática el uso de métodos de disciplina, tanto violentos como no violentos. Para ello, se utiliza un módulo proveniente de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), desarrollada por UNICEF y aplicada a nivel internacional, lo que permite asegurar la comparabilidad de los resultados entre países y la consistencia metodológica.

Este módulo recoge información a partir de preguntas dirigidas a madres, padres o personas adultas referentes de niños, niñas y adolescentes de entre 1 y 14 años, en las que se consulta sobre los métodos de disciplina utilizados por cualquier persona adulta del hogar durante el mes previo a la encuesta.

Los métodos relevados se agrupan en tres grandes categorías:

Disciplina no violenta: incluye estrategias como explicar por qué un comportamiento estuvo mal, retirar privilegios o redirigir la atención hacia otras actividades.

Agresión psicológica: comprende acciones como gritar, insultar o descalificar.

Castigo físico: abarca distintas formas de violencia física, desde sacudir o dar palmadas hasta formas más severas de agresión.

12.3 Antecedentes en Uruguay

En Uruguay, la última aplicación de la MICS se realizó en 2013, relevando prácticas de disciplina en niños, niñas y adolescentes de 2 a 15 años. Posteriormente, el módulo fue incorporado en distintas ediciones de la ENDIS (urbana y rural), aunque focalizadas en niños y niñas de menor edad (entre 2 y 4 años).

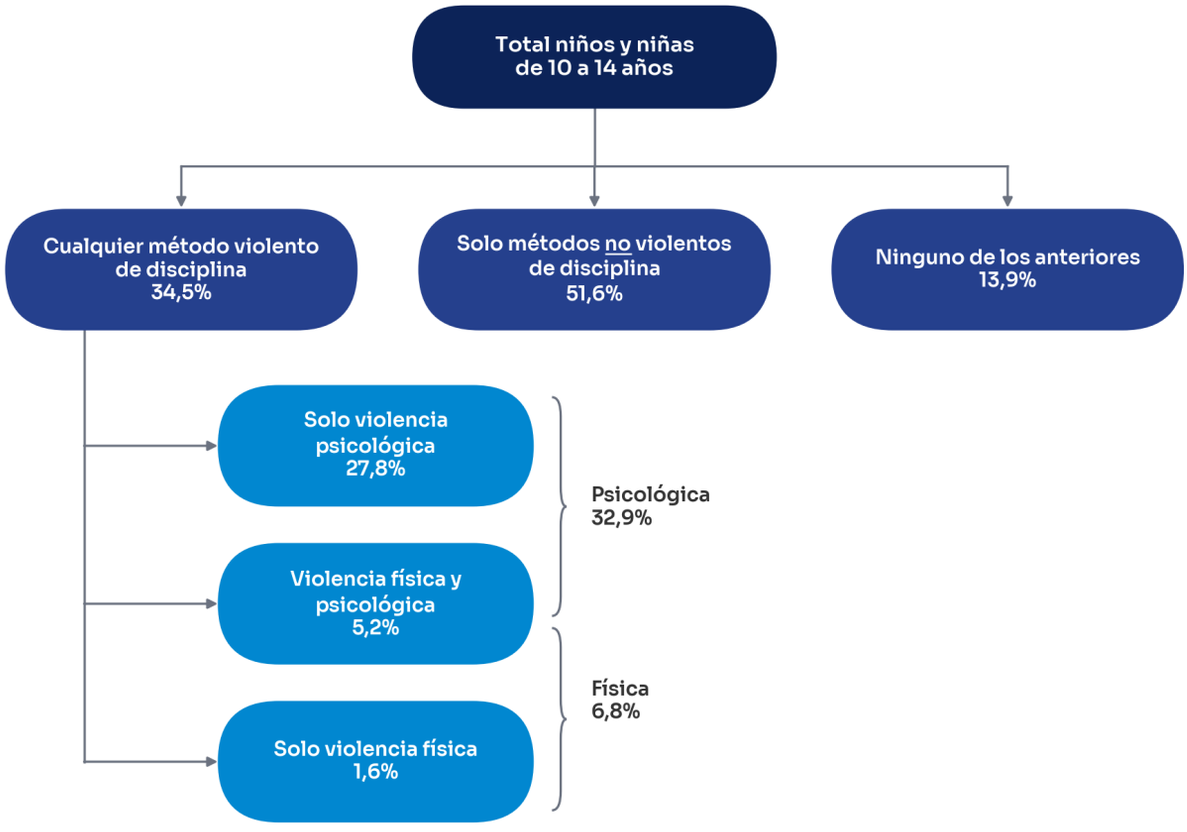
En 2024, UNICEF realizó una encuesta sobre prevalencia del uso de disciplina violenta y la exposición a la violencia contra la mujer en la infancia y la adolescencia, cubriendo las edades de 2 a 14 años, y encontrando que, a pesar de una disminución en el uso de métodos de disciplina violentos respecto a la MICS de 2013, éstos continúan siendo prevalentes en el país[2].

El presente informe presenta los resultados de la ENDIS 2024, que se aplicó a niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años de edad, incluyendo niños y niñas que formaron parte de la primera cohorte de la ENDIS en 2013 y tenían entre 2 y 4 años en ese entonces, así como otros niños y niñas en el mismo tramo de edad incorporados a la muestra posteriormente. De esta manera, permite conocer las prácticas de disciplina aplicadas hacia niños, niñas y adolescentes en un tramo de edad para el cual se contaba con escasa evidencia previa en nuestro país.

12.4 Reporte de uso de métodos violentos de disciplina sobre niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años

De acuerdo con la ENDIS 2024, el 34,5% de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años fue sometido a al menos un método de disciplina violento en el mes previo a la encuesta. En particular, el 32,9% estuvo expuesto a agresión psicológica y el 6,8% a castigo físico, con un 5,2% que experimentó ambas formas de violencia. Por otra parte, en la mayoría de los hogares (51,6%) se reporta exclusivamente el uso de métodos no violentos de disciplina, mientras que en un 13,9% no se reporta el uso de ninguno de los métodos considerados.

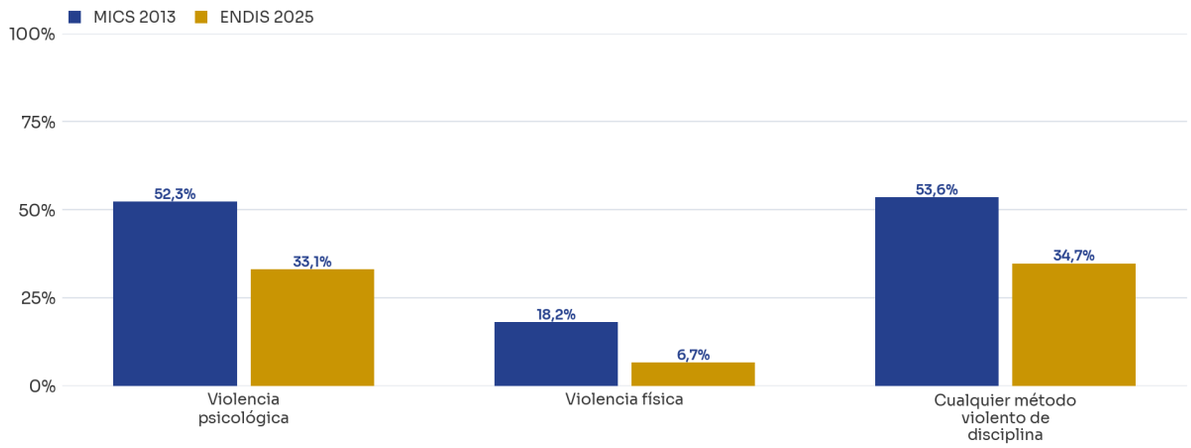
Ilustración 12.1. Resumen de los datos de disciplina violenta y no violenta en la cuarta ronda del panel de la ENDIS (2024)



Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La comparación con la encuesta MICS de 2013 muestra un descenso considerable en el reporte de utilización de métodos de disciplina violenta. En particular, la prevalencia de agresión psicológica pasó de 52% a 33%, mientras que la de castigo físico descendió de 18% a 7%.

Gráfico 12.1. Evolución del porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según tipo de violencia.



Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al considerar por separado, vemos que en este tramo de edad, los métodos de disciplina más prevalentes son explicarle por qué su comportamiento estuvo mal (82,7%) y quitarle algún privilegio (55%), en ambos casos métodos no violentos.

Entre los métodos que involucran violencia psicológica, el más frecuente fue haberle gritado (31,5%), en tanto el 6,7% utilizó términos degradantes o insultos. En cuanto a la violencia física, el método más usado fue darle una palmada (3,9%). Si bien el porcentaje es más bajo, en el 1% de los casos reportan haber golpeado en la cara, cabeza u orejas al niño o niña, y el 0,1% reporta haberle dado una paliza, en ambos casos métodos considerados como violencia física severa.

Tabla 12.1. Prevalencia de distintos métodos de disciplina en niños y niñas de 10 a 14 años, 2024

Categoría	Método de disciplina	Porcentaje
Disciplina no violenta	Le explicó por qué su comportamiento estuvo mal.	82,7
	Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que le gusta, lo puso en penitencia o no le permitió salir de la casa.	55
	Le dio otra cosa que hacer, o lo entretuvo con otra cosa.	39,8
Violencia psicológica	Le gritó.	31,5
	Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o lo insultó.	6,7
Violencia física	Le dio una palmada, lo/la golpeó o lo/la palmeó en la cola solo con la mano.	3,9
	Lo/la sacudió.	3,1
	Lo/la golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.	1,6
	Lo/la golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.	1
	Lo/la golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con algún objeto como cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro.	0,3
	Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.	0,1

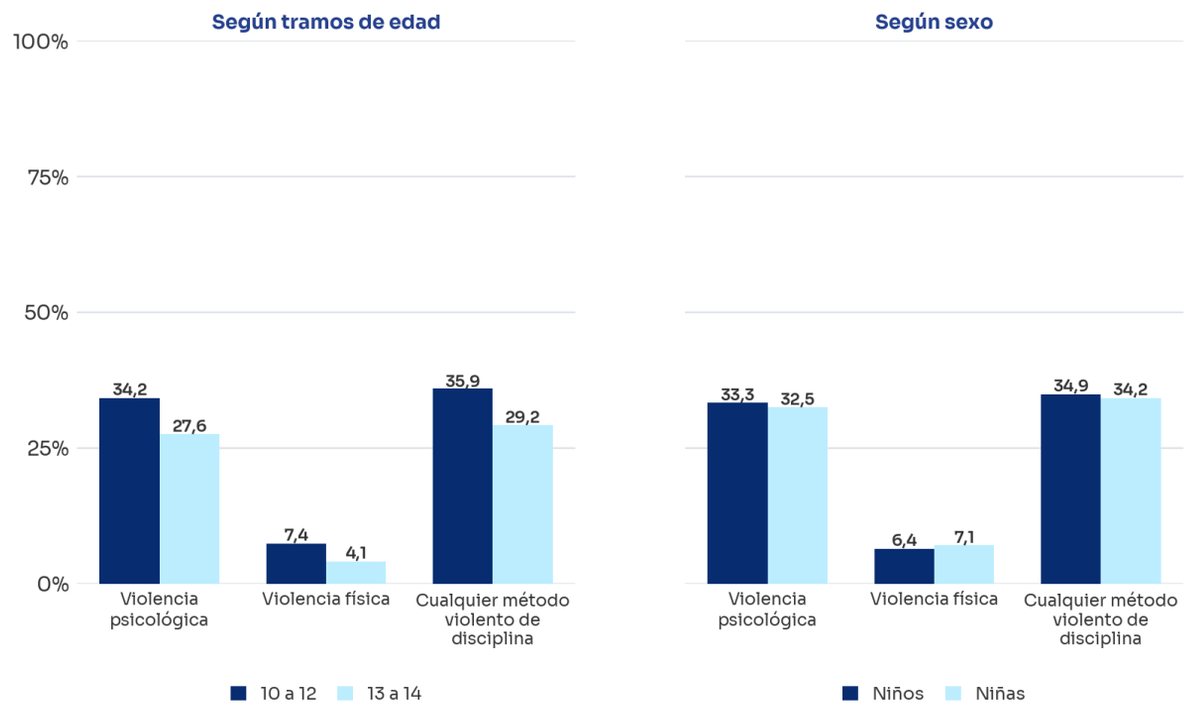
Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

12.5 Diferencias según características del niño, niña o adolescente

Los datos previos, tanto de la MICS 2013 en Uruguay y la encuesta realizada por UNICEF en 2024, como de otros países del mundo, muestran que la prevalencia de los distintos métodos de disciplina varía de acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente. En particular, las prácticas que involucran violencia física tienden a ser más frecuentes en edades más tempranas, con un pico entre los 3 y 4 años. En línea con esto, la comparación con la ENDIS 2023 indica que el uso de disciplina violenta es menor entre los 10 y 14 años (34,5%) que entre los niños y niñas de 2 a 4 años (47,4%).

Asimismo, dentro del propio tramo analizado, se observa una mayor prevalencia de métodos violentos entre los 10 y 12 años que entre los 13 y 14. En cambio, no se registran diferencias significativas según el sexo.

Gráfico 12.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según tramos de edad (izquierda) y sexo (derecha)



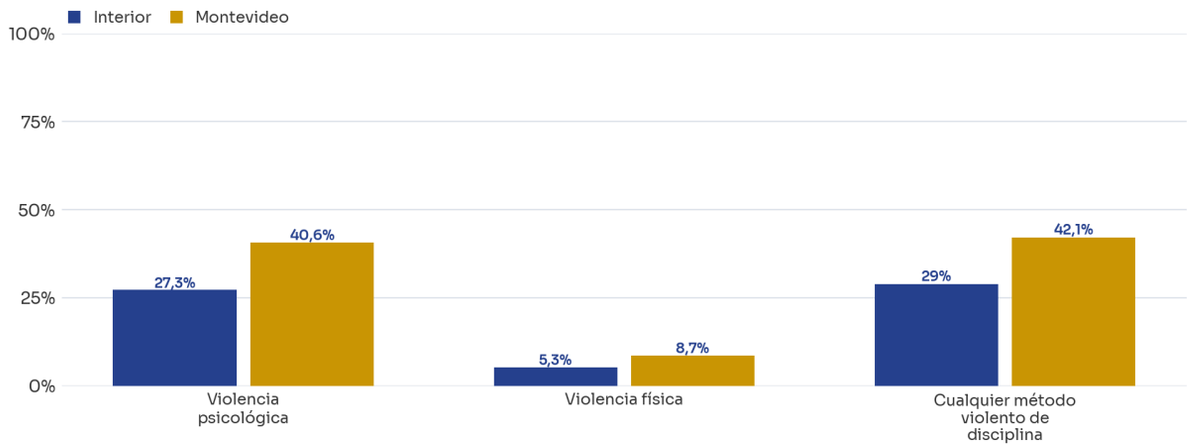
Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En cuanto a la situación de discapacidad, el tamaño de la muestra de niños, niñas y adolescentes con discapacidad relevados en la encuesta es reducido (111 casos), lo que limita la identificación de diferencias estadísticamente significativas respecto a quienes no presentan discapacidad. No obstante, la prevalencia de métodos de disciplina violentos en este grupo es similar a la observada en la población sin discapacidad, lo que indica que el maltrato también afecta a niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

12.6 Diferencias según características del hogar

Las prácticas de disciplina también varían según características del hogar y del entorno. En cuanto a la región del país, la prevalencia de métodos violentos es mayor en Montevideo que en el interior del país, tanto en términos de violencia psicológica como física, en línea con lo observado en ediciones anteriores de la ENDIS.

Gráfico 12.3. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según región



Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En cuanto a la situación socioeconómica del hogar, también se encuentran algunas diferencias. Los hogares de mayor nivel socioeconómico reportan menores niveles de violencia física pero una prevalencia algo mayor de violencia psicológica (Tabla 12.2).

En relación con el nivel socioeconómico, se observan patrones diferenciados según el tipo de violencia. Los hogares de mayores ingresos presentan niveles algo más altos de violencia psicológica (35% frente a 32% en el tercil más bajo), pero menores niveles de violencia física (5% frente a 9%).

Un patrón similar se observa al considerar el nivel educativo del hogar: a mayor nivel educativo de la persona referente, menor prevalencia de castigo físico pero mayor uso de agresión psicológica. Estos resultados sugieren que mayores niveles de ingreso o educación no garantizan por sí solos la ausencia de prácticas de disciplina violenta.

Tabla 12.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años que fueron sometidos a métodos de disciplina violentos, según máximo nivel educativo alcanzado por la persona informante y tercil de ingreso per cápita del hogar

		Violencia psicológica	Violencia física	Cualquier método violento de disciplina
Tercil de ingreso per cápita del hogar	Tercil 1	32	9	35
	Tercil 2	31	6	33
	Tercil 3	35	5	36
Máximo nivel educativo alcanzado por la persona informante	Ciclo básico o menos	30	9	32
	Secundaria o UTU completa	33	6	35
	Terciaria completa o incompleta	35	4	35

Fuente: Elaboración UNICEF en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

12.7 Factores asociados

Finalmente, algunas características del clima del hogar se asocian fuertemente con la prevalencia de estas prácticas. En particular, la conflictividad en la pareja aparece como un factor relevante: entre quienes reportan un clima de conversación tenso u hostil al menos algunas veces, más de la mitad (51%) declara haber utilizado métodos violentos de disciplina, frente a un 30% entre quienes reportan un clima de baja conflictividad.

Estos resultados sugieren que las prácticas de disciplina no pueden analizarse de forma aislada, sino que forman parte de dinámicas familiares más amplias, donde factores como el estrés y los conflictos en el hogar juegan un papel importante.

12.8 Referencias bibliográficas

[1] Straus, M. and M. Paschall. "Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts." Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 18, no. 5 (2009): 459-83. doi:10.1080/10926770903035168.; Erickson, M. and B. Egeland. "A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment."School Psychology Review 16, no. 2 (1987): 156-68.http://psycnet.apa.org/record/1987-29817-001.; Schneider, M. et al. "Do Allegations of Emotional Maltreatment Predict Developmental Outcomes beyond That of Other Forms of Maltreatment?" Child Abuse &Neglect29, no. 5 (2005): 513-32. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.010.

[2] UNICEF. (2025). La violencia contra niños, niñas y adolescentes en el hogar.https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=353

CAPÍTULO 13

Bienestar Psicosocial a Partir de los Resultados de la ENDIS 2024

Por Centro Interdisciplinario en Cognición para la Enseñanza y el Aprendizaje (CICEA-EI). Universidad de la República: Giuliana Tórtora, Meliza González y Alejandro Vásquez-Echeverría

13.1 Introducción

En este capítulo se analizan los resultados de los test vinculados a variables de bienestar psicosocial de los adolescentes y sus referentes de cuidado en la ENDIS 2024. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: SRQ-20, CBCL (de 6 a 18 años), OBVQ y Kidscreen-27. El SRQ-20 indaga sobre indicadores de trastornos mentales comunes del cuidador/a. El CBCL evalúa problemas conductuales, sociales y emocionales de NNA entre 6 y 18 años. La subescala de Victimización del cuestionario Olweus de Acoso/Victimización (OBVQ) recoge información sobre experiencias de bullying en los últimos 2 meses. Por último, el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (Kidscreen-27) abarca cinco dominios: actividad física y salud, estado de ánimo y sentimientos, vida familiar y tiempo libre, apoyo social y amigos y entorno escolar.

En las siguientes secciones se presentan los resultados de los análisis realizados con cada uno de los instrumentos, para la cuarta ronda de la cohorte 2013 de la ENDIS, integrada por 2229 NNA de entre 10 y 15 años (edad media = 12,08; DE = 1,43). La distribución por edad fue: 11 años o menos (38,07%), 12–13 años (41,45%) y 14 años o más (20,49%); 51% varones. Entre los referentes de cuidado que respondieron el CBCL y el SRQ-20, el 92,14% fueron mujeres; la distribución por edad fue: 35 años o menos (21,18%), 36-40 (20,52%), 41-45 (25,06%), 46-50 (21,94%), 51 años o más (11,3%). Respecto al parentesco con el niño, el 88,97% correspondió a madres, el 7,91% a padres y el 3,12% a otros referentes.

Para cada instrumento, se describen sus características, propiedades psicométricas básicas y se presentan análisis descriptivos de los resultados del test según sexo, edad, tercil de ingresos del hogar y región geográfica (Montevideo o interior). Para finalizar, se incluye un apartado de discusión y conclusiones donde se resumen los principales hallazgos y su significado.

13.2 Self Reporting Questionnaire - 20

13.2.1 Descripción del Instrumento

El cuestionario de autorreporte SRQ-20 es un instrumento de tamizaje para trastornos mentales comunes, que incluye trastornos depresivos, ansiosos y somáticos. Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud(Organización Mundial de la Salud, 1994) con el objetivo de identificar posibles alteraciones psiquiátricas en la población adulta en general, con especial énfasis en su aplicabilidad en países de ingresos bajos y medianos(Ali et al., 2016; Van Der Westhuizen et al., 2016). Está compuesto por 20 ítems que indagan sobre ciertos problemas y malestares ocurridos en los últimos 30 días y que se responden de forma dicotómica (sí/no). Puntajes más altos se han asociado con la depresión mayor, trastornos de ansiedad y conducta suicida(Van Der Westhuizen

et al., 2016). A modo ilustrativo, algunos ítems del instrumento son: “¿Se siente nervioso/a, tenso/a o aburrido/a?”, “¿No puede pensar con claridad?", “¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?”, “¿Ha perdido interés en las cosas?”, “¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?”. Para la identificación de probable sintomatología depresiva se utilizó el punto de corte de 8 o más puntos, siguiendo el criterio recomendado para mujeres en estudios anteriores(De Jesus Mari & Williams, 1986).

13.2.2 Nota Psicométrica

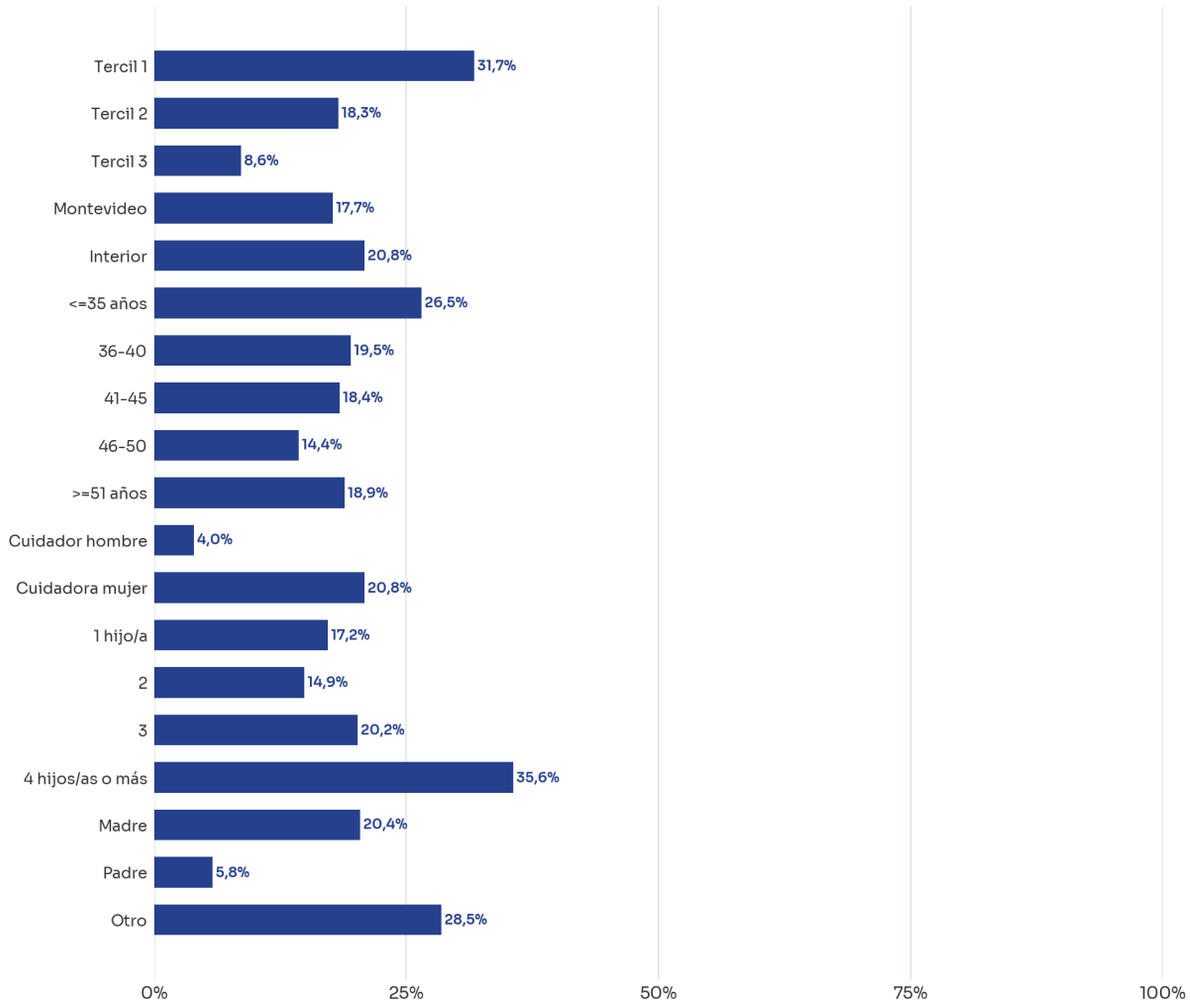
El instrumento mostró una adecuada confiabilidad (α = 0,89; ω = 0,86), similar a lo reportado por Vásquez-Echeverría et al(2022), quienes evaluaron síntomas depresivos maternos en 4693 madres (M = 31,3 años; DE = 6,9) de niños/as entre 0 y 79 meses de edad de la primera y segunda cohorte de la ENDIS, obteniendo valores de α=0,87 y ω=0,84.

13.2.3 Resultados

En esta sección se presentan los resultados del SRQ-20 reportados por los referentes de cuidado de los NNA. Se describen las puntuaciones medias del SRQ-20 y la proporción de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva (puntuación ≥ 8) en la muestra total. A su vez, se presentan las proporciones de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva desagregadas por variables sociodemográficas del cuidador/a (sexo, grupo etario, tercil de ingresos, región, rol como cuidador/a y cantidad de hijos/as) y del NNA (sexo y edad) (Gráfico 13.1 y 13.2).

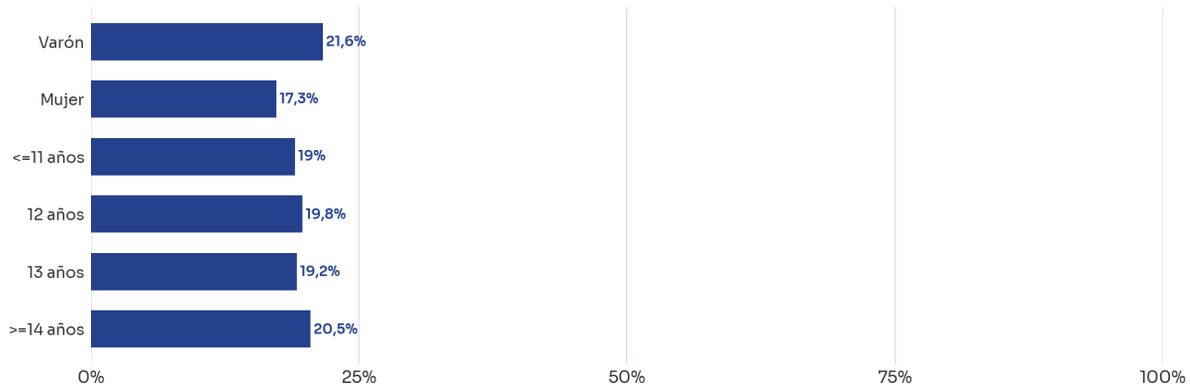
En promedio, la muestra total obtuvo una puntuación de 3,96 (DE = 4,48) en el SRQ-20 y el 19,52% de cuidadores puntuaron 8 o más en sintomatología depresiva. Al analizar por variables del cuidador/a, se observaron puntuaciones más altas en mujeres jóvenes, en quienes residen en el interior del país, y especialmente en aquellas pertenecientes al tercil de nivel socioeconómico del hogar más bajo, donde la proporción de sintomatología depresiva triplica la del tercil más alto. Asimismo, los mayores porcentajes de sintomatología depresiva se observaron en quienes tienen mayor cantidad de hijos/as a su cargo, en las madres en comparación con los padres y en el rol de “otro” referente de cuidado (por ej. abuelas/os). Respecto al reporte de sintomatología depresiva según características del NNA, quienes cuidaban predominantemente a los NNA varones reportaron mayores puntuaciones, sin demasiadas variaciones en función de su edad (Gráfico 13.1).

