Nivel socioeconómico y estilos de vida de la población infantil y adolescente en España

GASOL FOUNDATION

Informe basado en datos procedentes del Estudio PASOS 2022-2023

Gasol Foundation – Julio 2024

Nivel socioeconómico y estilos de vida de la población infantil y adolescente en España

Autoría: Gasol Foundation Europa
Dr. Santi F. Gómez
Cristina Ribes
Martín Tribaldos
Jan Ródenas

Con la colaboración de:
Dr. Helmut Schröder (Hospital del Mar Research Institute - CIBERESP)
Paula Berruezo (Gasol Foundation)
Silvia Torres (Gasol Foundation)
Genís Según (Gasol Foundation)
Laia Gilibets (Gasol Foundation)
Laura Lorenzo (Gasol Foundation)
Y una red de 72 investigadores/as del consorcio PASOS 2022-2023.

Edita:
Gasol Foundation Europa
c/ Jaume I, 26-28, 08830
Sant Boi de Llobregat, Barcelona
93 834 66 00 / www.gasolfoundation.org
Diseño: Bravo Studio

Julio de 2024
Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este informe puede ser reproducida o transmitida en ningún formato electrónico o físico sin el permiso explícito y por escrito del autor.

@GASOLFOUNDATION

¡SÍGUENOS Y AYÚDANOS A DIFUNDIR NUESTRA LABOR!

ÍNDICE

1. Resumen de resultados 4
2. Contextualización 10
3. Objetivos 11
3.2. Objetivo principal 11
3.3. Objetivos específicos 11
4. Metodología 12

5. Resultados principales 15
5.1. Descripción de las variables de nivel socioeconómico 16
5.2. Actividad física según nivel socioeconómico 18
5.3. Alimentación según nivel socioeconómico 19
5.4. Uso de pantallas según nivel socioeconómico 22
5.5. Sueño según nivel socioeconómico 24
5.6. Malestar psicológico según nivel socioeconómico 26
5.7. Estado de salud percibido según nivel socioeconómico 27

6. Peticiones 28
7. Relación de los resultados con las medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad infantil 30
8. Agradecimientos 34

Índice de tablas y figuras 36
Bibliografía 38

1 RESUMEN DE RESULTADOS

ESTILOS DE VIDA EN GENERAL

- La evidencia científica en España es clara en cuanto a la robusta asociación entre el nivel socioeconómico y la probabilidad de presentar o desarrollar sobrepeso u obesidad a lo largo de la infancia (1, 2, 3). Los datos de este informe profundizan sobre las desigualdades socioeconómicas halladas en los factores de estilo de vida, asociados con la obesidad en la infancia, según las siguientes variables:

  _ Nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales (Universitarios / No universitarios).

  _ Estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales (Trabajando / No trabajando).

  _Renta media por persona/año de la sección censal en la que reside la población infantil y adolescente participante (≤ Mediana / > Mediana).

  _ Variable combinada de las 3 anteriores.

- Todos los factores de estilo de vida se encuentran más deteriorados entre la población infantil y adolescente expuesta a un entorno socioeconómico más desfavorecido:

  _ Las diferencias observadas en los factores de estilo de vida son comunes y van en la misma dirección tanto para cada una de las tres variables de nivel socioeconómico evaluadas como para la variable que combina las 3.

  _ Los factores del estilo de vida en los que se hallan mayores desigualdades según nivel socioeconómico son el promedio de minutos diarios dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa y el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas, tanto entre semana como el fin de semana.

  _ El malestar psicológico, reflejado por el porcentaje de población infantil y adolescente que señala sentirse algo, bastante, mucho o extremadamente preocupado/a, triste o infeliz, es la variable del estilo de vida en la que se hallan menos diferencias entre la población más y menos favorecida.

- Las niños, niñas y adolescentes que crecen en entornos socioeconómicamente más desfavorecidos tienen mayores dificultades para seguir un estilo de vida saludable en relación con:

  _ Alimentación.

  _ Actividad física.

  _ Uso de pantallas.

  _ Horas de sueño.

  _ Bienestar psicológico.

RECOMENDACIÓN

Impulsar las 200 medidas del Plan Estratégico Nacional parar la Reducción de la Obesidad Infantil (4) para que la opción saludable sea la que la infancia y la adolescencia se encuentran por defecto, de forma asequible y fácil. Dicho plan se concibió con una mirada sensible a las desigualdades socioeconómicas existentes en la epidemia de la obesidad infantil en España.