Gráfico 13.1. Proporción de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva (SRQ-20) según variables del cuidador/a



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 13.2. Proporción de cuidadores/as con probable sintomatología depresiva (SRQ-20) según variables del NNA



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

13.3 Child Behavior Checklist (6-18 años)

13.3.1 Descripción del Instrumento

El CBCL/6-18 constituye una revisión del CBCL/4-18(Achenbach, 1991) y evalúa problemas conductuales, emocionales y sociales en NNA, incluyendo también información sobre competencias adaptativas (deportes, actividades, tareas) del NNA. Es completado por padres/madres o referentes de cuidado de NNA de 6 a 18 años. En el marco de este estudio se administró la sección de problemas del instrumento, que cuenta con 113 ítems valorados en una escala Likert de tres puntos donde: 0 = No es cierto (que usted sepa); 1 = Algo de cierto o cierto a veces; 2 = Muy cierto o a menudo cierto, considerando el comportamiento del NNA durante los últimos seis meses.

A partir de la suma de los ítems correspondientes de dicha sección se obtienen 8 síndromes: (I) ansioso/deprimido; (II) retraído/deprimido; (III) quejas somáticas; (IV) problemas sociales; (V) problemas de pensamiento; (VI) problemas de atención; (VII) conducta de romper reglas; (VIII) comportamiento agresivo.

A su vez, el CBCL/6-18 permite calcular dos agrupamientos de segundo orden. El primero, denominado comportamiento internalizante, refleja problemas de naturaleza emocional que tienden a dirigirse hacia el interior del NNA, y se obtiene sumando las puntuaciones de los síndromes (I) ansioso/deprimido, (II) retraído/deprimido y (III) quejas somáticas. El segundo, el comportamiento externalizante, agrupa los problemas que se expresan hacia el entorno y se calcula a partir de la suma de (VII) conducta desafiante/romper reglas y (VIII) comportamiento agresivo. En la Tabla 13.1 se presentan ejemplos de ítems del CBCL/6-18.

Tabla 13.1. Comportamiento, síndrome y ejemplo de ítem del CBCL/6-18.

Comportamiento	Síndrome	Ejemplo de ítem
Internalizante	ansioso/deprimido	Se siente despreciable o inferior
	retraído/deprimido	Prefiere estar solo que acompañado
	quejas somáticas	Tiene dolores de cabeza
Externalizante	conducta desafiante/romper Reglas	Realiza actos vandálicos
	comportamiento agresivo	Se pelea mucho

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Asimismo, como resultado de la suma de todos los ítems de la sección de problemas, se obtiene un puntaje de Problemas Totales, que constituye una medida global del nivel de dificultades conductuales, emocionales y sociales del NNA. Por último, el instrumento permite calcular escalas orientadas al DSM, que agrupan ítems de problemas según su consistencia con categorías diagnósticas del DSM-IV. Estas escalas ofrecen una perspectiva complementaria a la derivada empíricamente a partir de los síndromes, incluyendo problemas depresivos, de ansiedad, somáticos, de déficit de atención e hiperactividad, oposicionistas desafiantes y de conducta(Achenbach & Rescorla, 2001; Viola et al., 2011).

Los puntajes brutos se convierten en puntajes T normalizados, construidos a partir de la muestra normativa de Estados Unidos, separados por sexo y grupo etario (6-11 y 12-18 años). A partir de estos puntajes, los resultados se clasifican en tres rangos: Normal, Borderline y Clínico. Para los síndromes, el rango Borderline corresponde a puntajes T entre 65 y 69 (percentiles 93 al 97), y el rango Clínico a puntajes T ≥ 70 (percentil> 97). Para los agrupamientos de segundo orden (Proble-

mas Internalizados, Problemas Externalizados y Problemas Totales) los puntos de corte son algo más bajos: el rango Borderline se ubica entre T = 60 y T = 63 (percentiles 84 al 90), y el rango Clínico a partir de T > 63 (percentil > 90). Debido a que las tasas de reporte de problemas varían entre sociedades, el Sistema Achenbach de evaluación basada en la evidencia (ASEBA, por sus siglas en inglés) desarrolló el Suplemento Multicultural(Achenbach & Rescorla, 2007), que organiza a los países en tres grupos según el nivel promedio de problemas declarados por los padres o referentes de cuidado. Uruguay se encuentra en el grupo 2, correspondiente a sociedades con problemas medios, cuyos puntos de corte fueron utilizados para la interpretación de los perfiles de riesgo.

13.3.2 Nota Psicométrica

Las propiedades psicométricas del CBCL/6-18 fueron evaluadas en Uruguay en una muestra de 1374 NNA de 6 a 11 años reclutados en 65 escuelas de todo el país(Viola et al., 2011), obteniendo evidencia de confiabilidad y validez del instrumento para evaluar problemas conductuales, emocionales y sociales en esta población, en concordancia con la evidencia reportada para 31 países(Rescorla et al., 2007).

Al igual que en estudios previos que utilizaron el instrumento en muestras uruguayas(Viola et al., 2011), en la muestra actual el CBCL/6-18 mostró adecuados niveles de consistencia interna. Los valores del Alfa de Cronbach para los síndromes, oscilaron entre 0,68 (conducta de romper reglas) y 0,87 (comportamiento agresivo), y para las escalas orientadas al DSM entre 0,69 (problemas somáticos) y 0,79 (problemas de déficit atencional/hiperactividad). Para los agrupamientos de segundo orden, los coeficientes fueron más elevados: $\alpha = 0,96$ para problemas totales y $\alpha = 0,89$ para comportamiento internalizante y externalizante (Tabla 13.2)

13.3.3 Resultados

En primer lugar, se describen las puntuaciones medias obtenidas en puntaje bruto y estandarizado según las normas del Grupo 2, así como los valores de confiabilidad para cada escala (Tabla 13.2) del CBCL/6-18. Posteriormente, se examinan las proporciones de niños que se ubican en las categorías Normal, Borderline y Clínico, tanto para los síndromes como para los agrupamientos de segundo orden y escalas orientadas al DSM, considerando las normas de dicho Grupo(Achenbach & Rescorla, 2007). Finalmente, se describen los perfiles de riesgo (Borderline y Clínico) en función del sexo, tercil de ingresos del hogar, región y edad (Gráficos 13.3 a 13.6).

En cuanto a los puntajes T, tanto los ocho síndromes como las seis escalas orientadas al DSM se ubicaron por encima del promedio normativo, mientras que los agrupamientos de segundo orden (problemas internalizados, externalizados y totales) se situaron por debajo, siendo problemas internalizados el de mayor puntaje promedio. Entre los síndromes, retraído/deprimido presentó el puntaje más elevado, al tiempo que entre las escalas DSM se destacaron los problemas de ansiedad (Tabla 13.2).

Tabla 13.2. Estadísticos descriptivos (puntajes brutos y T) y confiabilidad del CBCL/6-18

Síndromes	N ítems	Alpha	Media	Desviación estándar	Media puntaje bruto (DE)	Media T	Desviación estándar T	Media puntaje T (DE)
Ansioso/Deprimido	13	0,8	2,5	3,1	2,52 (3,07)	53,6	6	53,56 (6,02)
Retraído/Deprimido	8	0,8	1,9	2,4	1,87 (2,39)	55,2	7	55,15 (7)
Quejas somáticas	11	0,7	1,5	2,1	1,54 (2,14)	55	6,4	54,99 (6,42)
Problemas sociales	11	0,7	1,9	2,3	1,91 (2,32)	53,9	5,5	53,95 (5,52)
Problemas de pensamiento	15	0,7	1,2	2,1	1,18 (2,08)	52,9	5,5	52,91 (5,45)
Problemas de atención	10	0,8	2,7	3,2	2,7 (3,24)	53,4	5,6	53,45 (5,63)
Conducta de romper reglas	17	0,7	1,1	1,9	1,06 (1,9)	52	3,9	51,96 (3,87)
Comportamiento agresivo	18	0,9	3,3	4	3,29 (4,03)	52,8	5,1	52,77 (5,11)
Segundo orden								
Problemas Internalizados	32	0,9	5,9	6,4	5,93 (6,4)	49,4	11	49,42 (11,03)
Problemas Externalizados	35	0,9	4,4	5,5	4,35 (5,55)	45,7	9,5	45,71 (9,48)
Problemas totales	118	1	18,5	18,6	18,48 (18,56)	46,1	11,6	46,12 (11,62)
Escalas orientadas al DSM								
Problemas depresivos	13	0,8	1,7	2,5	1,72 (2,46)	54,3	6,2	54,26 (6,21)
Problemas de ansiedad	9	0,8	2,4	2,6	2,45 (2,62)	55	6,9	55 (6,92)
Problemas somáticos	7	0,7	1	1,5	1,04 (1,55)	54,8	6,5	54,82 (6,5)
Problemas de déficit de atención/Hiperactividad	7	0,8	2,3	2,6	2,33 (2,61)	53,1	5,1	53,12 (5,07)
Problemas de oposición desafiante	5	0,8	1,5	1,7	1,51 (1,72)	52,7	4,2	52,69 (4,24)
Problemas de conducta	17	0,8	1	2	0,97 (2,02)	52	4,2	51,99 (4,21)

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En la Tabla 13.3 se muestra la proporción de perfiles de riesgo según los criterios del Grupo 2. Al observar los agrupamientos de segundo orden, la proporción de NNA con problemas internalizados superó a la de problemas externalizados, tanto en el grupo borderline como en el clínico; sin embargo, en este último la diferencia fue notoriamente más amplia. En cuanto a los Problemas totales, la proporción de NNA clasificados en el grupo clínico superó levemente a la del grupo borderline.

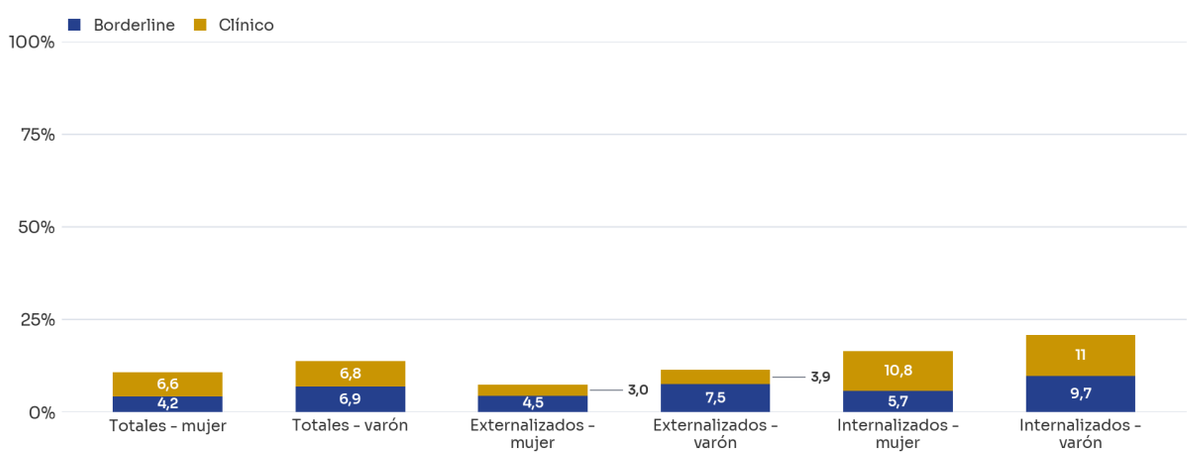
Tabla 13.3. Distribución según clasificación en Normal, Borderline y Clínico en el CBCL/6-18 para el Grupo 2.

Síndromes	Normal (%)	Borderline (%)	Clínico (%)
Ansioso/Deprimido	92,8	3,8	3,4
Retraído/Deprimido	89,3	5,9	4,8
Quejas somáticas	90,5	5,2	4,2
Problemas sociales	93,6	4,5	1,9
Problemas de pensamiento	93,8	3,4	2,8
Problemas de atención	94,5	3,3	2,2
Conducta de romper reglas	98,6	0,8	0,6
Comportamiento agresivo	96	2,6	1,5
Segundo orden			
Problemas Internalizados	81,3	7,7	10,9
Problemas Externalizados	90,6	6	3,4
Problemas totales	87,7	5,6	6,7
Escalas orientadas al DSM			
Problemas depresivos	91,2	4,9	3,8
Problemas de ansiedad	88,5	7,1	4,5
Problemas somáticos	90,7	5,1	4,2
Problemas de déficit de atención/Hiperactividad	94,8	3,3	1,8
Problemas de oposición desafiante	97,3	2,1	0,7
Problemas de conducta	97,2	2	0,8

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al analizar la distribución de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico por sexo, los varones presentaron proporciones más altas que las mujeres en ambos grupos y en los tres grupos de problemas. Los mayores porcentajes son de problemas internalizados, con varones alcanzando un 21,12% de riesgo (borderline + clínico), frente a un 16,47% en mujeres (Gráfico 13.3).

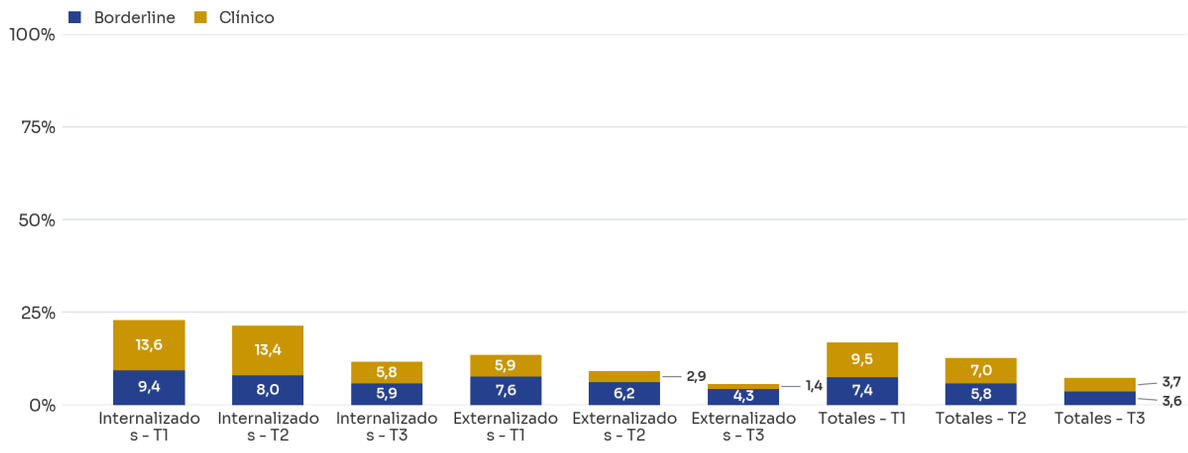
Gráfico 13.3. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según sexo.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

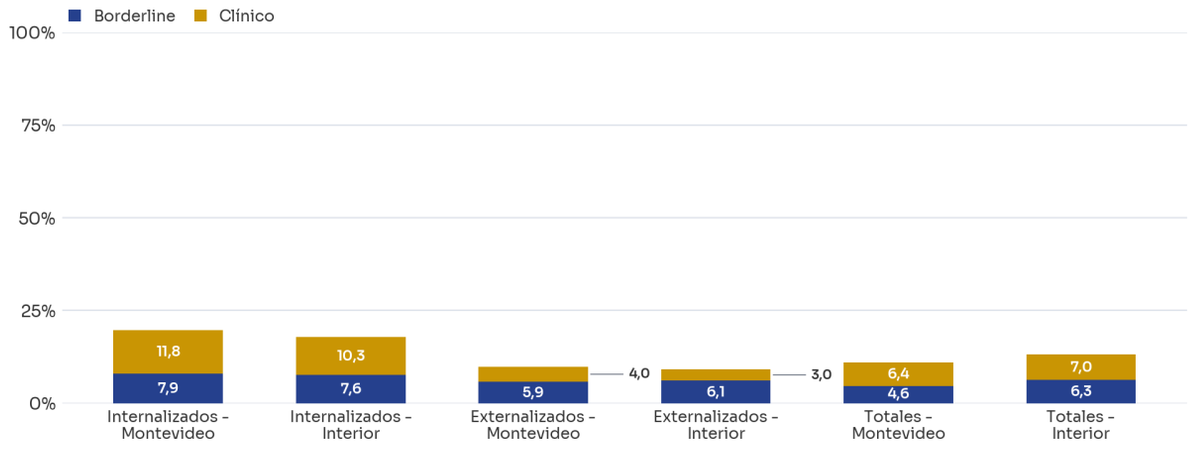
En cuanto a la distribución según tercil de ingresos del hogar, se observó un descenso escalonado en las proporciones de problemas a medida que el tercil aumenta, de modo que los NNA pertenecientes a los hogares de menores ingresos presentaron los porcentajes más altos en las tres dimensiones de problemas y en ambos grupos (Gráfico 13.4). Por su parte, al observar por región, los NNA de Montevideo superan a los del interior en problemas internalizados y externalizados, mientras que esta relación se invierte en problemas totales (Gráfico 13.5). Por último, se observó un descenso en problemas internalizados conforme aumenta la edad, no se observó una clara tendencia según problemas externalizados, mientras que en los problemas totales las diferencias por edad son pequeñas, aunque se aprecia cierta tendencia de reducción de riesgo a mayor edad (Gráfico 13.6).

Gráfico 13.4. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según tercil de ingresos del hogar.



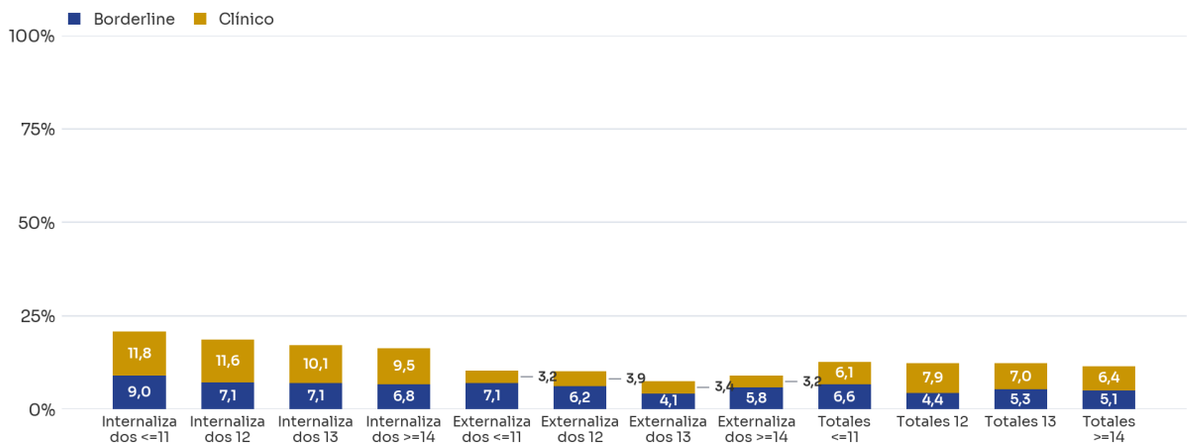
Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 13.5. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según región.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 13.6. Porcentaje de NNA categorizados en el grupo Borderline y Clínico de Problemas del CBCL según edad.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

13.4 Olweus Bully/Victim Questionnaire

13.4.1 Descripción del Instrumento

El bullying o acoso entre pares se evaluó mediante la subescala de victimización del Cuestionario de Agresor-Víctima de Olweus (OBVQ, por sus siglas en inglés)(Olweus, 1996), solicitando a los NNA respuestas en función de sus experiencias de acoso durante los últimos dos meses. Previo a los ítems, el cuestionario incluye una definición estandarizada de bullying, que contiene ejemplos concretos de conductas de acoso y establece tres criterios centrales para su identificación: la intencionalidad del daño, la repetición de las conductas en el tiempo y la existencia de un desequilibrio de poder entre quien agrede y quien es agredido. Esta definición busca asegurar que todos los participantes compartan una comprensión común del fenómeno antes de responder(Olweus, 2013).La subescala utilizada en este estudio corresponde a la dimensión de Víctima del instrumento completo y está compuesta por un total de ocho ítems, que indagan experiencias de victimización de diversos tipos (física, verbal, social, sexual y ciberacoso).

Los ítems se respondieron mediante una escala de frecuencia de cinco puntos: 1 = nunca; 2 = Sólo ha ocurrido una o dos veces; 3 = 2 o 3 veces al mes; 4 = Como una vez a la semana y 5 = Varias veces a la semana. Debido a un filtro aplicado por error en la primera pregunta y que no corresponde según las instrucciones del instrumento, los resultados obtenidos en este estudio representan una incidencia base (mínima) de victimización en la muestra analizada. Por tanto, es importante que los lectores no interpreten estos datos como una estimación de la incidencia real de la victimización, sino cómo el límite mínimo de incidencia. En el mismo sentido, y también por un error desconocido, no se dispone de información sobre la dimensión Bullying/Agresor, correspondiente a los restantes 8 ítems con los que cuenta el instrumento completo. Entre los ítems de la escala de victimización se incluyen: “Me han puesto apodos ofensivos, me ridiculizaron o me molestaron de forma hiriente”, “Otros estudiantes me excluyeron de actividades, ignorándome o propagaron falsos rumores acerca de mí”, “Me han insultado con comentarios o gestos con tonos sexuales”.

13.4.2 Nota Psicométrica

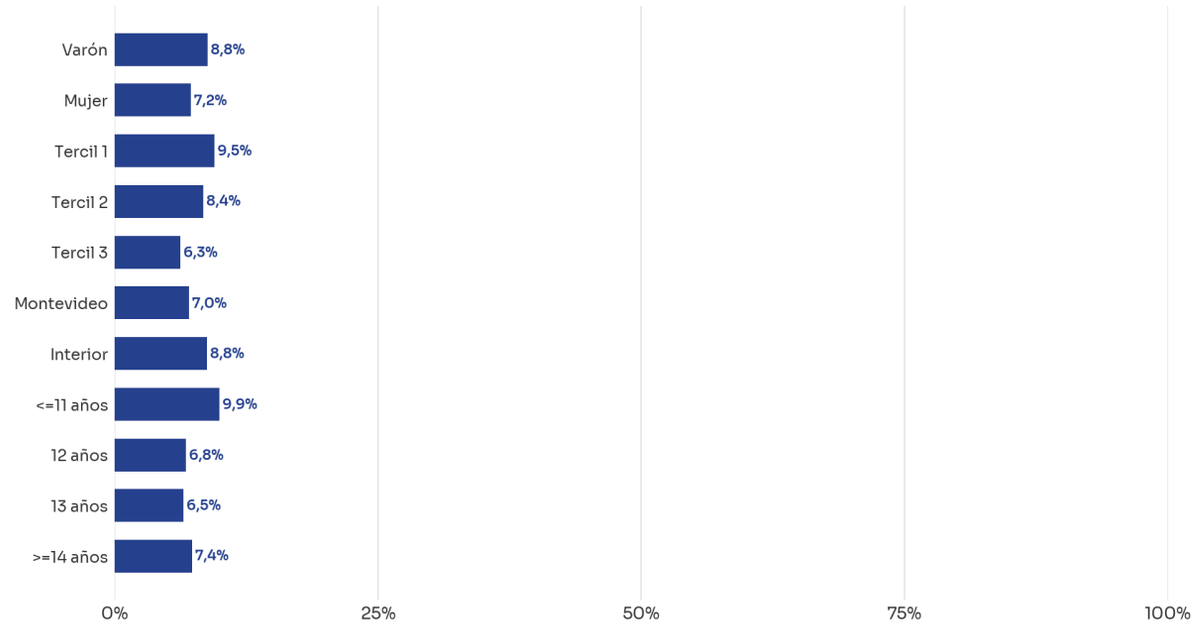
El Cuestionario de Bully-Víctima de Olweus(Olweus, 1996) ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos. Por ejemplo, en muestras de más de 5000 sujetos se han obtenido valores de α entre 0,80 y 0,90 para las dimensiones de victimización y bullying respectivamente(Olweus, 2013; Solberg & Olweus, 2003). En muestras argentinas, también se ha observado una adecuada confiabilidad tanto en muestras de adolescentes (α = 0,87 para la escala de victimización y de 0,79 para la escala de bullying)(Resett, 2011), como en niños/as en edad escolar (α = 0,74 y 0,81 respectivamente)(Resett et al., 2023). En línea con estos antecedentes, en este estudio la escala de victimización mostró niveles adecuados de confiabilidad (α = 0,79) para los casos que se dispone información completa.

13.4.3 Resultados

A continuación, se reportan los resultados de la escala de victimización del OBVQ. Se describe la prevalencia base de NNA víctimas de acoso escolar, diferenciada por frecuencia (no involucrado, ocasional y frecuente), así como la proporción de víctimas según variables sociodemográficas (Gráfico 13.7).

Del total de la muestra, un 8,04% reportó haber sido víctima de situaciones de acoso escolar. Dentro de este grupo, la mayoría correspondió a víctimas frecuentes (78,5%), mientras que una menor proporción reportó ser víctima de situaciones ocasionales de acoso (21,5%). Al explorar por variables sociodemográficas, la proporción de NNA que sufrieron acoso escolar fue levemente superior en varones que en mujeres. La proporción fue mayor en el tercil de ingresos más bajo y disminuyó progresivamente hacia los terciles más altos. A su vez, los valores fueron levemente superiores en el interior del país respecto a Montevideo. Por último, la proporción más alta correspondió al grupo de 11 años o menos, con valores menores en los grupos de 12 y 13 años y un leve aumento en el grupo de 14 años o más (Gráfico 13.7).

Gráfico 13.7. Proporción de NNA víctimas de acoso escolar según sexo, tercil de ingreso, región y grupo de edad.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

13.5 KIDSCREEN - 27

13.5.1 Descripción del Instrumento

La familia de cuestionarios Kidscreen fue desarrollada en diversos países de Europa y sirve para evaluar la calidad de vida de NNA, con fines de cribado, seguimiento y evaluación en contextos clínicos y de investigación. Existen tres versiones del Kidscreen, de diferente extensión y áreas evaluadas según las necesidades del estudio, todas diseñadas para utilizarse entre las edades 8 a 18, con posibilidad de ser autoadministradas por los NNA o respondidas por madres y padres como informantes indirectos(Ravens-Sieberer & Kidscreen Group Europe, 2006).

En este estudio se empleó la escala autoadministrada Kidscreen-27, que está estructurada en cinco dimensiones: bienestar físico (cinco ítems) y psicológico (siete ítems), su autonomía y las relaciones con sus padres (siete ítems), el apoyo de sus compañeros y amigos (cuatro ítems), así como el entorno escolar (cuatro ítems), y totaliza 27 ítems. El cuestionario comienza con la pregunta “En general, ¿cómo dirías que es tu salud?”, que se responde en una escala de cinco puntos que va de “Excelente” a “Mala”. Posteriormente, se presentan los ítems por dimensión, con cinco opciones de respuesta según la intensidad y la frecuencia (Nada/Nunca; Un poco/Casi nunca; Moderadamente/Algunas veces; Mucho/Casi siempre y Muchísimo/Siempre), considerando la última semana. En la Tabla 13.4 se presentan ejemplos de ítem del Kidscreen-27.

El Kidscreen-27 posee baremos confeccionados a partir de muestras de 13 países europeos, desarrollados simultáneamente, que permiten comparaciones transculturales de la calidad de vida relacionada con la salud (Ravens-Sieberer & Kidscreen Group Europe, 2006). Se utilizaron los criterios de normalización basados en puntuación Rasch: a partir de las respuestas a los ítems (previamente recodificados cuando corresponde), se calculan puntuaciones sumatorias por

dimensión, que luego se transforman, mediante las tablas del manual, en parámetros de persona según el modelo de Rasch y en puntajes T estandarizados (media = 50; desvío estándar = 10). Con el fin de analizar las tendencias de NNA en situación de vulnerabilidad en cada dimensión evaluada, y dadas las edades presentes en la ENDIS Ronda 4, se establecieron puntos de corte a partir de los percentiles normativos del instrumento, ajustados por grupo etario(Ravens-Sieberer & Kidscreen Group Europe, 2006, tabla A7.3). Se consideró que un NNA se encontraba en "Riesgo elevado" cuando su puntaje era inferior al percentil 10 para el baremo de referencia, mientras que aquellos cuyos puntajes se ubican entre el percentil 10 y el percentil 25 se clasificaron en "Zona de monitoreo".

Tabla 13.4. Ejemplos de ítem del Kidscreen-27 por dimensión.

Dimensión	Ejemplo de ítem
Bienestar físico	¿Te sentiste bien y físicamente en forma?
Bienestar psicológico	¿Estuviste de buen humor?
Padres	¿Tus padres tuvieron suficiente tiempo para vos?
Pares y amigos	¿Tus amigos/as y vos, se ayudaron entre ustedes?
Entorno escolar	¿Pudiste prestar atención en clase?

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

13.5.2 Nota Psicométrica

Existe múltiple evidencia de la confiabilidad y validez de la escala Kidscreen-27(Ravens-Sieberer et al., 2014), incluso en algunos países latinoamericanos(Da Silveira et al., 2021; Molina et al., 2014; Vélez et al., 2016). En general, los resultados muestran indicadores aceptables a buenos en términos de confiabilidad y diversos tipos de validez. No se conocen estudios nacionales respecto a indicadores psicométricos de este instrumento. En esta muestra, las medidas de consistencia interna fueron adecuadas, con valores de α entre 0,72 y 0,80 para las cinco dimensiones (Tabla 13.5).

13.5.3 Resultados

En esta sección, se detallan los resultados del Kidscreen-27 autorreportado por los NNA. En primera instancia, se describen los estadísticos descriptivos de cada dimensión evaluada, incluyendo los puntajes brutos y T de la muestra. Luego, se describen las tendencias de NNA en situación de vulnerabilidad por cada dimensión, para el total de NNA y desagregados por sexo, tercil de ingresos del hogar, región y edad.

De las cinco dimensiones del instrumento, bienestar físico presenta los puntajes promedio más bajos en la muestra, seguido de bienestar psicológico, siendo ambas dimensiones inferiores al promedio normativo (Tabla 13.5), y concentraron también la mayor proporción de NNA en zona de riesgo o monitoreo según el baremo de referencia: 32,1% y 27,5% respectivamente (Tabla 13.6). Por el contrario, la dimensión de pares y amigos fue la que mostró puntuaciones más elevadas, seguida de entorno escolar y padres, superando el promedio normativo (Tabla 13.5), con proporciones considerablemente menores de NNA en situación de vulnerabilidad (Tabla 13.6).

Tabla 13.5. Estadísticos descriptivos (puntajes brutos y T) y confiabilidad del Kidscreen-27

Dimensión	N ítems	Alpha	Media bruto	Desviación estándar	Media puntaje bruto (DE)	Media T	Desviación estándar	Media puntaje T (DE)
Bienestar físico	5	0,7	17,3	3,4	17,35 (3,43)	49,5	9,8	49,53 (9,83)
Bienestar psicológico	7	0,8	28,5	4,3	28,48 (4,34)	49,6	9,4	49,64 (9,42)
Padres	7	0,8	28,5	4,6	28,52 (4,63)	51,1	9,5	51,09 (9,49)
Pares y amigos	4	0,8	17,6	2,8	17,63 (2,76)	54,8	9,9	54,76 (9,92)
Entorno escolar	4	0,7	16,5	2,5	16,45 (2,55)	54,1	9	54,06 (9)

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

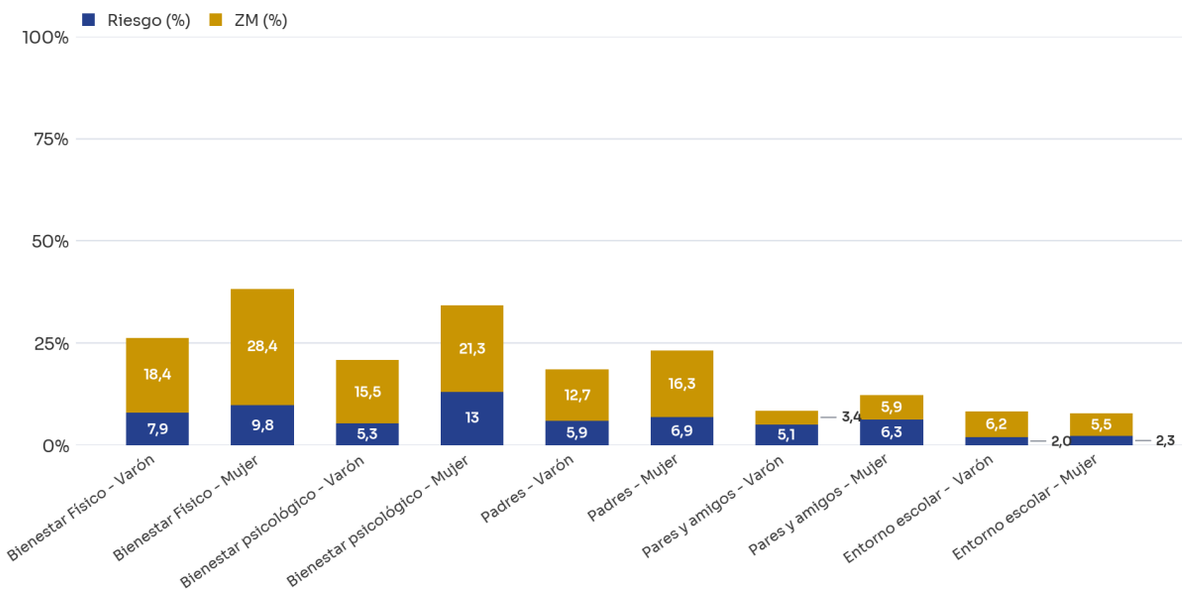
Tabla 13.6. Distribución de NNA en situación de vulnerabilidad (Riesgo elevado y Zona de monitoreo) en cada dimensión del Kidscreen.

Dimensión	Riesgo elevado (%)	Riesgo elevado	Zona de monitoreo (%)	Zona de monitoreo
Bienestar físico	8,8	0,1	23,3	0,2
Bienestar psicológico	9,1	0,1	18,4	0,2
Padres	6,4	0,1	14,4	0,1
Pares y amigos	5,7	0,1	4,6	0
Entorno escolar	2,2	0	5,9	0,1

Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

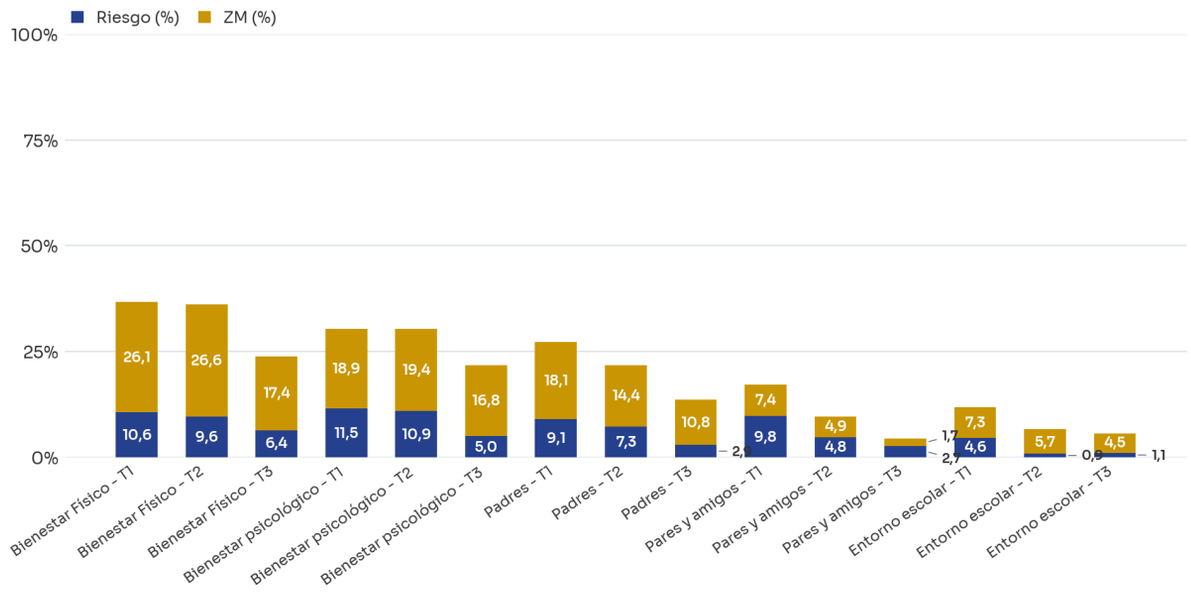
Al analizar la distribución de NNA en situación de vulnerabilidad por variable de corte, las mujeres muestran mayores porcentajes de riesgo que los varones en casi todas las dimensiones, aunque con una diferencia más marcada en bienestar físico y psicológico (Gráfico 13.8). Para esta última dimensión, el porcentaje de mujeres en riesgo elevado es más del doble que el de los varones. Por tercil de ingresos y para todas las dimensiones del Kidscreen se observa una mayor proporción de NNA en zona de riesgo o monitoreo en los terciles 1 y 2 (Gráfico 13.9).

Gráfico 13.8. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según sexo.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

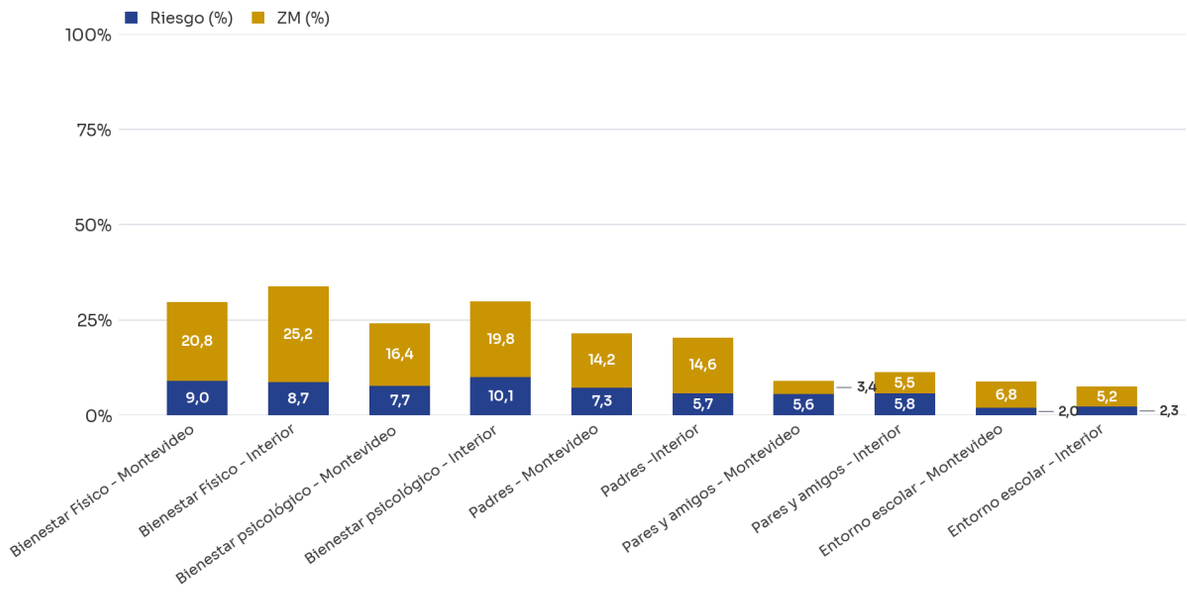
Gráfico 13.9. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según tercil de ingresos del hogar.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

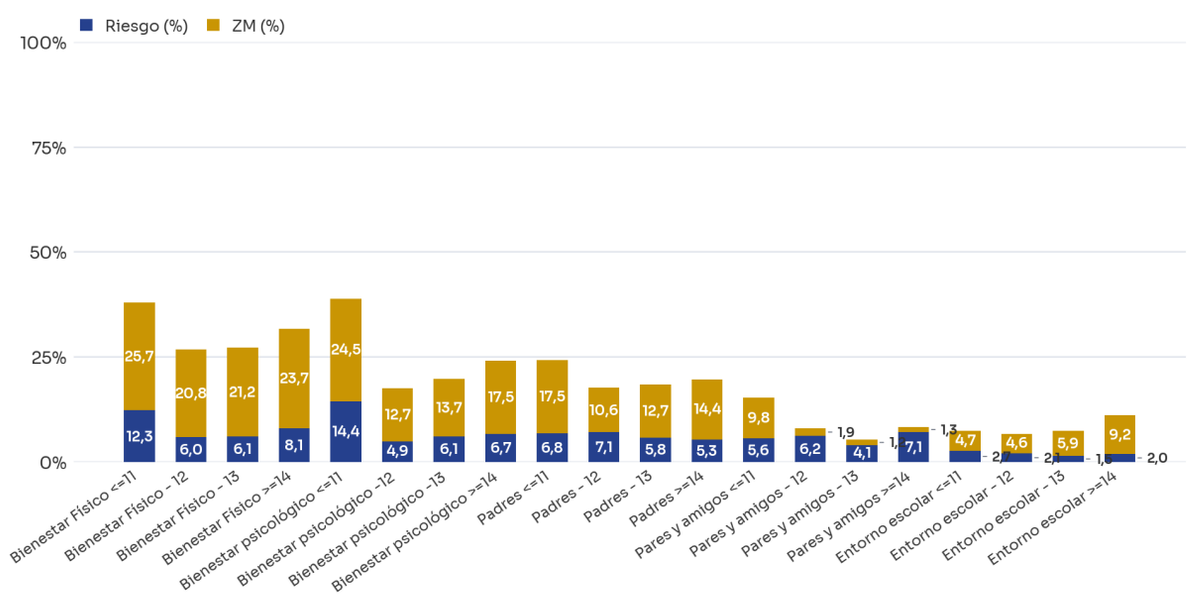
En cuanto a regiones, las diferencias son más variables entre Montevideo y el interior: se observan mayores porcentajes de NNA en zona de monitoreo para bienestar físico, psicológico y apoyo de pares/amigos en el interior, aunque en lo referente a la relación con sus padres y al entorno escolar, los porcentajes de NNA en situación de vulnerabilidad son mayores en Montevideo (Gráfico 13.10). Por último, para todas las edades se observan porcentajes más elevados de riesgo en bienestar físico en comparación con las demás dimensiones, siendo superior en los NNA más pequeños (de 11 o menos), seguido por los mayores (de 14 años o más). A su vez, se destaca el mayor porcentaje de riesgo elevado en el bienestar psicológico de los NNA de 11 años o menos (Gráfico 13.11).

Gráfico 13.10. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según región.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Gráfico 13.11. Proporción de NNA en Riesgo elevado y Zona de monitoreo (ZM) en las dimensiones del Kidscreen-27 según edad.



Fuente: Elaboración CICEA-EI en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

13.6 Discusión

Los resultados de este estudio utilizando datos de la ENDIS 2024 permiten conocer mejor las características de los NNA uruguayos y sus referentes de cuidados en términos de bienestar general y psicosocial.

Al indagar sobre aspectos de la salud mental del cuidador, los resultados del presente estudio son consistentes con los datos disponibles para Uruguay sobre sintomatología depresiva de los referentes de cuidado en la cohorte 2023(Instituto Nacional de Estadística et al., 2024). Dicho informe reportó que el 21,8% de los referentes de crianza de infantes de la cohorte estudiada presentó probabilidad de depresión, con diferencias marcadas según nivel de ingresos (alcanzando el 26,2% en el tercil de menores ingresos y 13,5% en el más alto)(Uruguay Crece Contigo, 2024). Estas diferencias por nivel de ingresos se observan también en la muestra actual, evidenciando que las condiciones materiales del hogar están estrechamente vinculadas a la salud mental de quienes ejercen roles de cuidado. En este sentido, cabe destacar que en el contexto uruguayo los sentimientos de tristeza y malestar vienen en aumento en la población de 16 a 19 años, siendo más del doble en adolescentes mujeres(UNICEF & INJU/MIDES, 2023).

En cuanto a los problemas conductuales, emocionales y sociales de los NNA, los resultados obtenidos se corresponden con estudios anteriores en Uruguay, destacándose efectos de nivel socioeconómico y sexo. En particular, en ambos estudios niveles de ingreso más bajos se asociaron con mayores problemas totales, con los varones puntuando más alto que las mujeres(Viola et al., 2011). Estos resultados coinciden con los obtenidos en la ronda 3 de la misma cohorte, donde los varones presentaron puntajes promedio más elevados que los de las mujeres tanto en problemas totales como en problemas externalizados e internalizados, y donde se observaron diferencias escalonadas según nivel de ingresos y educación materna en las proporciones de NNA en los grupos borderline y clínico(Ministerio de Desarrollo Social, 2021). Por su parte, en la presente muestra los varones obtuvieron puntuaciones más altas en problemas internalizados que las mujeres, a diferencia de lo encontrado en estudios previos en población de menor edad(González & Vásquez-Echeverría, 2024; Rescorla et al., 2007). Dado que los puntajes en el CBCL varían con la edad(Rescorla et al., 2007), la composición etaria de la muestra podría estar modulando este patrón. A su vez, el predominio de problemas internalizados, tanto clínicos como borderline, por sobre los externalizados y la mayor proporción de NNA con problemas comportamentales y emocionales en los hogares de menores ingresos se ha observado también en estudios anteriores que aplicaron el CBCL 1½-5 en niños de menor edad(González & Vásquez-Echeverría, 2024), sugiriendo que estas tendencias se mantienen a lo largo de distintas franjas etarias en la población uruguaya.

Por otra parte, un 8,04% de los NNA reportó haber sido víctima de acoso escolar en los últimos dos meses. Esta cifra coincide con estudios previos en la región(Resett, 2011) aunque se ubica por debajo del promedio nacional: en Uruguay la prevalencia de acoso escolar oscila entre el 4,5% y el 26%, con un promedio de situaciones de acoso en instituciones educativas cercano al 16%(UNICEF, 2021). Volvemos a advertir a los lectores y eventuales investigadores que utilizarán las bases de la ENDIS, que la forma en que se administró este instrumento (i.e., con un salto en la primera pregunta de rol víctima si contestaba que no y sin aplicar las preguntas del rol agresor) no es la recomendada y en este sentido, las estimaciones de prevalencia del bullying que permite realizar la ENDIS 2024 son de mínimos. De todas formas, a pesar de estas restricciones, más de la mitad de estas víctimas de acoso que lograron ser identificadas reportaron haber sufrido acoso frecuentemente (una o más veces a la semana), siendo menor la proporción de víctimas ocasionales. La mayor proporción de varones víctimas de acoso escolar va en línea con los datos de UNICEF(2021), que indica que los varones experimentan más agresiones físicas directas e indirectas, mientras que otros tipos de acoso como la agresión verbal, la exclusión y el acoso sexual no muestran diferencias por sexo. En cuanto a la edad de las víctimas, se observó que en su mayoría fueron los NNA más pequeños, lo que coincide parcialmente con lo señalado para Uruguay, donde la victimización

por acoso tiende a disminuir a medida que la edad aumenta(UNICEF, 2021), aunque en el estudio actual luego se observa un leve aumento en el grupo de 14 años o más. No obstante, a nivel mundial se han evidenciado prevalencias relativamente similares del acoso entre los 11 y los 15 años(UNESCO, 2021). La mayor prevalencia de acoso en el tercil de ingresos más bajo, se contrapone a estudios previos en Uruguay que no evidenciaron diferencias por nivel socioeconómico(UNICEF, 2021), aunque es ampliamente reconocido en la literatura que una situación socioeconómica desfavorable se asocia con mayor riesgo de sufrir acoso(UNESCO, 2021; UNICEF, 2021). La forma no recomendada de administración del cuestionario de Olweus en esta encuesta no permite determinar si estas diferencias se deben a cambios en tendencias poblacionales o efectos metodológicos.

Respecto de la calidad de vida de los NNA, esta es la primera vez que se utiliza el Kidscreen en la ENDIS, y hasta nuestro conocimiento, es la primera publicación de resultados con datos nacionales utilizando este instrumento. En comparación con la norma europea, los resultados señalan que los puntajes de bienestar físico y psicológico se ubican por debajo del promedio, mientras que las demás dimensiones del Kidscreen se sitúan por encima. Dicho de otra forma, y en comparación con la muestra normativa europea existen mayores niveles de riesgo acumulado en bienestar físico y psicológico, algo menores en relacionamiento con los padres y sustancialmente menores en relacionamiento con pares y amigos y entorno escolar. Algunas de estas tendencias se han observado en otras muestras de la región; por ejemplo, en adolescentes brasileños, los valores más bajos se registraron en bienestar físico, seguidos del bienestar psicológico(Da Silveira et al., 2021). Las diferencias en los puntajes por sexo replican la evidencia internacional, observada tanto en una muestra representativa de adolescentes chilenos como en el estudio europeo original realizado en 13 países, mostrando peor calidad de vida en mujeres, particularmente en bienestar físico y psicológico(Molina et al., 2014; Ravens-Sieberer et al., 2007). Por su parte, la calidad de vida reportada fue menor en hogares con menores niveles de ingreso, en consonancia con estudios previos que identifican indicadores socioeconómicos (e.g., la riqueza familiar) como predictores relevantes(Von Rueden et al., 2006). En el contexto latinoamericano, la calidad de vida fue significativamente mayor en todas las dimensiones del Kidscreen a medida que aumentaba el nivel socioeconómico(Vélez et al., 2016). En este sentido, los resultados del presente estudio sugieren que el nivel de ingresos del hogar constituye un determinante transversal del bienestar psicosocial, con efectos consistentes en todas las variables analizadas, tanto en NNA como en sus referentes de cuidado.

13.7 Referencias bibliográficas

Achenbach.(1991). Manual for the child behavior checklist/4–18 and 1991 profile.University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach &Rescorla.(2007). Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms &profiles.University of Vermont, Research Center for Children, Youths, & Families.

Achenbach, T. M., &Rescorla, L. A. (2001).Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: Child behavior checklist for ages 6-18, teacher´s report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment. ASEBA.

Ali, G.-C., Ryan, G., & De Silva, M. J. (2016). Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. PLOS ONE, 11(6), e0156939. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156939

Da Silveira, P. M., Bandeira, A. D. S., Lopes, M. V. V., Borgatto, A. F., & Da Silva, K. S. (2021). Psychometric analysis of the Brazilian-version Kidscreen-27 questionnaire. Health and Quality of Life Outcomes, 19(1), 185. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01824-7

De Jesus Mari, J., & Williams, P. (1986). A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. British Journal of Psychiatry, 148(1), 23-26. https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23

González, M., &Vásquez-Echeverría, A. (2024).Desarrollo infantil y personalidad del cuidador principal. En Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2023 (pp. 127-143). Montevideo. MIDES, MSP, INE.

Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Desarrollo Social, & Ministerio de Salud Pública. (2024). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Principales resultados- Cohorte 2023. Montevideo. MIDES, MSP, INE.

Ministerio de Desarrollo Social. (2021). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de principales resultados de la tercera ronda (ENDIS 2019). Niños y niñas de 5 a 10 años.https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20Tercera%20ronda.pdf

Molina, T., Montaño E, R., González A, E., Sepúlveda P, R., Hidalgo-Rasmussen, C., Martínez N, V., Molina C, R., & George L, M. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. Revista médica de Chile, 142(11), 1415-1421. https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100008

Olweus. (1996). Bullying at School: Knowledge Base and an Effective Intervention Program. Annals of the New York Academy of Sciences, 794(1), 265-276. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1996.tb32527.x

Olweus, D. (2013). School Bullying: Development and Some Important Challenges. Annual Review of Clinical Psychology, 9(1), 751-780. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516

Organización Mundial de la Salud. (1994). A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ).Organización Mundial de la Salud.

Ravens-Sieberer, U., Auquier, & Erhart. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. (16), 1347-1356. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2

Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. Quality of Life Research, 23(3), 791-803. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0428-3

Ravens-Sieberer, U. &Kidscreen Group Europe (Eds.). (2006). The Kidscreen questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents: handbook (3rd edition). Pabst Science Publishers.

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Larsson, B., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15(3), 130-142. https://doi.org/10.1177/10634266070150030101

Resett, S. (2011).Aplicación del cuestionario de agresores/víctimas de Olweus a una muestra de adolescentes argentinos.Revista de Psicología, 7(13).https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/5975

Resett, S., Rodriguez, L. M., & Moreno, J. E. (2023). Propiedades psicométricas del Cuestionario Revisado de Bullying/Victimización de Olweus para Niños en español. Ciencias Psicológicas, 17(1), e-2872. https://doi.org/10.22235/cp.v17i1.2872

Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. Aggressive Behavior, 29(3), 239-268. https://doi.org/10.1002/ab.10047

UNESCO. (2021). Más allá de los números: Poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398_spa

UNICEF. (2021). Acoso escolar en Uruguay. Informe de estado de situación. UNICEF Uruguay. https://www.unicef.org/uruguay/media/6051/file/Acoso%20escolar%20en%20Uruguay.%20Informe%20de%20estado%20de%20situaci%C3%B3n.pdf

UNICEF, & INJU/MIDES. (2023). Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes de 16 a 19 años desde el Panel de Juventudes de la ENAJ. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Panorama_salud_mental_Panel_ENAJ_web.pdf

Uruguay Crece Contigo. (2024). Aspectos relacionados al bienestar emocional de las y los referentes. En Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2023 (pp. 39-40).Montevideo. MIDES, MSP, INE

Van Der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J. K., Stein, D. J., & Sorsdahl, K. (2016). Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting. International Journal of Mental Health and Addiction, 14(1), 37-48. https://doi.org/10.1007/s11469-015-9566-x

Vásquez-Echeverría, A., Alvarez-Nuñez, L., Gonzalez, M., Loose, T., & Rudnitzky, F. (2022). Role of parenting practices, mother's personality and depressive symptoms in early child development. Infant Behavior and Development, 67, 101701. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101701

Vélez, C.-M., Lugo-Agudelo, L.-H., Hernández-Herrera, G.-N., & García-García, H.-I. (2016). Colombian Rasch validation of KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. Health and Quality of Life Outcomes, 14(1), 67. https://doi.org/10.1186/s12955-016-0472-0

Viola, L., Garrido, G., & Rescorla, L. (2011). Testing Multicultural Robustness of the Child Behavior Checklist in a National Epidemiological Sample in Uruguay. Journal of Abnormal Child Psychology, 39(6), 897-908. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9500-z

Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & the European KIDSCREEN group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. Journal of Epidemiology and Community Health, 60(2), 130-135. https://doi.org/10.1136/jech.2005.039792

SEGUNDA PARTE

Análisis del cuestionario autoadministrado

En esta ronda, por primera vez, se incorporó un cuestionario dirigido directamente a niños, niñas y adolescentes, con el propósito de recoger su propia percepción y experiencia sobre distintos aspectos de sus vidas.

La aplicación se realizó mediante una tablet y se procuró generar un entorno de respuesta cómodo y amigable, tanto en relación con la extensión del cuestionario como con el contenido de las preguntas. En este sentido, ningún módulo incluyó respuestas obligatorias, respetando la voluntad de participación de cada entrevistado/a en los distintos temas abordados.