ACTIVIDAD FÍSICA

- La variable de nivel socioeconómico para la que se halla una mayor diferencia en el promedio de minutos diarios dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa es el nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales. Concretamente, la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios realizan diariamente 11,5 minutos menos de actividad física moderada o vigorosa, lo que supone más de 80 minutos menos a la semana, casi 6 horas menos al mes y casi 70 horas menos al año.

- La desigualdad en la práctica de actividad física moderada o vigorosa se distribuye de forma similar al anterior punto, aunque la magnitud de la diferencia es menor según la variable de renta media por persona y año de la sección censal en la que crece la población infantil y adolescente, y el estatus laboral. Concretamente, los niños, niñas y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no trabajan, practican 8,9 minutos menos de actividad física moderada o vigorosa diariamente, y los que crecen en una sección censal con una renta media inferior o igual a la mediana practican 9,3 minutos menos al día. Eso significa que al cabo del año estarán dedicando 54 y 56 horas menos, respectivamente, a la actividad física, que reporta beneficios en el crecimiento de la población infantil y adolescente.

- La desigualdad se incrementa de forma relevante al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico. La población cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan y que además residen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana tienen la oportunidad de dedicar 23 minutos más al día a la práctica de actividad física moderada o vigorosa, respecto la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios y no trabajan y que además residen en una sección censal con una renta media inferior a la mediana. Eso significa que al cabo de la semana dedican 160 minutos menos a realizar actividad física moderada o vigorosa, lo que supone más de 11 horas al mes y casi 140 horas al año menos (casi 6 días completos al año).

RECOMENDACIÓN

Garantizar que la infancia, especialmente aquella en situación de vulnerabilidad, tenga la posibilidad de ilusionarse y acceder a la práctica de actividad física y que dispone de los espacios físicos y sociales suficientes y de calidad para ser físicamente activos, con una mirada sensible a las desigualdades socioeconómicas halladas.

ALIMENTACIÓN

- Al igual que lo comentado para la actividad física, la variable de nivel socioeconómico para la que se halla una mayor diferencia en el nivel de adherencia a la dieta mediterránea es el nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales. Concretamente, en una escala del -4 al 12 los niños, niñas y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios obtienen 0,84 puntos menos respecto a los que sí tienen estudios universitarios.

- La diferencia en el nivel de adherencia a la dieta mediterránea es de 0,44 puntos menos para los/las niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no trabajan respecto a los que sí trabajan, y de 0,43 puntos menos para los que crecen en una sección censal con una renta media por persona inferior o igual a la mediana respecto a los que crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana.

- La desigualdad en el nivel de adherencia a la dieta mediterránea se incrementa hasta 1 punto al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico. En este sentido, la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios, trabajan y que además crecen en una sección censal con una mayor renta media por persona obtuvieron 1 punto más en el índice KidMed (alcanzando un total de 7,07), respecto a la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios, no trabajan y que, además, crecen en una sección censal con una renta media inferior o igual a la mediana (6,07 puntos).

- Al mismo tiempo, los resultados indican que el porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea es un 11,5 % mayor entre la población más expuesta a las desigualdades sociales, es decir, menores cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios y no trabajan, y que además crecen en una sección censal con una renta media por persona inferior o igual a la mediana.

- Por el otro lado, el porcentaje de población que alcanza un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea es un 12,8 % mayor entre la población más favorecida, aquellos menores cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan, y que además crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana.

- La población en situación de vulnerabilidad encuentra más barreras a la hora de acceder a una alimentación compatible con el patrón de dieta mediterránea y además está más expuesta a estímulos que les incitan a ingerir productos de alimentación y bebidas no saludables.

RECOMENDACIÓN

Reducir, por un lado, las barreras de acceso a alimentos saludables y al agua y, por el otro lado, la promoción del acceso y disponibilidad de productos de alimentación y bebidas no saludables con una mirada sensible a las desigualdades socioeconómicas existentes (5,6).

USO DE PANTALLAS

- También para el uso de pantallas entre semana la variable de nivel socioeconómico para la que se observan mayores diferencias en el número de minutos diarios dedicados a estos dispositivos digitales es el nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales. Concretamente, la población infantil y adolescente que dedica más tiempo los días de entre semana al uso de pantallas es aquella cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios, dedicando 50 minutos más al día respecto a los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios.

- Al comparar las 2 categorías de cada una de las variables estatus laboral y renta media por persona de las secciones censales en las que residen los niños, las niñas y adolescentes se observa que con mayor vulnerabilidad socioeconómica se usan las pantallas un promedio de unos 30 minutos más al día. Concretamente, los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no trabajan dedican 30 minutos más al día y los que residen en una sección censal con una renta media por persona inferior o igual a la mediana, dedican unos 25 minutos más al día.

- Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico, se observa que los niños/as y adolescentes más favorecidos socioeconómicamente dedican unos 68 minutos menos al día al uso de pantallas en los días de entre semana. Eso significa que cada semana estarían dedicando casi 6 horas menos al uso de pantallas, lo que se traduciría en casi 23 horas al mes, es decir, alrededor de 12 días completos menos al año. Todo ello sin tener en cuenta los días del fin de semana.

- Al observar los minutos dedicados a pantallas en los días del fin de semana, vemos que también es la variable de nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales en la que se observa una mayor desigualdad. Concretamente, los niños/niñas y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios dedican unos 40 minutos menos al día al uso de pantallas en los días del fin de semana.

- La diferencia para las otras dos variables de nivel socioeconómico estudiadas también va en el mismo sentido pero con una diferencia menor. Concretamente, la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales dedican alrededor de 20 minutos menos al día al uso de pantallas los sábados y los domingos, y los/las que crecen en una sección censal con una mayor renta media por persona dedican unos 25 minutos menos al día.

- Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico también observamos que el nivel de desigualdad entre los extremos de nivel socioeconómico es notable. Concretamente, los sábados y los domingos, los/las niños/as y adolescentes que crecen en un entorno con una menor renta media por persona, y cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios y no trabajan, dedican unos 55 minutos más al día, para los días del fin de semana, al uso de pantallas. Este valor se transforma en unas 9 horas y media más al mes, y más de 4 días completos al cabo de un año.

- La población infantil y adolescente más expuesta a la vulnerabilidad socioeconómica estaría dedicando unos 16 días completos más en un año al uso de pantallas. A lo largo de su crecimiento entre los 8 y los 16 años serían alrededor de 4,2 meses completos más dedicados integramente al uso de pantallas.

RECOMENDACIÓN

Promover un uso equilibrado de las pantallas, garantizando que estos dispositivos no bloqueen el desarrollo físico, cognitivo, psicológico, intelectual y social de la población infantil y adolescente, con una mirada sensible a las desigualdades socioeconómicas halladas.

SUEÑO

- El porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con las recomendaciones de horas de sueño entre semana es casi un 10 % menor entre los/las menores cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios, respecto a los/las niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales sí que tienen estudios universitarios.

- Las diferencias van en la misma dirección para la variable estatus laboral y renta media por persona. Concretamente, el porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con las recomendaciones de horas de sueño entre semana es un 5,6 % menor entre los/las niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no trabajan. Esa diferencia se amplía a un 7,8 % entre la población infantil y adolescente que reside en una sección censal con una renta media por persona inferior o igual a la mediana, respecto la que reside en una sección censal con una mayor renta media.

- Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico se observa que más de un 63 % de la población infantil y adolescente más favorecida cumple con las recomendaciones de sueño mientras que dicho porcentaje era un 14,7 % menor para la población más vulnerabilizada.

- Las desigualdades socioeconómicas en el cumplimiento de las recomendaciones de horas de sueño el fin de semana van en la misma dirección que las comentadas para los días de entre semana. En este caso, la variable que determina una mayor diferencia en el porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con las recomendaciones de horas de sueño es la renta media por persona de la sección censal, ya que el porcentaje de participantes que crecen en una sección censal con una menor renta media y que cumplen con las recomendaciones de horas de sueño era un 5,8 % menor respecto los/las que residen en una sección censal más favorecida socioeconómicamente.

- El porcentaje de población que alcanza las recomendaciones de horas de sueño el fin de semana es un 4,9 % y un 3,9 % mayor para la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan, respectivamente.

- La desigualdad en el porcentaje de población infantil y adolescente que alcanza las recomendaciones de horas de sueño el fin de semana se eleva hasta un 9,2 % al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico, siguiendo la misma dirección de las desigualdades socioeconómicas comentadas hasta el momento. A mayor nivel socioeconómico, mayor porcentaje de población que puede alcanzar las recomendaciones de horas de sueño, también para los días del fin de semana.

RECOMENDACIÓN

Interpretar adecuadamente la interacción de los hábitos de sueño con el resto de factores del estilo de vida, a la vez que se garantiza que la población infantil y adolescente cuenta con las condiciones necesarias para cumplir con las recomendaciones de horas de sueño y disfrutar de un tiempo de descanso de calidad, todo ello con una mirada sensible a las desigualdades socioeconómicas.

MALESTAR PSICOLÓGICO

- El porcentaje de población infantil y adolescente que indica sentirse preocupada, triste o infeliz prácticamente no difiere entre las 2 categorías de cada una de las 3 variables de nivel socioeconómico. Es decir, para esta área de la salud y el bienestar infantil no se encuentran desigualdades destacables según cada una de las variables de nivel socioeconómico.

- Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico se observa que más de un 30 % de la población infantil y adolescente declara sentirse preocupada, triste o infeliz, siendo dicho porcentaje un 2,4 % mayor entre la población infantil y adolescente más vulnerabilizada.

RECOMENDACIÓN

Impulsar los planes y estrategias de promoción de la salud mental a nivel nacional, asegurando que incluyen la promoción de estilos de vida saludables en relación con otras esferas como el uso de pantallas, el sueño, la alimentación o la actividad física. A la vez, se debe reducir el estigma alrededor del peso al tratarse de una de las fuentes generadoras de deterioro de la salud mental.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

- En una escala del 0 al 100, el estado de salud percibido por parte de la población infantil y adolescente es algo inferior en la población con un menor nivel socioeconómico. Concretamente, los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios o no trabajan señalan 4,4 y 2,2 puntos menos, respectivamente, en la escala de estado de salud percibido.

- Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico, se observa que la población más favorecida señaló en promedio 6,4 puntos más cuando se le preguntó sobre su estado de salud respecto a la población más vulnerabilizada.

- Para cualquier nivel socioeconómico la población infantil y adolescente señala, en promedio, menos de 84 puntos en una escala del 0 al 100 sobre su estado de salud percibido. Conviene resaltar que se trata de población infantil y adolescente de 8 a 16 años.

RECOMENDACIÓN

Incorporar de forma estructural la mirada de salud en todas las políticas para que la población infantil y adolescente tenga la oportunidad de hallar un adecuado nivel de bienestar físico, psicológico y social que se exprese en forma de un óptimo estado de salud percibido.

2 CONTEXTUALIZACIÓN

El presente informe se centra en el análisis de los factores del estilo de vida y la calidad de vida que son clave para el crecimiento a lo largo de la infancia y el desarrollo humano en general y los pone en relación a 4 variables que aproximan el nivel socioeconómico del entorno en el que crecen los niños, las niñas y adolescentes en España:

1. Nivel de estudios de madres, padres o tutoras/es legales;
2. Estatus laboral de madres, padres o tutoras/es legales;
3. Renta media por persona de las secciones censales en las que residen;
4. Una combinación de las 3 variables anteriores.

La actividad física, la alimentación, el uso de pantallas, el sueño, el bienestar psicológico y el estado de salud percibido son indicadores clave de la salud y el bienestar infantil y estudios previos no representativos o representativos para la franja de edad de 6 a 9 años han alertado que pueden guardar una relación estrecha con el nivel socioeconómico (7).

Además, el informe de resultados principales de la 2ª edición del estudio PASOS 2022-2023 ya alertó sobre el deterioro experimentado en estos factores en tan solo 3 años de PASOS 2019-2020 a PASOS 2022-2023. Por todo ello, este informe científico-técnico contribuye a incrementar la evidencia científica disponible en España en este campo y se complementará con publicaciones científicas que exploren en aún más profundidad los resultados descriptivos que se presentan. Estudiar estos factores del estilo de vida y la calidad de vida infantil y adolescente también es clave para seguir incrementando el conocimiento sobre los factores asociados con la pandemia de la obesidad infantil

La obesidad infantil es un problema de salud que empezó a generar creciente preocupación entre la comunidad científica y organismos internacionales a principios del siglo XXI (8). En aquel momento se consideraba una epidemia en países de altos ingresos y 24 años después domina por encima de la desnutrición también en países de medio y bajos ingresos (9). Por ello, en la actualidad se puede considerar una pandemia global.

La evidencia científica establece que los factores que pueden favorecer el desarrollo de obesidad a lo largo de la infancia y la adolescencia son múltiples (10). Además, dichos factores se sitúan a diferentes niveles de influencia respecto al estilo de vida individual o las características genéticas, el género o la edad de cada persona. En este sentido podemos encontrar:

1. Factores macrosociales y económicos del sistema en el que crece la persona;
2. Factores del entorno físico, construido y social en el que se desarrolla;
3. Las condiciones de vivienda, de trabajo y socioeconómicas de sus madres, padres o tutoras/es legales a las que están expuestas desde el nacimiento;
4. Las redes comunitarias y sociales que les acogen desde la primera infancia o;
5. Factores del estilo de vida de sus iguales o familiares que acaban también influenciando sobre su propio estilo de vida en relación a la probabilidad de presentar obesidad infantil.