Los módulos autoadministrados incluyeron el test de bullying o acoso entre pares (OBVQ), el test Kidscreen, el módulo de acceso, uso y competencias digitales, el módulo de salud y el módulo de consumo de alcohol y bebidas energizantes.

Los resultados de estos módulos constituyen una valiosa fuente de información que refleja, de primera mano, las opiniones, experiencias, percepciones y prácticas de los propios niños, niñas y adolescentes relevados.

CAPÍTULO 14

Acceso, Uso y Competencias Digitales de Niñas, Niños y Adolescentes

Por Universidad Católica del Uruguay: Matias Dodel y Carolina Pérez Moretti.

14.1 Introducción

El presente capítulo analiza el módulo de autorreporte sobre el uso de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) por parte de niñas, niños y adolescentes (NNA) entrevistados en la 4.ª ola de la ENDIS. El cuestionario TIC replicó parcialmente otros estudios nacionales representativos del uso de Internet en NNA uruguayos (ver Kids Online Uruguay AGESIC y otros, 2022 y UNICEF y otros, 2018), indagando las siguientes dimensiones: frecuencia del uso de dispositivos digitales para conectarse a Internet, grado de autonomía al utilizar Internet, experiencias asociadas a usos problemáticos de Internet y nivel de habilidades digitales declaradas.

En línea con otros capítulos de este informe, así como con la literatura sobre inequidades digitales (Helsper, 2021), se analizan estas dimensiones a la luz de variables sociodemográficas y económicas clave asociadas a la inclusión digital, el bienestar infantil y el desarrollo de competencias: sexo, edad, región de residencia y tercil de ingresos per cápita del hogar (sin valor locativo). Es importante resaltar que, en el tramo etario indagado por la 4.ª ola de la ENDIS, la edad no sólo se refiere al desarrollo madurativo de NNA, sino que también se encuentra asociada a los años de instrucción formal de las y los encuestados.

14.2 Frecuencia en el uso de dispositivos para conectarse a Internet

El módulo TIC de la ENDIS permite, mediante la indagación individual de los dispositivos, generar una frecuencia global del uso de Internet en NNA. En este sentido, al considerar la frecuencia más elevada de uso de Internet en cualquiera de los dispositivos indagados (celular, TV, PC, tablet y consola de videojuegos), se observa (Gráfico 14.1) que un 56,1% de NNA dice utilizar Internet "todo el tiempo" en al menos un dispositivo, mientras que un 38,6% lo hace al menos una vez al día. La suma de ambas categorías implica que el 95% de las NNA encuestados por la ENDIS utiliza Internet todos los días, siendo virtualmente inexistente (0,48%) el uso de Internet con una frecuencia menor a la semanal.

Si se observan las frecuencias de uso específicas de dispositivos para conectarse a Internet presentadas en la Gráfico 14.1, el celular es el más utilizado. Este es el único dispositivo para el cual la moda o categoría de uso más frecuente es "todo el tiempo" (43,9%). Si a ello se suma otro 36,8% de NNA que lo usa "al menos una vez al día", la ENDIS señala que un 80,7% de NNA utiliza diariamente el celular para conectarse a Internet. En el otro extremo, menos de 1 de cada veinte NNA (4,7%) nunca utiliza este dispositivo con conectividad.

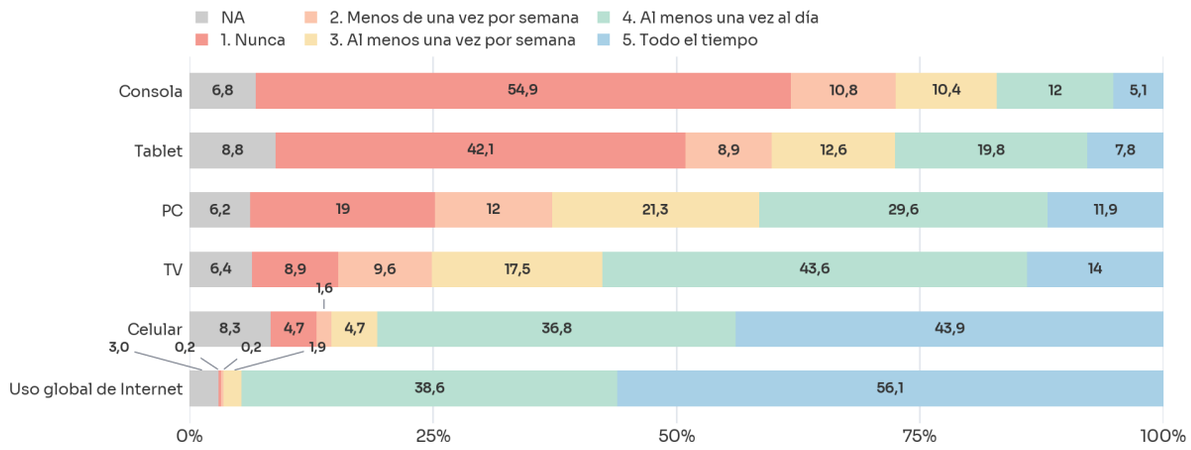
La prevalencia del uso del celular como medio diario para acceder a Internet es comparativamente elevada. En contraste con los otros dispositivos, el uso diario del celular (80,7%) es 23 puntos porcentuales mayor que el de la TV (57,6%), 39 puntos porcentuales mayor que el de la PC (41,5%),

53 puntos porcentuales mayor que el de la tablet (27,6%) y 64 puntos porcentuales mayor que el de la consola (17,1%).

Ninguno de los otros dispositivos de mayor uso diario comparado, como la TV y la PC, presenta en su uso diario una frecuencia de uso continua ("todo el tiempo") comparable a la del celular. Un 14,0% de NNA menciona que se conecta todo el tiempo a Internet a través de la TV, mientras que un 11,9% lo hace a través de la PC.

El uso de Internet a través de la tablet y la consola presenta una distribución distinta. La moda o categoría de uso más frecuente de Internet en la tablet (42,1%) y en la consola (54,9%) es "nunca", con usos diarios sustantivamente menores tal como fue señalado con anterioridad.

Gráfico 14.1. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet



Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Al analizar las diferencias en la frecuencia de uso por sexo, en el gráfico 14.2 se observan escasas disparidades en el uso global de Internet. Tampoco se aprecian diferencias mayores de 10 puntos porcentuales en la frecuencia de acceso a través de TV, PC o tablet. Sin embargo, se aprecian disparidades de dos dígitos porcentuales en lo que se refiere al uso (intensivo) del celular y al uso (alguna vez e intensivo) de las consolas de videojuegos.

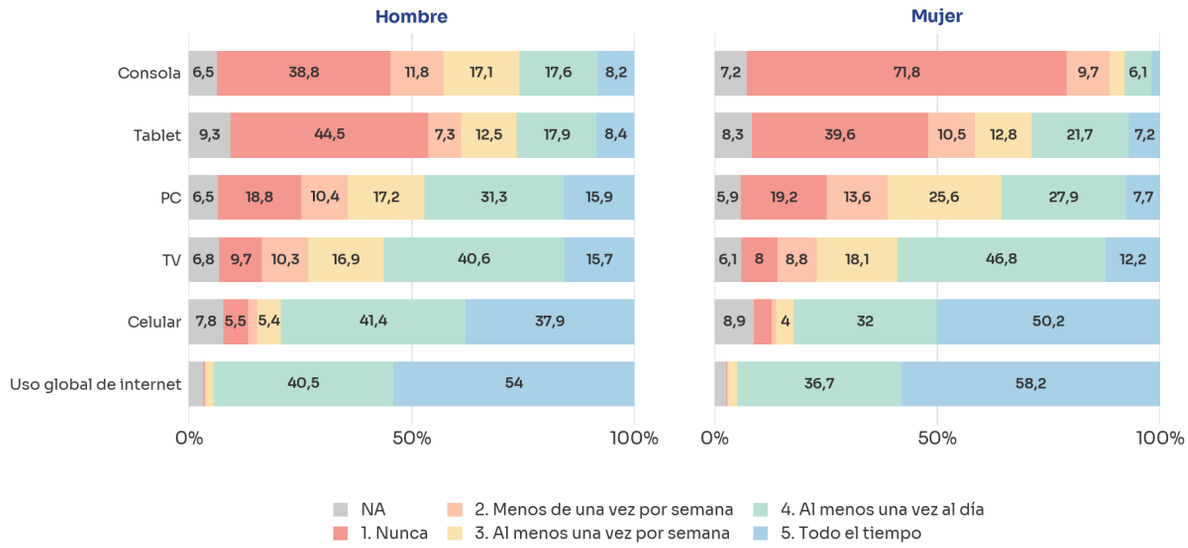
En el caso del celular, el 50,2% de las mujeres declara utilizarlo "todo el tiempo", frente al 37,9% de los varones. Pero estas diferencias se reducen al considerar el uso diario. En la categoría "al menos una vez al día", los varones registran un 41,4% y las mujeres un 32,0%. Si se consideran ambas categorías conjuntamente, el uso diario del celular alcanza el 82,2% en mujeres y el 79,3% en varones. Es decir, el uso diario es 2,9 puntos porcentuales mayor en mujeres, aunque la intensidad máxima ("todo el tiempo") es 12,3 puntos porcentuales considerablemente mayor en ellas.

El contraste más marcado entre ambos extremos de la frecuencia de uso se observa en las consolas. El 71,8% de las mujeres declara "nunca" utilizarlas, frente al 38,8% de los varones, lo que representa una diferencia de 33 puntos porcentuales en el no uso. En términos de uso diario, los varones alcanzan 25,8% (17,6% "al menos una vez al día" y 8,2% "todo el tiempo"), mientras que las mujeres registran 8,0% (6,1% y 1,9%), es decir, 17,8 puntos porcentuales menos.

Por último, si bien en la PC las diferencias entre hombres y mujeres en el uso continuo no superan los diez puntos porcentuales, estas son cercanas a este umbral, incrementándose al considerar el

uso diario como un todo. Allí, el uso diario es del 35,6% entre mujeres y del 47,5% entre varones, lo que implica una diferencia de 11,9 puntos porcentuales a favor de los segundos.

Gráfico 14.2. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por sexo



Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Tal como se observa en el gráfico 14.3, la frecuencia de uso de Internet aumenta con la edad de NNA. Dado que la amplia mayoría utiliza esta tecnología diariamente, es pertinente observar el cambio en el incremento de la frecuencia de uso continuo ("todo el tiempo"). Allí se observa que, mientras que un 41,5% de NNA de 10 años de edad utiliza Internet de forma continua, este porcentaje aumenta de forma sostenida hasta el 68,2% a los 15 años de edad.

Como se observa en el gráfico 14.3, la frecuencia de uso de dispositivos específicos para conectarse a Internet no evoluciona de manera homogénea con la edad. Si bien en algunos casos el uso aumenta con la edad, en otros la relación no es tan clara y algunos dispositivos parecen concentrar su uso en edades más tempranas.

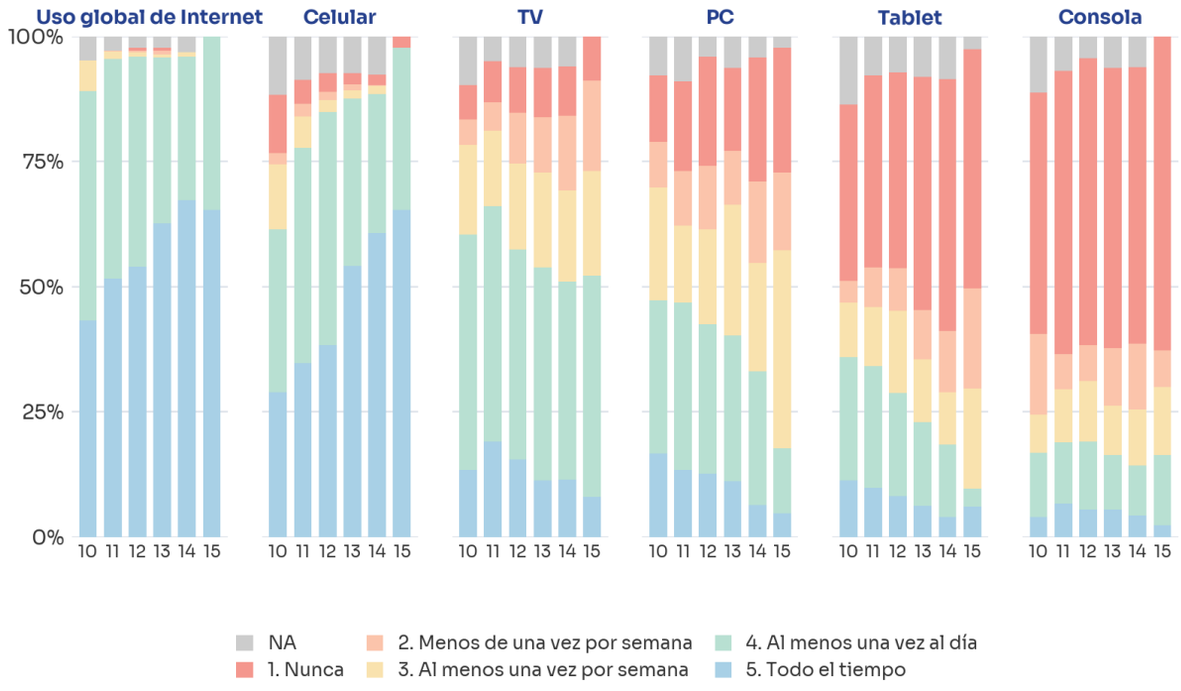
El patrón más claro de incremento del uso con la edad se observa en el celular. La categoría "todo el tiempo" aumenta de manera sostenida desde 26,3% en los 10 años hasta 68,2% en los 15 años. En paralelo, el uso diario ("todo el tiempo" + "al menos una vez al día") pasa del 59,79% en las edades más bajas al 97,67% en las más altas. Al mismo tiempo, la categoría "nunca" disminuye del 12,09% al 2,33%. Estos valores evidencian una intensificación progresiva y constante del uso del celular a medida que avanza la edad.

Este comportamiento no se replica en otros dispositivos. En la TV, el uso diario de Internet ("todo el tiempo" + "al menos una vez al día") se mantiene en niveles elevados, pero parece descender con la edad, siendo superior al 60% entre los 10 y 12 años, disminuyendo a cerca del 50% a mayor edad.

En la PC, el uso diario también presenta una tendencia descendente con la edad, sobre todo en los tramos superiores: pasa de valores cercanos al 47% entre los menores de 12 años, al 30% entre los de 14 años y al 16% entre los de 15 años. Algo similar sucede con el uso de Internet en la tablet, donde el uso diario disminuye del 34,3% en las edades más bajas al 8,3% en las más altas, mientras que la categoría "nunca" aumenta del 36,2% al 51,2% en los mismos grupos.

Por último, el uso diario de Internet a través de una consola de videojuegos también parece tener una relación no lineal con la edad, siendo mayor entre los 11 y 12 años (aproximadamente 19%), aunque las diferencias son menores de 3 puntos porcentuales con otras edades.

Gráfico 14.3. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por edad

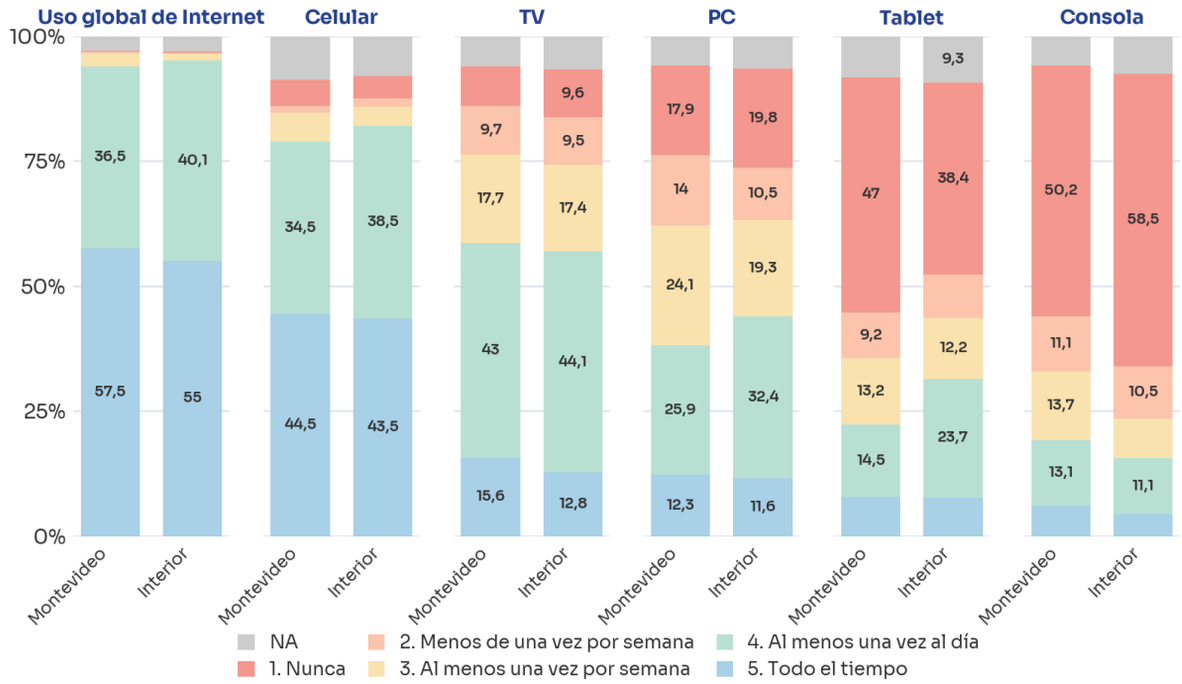


Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Las diferencias entre Interior y Montevideo son moderadas en comparación con las otras variables analizadas, siempre inferiores a 10 puntos porcentuales. Las diferencias más visibles se observan en la PC y la tablet. En la PC, el uso diario alcanza 43,9% en el Interior frente a 38,2% en Montevideo, lo que implica 6 puntos porcentuales más en el Interior. En la tablet, el "nunca" es más alto en Montevideo (47,0%) que en el interior (38,4%), una diferencia de 9 puntos porcentuales.

En las consolas, el no uso también es mayor en el Interior (58,5%) que en Montevideo (50,2%), con una diferencia de 8 puntos porcentuales.

Gráfico 14.4. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por región



Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

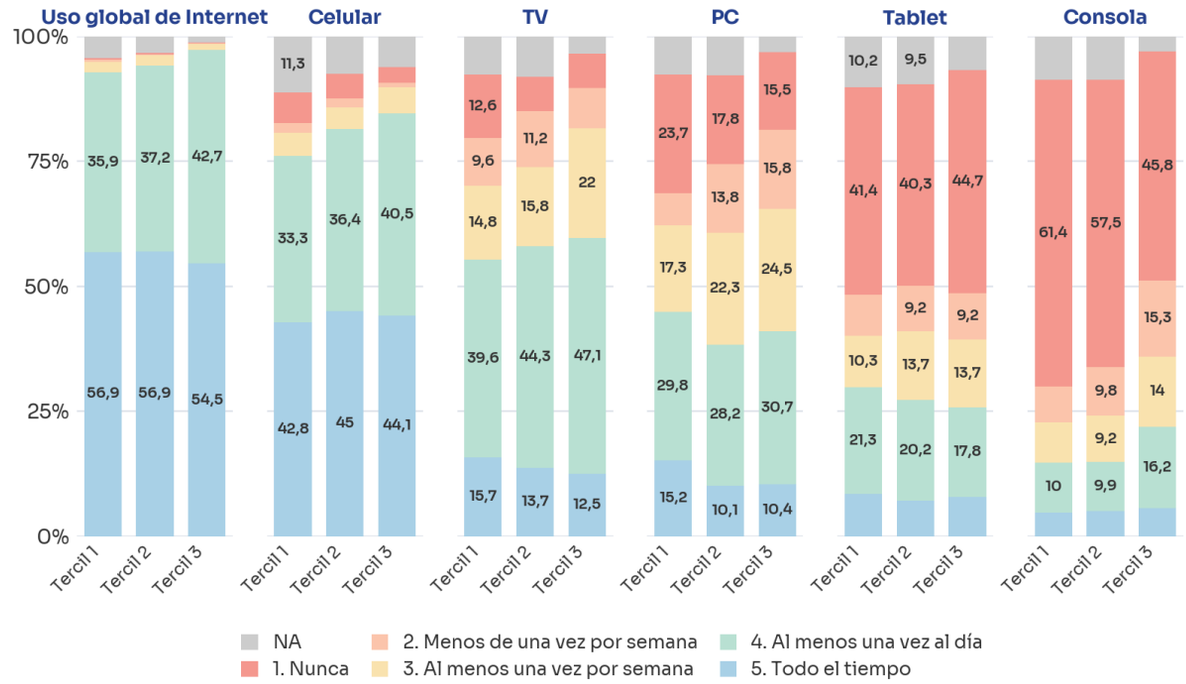
La pertenencia a hogares de distintos niveles de ingresos no parece afectar sustancialmente la frecuencia general de uso de Internet en las edades indagadas: todas las diferencias entre las tres categorías de ingresos per cápita son inferiores a 10 puntos porcentuales.

Si se observa en el gráfico 14.5, las diferencias por terciles de ingresos muestran algunas variaciones según el dispositivo, aunque no todas siguen el mismo patrón.

Tanto para los casos del celular y la TV, parece existir una leve tendencia (menor a los 10 puntos porcentuales) a favor de los terciles de mayores ingresos en el uso diario, y a favor de los de menores ingresos en el no uso. Esto no sucede ni en la PC ni en la tablet.

En contraste, se observan diferencias más sustanciales en el uso de las consolas. Por ejemplo, la categoría de no uso ("nunca") alcanza el 61,4% en el tercil 1, disminuye a 57,5% en el tercil 2, hasta 45,8% en el tercil 3.

Gráfico 14.5. Frecuencia de uso de dispositivos para conectarse a Internet por tercil de ingresos



Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

14.3 Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet

El módulo TIC de la ENDIS indagó sobre la percepción de autonomía de los NNA al utilizar Internet (poder utilizarla cuando quisieran). Una minoría (2,2%) sostiene que nunca puede hacerlo; un 14,0% que lo hace pocas veces; un 30,6% que lo hace muchas veces; y un 48,2% que lo hace siempre que lo quiere. Un 5,1% no responde o no contesta.

Al desagregar los valores por sexo, las diferencias se concentran principalmente en la categoría superior. El 53,9% de las mujeres declara poder usar Internet "siempre" que lo quieran, frente al 42,7% de los varones, lo que implica una brecha de 11 puntos porcentuales a favor de las primeras. Aunque si se consideran conjuntamente las categorías "siempre" y "muchas veces", el acceso frecuente alcanza el 79,8% en mujeres y el 77,7% en varones, lo que reduce la brecha a cerca de 2 puntos porcentuales. En la punta inferior ("nunca"), las diferencias son menores.

Tabla 14.1. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por sexo

Categoría de respuesta	Total	Varón	Mujer
1. Nunca	2,2	2,3	2
2. Pocas veces	14	15	12,8
3. Muchas veces	30,6	35	25,9
4. Siempre	48,2	42,7	53,9
NA	5,1	5	5,4

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Tal como se observa en la tabla 14.2, las diferencias regionales en esta dimensión son menores de 2 puntos porcentuales en las categorías extremas.

Tabla 14.2. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por región

Categoría de respuesta	Total	Montevideo	Interior
1. Nunca	2,2	3,1	1,4
2. Pocas veces	14	12,5	15
3. Muchas veces	30,6	31,5	29,9
4. Siempre	48,2	47,8	48,4
NA	5,1	5,1	5,2

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Tabla 14.3. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por edad

Categoría de respuesta	Total	10	11	12	13	14	15
4. Siempre	48,2	31,7	40,7	47,6	57,7	60,1	66,9
3. Muchas veces	30,6	30,6	31,1	34	29,3	28,1	28,2
2. Pocas veces	14	24,3	18,1	14	8,6	6,5	5
1. Nunca	2,2	5	3,1	1,1	1,1	1	0
NA	5,1	8,4	7,1	3,5	3,3	4,4	0

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La edad parece tener un vínculo más fuerte con esta percepción de autonomía en el uso. Quienes dicen poder utilizar Internet siempre que quieren, a los 15 años de edad (67%), duplican a quienes dicen poder hacer lo mismo a los 10 años (31,1%). Los porcentajes de esta categoría aumentan de forma continua con esta dimensión, mientras que quienes dicen no poder hacerlo nunca se reducen de un 5,2% a un 0% con la edad, para todas las NNA indagadas en la encuesta.

Finalmente, tal como se observa en la tabla 14.4, las diferencias en esta dimensión según el nivel de ingresos per cápita del hogar, si bien de menor porte que en otras temáticas, se concentran en la categoría superior de autonomía.

En el tercil 1, el 41,7% declara poder usar Internet "siempre", mientras que en el tercil 2 lo hace el 52,79% y en el tercil 3 el 50,10%. Entre el tercil inferior y el superior, la brecha es de 8 puntos porcentuales; entre el tercil 1 y el tercil 2, de 11 puntos porcentuales.

Tabla 14.4. Grado de autonomía a la hora de acceder a Internet total y por tercil de ingresos

Categoría de respuesta	Total	1	2	3
1. Nunca	2,2	2,6	0,5	3,4
2. Pocas veces	14	17,6	13,5	10,6
3. Muchas veces	30,6	31,6	28,2	32
4. Siempre	48,2	41,7	52,8	50,1
NA	5	6,5	5	4

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

14.4 Presencia de experiencias asociadas a uso problemático

La encuesta indagó sobre la percepción de comportamientos problemáticos asociados al uso de Internet. Se preguntó a NNA si creen que dejaron de comer o de dormir; si tuvieron problemas con

su familia o con sus amigos; o si sus notas bajaron por culpa del tiempo que pasan en Internet. Un 13,5%, un 18,9% y un 14,6% manifestaron estos comportamientos, respectivamente.

Tabla 14.5. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total

Categoría	Dejé de comer o dormir por culpa del tiempo que estoy en Internet	Tuve problemas con mi familia o amigos por culpa del tiempo que estoy en Internet	Mis notas bajaron por culpa del tiempo que estoy en Internet
NO	82	76,3	80
SI	13,5	18,9	14,6
NS/NC	4,6	4,8	5,4

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Las diferencias según sexo son inferiores a 5 puntos porcentuales en todos los casos, aunque los varones reportan porcentajes más altos de estos episodios que las mujeres. Algo similar sucede entre NNA de Montevideo y el interior, con diferencias menores de 4 puntos porcentuales, pero siempre mayores en Montevideo.

Tabla 14.6. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y por región

Indicador	Total	Montevideo	Interior
Dejé de comer o dormir por culpa del tiempo que estoy en Internet	13,5	15,6	11,2
Tuve problemas con mi familia o amigos por culpa del tiempo que estoy en Internet	18,9	19,2	18,5
Mis notas bajaron por culpa del tiempo que estoy en Internet	14,6	16,4	12,7

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El nivel de ingreso de los hogares tampoco parece segmentar con fuerza este tipo de comportamientos. Aquí las diferencias suben hasta 5 o 6 puntos porcentuales entre los terciles 1 y 3, aunque en sentidos opuestos. Por ejemplo, mientras que un 16,1% de NNA de hogares del tercil 1 sostiene que tuvieron problemas con su familia o sus amigos por el tiempo que pasaron en Internet, un 19,5% del tercil 2 y un 21,1% del tercil 3 lo hicieron. Por otro lado, un 17,5% de NNA del tercil 1 sostiene que sus notas bajaron por culpa del tiempo que pasan en Internet, lo que disminuye este porcentaje al 15,3% en el tercil 2 y al 11,0% en el tercil 3. Quienes más mencionan que dejaron de comer o de dormir por culpa del tiempo que pasan en Internet son NNA del tercil 2 (15,1%).

Tabla 14.7. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y por tercil

Indicador	Total	1	2	3
Dejé de comer o dormir por culpa del tiempo que estoy en Internet	13,5	14	15	11,3
Tuve problemas con mi familia o amigos por culpa del tiempo que estoy en Internet	18,9	16,1	19,5	21,1
Mis notas bajaron por culpa del tiempo que estoy en Internet	14,6	17,5	15,3	11

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La dimensión que tiene un efecto más notorio en estos comportamientos problemáticos es la edad, en particular entre quienes creen que sus notas bajaron por culpa del tiempo que pasan en Internet. A los 15 años de edad, quienes expresaron este comportamiento (25,1%) cuatriplican a quienes lo expresan a los 10 años de edad (7,4%). El comportamiento de las otras dos variables es menos lineal, aunque existen diferencias de más de 10 puntos porcentuales entre los 10 y los 15 años en el caso de dejar de comer o dormir por culpa del tiempo que se utiliza Internet: 11,3% a los 11 años versus 20,2% a los 15. Las diferencias etarias en torno a los problemas con la familia o con los amigos son inferiores a 4 puntos porcentuales entre los valores extremos.

Tabla 14.8. Presencia de experiencias asociadas a uso problemático total y edad

Indicador	Total	10	11	12	13	14	15
Dejé de comer o dormir por culpa del tiempo que estoy en Internet	13,5	1,6	10,8	12,7	13,6	12,8	17
Tuve problemas con mi familia o amigos por culpa del tiempo que estoy en Internet	18,9	22,3	17,5	17,7	20,6	16,7	15,7
Mis notas bajaron por culpa del tiempo que estoy en Internet	14,6	7,6	9,8	15	19,6	19,6	24

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

14.5 Nivel de habilidades digitales declaradas

El cuestionario TIC de la ENDIS también indagó el nivel de habilidades digitales de NNA, preguntando cuán cierto era para cada respondente ("Muy cierto", "Bastante cierto", "Poco Cierto", "Nada cierto", y "No sé qué quiere decir esto") la siguiente lista de 14 afirmaciones sobre sus habilidades tecnológicas: "Sé cómo guardar una foto que encontré en Internet", "Sé cómo hacer para que mi perfil sea privado", "Sé cuáles son las mejores palabras para buscar en Internet", "Me es fácil darme cuenta si la información es verdadera", "Sé qué información debería compartir y cuál no", "Sé cómo eliminar personas de mi lista de contactos", "Sé cómo subir videos o música que hice yo mismo/a", "Sé cómo instalar aplicaciones", "Sé cómo comprar una app o pagar un juego", "Sé cómo editar cosas creadas por otros", "Sé cómo denunciar contenido ofensivo", "Sé cómo deshabilitar la ubicación en mi celular", "Sé cómo darme cuenta si un sitio web es confiable", y "Sé identificar publicidad en contenidos".

Tabla 14.9. Grado de habilidades digitales declaradas total

Categoría	Instalar apps	Saber qué compartir	Eliminar contactos	Guardar foto	Perfil privado	Denunciar contenido	Identificar publicidad	Usar palabras clave	Subir contenido propio	Desactivar ubicación	Detectar sitio confiable	Pagar apps o juegos	Detectar información verdadera	Editar contenido de otros
No sé qué quiere decir esto	0,7	3,1	1,2	4,2	3,2	1,6	5,1	7,6	2,5	5,3	2,2	1,8	1,4	3,5
Nada cierto	0,7	2,3	7,1	3,9	14,7	16,1	9,3	2,9	17,6	22,2	8	28,4	5	35,4
Poco cierto	1,3	4,6	6,8	8,8	9,9	10,7	14,7	12,8	16,8	15,8	16,7	23,1	26,6	27,7
Bastante cierto	9,5	16,7	15,9	23,6	14,8	20	26,6	32,8	19,8	15,9	34,3	15,3	37,8	15,1
Muy cierto	84,6	69,5	65,2	55,6	52,4	47,2	40,2	39,8	39	36,4	34,8	27,2	25,5	14,7
NA	3,2	3,9	3,8	3,9	4,9	4,3	4,1	4,1	4,4	4,5	3,9	4,2	3,7	3,6

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La tabla 14.9 presenta el listado de respuestas, reordenado según la cantidad de NNA que responden "Muy cierto". En términos generales, NNA sostienen en mayor medida que es muy cierto que pueden realizar habilidades de tipo operativo y de comunicación, como instalar apps (84,6%), saber qué tipo de información compartir y cuál no (69,5%) y guardar fotos (55,6%). En el otro extremo, se encuentran habilidades más críticas o complejas como las relacionadas con la evaluación de la veracidad de la información (25,8%) o la edición de contenidos de terceros (14,7%).

Para simplificar el análisis de cómo varía el nivel de habilidades digitales según otras variables sociodemográficas, se presentarán únicamente los valores positivos de cada una de las habilidades ("Muy cierto" + "Bastante cierto"), así como un resumen del promedio de la suma de las respuestas positivas en cada una de las 14 habilidades (con un rango de 0 a 14), tanto para el total de NNA como para los diversos subgrupos. Las tablas también han sido coloreadas como un mapa de calor, donde los porcentajes más pequeños se encuentran en rojo, cambiando a amarillo en valores intermedios y verdes en los más elevados.

Tabla 14.10. Grado de habilidades digitales declaradas total y sexo

Categoría de respuesta	Total	Hombre	Mujer
Instalar apps	94,1	92,5	95,7
Saber qué compartir	86,2	84,2	88,3
Eliminar contactos	81	79,3	82,9
Guardar foto	79,2	76,9	81,5
Usar palabras clave	72,6	72,8	72,5
Detectar sitio confiable	69,2	70,6	67,7
Denunciar contenido	67,2	65,9	68,6
Perfil privado	67,2	62,7	71,9
Identificar publicidad	66,8	66,4	67,2
Detectar información verdadera	63,3	66,1	60,3
Subir contenido propio	58,8	58,3	59,3
Desactivar ubicación	52,3	53	51,5
Pagar apps o juegos	42,5	48	36,8
Editar contenido de otros	29,8	32,4	27,1
Promedio total de habilidades digitales	9,6	9,6	9,6

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La tabla 14.10 permite observar que tanto en promedio como en la gran mayoría de los ítems indagados, las disparidades entre varones y mujeres son menores. Con excepción de 4 ítems, todas las diferencias son inferiores a 5 puntos porcentuales. Entre estos últimos, los varones superan por 11 puntos porcentuales a las mujeres en el saber pagar apps o juegos, por 6 puntos en la habilidad para evaluar la veracidad de la información y por 5 puntos en el saber editar contenidos creados por terceros. Por otro lado, las mujeres superan en 9 puntos porcentuales a los varones entre quienes consideran muy cierto saber cómo hacer que su perfil sea privado.

Algo similar sucede con las escasas diferencias de habilidades digitales entre la capital y el interior, donde únicamente dos ítems superan la brecha de los 5 puntos porcentuales: saber cómo desactivar la ubicación (5 puntos a favor del Interior) y saber cómo pagar apps o juegos (5 puntos a favor de Montevideo).

Tal como predice la teoría y la evidencia previa (p. ej., Dodel, 2021), las disparidades en los niveles de habilidades digitales son mayores en función del nivel de ingresos de los hogares y, sobre todo, de la edad (que, como ya se mencionó, también va de la mano del avance en la escolarización formal en esta población).

Tabla 14.11. Grado de habilidades digitales declaradas total y tercil

Categoría de respuesta	Total	1	2	3
Instalar apps	94,1	91	93,3	98,1
Saber qué compartir	86,2	82,9	85,8	90,1
Eliminar contactos	81	76,4	81	85,8
Guardar foto	79,2	71,7	79,3	86,5
Usar palabras clave	72,6	66,5	71,4	80,1
Detectar sitio confiable	69,2	62,7	68,2	76,8
Denunciar contenido	67,2	62	67,2	72,6
Perfil privado	67,2	60,9	66,3	74,6
Identificar publicidad	66,8	59,4	65,4	75,7
Detectar información verdadera	63,3	59,7	60,2	69,9
Subir contenido propio	58,8	56,3	58,4	61,6
Desactivar ubicación	52,3	51,6	50	55,3
Pagar apps o juegos	42,5	36,9	41,8	49,2
Editar contenido de otros	29,8	29,1	28,7	31,8
Promedio total de habilidades digitales	9,6	9	9,5	10,2

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

La tabla 14.11 evidencia un patrón consistente en el que, tanto para el promedio global de habilidades como para cada ítem, NNA que residen en hogares del primer tercil de ingresos per cápita reportan un menor nivel de habilidades. Por ejemplo, el promedio de habilidades pasa de 9,04 en el tercil 1 a 9,49 en el tercil 2 y a 10,2 en el tercil 3. Si bien las diferencias no siempre son sustantivas ítem a ítem entre los terciles próximos, para 12 de los 14 ítems relevados la diferencia entre el tercil 3 y el 1 supera los 5 puntos porcentuales, siendo cercana o superior a 10 puntos en 9 de los 14 ítems.

Las diferencias de mayor porte se observan en la tabla 14.12, donde resulta evidente que el promedio de habilidades aumenta sustantivamente con la edad, lo que evidencia un proceso de adquisición progresiva de competencias digitales: el promedio a los 10 años es de 7,7, incrementándose sostenidamente hasta 11,8 a los 15 años.

Tabla 14.12. Grado de habilidades digitales declaradas total y edad

Categoría de respuesta	Total	10	11	12	13	14	15
Instalar apps	94,1	91,4	94	93,5	95,5	95,1	100
Saber qué compartir	86,2	74,5	84,4	88,6	91,2	90,3	93,9
Eliminar contactos	81	67,6	74,6	84,8	88,1	87,5	93,9
Guardar foto	79,2	68,2	71	78	87	89,1	97,5
Usar palabras clave	72,6	67	65,8	72,3	77,3	78,9	87,3
Detectar sitio confiable	69,2	53	61,1	70,6	77,4	81,7	79
Denunciar contenido	67,2	42,9	61,3	68,8	77	82,8	82,4
Perfil privado	67,2	40,1	53,5	70,9	80,4	85,9	100
Identificar publicidad	66,8	50,8	61,5	68,5	72,8	78	77,9
Detectar información verdadera	63,3	42,9	62,3	64,2	68,9	74,9	79,7
Subir contenido propio	58,8	44,8	53,9	56	65,8	70,8	76,1
Desactivar ubicación	52,3	32,3	37,2	51,5	62,8	73,3	87,8
Pagar apps o juegos	42,5	27,5	34,2	43,9	48,8	53,9	76,3
Editar contenido de otros	29,8	26,9	28,8	28,6	32,1	30,8	45,4
Promedio total de habilidades digitales	9,6	7,7	8,7	9,6	10,5	11,1	11,8

Fuente: Elaboración UCU en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En lo que se refiere a las disparidades etarias ítem a ítem, el incremento con la edad se observa en todas las habilidades, aunque con brechas diversas, todas con excepción de habilidades casi universales como el saber instalar apps (9 puntos porcentuales de diferencia entre NNA de 15 y 10 años de edad), se encuentran en el entorno de los 20 puntos porcentuales, llegando a diferencias cercanas a los 50 y 60 puntos en algunos casos puntuales. Estas diferencias son más notorias en las habilidades relacionadas con la seguridad y la privacidad. Por ejemplo, mientras que el 40,1% de NNA de 10 años dice saber cómo hacer que su perfil sea privado, el 100% de NNA de 15 años dice saber cómo hacerlo. Algo similar sucede con la desactivación de la ubicación (55 puntos de diferencia), el pago por apps (49 puntos), la denuncia de contenido (40 puntos) y la evaluación de la veracidad de la información (37 puntos de diferencia).

14.6 Conclusiones del Capítulo

El uso de TIC por parte de NNA de la 4.ª oleada de la ENDIS se presenta ampliamente extendido, en línea con hallazgos previos para poblaciones similares en el país (ver Kids Online Uruguay AGESIC y otros, 2022 y UNICEF y otros, 2018).

Sin embargo, la extensión del uso no implica que sea universal. Existen diferencias sensibles en la conectividad a través de diversos dispositivos, en el uso de Internet de forma autónoma, en los comportamientos problemáticos asociados al uso de Internet y en el nivel —autopercibido— de diversas competencias digitales.

Si bien las diferencias en torno a la región de residencia aparecen como menores, algunas específicas asociadas al sexo, al nivel de ingresos de los hogares y, sobre todo, a la edad (y al avance en el

sistema educativo formal) parecen aún estratificar las experiencias de NNA uruguayos en el entorno digital.

14.7 Referencias bibliográficas

AGESIC, Ceibal, UNICEF, UNESCO y UCU (2023). Niños, niñas y adolescentes conectados: Informe Kids Online Uruguay 2022. UNICEF.

Dodel, M. (2021) Socioeconomic Inequalities and Digital Skills. In Rohlinger, D.D &Sobieraj, S. (Eds.) The Oxford Handbook of Sociology and Digital Media. Oxford University Press: Oxford, UK.

Helsper, E. (2021). The digital disconnect: The social causes and consequences of digital inequalities.

UNICEF, Ceibal, UNESCO, AGESIC y UCU (2018). Informe kids online Uruguay. Niños, niñas y adolescentes conectados. UNICEF:Montevideo.

CAPÍTULO 15

Salud Autoadministrado

Por Uruguay Crece Contigo: Pablo Irigoin, Dayana Rodriguez, Christian Berón, Natalia De Souza, Giorgina Garibotto.

15.1 Introducción

El cuestionario autoadministrado es una herramienta específicamente diseñada para ser completado por los niños, niñas y adolescentes sin necesidad de ser guiados por referentes o entrevistadores.

La elección de la modalidad autoadministrada en este tipo de encuestas, permite manejar preguntas sensibles para el entrevistado sin que el entorno tenga necesariamente incidencia en sus respuestas. Esto no implica que esto mejore las tasas de respuesta, ya que este cuestionario mantenía una apertura tal que exoneraba al entrevistado de contestar una o varias preguntas del cuestionario, incluso bloques o, en algunos casos, la totalidad. Es decir, el cuestionario permitía bastante flexibilidad a la hora de responder, ya que se pretendía que el entrevistado no necesitara asistencia para completarlo.

El siguiente capítulo corresponde a preguntas referentes a salud, donde se consulta la percepción sobre su peso, estrategias para perder peso, sobre nutrición y canales de información .

Las aperturas que se realizan en este capítulo son por sexo, tramo de edad (10 a 12 y 13 y más años), región y tercil de ingresos.

15.2 La percepción de peso

La percepción sobre el peso corporal en esta población estudiada es muy importante, pues los hábitos y conductas de los niños, niñas y adolescentes se encuentran en plena formación y son permeados por el entorno en el que se desarrollan.

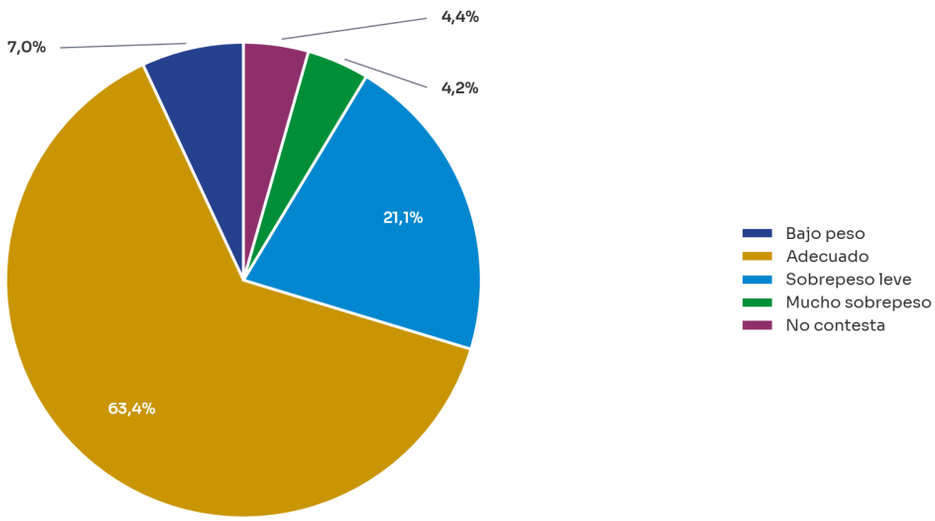
La pretensión de esta parte del capítulo fue abordar tanto su percepción como algunas de las acciones que realizan con respecto a su peso, ya sea actividad física, dietas u otras correcciones de la conducta alimentaria.

Como señala Contreras Negrete (2007) la imagen corporal que los adolescentes se representan de sí mismos está condicionada por la autoestima y por el contexto, siendo así los principales factores que influyen en la presencia de sobrepeso, obesidad, y otros trastornos alimenticios.

Paeratakul et al. (2002), afirman que una percepción errónea puede impactar en la salud y el comportamiento, sobretodo en los hombres con sobrepeso si continúan percibiéndose con un peso adecuado.

En esta cuarta ronda, ante la consulta sobre cómo se identifica ante una serie de opciones con respecto a su peso, el 63,4% de los niños, niñas y adolescentes consideran que se encuentran en un peso adecuado, mientras que un 25,3% se identifican con sobrepeso (21,1% sobrepeso leve y 4,2% mucho sobrepeso). Un 7,0% se percibe con bajo peso.

Gráfico 15.1. Distribución de niños, niñas y adolescentes según percepción de su peso corporal. Total país



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El cuadro inferior muestra los resultados desagregados por sexo. En él se observa que las mujeres tienen una peor percepción de su peso.

En primer lugar, consideran que tienen sobrepeso entre leve y mucho un 28%, mientras que los hombres esta cifra alcanza a un 22,7%. En segundo lugar, hay menos mujeres que se perciben con un peso adecuado.

Tabla 15.1. Proporción de Niños, niñas y adolescentes por percepción de su peso según sexo.

Percepción	Total	Hombres	Mujeres
Bajo peso	7	7,9	6
Adecuado	63,4	64,2	62,5
Sobrepeso leve	21,1	19,2	23
Mucho sobrepeso	4,2	3,5	5
No contesta	4,4	5,3	3,5

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

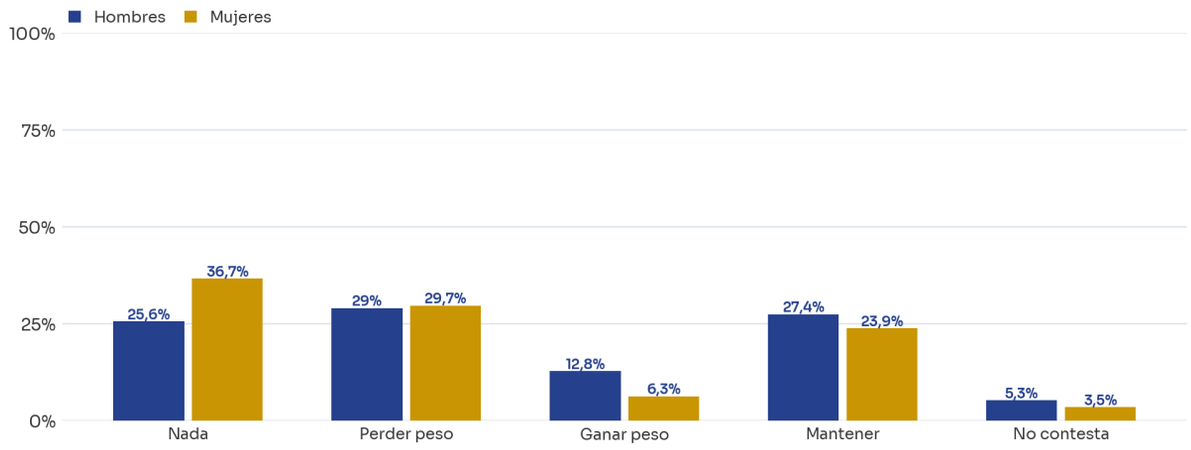
Desagregado por región, terciles de ingreso y tramos de edad, no se registran diferencias significativas.

Otra de las preguntas que se relevaron refiere a si se encuentran haciendo algo con respecto a su peso corporal. Los entrevistados podían contestar que no hacían nada, buscaban perder o ganar peso o mantener el peso actual.

El 31% contestó que no hacía nada con respecto a su peso corporal, y si se desagrega por sexo, se observa que el 36,7% de las mujeres no realiza ninguna acción, un número bastante mayor que los hombres que registran un 25,6%.

El gráfico inferior muestra la distribución las acciones que realizan los niños, niñas y adolescentes con respecto a su peso según sexo.

Gráfico 15.2. Distribución porcentual de las conductas respecto al peso corporal, según sexo



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Si relacionamos con la variable anterior se observa que, dentro de los que se perciben con mucho sobrepeso o leve, cuando se les consulta si realizan algo al respecto, los que dicen no hacer nada son 61,2% mujeres y 38,8% hombres.

15.3 Pérdida de peso

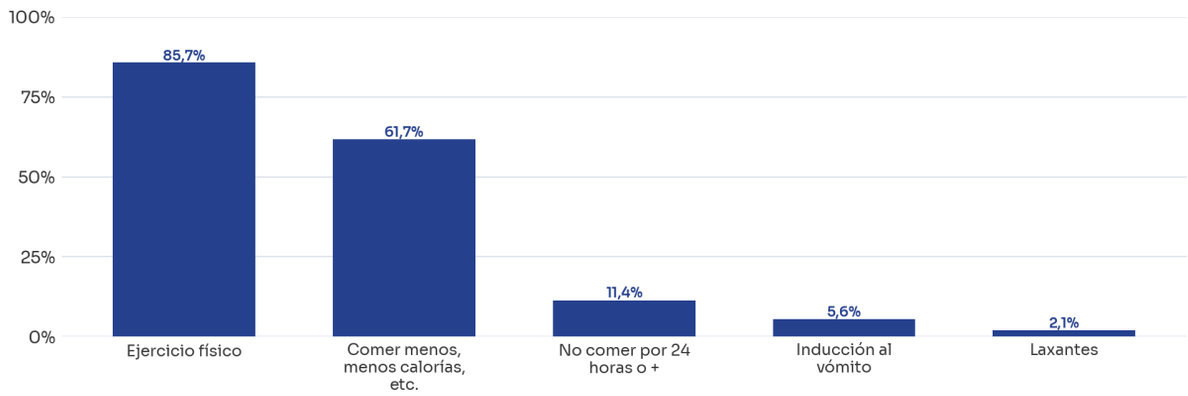
El cuestionario consulta a quienes intentan perder peso, que estrategias solas o combinadas llevaron adelante para lograrlo en los últimos seis meses. La estrategia más utilizada fue realizar actividad física con un 85,7%, seguido de comer menos alimentos, menos calorías o alimentos bajos en grasa con un 61,7%. Un 11,4% contestó que está sin comer por 24 horas o más (ayuno).

Si lo observamos por sexo, se encuentra que los que realizan actividad física son el 90,9% de los hombres y el 80,3% mujeres.

Estos datos son consistentes con los encontrados en otro tipo de estudios como la Encuesta Mundial de Salud en Estudiantes (EMSE) aplicada en Uruguay en 2019, y el trabajo de Brazo y Bizzozero (2022), donde se observa que los hombres realizan mayor cantidad de actividad física que las mujeres.

Quienes comen menos alimentos, menos calorías o alimentos bajos en grasa para perder peso son el 58,6% de hombres y 64,9% mujeres. Mientras que se quedan sin comer por 24 horas y más, las mujeres contestan afirmativamente el 16,8% y los hombres el 6,1%.

Gráfico 15.3. Distribución porcentual de las estrategias utilizadas para perder peso



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes no suman 100%.

El 6,5% de los niños, niñas y adolescentes realizan algún tipo de dieta. Éstas no necesariamente son excluyentes, por lo que pueden realizarse en forma conjunta.

La dieta más común es contar calorías que la hacen el 31,9%, seguido de la vegetariana y la dieta sin gluten con 27,5% y 24,9% respectivamente.

Cuando son consultados por los motivos por los cuales comenzaron una dieta, el motivo principal fue porque considera que una dieta le permite tener una alimentación más saludable (80,5%). El 77,5% realizó dieta por motivación propia y el 70,6% para bajar de peso.

15.4 Alimentación y bebidas

En esta cuarta ronda también se consultó sobre el consumo de comida rápida y bebidas azucaradas en los últimos siete días.

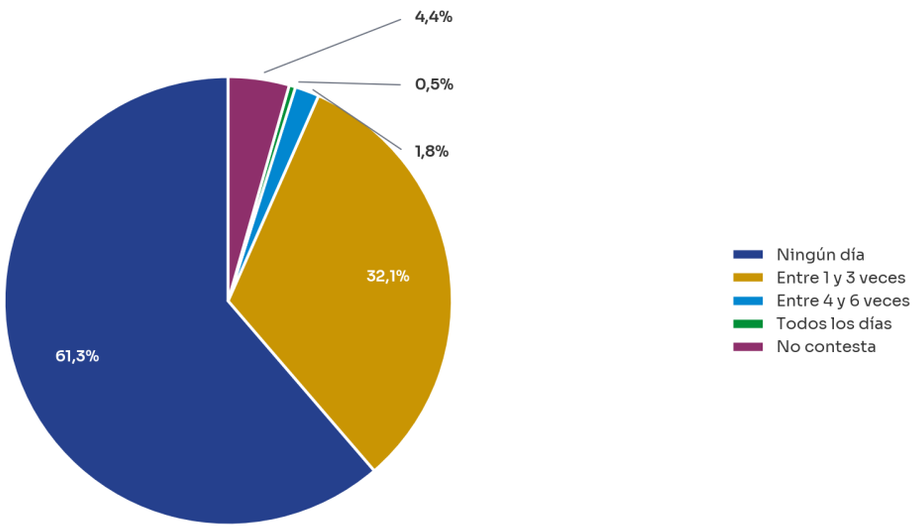
Este consumo en adolescentes, presenta un serio problema de salud pública debido a su asociación con enfermedades crónicas.

Existen varios estudios que han analizado estos hábitos mediante indicadores de frecuencia semanal. En Uruguay, la Encuesta Mundial de Salud en Estudiantes (EMSE, 2019) realizada en base a la Global School-based Student Health Survey de la OMS, entre adolescentes de 13 a 17 años, muestra que 4 de cada 10 estudiantes consumió comida rápida y 8 de cada 10 bebidas azucaradas

En consonancia con esta metodología, el cuestionario autoadministrado registra números similares, el 34,3% de los niños, niñas y adolescentes declaran haber consumido comida rápida y el 80,8% bebidas azucaradas.

Como se señala en el gráfico, el 34,3% señala haber comido comida rápida al menos una vez en los últimos 7 días. La gran mayoría (32,1%) consumió entre 1 a 3 veces, el 2,3% lo hizo en forma más asidua.

Gráfico 15.4. Frecuencia de consumo de comida rápida en los últimos 7 días (%)



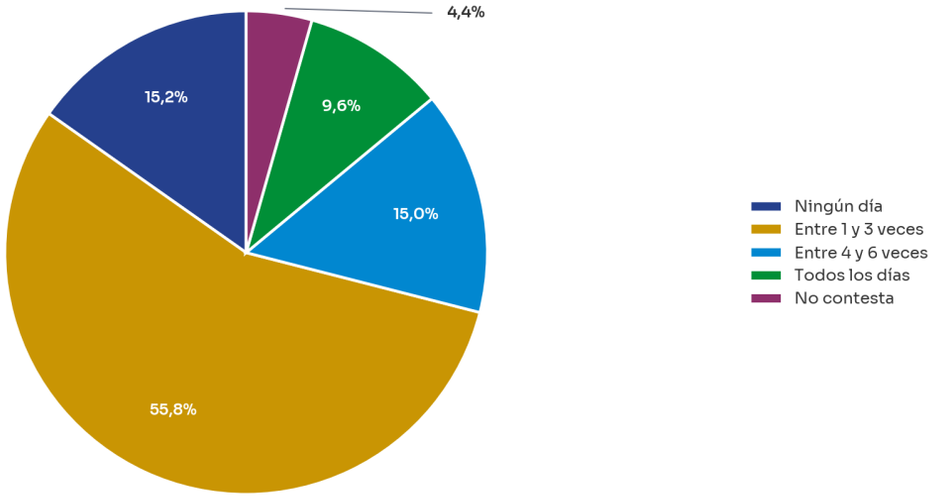
Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

No se registran diferencias significativas por sexo, terciles de ingresos o tramos de edad.