Clásicamente se había puesto el foco en la responsabilidad individual o familiar en cuanto al seguimiento de un estilo de vida saludable, pero el conocimiento acumulado en las últimas décadas demuestra que es una cuestión sistémica y que los diferentes niveles descritos anteriormente acaban influenciando en cascada sobre el estilo de vida individual de la población infantil y adolescente (10).

A su vez, la evidencia científica ha demostrado que existen 4 pilares que afectan a la mayoría de los factores asociados con la pandemia de la obesidad infantil: la actividad física (11), la alimentación (12), el sueño (13) y el bienestar psicológico (14). Además, podríamos añadir un quinto pilar, las pantallas (15), que influyen de forma directa sobre los 4 anteriores. El equilibrio de estos 5 pilares depende en gran medida de factores situados en cada uno de los 5 niveles de influencia descritos anteriormente.

También cabe destacar que en la última década se ha acumulado una extensa evidencia internacional (16,17) y nacional (1,2,3) sobre la asociación del nivel socioeconómico de las familias y la probabilidad de desarrollar obesidad a lo largo de la infancia. De esta manera, en un país de altos ingresos como España, la comunidad científica coincide en que la probabilidad de presentar obesidad en la infancia o la adolescencia es mayor a menor nivel socioeconómico. También es aceptado que la obesidad infantil es una epidemia en España con indiferencia del nivel socioeconómico, aunque las desigualdades sociales en salud halladas para esta problemática hacen pensar en una priorización de recursos y medidas dirigidas a reducir dichas desigualdades.

Más allá de la obesidad infantil y de un enfoque pesocentrista, conviene hacer evolucionar la narrativa a nivel general para destacar y reconocer la importancia que tiene asegurar entornos promotores de la salud y del bienestar en los que la población infantil y adolescente pueda encontrar un óptimo nivel de calidad de vida. Para ello, hay que tener en cuenta que no todos los niños, niñas y adolescentes parten de las mismas condiciones socioeconómicas ni cuentan con condiciones equiparables para poder lograr un estilo de vida saludable. Por ello, este informe contribuye a seguir ahondando en el conocimiento sobre cómo los hábitos de salud se distribuyen según variables que aproximan el nivel socioeconómico al que se ve expuesta la población infantil y adolescente a lo largo de su crecimiento. Los resultados del presente informe también pretenden establecer una referencia representativa a nivel nacional que aporte información valiosa a las políticas, planes, estrategias, programas, proyectos y acciones dirigidos a la promoción de la salud en general, para que todas ellas incorporen una mirada sensible hacia la reducción de las desigualdades sociales en salud. Del mismo modo, permite fundamentar las iniciativas dirigidas a la reducción de desigualdades para que incorporen la promoción de hábitos de vida saludables desde la infancia como elemento clave para el logro de los objetivos que se planteen.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir, según variables socioeconómicas, los factores del estilo de vida y la calidad de vida de la población infantil y adolescente de 8 a 16 años residente en España.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la distribución de la población infantil y adolescente participante en el estudio PASOS 2022-2023 para 4 variables de nivel socioeconómico:
  1. Nivel de estudios de madres, padres o tutoras/es legales.
  2. Estatus laboral de madres, padres o tutoras/es legales.
  3. Renta media por persona de la sección censal donde viven los niños/as y adolescentes.
  4. Y la combinación de las tres variables.

- Estudiar, según las variables de nivel socioeconómico, los estilos de vida en relación con:
  _ Actividad física.
  _ Alimentación.
  _ Uso de pantallas.
  _ Sueño.

- Y estudiar, según las variables de nivel socioeconómico, la calidad de vida en relación con:
  _ Bienestar psicológico.
  _ Estado de salud percibido.