Otras de las consultas realizadas refiere al consumo de bebidas azucaradas y sin azúcar, de cualquier tipo, sean refrescos, jugos envasados, jugos en polvo o aguas saborizadas, en los últimos 7 días.

El 80,8% consumió este tipo de bebidas al menos una vez por semana, donde se destaca que el 15,0% lo hace entre 4 y 6 veces a la semana y 9,6% a diario.

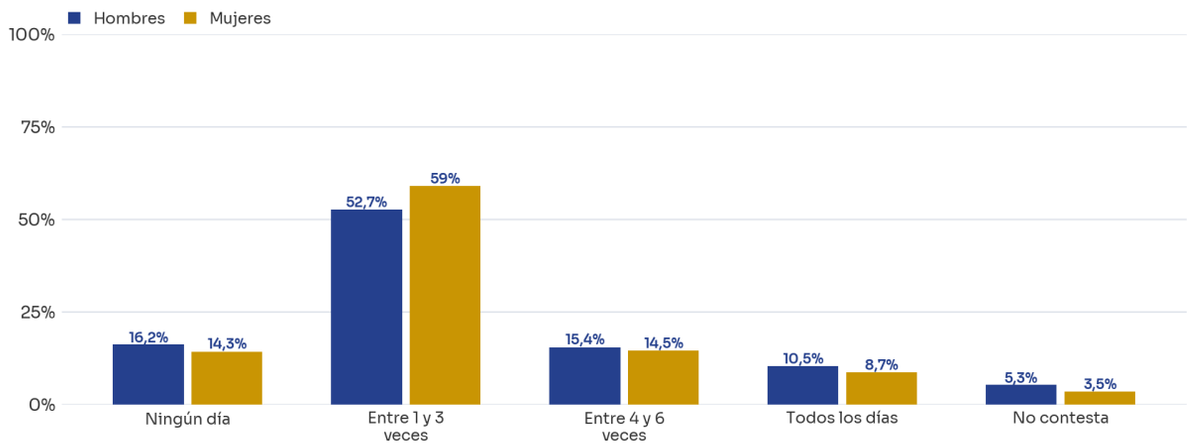
Gráfico 15.5. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en los últimos 7 días (%)



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Si lo vemos por sexo se observa que las mujeres consumen un poco más que los hombres (82,3 y 78,5 respectivamente), pero con una menor frecuencia.

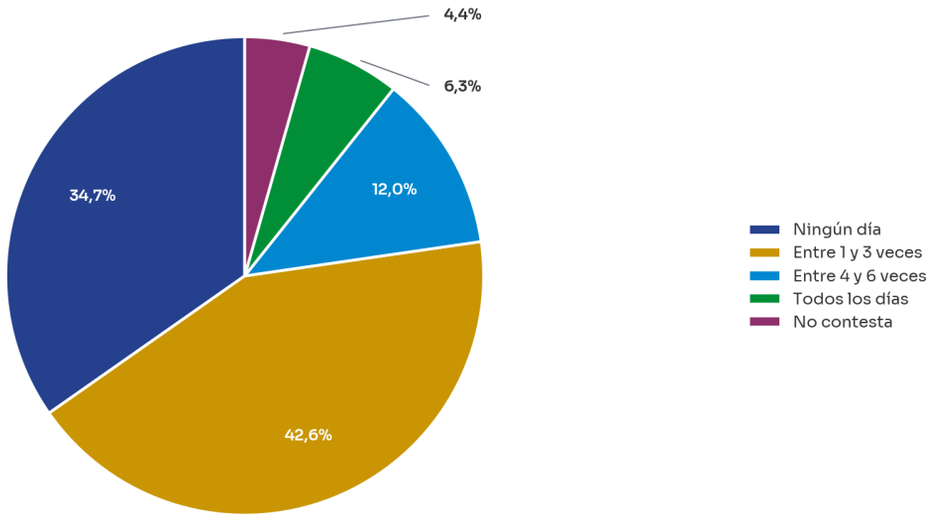
Gráfico 15.6. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en los últimos 7 días (%) según sexo



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

En cuanto a bebidas no azucaradas, definidas como light o zero, tanto en refrescos, jugos envasados, jugos en polvo o aguas saborizadas, el 60,1% ha consumido al menos una vez en los últimos 7 días. Si se desagrega por sexo, tercil o tramos de edad, no existen diferencias.

Gráfico 15.7. Frecuencia de consumo de bebidas no azucaradas en los últimos 7 días (%)



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Si consideramos a todas las bebidas, sean azucaradas o no, el 84,1% de los niños, niñas y adolescentes consumió en la semana anterior alguno de estos productos al menos una vez.

15.5 El rotulado frontal

Como señala el MSP, el rotulado frontal, consiste en octógonos negros que advierten sobre el exceso de sodio, azúcares y grasas, con el fin de proteger la salud pública.

Las advertencias realizadas por la autoridad de salud en los productos envasados, es una herramienta importante para que los consumidores realicen una elección informada de los productos a consumir.

En este sentido, en la cuarta ronda se les consultó si al elegir productos envasados, revisan los octógonos de advertencia.

El 36,0% tiene presentes las advertencias al momento de elegir un producto. Si se desagrega por sexo, se observa que los hombres revisan los octógonos en mayor proporción que las mujeres (39,4 y 32, 3%).

Tabla 15.2. Porcentaje de jóvenes que consideran el etiquetado frontal de alimentos, según tercil de ingreso, región, sexo y tramo de edad

		Porcentaje (%)
Total		36
Tercil de ingresos	1	36
	2	34,7
	3	37,2
Región	Montevideo	33,5
	Interior	37,7
Sexo	Hombre	39,4
	Mujer	32,3
Edad	10 a 12	36,8
	13 y +	34,8

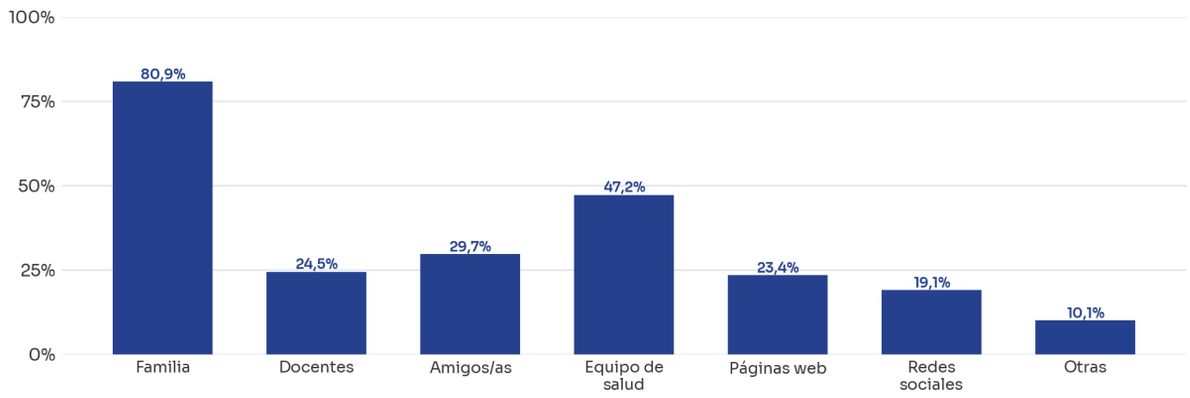
Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

15.6 Fuentes de información en nutrición

Las fuentes de información son importantes en el momento de tomar decisiones. En especial en los niños, niñas y adolescentes, cuyo desarrollo se encuentra influido por su contexto: familia, docentes, grupos de iguales (Hartley, C. A., & Somerville, 2015; Albert, D., &Steinberg, L. 2011).

Los datos que arroja esta parte del cuestionario es que, si bien en otros ámbitos los jóvenes suelen consultar a sus pares o a redes sociales como principales fuentes de información para la toma de decisiones, en temas de salud y nutrición tienden a consultar mayoritariamente a su familia (80,9%) y a equipos de salud (47,2%).

Gráfico 15.8. Preferencias de fuentes de información en nutrición en jóvenes (distribución porcentual)

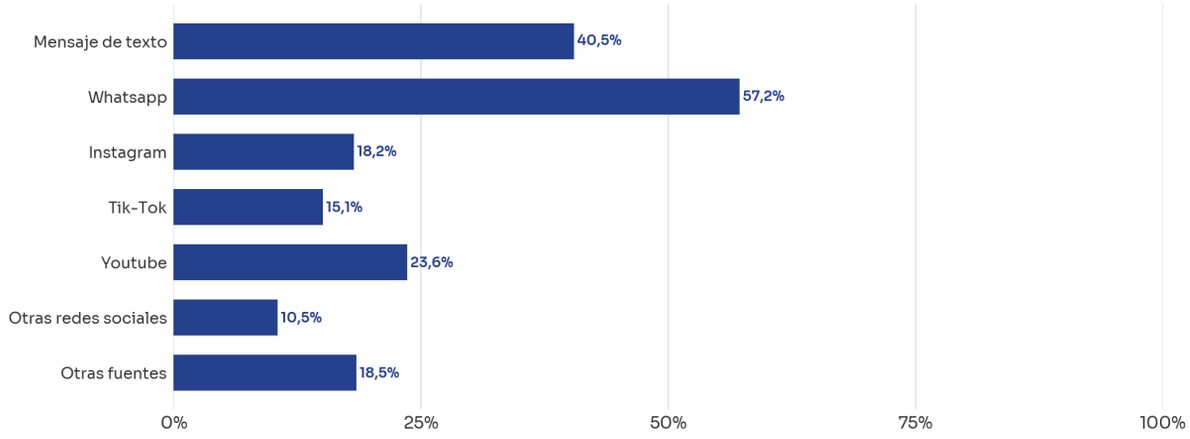


Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes no suman 100%.

Consistente con estos resultados, cuando se les consulta “si recibieras mensajes de salud/nutrición, ¿por qué canal de información te parecería más útil?” los niños, niñas y adolescentes consideran que los canales de información principales serían whatsapp con 57,2% y mensajes de texto 40,5%, que son medios utilizados por instituciones y/o entornos cercanos.

Gráfico 15.9. Preferencias de canales de información para recibir mensajes de salud y nutrición en jóvenes (porcentaje)



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes no suman 100%.

15.7 Menstruación y control ginecológico

Una parte del cuestionario autoadministrado consultaba a las mujeres sobre su primera menstruación.

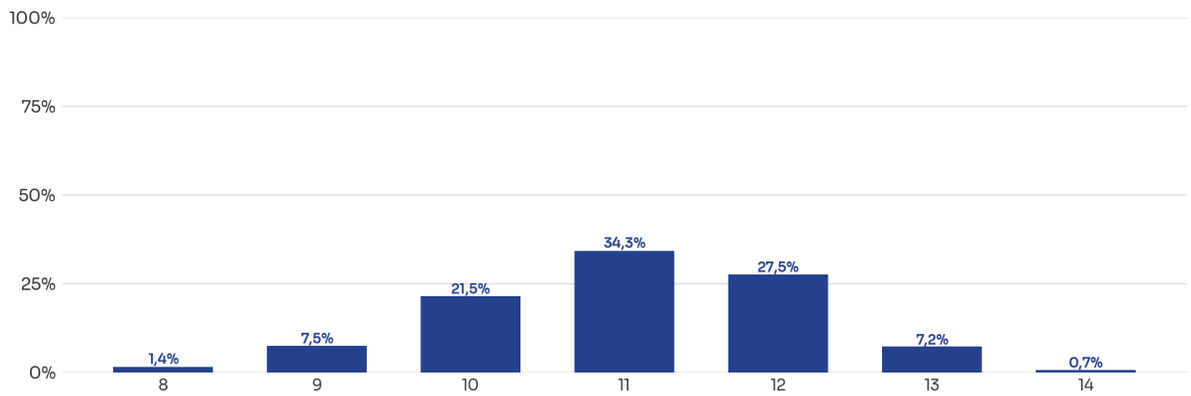
En el momento de la entrevista el 59,5% de las niñas y adolescentes ya había tenido su primera menstruación.

Si se desagrega por tramo de edad, el 39,9% de las mujeres de 10 a 12 años ya habían menstruado por primera vez y las del tramo de 13 y más lo habían hecho el 87,4%.

El promedio de edad de la primera menstruación es de 11 años y el rango de edad en que se produce es de 8 a 14 años.

El gráfico inferior muestra la distribución porcentual de la edad de inicio de la primera menstruación, que declaran las niñas y adolescentes.

Gráfico 15.10. Distribución porcentual de la edad de inicio de la primera menstruación



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El 25,1% de las mujeres han consultado al ginecólogo, si se observa por tramos de edad, las mujeres de 10 a 12 años se han controlado el 19,6%, mientras que el grupo de 13 y más lo ha hecho el 33,0%. En cuanto a los controles ginecológicos el 63,9% afirma que los realiza regularmente.

Si se desagrega por tramo de edad, se observa que el tramo de 13 y más se controla regularmente en mayor medida que las mujeres de 10 a 12 (68,2% y 58,8% respectivamente). Por terciles de ingreso, se analiza que las mujeres de mayores recursos se atienden relativamente más que las de menores ingresos (72,0% y 58,9%).

Tabla 15.3. Porcentaje de mujeres que tienen consulta ginecológica regularmente, según tercil de ingreso, región y tramo de edad

		Porcentaje (%)
Total		63,9
Tercil de ingresos	1	58,9
	2	62,1
	3	72
Región	Montevideo	64,3
	Interior	63,5
Edad	10 a 12	58,8
	13 y +	68,2

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

15.8 Métodos anticonceptivos

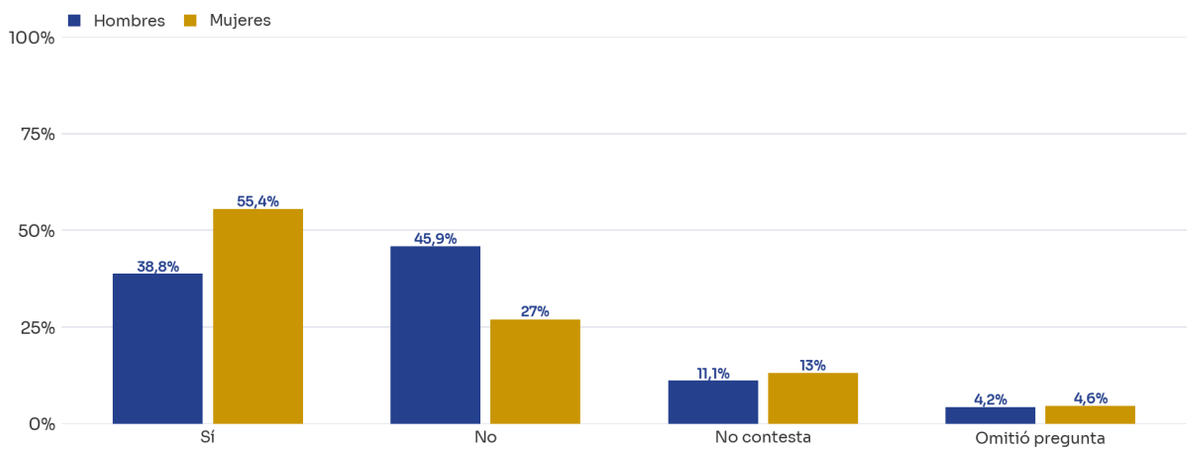
Otra de las consultas realizadas en este cuestionario, es sobre el conocimiento que los niños, niñas y adolescentes tienen sobre los métodos anticonceptivos. Este bloque de preguntas se les hacía a todos los mayores de 11 años.

La primera pregunta es si sabe qué son los métodos anticonceptivos. En esta pregunta, además de la opción no contesta, ante la posibilidad de sentirse incómodo, está la opción de saltar la pregunta. Esto lo realiza solo el 4,4% y si se suma los que decidieron optar por la opción no contesta (12,5%), alcanza al 16,5%.

Tenemos entonces que el 46,1% de los niños, niñas y adolescentes de 12 y más años conocen que son los métodos anticonceptivos.

Si se desagrega por edad, se observa que las mujeres conocen sobre métodos anticonceptivos significativamente más que los hombres, 55,4% contra un 38,8%.

Gráfico 15.11. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos según sexo (porcentaje)



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Mayores de 11 años.

Entre los que contestaron afirmativamente, se les consulta sobre cuáles métodos conoce.

En este informe los agrupamos en tres categorías: métodos de barrera, métodos hormonales y métodos intrauterinos.

Como señala la OMS, los métodos de barrera, en especial los preservativos (masculinos y femeninos), son dispositivos de un solo uso que impiden físicamente la unión de los espermatozoides con el óvulo, evitando embarazos. Son eficaces contra embarazos no deseados y el único método que protege contra ITS/VIH.

Los métodos anticonceptivos hormonales utilizan hormonas sintéticas, como estrógenos y/o progestágenos, para prevenir el embarazo. Las presentaciones usuales son: Pastillas Anticonceptivas (Píldoras), el Parche Transdérmico y el Implante Subdérmico (Chip).

Los métodos anticonceptivos intrauterinos son dispositivos que se colocan dentro del útero, como el DIU, y que previenen el embarazo mediante la alteración del ambiente uterino, lo que dificulta la fecundación y, en algunos casos, la implantación.

Como se observa en el cuadro inferior, quienes conocen de métodos anticonceptivos, reconocen a los preservativos y a los métodos hormonales en un porcentaje muy alto, en bastante menor porcentaje reconocen a los métodos intrauterinos. Estos datos son consistentes con los encontrados en otros estudios en el resto de Latinoamérica (Ponce de Leon, R. G., et al, 2019; Sánchez-Meneses, M. C., et al, 2015)

Tabla 15.4. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que conocen cada tipo de método anticonceptivo, según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Métodos de barrera (preservativos)	93,9	94,9	93,1
Métodos hormonales (pastillas, parches, implante)	93,2	91,4	94,4
Métodos intrauterinos (DIU)	40,7	33,7	44,2

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: Mayores de 11 años. Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes no suman 100%.

15.9 Bibliografía

Albert, D., &Steinberg, L. (2011). Juicio y toma de decisiones en la adolescencia. Journal of researchon Adolescence , 21 (1), 211-224.

Brazo-Sayavera, J y Bizzozero-Peroni, B. (2022.). La actividad física en Uruguay es una cuestión de género : reporte de actividad física en niños/as y adolescentes 2022. Udelar.

Centers for Disease Control and Prevention.(2023). Contraception.

Contreras Negrete, MN (2007). Percepción de los adolescentes sobre su peso corporal en una institución educativa media básica.

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. (Uruguay). (2015). Informe nacional.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2006). Resultados en adolescentes.

Etiquetado frontal: ¿Que es? Información en https://www.etiquetado.omis.org.uy/

Global School-based Student Health Survey (GSHS). (2017). Resultados en adolescentes.

Hartley, C. A., & Somerville, L. H. (2015).The neuroscience of adolescent decision-making.Currentopinion in behavioral sciences, 5, 108-115.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Family planning: A global handbook for providers (3rd ed.).

Planificación familiar/métodos anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. (3 de julio de 2025). Información en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception.

Paeratakul, S., White, M. A., Williamson, D. A., Ryan, D. H., & Bray, G. A. (2002). Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight.Obesity research, 10(5), 345-350.

Ponce de Leon, R. G., Ewerling, F., Serruya, S. J., Silveira, M. F., Sanhueza, A., Moazzam, A., Becerra-Posada, F., Coll, C. V. N., Hellwig, F., Victora, C. G., & Barros, A. J. D. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. The Lancet.Global health, 7(2), e227–e235. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9

Sánchez-Meneses, M. C., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. R. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Atención Familiar, 22(2), 35-38.

CAPÍTULO 16

Alcohol y Bebidas Energizantes en Niños, Niñas y Adolescentes

Por Observatorio Uruguayo de Drogas: Jessica Ramírez y Héctor Suárez

16.1 Introducción

El consumo de alcohol y las denominadas bebidas energizantes en edades tempranas constituye un fenómeno de creciente relevancia desde el punto de vista de la salud pública, en tanto remite a los momentos iniciales de trayectorias de consumo que -en ocasiones- se consolidan en etapas posteriores del ciclo de vida. La evidencia disponible sugiere que el contacto con estas sustancias no es un evento aislado, sino que se inscribe en procesos de experimentación en edades tempranas.

Este fenómeno es ampliamente abordado en la población adolescente, Uruguay cuenta con una serie histórica robusta de más de 20 años que forma parte de un sistema de información en drogas. Cada dos años el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) desarrolla encuestas representativas a nivel nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes escolarizados en educación media. En este marco, la evidencia da cuenta de altos niveles de experimentación con alcohol y con las denominadas bebidasenergizantes en esta población a la vez que sugiere procesos de contacto temprano y de creciente normalización social. Se destacan la amplia disponibilidad y facilidad de acceso, la elevada permisividad social y la naturalización de su uso, la baja percepción de riesgo y la presencia de consumo en el ámbito familiar. A su vez, intervienen aspectos asociados a las propias sustancias que contribuyen a sostener estos consumos —con distinta intensidad—, particularmente en relación con la búsqueda de efectos por parte de los adolescentes (OUD, 2025).

La incorporación en la ENDIS de los indicadores fundamentales en la vigilancia epidemiológica representa un sustancial avance en el análisis del fenómeno dado que permiten ampliar la mirada a la población de niños, niñas y adolescentes incluyendo un tramo etario que no es contemplado en las encuestas antes mencionadas. Esto implica que se habilita un análisis complementario entre las fuentes de datos con que cuenta el país y habilita una mirada analítica sobre las transiciones entre la niñez, la adolescencia temprana y la adolescencia media.

En este marco, el presente capítulo tiene como objetivo describir y analizar la presencia del consumo de alcohol y las denominadas bebidas energizantes en niños, niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años, aportando evidencia empírica sobre etapas tempranas del fenómeno. En particular, se busca explorar la magnitud y características de estos consumos, con el propósito de contribuir a la comprensión de los procesos de inicio y a la identificación de posibles señales tempranas, en diálogo con la evidencia generada por la encuesta en estudiantes de enseñanza media.

16.2 Consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes

El consumo de alcohol, aún en sus formas más incipientes, constituye un aspecto relevante a observar en las primeras etapas del ciclo de vida, en tanto puede expresar formas tempranas de contacto con una sustancia ampliamente disponible y socialmente aceptada. Tal como se ha señalado para la población adolescente en enseñanza media, el alcohol ocupa un lugar central en las trayectorias de consumo, presenta altos niveles de consumo y se configura, además, como el principal problema en esta población en términos de eventos agudos asociados, particularmente por las intoxicaciones.

La evidencia que arroja la ENDIS muestra el contacto con bebidas alcohólicas en una porción significativa de la población. El 26,8% de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años del país, han experimentado con alcohol alguna vez en su vida, esto implica que por lo menos una vez en su trayectoria vital han consumido bebidas alcohólicas. No se encuentran diferencias entre varones y mujeres ni entre la región de residencia. Por su parte, el consumo de alcohol tiene más peso entre los NNA entre los mayores de 13 años que entre los que tienen 10 a 12 que, en tal sentido señalar que la diferencia en la magnitud es de una importancia relevante, supera los 20 puntos porcentuales lo que sugiere un punto de inflexión en esta etapa del ciclo vital pautando el inicio del consumo de alcohol al inicio de la etapa de educación media.

Tabla 16.1. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		26,8
Sexo	Varón	27,5
	Mujer	26
Edad	10 a 12 años	17,1*
	13 y más años	40,8*
Región de residencia	Montevideo	25,1
	Interior	28

Base: total de la muestra.

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los rangos etarios tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

El consumo actual de alcohol -bajo una aproximación a través del indicador de prevalencia de consumo en los últimos 12 meses- alcanza a 1 de cada 10 niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años. Las diferencias que se evidencian refieren a una mayor proporción de consumo de alcohol en el último año entre los que residen en el interior del país (13,3%) que entre los de Montevideo (9,3%). Asimismo, se presenta mayor consumo entre los que tienen 13 y más años, que multiplican por 5 el consumo de los más chicos de edad.

Tabla 16.2. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 12 meses

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		11,6
Sexo	Varón	11,6
	Mujer	11,7
Edad	10 a 12 años	4,7*
	13 y más años	21,7*
Región de residencia	Montevideo	9,3*
	Interior	11,3*

Base: total de la muestra

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los rangos etarios y entre el lugar de residencia tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Otro indicador analizado refiere al consumo de alcohol entre los niños, niñas y adolescentes concentrando la referencia temporal en el último mes, como una aproximación a la instauración de prácticas de consumo. La evidencia da cuenta de que el 4,1% de la población estudiada presenta consumo en los últimos 30 días y que esta prevalencia no presenta diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. En tanto se reduce significativamente entre los que tienen 10 a 12 años (1,2%) para alcanzar una mayor presencia entre los NNA mayores de 13 años (8,3%). La diferencia también es significativa entre los que residen en el interior del país (5,2%) y Montevideo (2,7%).

Tabla 16.3. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en el último mes

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		4,1
Sexo	Varón	4,4
	Mujer	3,8
Edad	10 a 12 años	1,2*
	13 y más años	8,3*
Región de residencia	Montevideo	2,7*
	Interior	5,2*

Base: total de la muestra

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los rangos etarios y entre el lugar de residencia tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Por último, en términos generales, se observa que la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en esta población presenta un patrón experimental ya que 9 de cada 10 de los que consumieron en el último año, declaran haber consumido uno o algunas veces, en tanto el consumo mensual alcanza al 7,4% y el semanal o diario al 1,9% de los niños, niñas y adolescentes. Los varones tienen a mostrar una frecuencia mayor donde adquieren más peso los consumos mensuales, semanales y diarios que alcanzan al 14,7% mientras que en las mujeres esta frecuencia se presenta en el 3,8% de las que declararon consumo en el último año. Asimismo, los que residen en el interior del país evidencian patrones más frecuentes de consumo de alcohol; el 12,9% de los que consumieron en el último año declaran que lo han hecho mensual, semanal o diariamente, en tanto en Montevideo esto es declarado por el 2,2%. Finalmente, el análisis por grupos de edad no arroja tan claramente

una diferenciación, si bien puede sostenerse que los más chicos tienden a mostrar una menor frecuencia (o algunas veces en el año) en tanto la frecuencia mensual tiene más peso en los mayores.

Tabla 16.4. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

		Una o algunas veces	Mensualmente	Semanal o diariamente
Total de la población		90,7	7,4	1,9
Sexo	Varón	88,2*	8,6*	3,3*
	Mujer	93,4*	6,1*	0,5*
Edad	10 a 12 años	92,4*	5,2*	2,4
	13 y más años	90,2*	8*	1,8
Región de residencia	Montevideo	97,8*	1,5*	0,7*
	Interior	87,1*	10,4*	2,5*

Base: niños, niñas y adolescentes que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

*Las celdas sombreadas muestran, por columna, que el indicador de frecuencia de consumo entre los varones y mujeres, rangos etarios (solo para algunas veces y mensualmente) y entre el lugar de residencia tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

16.3 Consumo de bebidas energizantes en niños, niñas y adolescentes

El consumo de bebidas comercializadas bajo la denominación de energizantes se ha convertido en un fenómeno de creciente relevancia en edades tempranas, en tanto se trata de productos de fácil acceso y rodeados de cierta confusión en la población en general respecto a sus efectos. A ello se suma una estrategia publicitaria fuertemente dirigida a población joven, que promueve su consumo y contribuye a su normalización en estos grupos. Se trata de bebidas no alcohólicas, usualmente carbonatadas, cuya formulación se distingue por la presencia de cantidades relevantes de cafeína, junto con taurina y vitaminas del complejo B. En algunos casos, incorporan extractos de origen vegetal como guaraná, ginseng y ginkgo biloba, y ocasionalmente se les añaden minerales, inositol y carnitina (Manrique et al., 2018). Además, suelen presentar altos contenidos de azúcar, aunque también existen versiones que lo sustituyen por edulcorantes (Alsunni, 2015).

La evidencia disponible para Uruguay muestra una rápida expansión de su ingesta entre adolescentes, especialmente en los de menor edad. Según los hallazgos en la población adolescente escolarizada el aumento del consumo en la última década es de casi un 50%; pasa del 55,2% en 2014 al 81,8% en 2024 (OUD, 2025). A diferencia de otras sustancias, su consumo tiende a instalarse de forma más precoz, posicionándose como una de las opciones más accesibles y socialmente legitimadas. Este escenario se ve acompañado por una baja percepción de riesgo (OUD, 2025), que contrasta con los potenciales efectos adversos particularmente en población infantil y adolescente asociados a la ingesta elevada de cafeína y de azúcar en la mayoría de los casos. El consumo de cafeína —al igual que el de otros estimulantes— no es recomendable en niños, niñas y adolescentes (FDA, 2018; AACAP, 2020), por lo que no existe un nivel considerado seguro para este grupo. En el caso de las bebidas comercializadas como energizantes, es importante tener en cuenta que la cafeína no solo proviene de su adición directa, sino también de otros ingredientes que la contienen, como el guaraná. Asimismo, en relación con el consumo de azúcar, existe evidencia consistente sobre sus efectos perjudiciales para la salud, lo que ha llevado a promover la reducción o el control de su ingesta diaria (Al-Shaar et al., 2017).

En el informe de investigación de la X Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media se sistematizan los riesgos de salud pública asociados al consumo de este tipo de bebidas asociados a múltiples factores fisiológicos, psicológicos y conductuales (OUD, 2025)

Los hallazgos en la ENDIS muestran que 6 de cada 10 niños, niñas y adolescentes han consumido este tipo de bebidas por lo menos alguna vez en su vida. La declaración de consumo es mayor entre varones (63,4%) que entre las mujeres (55,9%), así como entre los que tienen 13 años y más años (72,7%) en relación a los de menor edad (50,6%). No se muestran diferencias estadísticamente significativas según lugar de residencia.

Tabla 16.5. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en la vida

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		59,7
Sexo	Varón	63,4*
	Mujer	55,9*
Edad	10 a 12 años	50,6*
	13 y más años	72,7*
Región de residencia	Montevideo	57,4
	Interior	61,3

Base: total de la muestra

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los varones y mujeres y entre los rangos etarios tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Cuatro de cada 10 declara haber consumido bebidas energizantes en el último año. Este indicador de consumo actual presenta el mismo comportamiento que la prevalencia vida respecto al sexo, edad y lugar de residencia.

Tabla 16.6. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en los últimos 12 meses

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		40,8
Sexo	Varón	44,7*
	Mujer	36,7*
Edad	10 a 12 años	32,8*
	13 y más años	52,5*
Región de residencia	Montevideo	38,7
	Interior	42,3

Base: total de la muestra

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los varones y mujeres y entre los rangos etarios tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Estas bebidas denominadas energizantes, si bien mantienen mayormente un patrón de consumo experimental en la población estudiada, presentan un uso más frecuente respecto a lo observado con el alcohol. Entre los niños, niñas y adolescentes que consumieron el último año hay casi 3 de cada 10 que declaran consumo mensual, semanal o diario. Los varones (11,0%) duplican el consumo semanal y diario respecto de sus pares mujeres (5,2%). Entre los de 10 a 12 años es más frecuente la declaración de consumo una o algunas veces en el año, en tanto los mayores tienden a mostrar más

consumo mensual. En lo que respecta a la región de residencia, donde no se había encontrado diferencias en las prevalencias anuales, sí se halla una mayor declaración de consumo semanal o diario en Montevideo; de forma que si bien consume la misma proporción de niños, niñas y adolescentes en la capital suelen hacerlo con mayor frecuencia.

Tabla 16.7. Frecuencia de consumo de bebidas energizantes en los últimos 12 meses

		Una o algunas veces	Mensualmente	Semanal o diariamente
Total de la población		71	20,6	8,5
Sexo	Varón	67,9*	21,1	11*
	Mujer	74,8*	20	5,2*
Edad	10 a 12 años	75,3*	17,4*	7,4
	13 y más años	67,1*	23,5*	9,4
Región de residencia	Montevideo	71,5	18,3*	10,2*
	Interior	70,6	22,1*	7,2*

Base: niños y adolescentes que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

*Las celdas sombreadas muestran, por columna, que el indicador de frecuencia de consumo entre los varones y mujeres (solo algunas veces y diariamente), entre los rangos etario (frecuencia algunas veces y mensualmente) y entre el lugar de residencia (mensualmente y semanal/diariamente) tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Por último, el consumo de bebidas energizantes en los últimos 30 días alcanza al 17,7% de la población, con un mayor peso entre varones y niños, niñas y adolescentes de 13 y más años. No muestra diferencia por región de residencia.

Tabla 16.8. Consumo de bebidas energizantes alguna vez en los últimos 30 días

Categorías		Porcentaje (%)
Total de la población		17,7
Sexo	Varón	20,9*
	Mujer	14,4*
Edad	10 a 12 años	13,5*
	13 y más años	23,9*
Región de residencia	Montevideo	17
	Interior	18,2

Base: total de la muestra

*Las celdas sombreadas muestran que las prevalencias entre los varones y mujeres y entre los rangos etarios tienen diferencias estadísticamente significativas a un nivel de 0,05.

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Entre las fortalezas de la ENDIS se encuentra su potencialidad para avanzar en la exploración de asociaciones entre el consumo de sustancia con otros factores que no se encuentran en otras fuentes de dato. En este sentido la mirada sobre la eventual asociación entre el consumo de bebidas energizantes, en particular los patrones frecuentes, y las horas de sueño en niños, niñas y adolescentes resulta especialmente relevante en tanto permite abordar una dimensión central del bienestar y del desarrollo en estas edades. El sueño cumple un rol fundamental en los procesos cognitivos, emocionales y físicos, y su alteración puede tener efectos en diversas áreas vitales.

Si bien exploratoria, esta primera mirada bivariada puede generar evidencia relevante que permita el planteo de hipótesis que avancen en la indagación.

La proporción de niños, niñas y adolescentes que duermen menos de 8 horas diariamente es mayor entre aquellos que consumen bebidas energizantes frecuentemente (semanal o diariamente). Así el 27,8% de los que tienen este patrón frecuente de consumo de bebidas energizantes no alcanza a dormir 8 horas por noche, en tanto esta proporción disminuye al 16,9% entre los que no consumen bebidas energizantes.

En otras palabras, puede señalarse que la chance de encontrar niños, niñas y adolescentes que duerman menos de 8 horas entre los que consumen frecuentemente bebidas energizantes es 1,77 veces mayor a encontrar entre los que no consumen bebidas energizantes.

Si bien el odds ratio obtenido (1,77) no indica una asociación particularmente fuerte, sí sugiere la presencia de un vínculo que resulta relevante desde el punto de vista analítico. En este sentido, más que una evidencia concluyente, puede interpretarse como un indicio que justifica profundizar la investigación, incorporando otros factores potencialmente intervinientes y avanzando hacia modelos multivariados que permitan captar de mejor manera la complejidad del fenómeno. Así, aunque la magnitud de la asociación es moderada, este tipo de consumo podría constituir una señal de alerta, especialmente cuando se presenta en combinación con otros factores de riesgo, reforzando la necesidad de abordajes más integrales.

Tabla 16.9. Horas de sueño según consumo frecuente de bebidas energizantes

		Consumo de bebidas energizantes semanal o diariamente		
		Si	No*	Total
Horas de sueño durante la semana	menos de 8 horas	27,8	16,9	17,5
	8 o más horas	72,2	83,1	82,5
Total		100	100	100

Base: total de la muestra

Nota: *No consumen bebidas energizantes

Fuente: Elaboración OUD en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

16.4 Conclusiones

Podemos concluir que la experimentación con alcohol alcanza a una proporción significativa de niños, niñas y adolescentes —alrededor de tres de cada diez—, lo que evidencia una presencia no marginal del fenómeno en edades tempranas. No obstante, este comportamiento no se distribuye de manera homogénea: mientras que entre los 10 y 12 años la prevalencia es menor, a partir de los 13 se observa un incremento marcado, coincidente con el pasaje al ciclo de educación media y la finalización de la primaria. Este punto parece configurar un momento de inflexión en las trayectorias de consumo.

Si bien predominan patrones de carácter experimental, resulta relevante subrayar que el contacto con el alcohol se produce a edades tempranas en una fracción no despreciable de la población. Esta tendencia se acentúa al considerar el consumo en los últimos 12 meses: los adolescentes de 13 años y más presentan niveles de consumo reciente casi cinco veces superiores a los de menor edad, lo que refuerza la idea de un quiebre significativo en esta etapa. Asimismo, no es menor que el consumo habitual alcance a 8 de cada 100 adolescentes en el tramo de 13 y más años, lo que sugiere que, más allá de la experimentación, comienzan a consolidarse prácticas de consumo más frecuentes en un grupo específico. Por último señalar que se evidencian patrones más frecuentes de consumo en el interior del país respecto a Montevideo.

A este panorama se suma el consumo de las denominadas bebidas energizantes, que presentan niveles de experimentación significativamente más elevados que los observados para el alcohol. En efecto, aproximadamente seis de cada diez niños, niñas y adolescentes han probado este tipo de bebidas, y más de la mitad de los menores de 12 años ya han tenido contacto con ellas. A diferencia de lo que ocurre con el alcohol, en este caso se observa una mayor prevalencia entre los varones.

El consumo actual también alcanza magnitudes importantes: involucra a cerca de un tercio de los más pequeños y a más de la mitad de los adolescentes de mayor edad. En cuanto al consumo habitual, este llega al 13% entre los de 10 a 12 años y a casi uno de cada cuatro entre quienes tienen 13 y más años. Si bien predominan los patrones experimentales, en el caso de las bebidas energizantes se advierte un mayor peso relativo de consumos más frecuentes —incluso semanales y diarios— en comparación con lo observado para el alcohol.

En conjunto, estos resultados de consumo de bebidas energizantes sugieren la existencia de procesos de normalización de este tipo de consumo en edades tempranas. En este sentido, se vuelve relevante considerar el rol de la permisividad y habilitación adulta, que podría estar operando como facilitador, probablemente en un contexto de escasa información sobre la composición de estas bebidas y sus potenciales efectos en la salud.

16.5 Referencias bibliográficas

AACAP (2020): Caffeine and Children, 131. American Academy of Child and Adolescent

Psychiatry. Disponible en: <https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/

Facts_for_Families/FFF-Guide/Caffeine_and_Children-131.aspx#:~:text=

At%20this%20time%2C%20pediatricians%20advise,those%2012%2D18%20

years%20old>.

Al-Shaar, L.; Vercammen, K.; Lu, C.; Richardson, S.; Tamez, M.; Mattei, J. (2017): Health

Effects and Public Health Concerns of Energy Drink Consumption in the United

States: A Mini-Review. Front Public Health, 5: 225. Disponible en: <https://www.

frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00225/full>.

Alsunni, A. A. (2015): Energy Drink Consumption: Beneficial and Adverse Health Effects.

Int J Health Sci (Qassim), 9(4): 468-474.

FDA (2018): Spilling the Beans: How Much Caffeine is Too Much? U.S. Food and Drug Administration.Disponible en: <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/

spilling-beans-how-much-caffeine-too-much>.

Manrique, C. I.; Arroyave Hoyos, C. L.; Galvis Pareja, D. (2018): Bebidas cafeinadasenergizantes: efectos neurologicos y cardiovasculares. Iatreia, 31(1), 65-75. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v31n1a06

OUD (2025): X Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Ensenanza

Media. Junta Nacional de drogas. Disponible en: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/x-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-enseñanza-media>.

CAPÍTULO 17

Educación y Futuro Autoadministrado

Por Uruguay Crece Contigo: Dayana Rodriguez, Pablo Irigoin, Christian Berón, Natalia De Souza, Giorgina Garibotto.

17.1 Introducción

El presente capítulo analiza el módulo de educación y futuro del cuestionario autoadministrado de la cuarta ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS 2024). Como se señala en la introducción de este informe, el cuestionario autoadministrado fue diseñado para ser completado por los propios niños, niñas y adolescentes (NNA), sin la intervención de un entrevistador o referente adulto, lo que permite captar sus percepciones y expectativas de forma más directa.

El módulo de educación indaga tres dimensiones principales. En primer lugar, la asistencia actual a centros educativos. En segundo lugar, las expectativas educativas de los NNA, es decir, hasta qué nivel esperan estudiar. En tercer lugar, para quienes no asisten o no asistieron a educación media, las razones que explican esa situación.

Complementariamente, se incorpora al análisis la perspectiva de la persona referente del hogar sobre la situación educativa del NNA y sus expectativas para él o ella, lo que permite contrastar ambas miradas.

Las expectativas educativas en la niñez y la adolescencia constituyen un indicador relevante del capital educativo que los hogares aspiran a acumular y de las trayectorias que los propios NNA proyectan para sí mismos (Fernández, 2010; Cardozo, 2016). Su análisis cobra especial interés cuando se compara la perspectiva del NNA con la del adulto referente, ya que las divergencias entre ambas ofrecen información sobre los contextos en que se forman esas expectativas.

Las aperturas realizadas en este capítulo son: sexo, tramos de edad (10 a 12 años y 13 años y más), región (Montevideo e interior) y tercil de ingresos del hogar.

Al tratarse de la primera ronda en que se incorpora este módulo, no es posible realizar comparaciones temporales con ediciones anteriores de la encuesta.

17.2 Calidad de la información

17.2.1 Completitud del módulo

Dado que el cuestionario autoadministrado permite al entrevistado omitir preguntas o abandonar el módulo en cualquier momento, por tal motivo se realizaron pruebas para examinar la tasa de respuesta de cada pregunta antes de presentar los resultados sustantivos. La pregunta sobre asistencia actual a un centro educativo presenta una tasa de respuesta válida del 95,6%, con un 4,4% sin dato y sin casos de NS/NC. La pregunta sobre hasta qué nivel esperan estudiar muestra una tasa algo menor: el 88,6% respondió válidamente, mientras que el 8,6% no la respondió y el 2,7% indicó NS/NC

Entre quienes declararon no asistir (n=95), la completitud del bloque de razones es muy alta, con tasas de respuesta de entre 95,8% y 97,9% en las once opciones consultadas, lo que indica que quienes llegaron a esta sección del cuestionario la completaron casi en su totalidad.

El perfil de quienes no respondieron la pregunta sobre el nivel que esperan alcanzar muestra un gradiente según tercil de ingresos: el porcentaje sin dato alcanza el 12,2% en el tercil 1 y desciende al 5,6% en el tercil 3. Por sexo, los varones presentan mayor proporción de falta de respuesta que las mujeres (11,0% y 6,7%, respectivamente). Por región, las diferencias son mínimas (Montevideo 9,1%, Interior 8,8%).

Estos patrones indican que la incompletitud del módulo no es aleatoria y afecta en mayor medida a los NNA en hogares de menores ingresos, lo que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados que se presentan a continuación.

17.3 Asistencia a centros educativos

17.3.1 Asistencia según los propios NNA y según la persona referente

Al momento de la encuesta, el 91,1% de los NNA declaró asistir actualmente a un centro educativo, mientras que el 4,5% indicó no asistir. El 4,4% restante no respondió esta pregunta.

La información relevada a través de la persona referente del hogar sobre la situación educativa del NNA muestra niveles de asistencia ligeramente superiores. El 99,5% de los adultos declaró que el NNA asiste actualmente a un centro educativo, mientras que el 0,5% indicó que no asiste o que asistió anteriormente (Tabla 17.1).

Tabla 17.1. Asistencia actual a un centro educativo, según fuente de información. Total país.

Asistencia educativa	Según NNA %	Según referente %
Asiste actualmente	91,1	99,5
No asiste / no asiste pero asistió	4,5	0,5
Sin dato	4,4	—
Total	100	100

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

17.4 Expectativas educativas

17.4.1 Distribución general de las expectativas de los niños, niñas y adolescentes y persona referente

Entre los NNA como entre las personas referentes, la educación terciaria universitaria constituye el nivel educativo más frecuentemente mencionado como meta educativa futura.

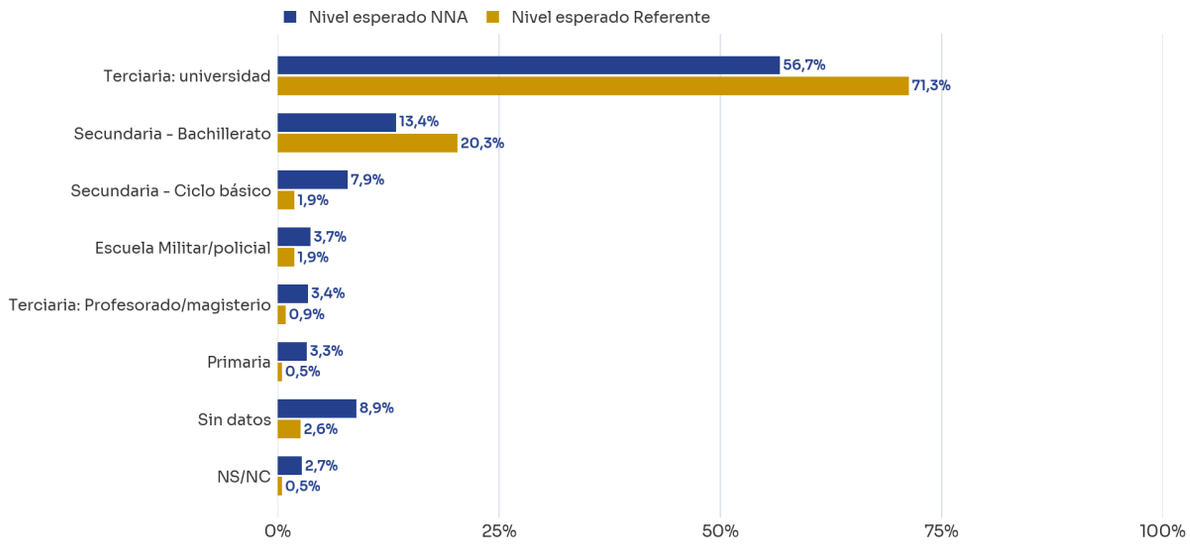
El 56,7% de los NNA espera alcanzar estudios terciarios universitarios, esta proporción asciende a 71,3% entre las personas referentes. Del mismo modo, la educación secundaria bachillerato es mencionada por el 13,4% de los NNA y por el 20,3% de los referentes. (ver Gráfico 17.1)

En contraste, los NNA presentan una mayor concentración en niveles educativos intermedios, particularmente ciclo básico (7,9% frente a 1,9% entre los referentes). Esta brecha entre las expectativas de los adultos y las de los propios NNA es consistente con evidencia que muestra que los referentes adultos tienden a proyectar aspiraciones más altas que las que los niños y adolescentes

formulan para sí mismos, y que esas expectativas adultas operan como factor mediador en las trayectorias educativas (Davis-Kean, 2005; Hango, 2007).

La proporción de respuestas no válidas (sin datos o NS/NC) es considerablemente mayor entre los NNA que entre las personas referentes, lo que refuerza la interpretación de que una parte de los NNA aún no ha consolidado expectativas definidas sobre su futuro educativo.

Gráfico 17.1. Distribución de NNA y personas referentes según el nivel educativo que esperan alcanzar. Total país.



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

17.4.2 Expectativas según variables sociodemográficas

Las expectativas educativas de los NNA muestran un patrón sistemático según las condiciones socioeconómicas del hogar, el sexo y, en menor medida, la región de residencia. En todos los grupos, la universidad es el nivel más mencionado, pero la proporción varía de forma sustancial.

En el gradiente por tercil de ingresos se observa que mientras que el 46,7% de los NNA del tercil 1 espera alcanzar la universidad, esa proporción sube al 69,3% en el tercil 3. La brecha se refleja también en la mayor concentración de bachillerato y ciclo básico entre los hogares de menores ingresos (ver Tabla 17.2). Este patrón es consistente con evidencia que muestra que el nivel socioeconómico del hogar incide sobre las expectativas educativas tanto directamente como a través de las expectativas de los propios adultos referentes (Davis-Kean, 2005; Hango, 2007), y con lo documentado para Uruguay en estudios sobre trayectorias hacia la educación terciaria (Cardozo, 2016).

Por sexo, las mujeres presentan una expectativa universitaria más extendida que los hombres (63,2% frente a 50,5%), mientras que los varones se concentran más en el bachillerato (16,9% frente a 9,8%). Esta brecha de género en las aspiraciones educativas, con mayor ambición entre las mujeres, es un patrón documentado en la región y refleja transformaciones en los roles de género que se expresan tempranamente en las trayectorias esperadas (INEEd, 2017; Espíndola y León, 2002).

Las diferencias por región son menos pronunciadas: la expectativa universitaria es algo mayor en Montevideo que en el interior (59,0% y 55,0%), lo que puede vincularse a la mayor oferta y proximi-

dad institucional en la capital, así como a desigualdades territoriales en el capital educativo de los hogares (Katzman y Filgueira, 2001).

Por tramo de edad, las expectativas universitarias son similares entre los grupos de 10 a 12 años y 13 años y más (55,8% y 58,0%) y no se observan grandes diferencias.

Tabla 17.2. Distribución de NNA según nivel educativo esperado, por tercil de ingresos.según sexo, tercil de ingresos, región y tramo de edad. (% columna)

Nivel educativo	Tercil de ingreso			Sexo		Región		Edad	
	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	Hombre	Mujer	Montevideo	Interior	10-12	13 y más
Primaria	3,9	3,7	2,2	3,4	3,1	2,8	3,6	4,8	1,1
Secundaria - Ciclo básico	10,8	7,6	5,3	8,8	6,9	7,5	8,2	7,2	8,8
Secundaria - Bachille-rato	16,1	15,6	8,7	16,9	9,8	12,3	14,3	12,8	14,4
Escuela Militar/policial	5,1	3,6	2,2	4,5	2,9	2,6	4,6	4,2	3,1
Terciaria: Profesorado/ magisterio	3,2	3,5	3,5	2,6	4,2	3,6	3,2	2,6	4,5
Terciaria: universidad	46,7	54,3	69,3	50,5	63,2	59	55	55,8	58
NS/NC	2,1	2,8	3,2	2,2	3,2	3,1	2,4	3	2,3
Sin datos	12,2	9	5,6	11	6,7	9,1	8,8	9,7	7,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

17.4.3 Concordancia entre las expectativas de NNA y personas referentes

En términos generales, algo más de la mitad de los casos (53,8%) registra coincidencia entre las expectativas educativas del NNA y las de la persona referente. Un 33,9% presenta discrepancia, mientras que el 8,9% corresponde a falta de respuesta y el 3,3% a NS/NC en alguna de las dos variables. Este nivel de coincidencia indica que, si bien existe una base de acuerdo importante, en uno de cada tres casos las expectativas de ambos informantes difieren (ver Tabla 17.3).

Tabla 17.3. Concordancia entre las expectativas educativas del NNA y persona referente (%).

Concordancia	Porcentaje
Coinciden	53,8
Adulto espera mayor nivel	23,3
Niño espera mayor nivel	10,6
Falta respuesta	8,9
NS/NC	3,3
Total	100

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Cuando las expectativas no coinciden, la dirección predominante es que el adulto espera un nivel educativo mayor que el NNA: esto ocurre en el 23,3% del total de casos, frente al 10,6% en que es el propio NNA quien proyecta un nivel más alto. Este patrón sugiere que los referentes adultos tienden a formular aspiraciones más ambiciosas que las que los NNA construyen para sí mismos, lo que es consistente con la literatura sobre el rol mediador de las expectativas parentales en las trayectorias educativas (Davis-Kean, 2005; Hango, 2007).

Al desagregar por variables sociodemográficas, el gradiente por tercil de ingresos es el más pronunciado: mientras que en el tercil 1 el 43,6% de los casos registra coincidencia, esa proporción asciende al 67,1% en el tercil 3. La desalineación entre ambas miradas es, por tanto, considerable-mente mayor en los hogares de menores ingresos. En estos hogares, cuando no hay acuerdo, la

dirección predominante es que el adulto espera más que el NNA (25,6% en el tercil 1 frente a 15,7% en que el NNA espera más), patrón que se atenúa a medida que aumenta el ingreso del hogar. Este resultado es consistente con evidencia que muestra que el efecto mediador de las expectativas parentales es más pronunciado en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica (Davis-Kean, 2005; Hango, 2007; Katzman y Filgueira, 2001).

Por sexo, la concordancia es mayor entre las mujeres (60,4%) que entre los hombres (47,5%). En ambos grupos la dirección predominante de la discrepancia es que el adulto espera más, aunque la brecha es más marcada entre los varones (26,4% adulto espera más vs. 12,1% NNA espera más) que entre las mujeres (20,1% vs. 9,1%). Estas diferencias son coherentes con los patrones documentados sobre brechas educativas de género en la región (INEEd, 2017; Espíndola y León, 2002).

Las diferencias por región son moderadas: la concordancia es algo mayor en Montevideo (56,5%) que en el interior (51,8%), lo que puede vincularse a las desigualdades territoriales en el capital educativo de los hogares (Katzman y Filgueira, 2001).

Entre los casos no coincidentes, las discrepancias más frecuentes involucran los niveles de bachillerato y universidad (ver Tabla 17.4). Las dos combinaciones más comunes van en sentidos opuestos: el NNA espera bachillerato mientras el adulto espera universidad (22,4%) y, a la inversa, el NNA espera universidad mientras el adulto espera bachillerato (20,2%). Le siguen combinaciones en que el NNA ubica su expectativa en ciclo básico frente a una expectativa universitaria (11,6%) o de bachillerato (10,2%) del adulto, lo que refuerza el patrón general de expectativas adultas más altas que las de los propios NNA (Cardozo, 2016; Fernández, 2010).

Tabla 17.4. Índice de concordancia entre expectativas de NNA y persona referente, según tercil de ingresos, sexo y región (%).

Categoría	Tercil de ingresos			Sexo		Región	
	1	2	3	Hombre	Mujer	Montevideo	Interior
Adulto espera mayor nivel	25,6	25,9	18,5	26,4	20,1	23,2	23,4
Coinciden	43,6	50,9	67,1	47,5	60,4	56,5	51,8
NNA espera mayor nivel	15,7	10,4	5,5	12,1	9,1	7,6	12,8
Falta respuesta	12,3	9,0	5,6	11,1	6,7	9,1	8,8
NS/NC	2,9	3,8	3,3	3,0	3,7	3,6	3,2
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

17.5 Razones de no asistencia a educación media

Entre los NNA que declararon no asistir a un centro educativo (n≈95), las razones más frecuentes se agrupan en tres ejes temáticos: la relevancia percibida de la educación, la percepción de dificultad o extensión del trayecto, y los condicionantes del hogar.

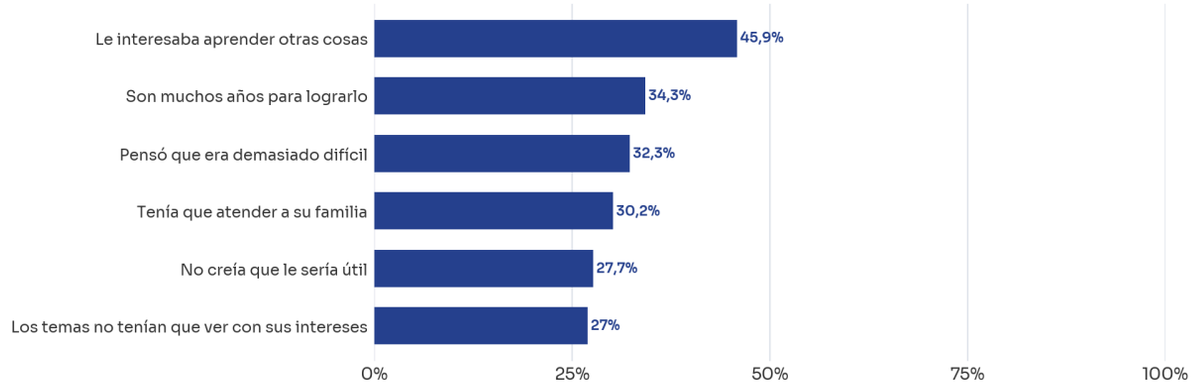
El eje de mayor peso es el de la relevancia e interés. El 45,9% señaló que le interesaba aprender otras cosas, el 27,7% que no creía que la educación le sería útil y el 27,0% que los temas no tenían que ver con sus intereses. En conjunto, estas respuestas sugieren una desconexión entre la propuesta educativa y las motivaciones de los NNA, más que un rechazo a la educación en sí. Este patrón es consistente con lo documentado en la literatura sobre desafiliación educativa en Uruguay, que identifica la falta de sentido y pertinencia como uno de los factores centrales en el abandono de la educación media (Fernández, 2010; INEEd, 2017).