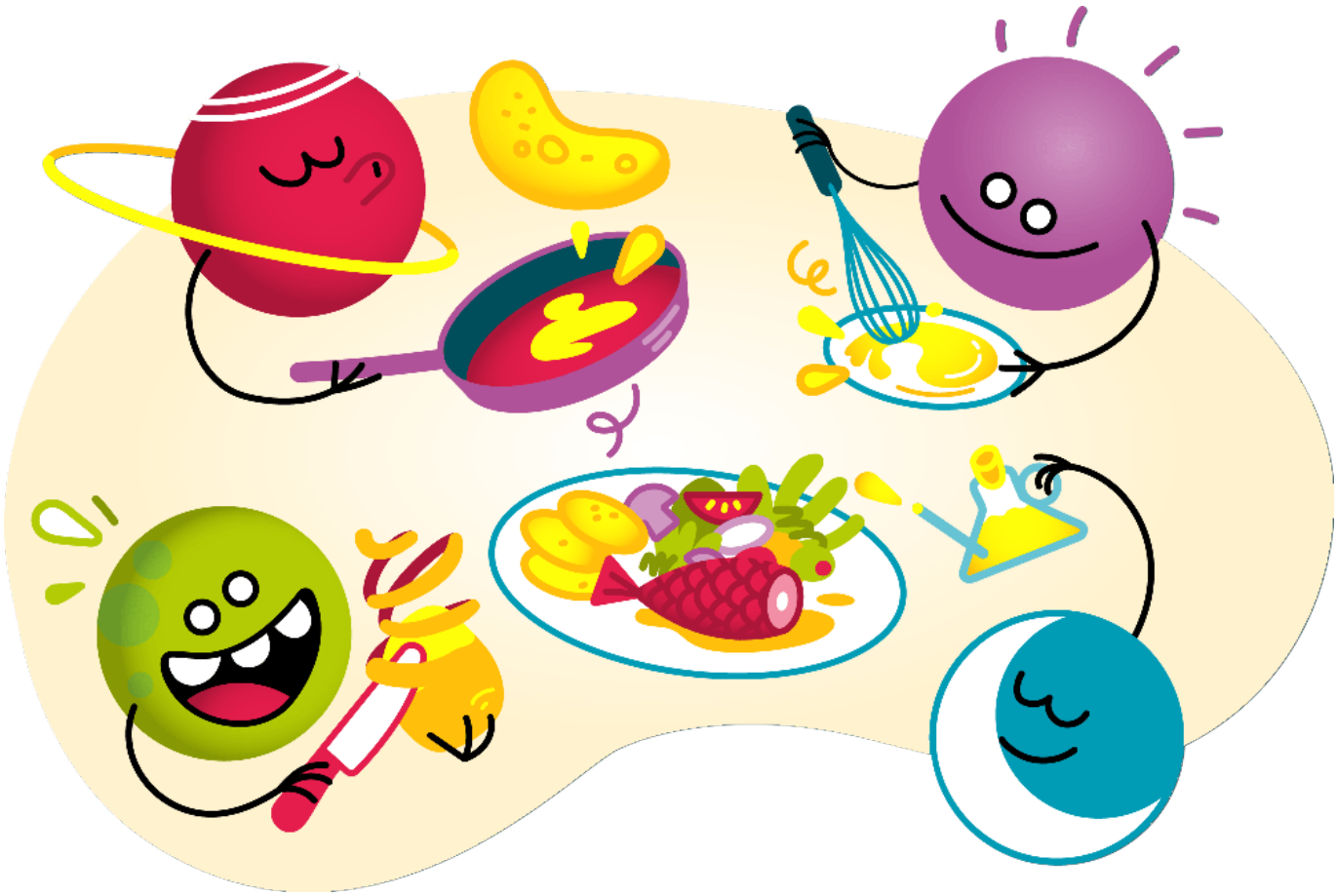
4 METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

En el presente informe "Nivel socioeconómico y estilos de vida de la población infantil y adolescente en España", se utilizan datos que provienen del estudio PASOS 2ª edición (2022-2023). Se trata de un estudio observacional y transversal representativo para la población de 8 a 16 años escolarizada en España en los años 2022-2023.

Los resultados transversales presentados en este informe se corresponden con una muestra final de participantes de 3.201 alumnos/as matriculados en 245 centros educativos de primaria y secundaria que se distribuyeron de forma proporcional por CC.AA.

Para ampliar información y conocer los detalles acerca del tamaño de la muestra, procedimiento de muestreo, variables recogidas y fuentes de información, así como los aspectos éticos y legales del estudio puede consultarse el "Informe de Resultados principales de la 2ª edición del estudio PASOS" (18) y el protocolo del estudio publicado en acceso libre en British Medical Journal Open (19).



VARIABLES

Las variables del estudio PASOS 2022-2023 contemplan el enfoque holístico de la Gasol Foundation sobre los factores clave asociados a la pandemia de la obesidad y el estado de salud de la población infantil. La recogida de los datos analizados en este informe se realizó a a través de dos fuentes de información en las que se utilizaron cuestionarios validados científicamente y preguntas *ad hoc*, dirigidos a distintos agentes clave:

- Cuestionario dirigido a niños/as y adolescentes participantes sobre variables de estilo de vida y variables ambientales, del entorno y comerciales.
- Cuestionario dirigido a madres, padres o tutoras/es legales de las niñas, niños y adolescentes participantes sobre variables de estilo de vida, factores socioeconómicos y variables ambientales, del entorno y comerciales.

A continuación, se describen las variables y herramientas evaluativas principales que han sido relevantes para la confección del presente informe, así como la categorización de ciertas variables para realizar el análisis e interpretación de los resultados expuestos:

Variables de estilo de vida y calidad de vida:

- **Actividad física**: medida mediante el cuestionario "Physical Activity Unit 7 items Screener" (PAU-7S) (20), validado psicométricamente en el marco de la 1ª edición del estudio PASOS (2019-2020). Los datos de actividad física recogidos mediante este cuestionario se expresan en promedio de minutos/día a lo largo de este informe.
- **Calidad de dieta**: medida mediante el Índice Kidmed (21), un cuestionario breve de adherencia a la dieta mediterránea creado, validado y aplicado en el marco del estudio EnKid (1998-2000). Contiene 16 ítems de respuesta dicotómica —Sí/No— y su puntuación total puede oscilar entre -4 y 12. En función de la puntuación total obtenida, existen tres categorías de adherencia a la dieta mediterránea: Baja (-4 a 3 puntos) ; Media (4 a 7 puntos) ; Alta (8 a 12 puntos).
- **Uso de pantallas:** medido mediante el cuestionario *Screen time-based sedentary behaviour - SSBQ (22)*, el cual pregunta acerca del tiempo invertido en uso de pantallas, tanto en días de entre semana como en fines de semana. Los datos de uso de pantallas recogidos mediante este cuestionario se expresan en promedio de minutos/día, diferenciando entre días de entre semana y fin de semana.
- **Horas de sueño**: medidas utilizando preguntas específicas del cuestionario *Sleep Habits Survey for Adolescents - SHSA* para la hora de acostarse y levantarse en los días de entre semana y fin se semana (23). Los resultados de esta variable se han analizado en función de si se cumple o no con las recomendaciones de horas de sueño diarias propuestas por la *National Sleep Foundation*. Para la población infantil de 6 a 13 años la recomendación es de entre 9 y 11 horas de sueño nocturno diario. Para la población adolescente de 14 a 17 años la recomendación es de entre 8 y 10 horas.
- **Bienestar psicológico y estado de salud percibido**: para medir el bienestar psicológico variable se ha utilizado un ítem específico del cuestionario sobre calidad de vida EQ-5D-Y-5L: "Sentirse preocupado, triste o infeliz" (24). La respuesta a este ítem puede oscilar entre 5 categorías —Nada; Algo; Bastante; Mucho; Extremadamente—. Para el análisis de este informe, se presentan agrupadas en una única categoría las respuestas distintas a "Nada", y por lo tanto se muestran datos de malestar psicológico. Para analizar el estado de salud percibido se ha utilizado una pregunta del mismo cuestionario en la que la población infantil y adolescente indicaba en una escala del 0 al 100 cuál creían que era su estado de salud en el día de la recogida de datos.

Variables socioeconómicas:

- **Nivel de estudios**: se preguntó a las madres, padres o tutoras/es legales acerca del nivel de escolarización más alto completado. Esta pregunta cuenta con seis categorías de respuesta —Sin estudios; Primaria; ESO; FP; Bachillerato; Universidad—. Para analizar e interpretar los resultados, se ha categorizado la variable "Nivel de estudios" en dos categorías: "Universitario" y "No universitario". Esta última categoría engloba todas aquellas opciones distintas a "Universidad".
- **Estatus laboral**: se preguntó a las madres, padres o tutoras/es legales acerca de cuál era su situación laboral actual. Esta pregunta cuenta con seis categorías de respuesta —Trabajando; Tareas del hogar; Paro; Jubilación; Incapacidad permanente; Estudiante—. Para analizar e interpretar los resultados, se ha categorizado la variable de "Estatus laboral" en dos categorías: "Trabajando" y "No trabajando". Esta última categoría engloba todas aquellas opciones distintas a "Trabajando".
- **Renta Media por persona (RMP)**: Corresponde a los ingresos netos anuales individuales (€/año). Los datos de RMP se han obtenido mediante la consulta a los datos públicos del año 2021 del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se utilizó como referencia la sección o distrito censal donde se ubica el domicilio habitual del niño, niña o adolescente. Para analizar e interpretar los resultados, se ha categorizado la variable según la mediana, generando las categorías de RMP ≤ mediana (50 % de la población que reside en una sección censal con una menor RMP) o RMP > mediana (50 % de la población que reside en una sección censal con una mayor RMP).

A su vez, para analizar e interpretar los resultados en función del nivel socioeconómico de los participantes, se ha considerado una variable combinada que agrupa las tres variables socioeconómicas descritas anteriormente. Dicha variable combinada tiene como objeto estratificar la muestra en siete escenarios que oscilan desde la situación socioeconómica más favorecida —Universitarios / Trabajando / RMP > mediana— hasta la situación socioeconómica más desfavorecida —< Universitario / No trabajando / RMP ≤ mediana—. Finalmente, se ha decidido excluir del análisis los dos escenarios que presentan una muestra inferior a 55 participantes e incluir en el análisis los siete escenarios que cuentan con una muestra que oscila de los 169 a los 702 participantes.