Un segundo eje refiere a la percepción de la educación como un proceso largo o difícil de completar: el 34,3% indicó que son muchos años para lograrlo y el 32,3% que pensó que era demasiado difícil. Estas respuestas apuntan a una evaluación de los costos y la viabilidad del trayecto como factor disuasivo, en línea con lo señalado por Espíndola y León (2002) respecto a los determinantes de la deserción escolar en América Latina.

Finalmente, el 30,2% mencionó que tenía que atender a su familia, lo que pone de manifiesto la incidencia de condicionantes domésticos —especialmente responsabilidades de cuidado— en la interrupción de la trayectoria educativa (Katzman y Filgueira, 2001).

Estos resultados deben interpretarse con cautela dado el reducido número de casos (n≈95). La pluralidad de razones mencionadas sugiere que la no asistencia responde a combinaciones de factores más que a una causa única (ver Gráfico 17.2).

Gráfico 17.2. Principales razones de no asistencia a educación. NNA que declararon no asistir. Total país (%).



Fuente: Elaboración UCC en base a ENDIS 2024 (Cuarta ronda, Cohorte 2013)

Nota: pregunta de respuesta múltiple; porcentajes no suman 100%. n ≈ 95 (no ponderado). Se incluyen las razones que al menos tienen 27 menciones. Los datos se deben interpretar con cautela por bajo n.

17.6 Conclusiones

Este capítulo presenta los primeros resultados del módulo de educación y futuro del cuestionario autoadministrado de ENDIS 2024, que por primera vez recoge directamente la perspectiva de los propios NNA sobre su situación y expectativas educativas.

Los datos muestran una elevada asistencia a centros educativos, con un 91,1% de los NNA declarando asistir al momento de la encuesta, cifra coherente con la reportada por las personas referentes (99,5%). Las diferencias entre fuentes son atribuibles principalmente al formato autoadministrado y a posibles diferencias en el momento de referencia, sin que alteren la conclusión general de alta cobertura educativa.

Las expectativas educativas son altas en todos los grupos: la universidad es la meta más mencionada tanto por NNA como por referentes. Sin embargo, los referentes adultos expresan aspiraciones sistemáticamente más ambiciosas que los propios NNA (71,3% frente a 56,7% para el nivel universitario), patrón esperable dado el rol mediador de las expectativas parentales en la formación de las trayectorias educativas (Davis-Kean, 2005; Hango, 2007).

El hallazgo más relevante es el pronunciado gradiente socioeconómico en las expectativas: la proporción de NNA que aspira a la universidad va del 46,7% en el tercil 1 al 69,3% en el tercil 3. Este gradiente se replica en la concordancia entre NNA y referentes, que es menor en los hogares de menores ingresos, donde la desalineación entre ambas miradas es más frecuente. Estos resultados son consistentes con lo documentado para Uruguay en estudios sobre trayectorias hacia la educación terciaria (Cardozo, 2016) y con evidencia regional sobre la reproducción de desigualdades educativas (Espíndola y León, 2002; Fernández, 2010).

Se observa también diferencia por género en las expectativas. Las mujeres muestran expectativas universitarias más extendidas que los hombres (63,2% frente a 50,5%) y mayor concordancia con sus referentes adultos, en línea con las transformaciones en los roles de género documentadas en la región (INEEd, 2017).

Entre los NNA que no asisten a un centro educativo —grupo reducido pero analíticamente relevante—, las razones de no asistencia combinan factores vinculados a la relevancia e interés percibido de la educación, la percepción de dificultad o extensión del trayecto, y condicionantes domésticos como las responsabilidades de cuidado (Fernández, 2010; Katzman y Filgueira, 2001). La pluralidad de razones mencionadas sugiere que la desvinculación educativa responde a combinaciones de factores más que a causas únicas.

Al tratarse de la primera ronda en que se incorpora este módulo, los resultados constituyen una línea de base que permitirá, en ediciones futuras, analizar la evolución de las expectativas educativas de esta cohorte.

17.7 Bibliografía

Cardozo, S. (2016). Transiciones y trayectorias hacia la educación terciaria en Uruguay. Cuadernos del UNFPA, Montevideo.

Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. Journal of Family Psychology, 19(2), 294–304.

Espíndola, E. y León, A. (2002). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. Revista de la CEPAL, 78, 39–62.

Fernández, T. (coord.) (2010). La desafiliación en la educación media y superior de Uruguay: conceptos, estudios y políticas. Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República.

Hango, D. (2007). Parental investment in childhood and educational qualifications: Can greater parental involvement mediate the effects of socioeconomic disadvantage? Social Science Research, 36(4), 1498–1520.

INEEd (2017). Informe sobre el estado de la educación en Uruguay 2015–2016. Instituto Nacional de Evaluación Educativa, Montevideo.

Katzman, R. y Filgueira, C. (2001). Panorama de la infancia y la familia en Uruguay. Universidad Católica del Uruguay, Montevideo.

CAPÍTULO 18

Adolescencias, Bienestar Psicosocial y Bienestar Digital: Aportes para una Lectura desde la Perspectiva de Ciclo de Vida

Por Instituto Nacional de la Juventud: Natalia Bettoni, Nicolás Alberti, Serrana Alonso y Leticia Palumbo.

18.1 Introducción

La perspectiva de ciclo de vida invita a comprender la niñez, la adolescencia y la juventud como etapas interrelacionadas que forman parte de procesos continuos de desarrollo y transición. Lejos de constituir momentos claramente delimitados, sus fronteras son dinámicas y responden a construcciones sociales que varían según los contextos históricos, culturales y territoriales. Desde esta mirada, la adolescencia se configura a través de un proceso gradual y multidimensional, atravesado por experiencias, condiciones y oportunidades que se acumulan a lo largo de la vida.

Comprender estas transiciones constituye un desafío para la investigación social y para el diseño de políticas públicas. En este sentido, los estudios longitudinales representan una herramienta fundamental, ya que permiten observar cómo determinados procesos se desarrollan en el tiempo, identificar continuidades y transformaciones, y analizar de qué manera las experiencias tempranas inciden en etapas posteriores del curso de vida.

La Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) ofrece una oportunidad singular para abordar estas preguntas. A través del seguimiento de una cohorte de niñas y niños que tenían entre 0 y 3 años en 2013, y mediante cuatro rondas de relevamiento, la encuesta permite reconstruir aspectos centrales de sus trayectorias de vida hasta alcanzar, en 2024, edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. Esta información constituye un aporte estratégico para comprender las condiciones en las que se produce el pasaje de la infancia hacia la adolescencia temprana, así como los desafíos y oportunidades que emergen en esta etapa.

La relevancia de esta evidencia trasciende el campo específico de la infancia. Los resultados de la ENDIS aportan elementos sustantivos para comprender fenómenos que adquieren creciente centralidad durante la adolescencia y la juventud, contribuyendo al diálogo entre agendas de investigación y de política pública tradicionalmente abordadas de forma separada. Conocer cómo llegan las personas a la adolescencia, qué experiencias han marcado sus trayectorias y qué condiciones han acompañado su desarrollo permite comprender mejor las realidades juveniles, identificar factores de protección y riesgo, y fortalecer el diseño de políticas orientadas a acompañar los diversos recorridos vitales.

En esta línea, el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) desarrolla de forma sostenida distintas iniciativas de producción de conocimiento orientadas a comprender las condiciones de vida, las experiencias y las trayectorias de la población joven en Uruguay. Entre sus principales fuentes de información se encuentran las cinco ediciones de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (1990, 2008, 2013, 2018 y 2025) y el estudio longitudinal Panel de Juventudes 2018-2022,

como instrumentos que han permitido generar evidencia sobre temas vinculados a educación, trabajo, emancipación, salud, participación, vínculos, entornos digitales y ejercicio de derechos.

Este capítulo se propone analizar los resultados de la cuarta ronda de la cohorte 2013 de la ENDIS, en diálogo con la evidencia producida por el INJU y diversos aportes conceptuales. Desde una perspectiva de ciclo de vida se pone el foco en las dimensiones de bienestar psicosocial y bienestar digital, entendidas como aspectos centrales para comprender las experiencias y desafíos que atraviesan niñas, niños y adolescentes en la actualidad. Asimismo, se procura aportar elementos para el análisis de fenómenos que adquieren creciente centralidad en las agendas de adolescencia y juventud, reconociendo que muchas de sus manifestaciones y condicionantes tienen expresiones tempranas durante la infancia.

18.2 Bienestar psicosocial

Una lectura en clave de ciclo de vida permite trascender los datos descriptivos e interrogarse sobre las condiciones en las que niños, niñas y adolescentes transitan su desarrollo, así como sobre la forma en que esas experiencias pueden incidir posteriormente en las trayectorias juveniles y adultas.

Los resultados de la ENDIS 2024 dan cuenta de que la adolescencia no puede comprenderse únicamente como una etapa de transición biológica. Se trata de un período particularmente significativo para la construcción de la identidad, la autonomía, los vínculos sociales y los proyectos de vida. Desde esta perspectiva, los hallazgos evidencian tanto factores protectores como vulnerabilidades que pueden favorecer u obstaculizar los procesos de desarrollo y las oportunidades futuras de los y las adolescentes en Uruguay.

Resulta interesante analizar los resultados a la luz de los planteos de Susana Brignoni (2012) sobre las adolescencias contemporáneas. La autora advierte que muchos de los malestares que aparecen en adolescentes y jóvenes no deben ser leídos únicamente desde categorías diagnósticas, sino como manifestaciones que interpelan los modos en que la sociedad aloja a las nuevas generaciones.

La adolescencia es una etapa difícil para realizar diagnósticos relacionados con la salud mental. Durante esta etapa se producen cambios en la conducta o en otras áreas de la vida que pueden hacer pensar en la existencia de patologías o enfermedades, pero que en realidad son parte y expresión del proceso de crecimiento. Los y las adolescentes atraviesan experiencias inéditas y como todo lo nuevo pueden despertar tanto alegría y entusiasmo como dificultades y malestar, motivo por el cual son frecuentes los traspiés o algún síntoma (UNICEF & INJU/MIDES, 2022).

Daniel Korinfeld (2024) señala que muchas de las situaciones que generan preocupación en adolescentes y jóvenes no deben comprenderse exclusivamente como trastornos o patologías individuales, sino como expresiones de sufrimiento que emergen cuando los sujetos encuentran dificultades para otorgar sentido a sus experiencias o para encontrar interlocutores capaces de alojarlas. Desde esta perspectiva, los indicadores de ansiedad, retraimiento, síntomas depresivos y malestar emocional identificados por la ENDIS pueden interpretarse como señales que exceden la dimensión estrictamente individual. Más que informar únicamente sobre estados psicológicos particulares, estos datos interpelan las condiciones sociales, familiares, educativas y comunitarias en las que se desarrollan las adolescencias.

Los niveles de sufrimiento emocional identificados en niños, niñas y adolescentes del presente informe (capítulo 13) invitan a preguntarse no sólo qué les ocurre a los y las adolescentes, sino también qué condiciones de reconocimiento, escucha y participación encuentran en los espacios que habitan. La evidencia muestra que en el inicio de la adolescencia los sentimientos de malestar y desesperación aumentan significativamente, puntualmente en la transición hacia la adolescencia media y tardía, de los 12 - 15 años hacia los 16 -19 años de edad (UNICEF & INJU/MIDES, 2023).

Asimismo, en la ENDIS se advierte un predominio de los problemas internalizados[10], por sobre los externalizados[11] en niños, niñas y adolescentes (capítulo 13), principalmente en los hogares de menores ingresos. Esto se presenta como una tendencia que se mantiene a lo largo de distintas franjas etarias en la población uruguaya, por lo que constituye un insumo relevante para la política de adolescencia y juventud en tanto puede anticiparse a abordar esta temática de forma focalizada.

En la misma línea, los resultados muestran que niños, niñas y adolescentes de los hogares en situación de vulnerabilidad presentan mayores dificultades emocionales, conductuales y sociales (capítulo 13), evidenciando el peso persistente de las desigualdades sociales en las trayectorias vitales. En este sentido, Graciela Frigerio (2004) ha señalado que las trayectorias de vida no pueden comprenderse por fuera de las condiciones sociales que distribuyen de manera desigual las oportunidades de acceso a bienes materiales, simbólicos y culturales.

Estos indicadores pueden interpretarse como señales tempranas de malestares que, de no ser abordados oportunamente, tienden a persistir e incluso profundizarse durante la adolescencia. En este sentido, la evidencia producida por INJU muestra que los sentimientos de tristeza, desesperanza y malestar psicosocial son significativamente más frecuentes entre adolescentes que han estado expuestos previamente a situaciones de violencia, maltrato, acoso o discriminación. Una de las principales conclusiones del Panel de Juventudes 2018-2022 señala que la exposición a estas experiencias entre los 12 y 15 años de edad incrementa de manera significativa la probabilidad de experimentar sentimientos de tristeza o desesperanza cuatro años después, entre los 16 y 19 años (segunda medición) (UNICEF & INJU/MIDES, 2023).

Otra dimensión relevante a considerar a partir del presente informe es que el bienestar infantil y adolescente está estrechamente ligado al bienestar emocional de quienes cuidan. Un hallazgo particularmente relevante de la ENDIS refiere a la salud mental de los referentes de cuidado (Capítulo 13.6). Cerca de una quinta parte de los/as cuidadores/as presenta indicadores de sintomatología depresiva (19,5%), con una incidencia considerablemente mayor en mujeres jóvenes, en quienes residen en el interior del país, y especialmente en los hogares más vulnerables. Este dato pone de manifiesto que el bienestar de niños, niñas y adolescentes no puede analizarse de manera aislada de los contextos en los que transcurre su vida cotidiana. Las condiciones de crianza, los recursos disponibles para el cuidado y el bienestar emocional de quienes acompañan los procesos de crecimiento constituyen dimensiones fundamentales.

En este marco, los resultados de la ENDIS permiten identificar importantes factores protectores. Desde una perspectiva amplia, estos factores pueden entenderse como aquellas condiciones vinculares, institucionales y comunitarias que favorecen el bienestar, fortalecen los procesos de subjetivación y contribuyen a que las y los adolescentes transitan los desafíos propios de esta

10. Problemas de naturaleza emocional que tienden a dirigirse hacia el interior del NNA, que tienen que ver con ansiedad, depresión, retraimiento, quejas somáticas.
11. Problemas que se expresan hacia el entorno que tienen que ver con conductas desafiantes, romper reglas y comportamiento agresivo.

etapa con mayores recursos simbólicos y afectivos. Las dimensiones vinculadas a las relaciones con pares, amigos y al entorno escolar presentan los indicadores más favorables de calidad de vida. Esto sugiere que los espacios de socialización continúan desempeñando un papel central como soportes subjetivos y fuentes de bienestar durante la infancia y la adolescencia.

En suma, los resultados de la ENDIS sugieren que muchas de las dificultades que se manifiestan durante la adolescencia o la juventud no emergen de forma repentina, sino que son el resultado de procesos acumulativos que se construyen a lo largo de la infancia y la adolescencia temprana. Las experiencias familiares, escolares, comunitarias y afectivas van configurando trayectorias que pueden potenciar recursos o, por el contrario, incrementar situaciones de vulnerabilidad.

18.3 Bienestar digital, adolescencia y ciclo de vida

En el contexto de las profundas transformaciones sociales y tecnológicas que caracterizan las últimas décadas, los entornos digitales han adquirido un lugar central en la configuración de las experiencias de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Las tecnologías digitales forman parte de los procesos de socialización, construcción identitaria, participación y producción de vínculos, incidiendo de manera significativa en las trayectorias de desarrollo y bienestar.

Diversos organismos internacionales coinciden en señalar que los efectos de estas tecnologías sobre el bienestar no pueden comprenderse a partir de relaciones simples o lineales entre tiempo de uso y consecuencias negativas. Tanto la American Psychological Association (APA, 2023), como la UNESCO (2023), la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2025) y UNICEF han destacado que los beneficios y riesgos asociados a los entornos digitales dependen de múltiples factores, entre ellos las características de las plataformas, los modos de uso, las condiciones sociales y culturales de vida, las oportunidades educativas disponibles y la presencia de mediaciones adultas significativas.

Desde esta perspectiva, el bienestar digital constituye una dimensión específica del bienestar integral y de la salud mental, estrechamente vinculada con otras áreas del desarrollo como la calidad del sueño, la actividad física, la autoestima, la participación social y la construcción de vínculos significativos.

Los hallazgos de la ENDIS (capítulo 14) muestran la centralidad que las tecnologías han adquirido en la vida cotidiana de niños, niñas y adolescentes: el 88% utiliza celular o tablet fuera del horario escolar, el 77% mira televisión, videos o series y el 65% utiliza videojuegos, computadora o internet. Estos resultados evidencian que las experiencias digitales forman parte constitutiva de los procesos de crecimiento y socialización contemporáneos.

Al mismo tiempo, la ENDIS releva percepciones sobre posibles consecuencias problemáticas asociadas al uso de internet. Un 13,5% de los y las adolescentes declara haber dejado de comer o dormir debido al tiempo dedicado a internet; un 18,9% señala haber tenido conflictos con familiares o amistades; y un 14,6% considera que su rendimiento educativo se vio afectado por este motivo. Asimismo, la percepción de afectación del desempeño educativo aumenta significativamente con la edad. Si bien estos datos no permiten establecer relaciones causales, sí identifican dimensiones del bienestar que merecen especial atención y que coinciden con aquellas señaladas por la evidencia internacional como potencialmente sensibles a determinados patrones de uso digital.

Estos hallazgos dialogan con los resultados de Kids Online Uruguay (UNICEF, 2023), así como con las recomendaciones de la APA (2023), la American Academy of Pediatrics (AAP, 2025) y la Sociedad Uruguaya de Pediatría, que identifican el sueño, la actividad física, la salud emocional, los vínculos presenciales y la capacidad de autorregulación como ámbitos particularmente relevantes para comprender las experiencias digitales durante la adolescencia.

Los resultados de la ENDIS permiten observar que las experiencias digitales no operan de manera aislada, sino que se articulan con condiciones previas de vulnerabilidad y protección. Los mayores niveles de malestar emocional, las dificultades vinculadas al descanso, la ansiedad y las desigualdades observadas entre distintos grupos sociales sugieren la necesidad de analizar los usos digitales en relación con contextos más amplios de vida. Diversos estudios muestran que los riesgos asociados a los entornos digitales suelen incrementarse cuando existen situaciones de aislamiento social, fragilidad vincular, dificultades de salud mental o limitadas oportunidades de participación comunitaria.

Los entornos digitales constituyen espacios complejos donde se desarrollan procesos fundamentales para la vida adolescente. Las redes sociales, en particular, se han convertido en escenarios centrales para la construcción de la identidad, la búsqueda de reconocimiento y la pertenencia a grupos de pares. Estas plataformas ofrecen oportunidades de expresión, conexión y participación, al tiempo que introducen dinámicas de exposición permanente, comparación social y búsqueda de validación que pueden incidir sobre el bienestar subjetivo (Sherman et al., 2018).

Desde una perspectiva de ciclo de vida, uno de los aportes más relevantes de la evidencia reciente consiste en cuestionar la idea de que las competencias necesarias para desenvolverse en los entornos digitales emergen espontáneamente durante la adolescencia. Las investigaciones muestran que las habilidades digitales, la capacidad de autorregulación, el pensamiento crítico, la gestión de la privacidad y el aprendizaje del consentimiento se construyen progresivamente mediante procesos de socialización, acompañamiento y transmisión que comienzan en la infancia.

En esta línea, algunos hallazgos preliminares de estudios que está llevando a cabo el INJU[12]dan cuenta de que muchos jóvenes perciben haber aprendido a desenvolverse en internet principalmente a través de la experiencia propia, frecuentemente después de atravesar situaciones problemáticas. Esto revela que los procesos de aprendizaje digital suelen ser fragmentarios y reactivos, produciéndose muchas veces luego de la exposición a riesgos o conflictos, más que como resultado de instancias sistemáticas de acompañamiento y formación.

De forma convergente, la Estrategia Nacional de Ciudadanía Digital para una Sociedad de la Información y el Conocimiento 2024-2028 (AGESIC) cuestiona el supuesto de los llamados “nativos digitales” y enfatiza la necesidad de promover competencias críticas, éticas y ciudadanas que permitan comprender los impactos sociales de las tecnologías, ejercer derechos y participar activamente en los entornos digitales.

Las experiencias que tienen lugar durante la infancia y la adolescencia temprana adquieren una importancia decisiva para las trayectorias posteriores. El desarrollo de capacidades para evaluar críticamente la información, comprender el funcionamiento de los algoritmos, reconocer situaciones de violencia digital, proteger los datos personales y gestionar la propia identidad digital constituye un conjunto de recursos fundamentales para la vida juvenil y adulta.

12. De acuerdo con resultados preliminares de un estudio en curso sobre Internet, redes sociales y salud mental en adolescentes y jóvenes de 14 a 21 años realizado por INJU, UNICEF y la Fundación para el Apoyo a la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.

Desde esta perspectiva pueden identificarse tres grandes desafíos para las nuevas generaciones. El primer desafío se refiere a la construcción de autonomía. En los entornos digitales, la autonomía supone mucho más que el acceso a dispositivos o conectividad; implica desarrollar herramientas para tomar decisiones informadas, gestionar riesgos, proteger la privacidad y ejercer un uso reflexivo y responsable de las tecnologías.

El segundo desafío se vincula con la construcción de vínculos saludables. Las redes sociales constituyen espacios privilegiados de socialización y reconocimiento, pero también pueden transformarse en escenarios donde se reproducen prácticas de hostigamiento, discriminación, control y violencia. Particular preocupación generan las formas de violencia digital asociadas a las relaciones afectivas y de género, tales como la vigilancia permanente, la exigencia de contraseñas, el monitoreo de actividades o la difusión no consentida de contenidos íntimos, prácticas que diversos organismos identifican como vulneraciones de derechos y expresiones contemporáneas de relaciones desiguales de poder.

El tercer desafío se refiere a la construcción de ciudadanía digital. Participar en los entornos digitales exige desarrollar competencias que permitan comprender los modos de circulación de la información, el funcionamiento de los sistemas algorítmicos, los intereses económicos que estructuran las plataformas y las implicancias éticas y políticas de estas tecnologías. La ciudadanía digital supone no solamente prevenir riesgos, sino también promover la participación, la creatividad, la producción de conocimiento y el compromiso con la convivencia democrática.

En este marco, los organismos internacionales destacan la necesidad de promover enfoques integrales que articulen alfabetización digital, acompañamiento adulto, fortalecimiento de competencias socioemocionales y marcos regulatorios adecuados (APA, 2023; UNESCO, 2023; OEA, 2025). Estas orientaciones coinciden en señalar que la promoción del bienestar digital no puede recaer exclusivamente en las decisiones individuales de adolescentes y familias, sino que requiere considerar también las responsabilidades de las plataformas tecnológicas, los sistemas educativos, los Estados y las políticas públicas en la construcción de entornos más seguros, inclusivos y protectores.

Desde esta perspectiva, el desafío no se centra en la restricción del acceso a las tecnologías, sino en comprender los modos en que estas son utilizadas, las condiciones en que se desarrollan dichas experiencias y los factores que median sus efectos. Promover una relación crítica, consciente y saludable con los entornos digitales implica fortalecer las competencias digitales y ciudadanas, desarrollar capacidades de autorregulación, sostener procesos de acompañamiento adulto y generar condiciones estructurales que favorezcan estos aprendizajes.

En suma, las experiencias digitales forman parte constitutiva de los procesos de construcción de identidad, autonomía, vínculos y ciudadanía que acompañan el desarrollo humano. Desde una perspectiva de ciclo de vida, promover el bienestar digital supone fortalecer factores protectores desde la infancia, reducir las desigualdades que condicionan las trayectorias, garantizar entornos de cuidado y acompañamiento y generar oportunidades para que adolescentes y jóvenes ejerzan plenamente sus derechos en una sociedad crecientemente mediada por tecnologías digitales.

18.4 A modo de cierre...

Los resultados analizados de la ENDIS permiten reflexionar en torno a la relevancia de una perspectiva de ciclo de vida para comprender los procesos de desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Los hallazgos muestran que las experiencias de bienestar y malestar, las oportunidades de partici-

pación, los vínculos de cuidado y las condiciones materiales de existencia se articulan a lo largo de las trayectorias vitales, configurando recursos y vulnerabilidades que inciden en las experiencias posteriores de adolescencia y juventud. Desde esta mirada, la ENDIS aporta evidencia valiosa para identificar factores de protección y de riesgo que no sólo permiten comprender las realidades actuales de las nuevas generaciones, sino también anticipar desafíos para las políticas públicas de adolescencia y juventud.

18.5 Bibliografía

AGESIC. (2024). Estrategia Nacional de Ciudadanía Digital para una Sociedad de la Información y el Conocimiento 2024–2028. Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento.

American Academy of Pediatrics.(2025). Media and children communication toolkit.American Academy of Pediatrics.

American Psychological Association.(2023). Health advisory on social media use in adolescence.APA.

Brignoni, S. (2012). Pensar las adolescencias. Editorial UOC.

Brignoni, S. (2016). Síntomas actuales en la adolescencia. Editorial UOC.

Frigerio, G. (2004). La transmisión en las sociedades, las instituciones y los sujetos. Un concepto de educación en acción. Noveduc.

Instituto Nacional de la Juventud (INJU-MIDES). (2020). IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018. Informe final. Ministerio de Desarrollo Social.

Instituto Nacional de la Juventud (INJU-MIDES) & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2022). Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay. INJU–UNICEF.

Instituto Nacional de la Juventud (INJU-MIDES) & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes de 16 a 19 años desde el Panel de Juventudes de la ENAJ. INJU–UNICEF.

Korinfeld, D., & Levy, D. (2024). Autolesiones y situaciones de suicidio en adolescentes. Noveduc.

Organización de los Estados Americanos. (2025). [Informe sobre adolescencia, entornos digitales y bienestar]. OEA.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS.

Rodríguez, C. (2014). Adolescencias: un asunto entre generaciones. En UNICEF Uruguay (Ed.), Primera persona: Realidades adolescentes (pp. 9-19). UNICEF.

Sherman, L. E., Payton, A. A., Hernandez, L. M., Greenfield, P. M., &Dapretto, M. (2018). The power of the like in adolescence: Effects of peer influence on neural and behavioral responses to social media. Psychological Science, 27(7), 1027–1035.

UNESCO. (2023). Orientaciones para el uso de la tecnología generativa en la educación. UNESCO.

ENDIS
Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud

Resultados de la cuarta ronda

Cohorte 2013 · Relevamiento 2024 · Publicación 2026

Ministerio de Desarrollo Social | Dirección Nacional de Desarrollo Social | Uruguay Crece Contigo

Uruguay Crece Contigo
Dirección Nacional de Desarrollo Social
Ministerio de Desarrollo Social
República Oriental del Uruguay

Convenio ENDIS: MIDES · MSP · INE
ISBN digital: 978-9974-902-69-5
Consultá mides.gub.uy