RESULTADOS PRINCIPALES

Los resultados que se presentan en las siguientes páginas corresponden al análisis llevado a cabo en el mes de mayo de 2023. Dicho análisis incluyó de partida el 100 % de la población infantil y adolescente participante en el estudio transversal PASOS 2ª edición (2022-2023).

Estos resultados descriptivos se ampliarán y profundizarán en futuras publicaciones científicas que se podrán consultar en la web de la Gasol Foundation.

5 RESULTADOS PRINCIPALES

5.1 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel de estudios

Tal y como se observa en la figura 1, un 36,8 % de las madres, padres o tutoras/es legales legales de la población infantil y adolescente participantes en el estudio PASOS 2022-2023 tienen estudios universitarios, un 51,8 % estudios secundarios y un 11,4 % tienen estudios primarios o no tienen estudios.

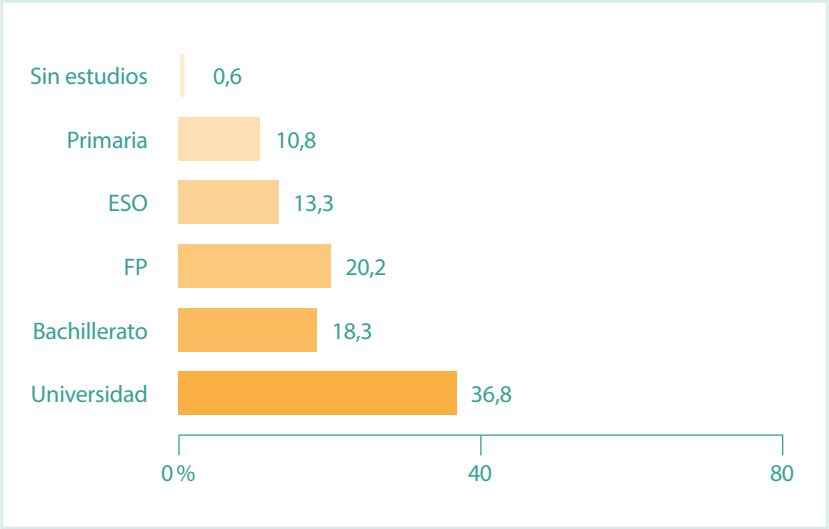


Figura 1 – Nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales legales de la población infantil y adolescente.

Estatus laboral

En la figura 2 se puede observar que un 78,4 % de las madres, padres o tutoras/es legales legales de la población infantil y adolescente participante en el estudio PASOS 2022-2023 trabajan, que un 11,9 % se dedica principalmente a tareas domésticas y que un 7 % se encuentran en situación de desempleo.

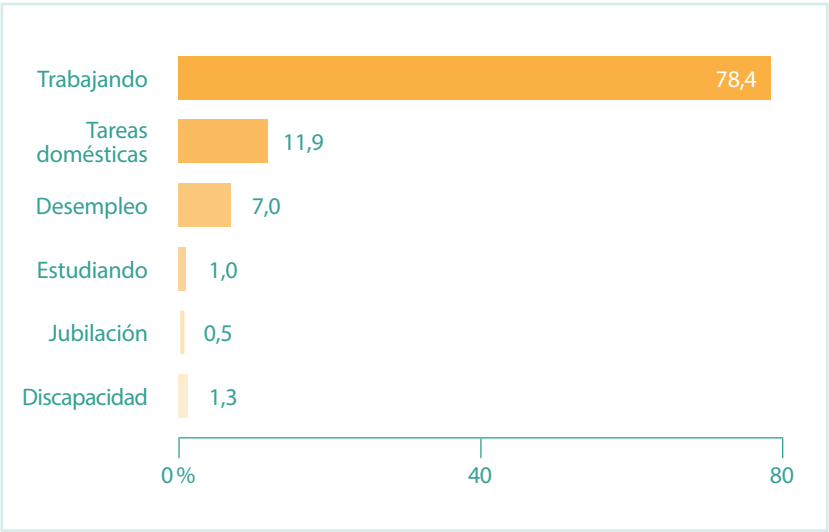


Figura 2 – Estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales de la población infantil y adolescente.

Renta media por persona y año

La renta media por persona y año de las secciones censales en las que reside la población infantil y adolescente participante en el estudio PASOS 2022-2023 se sitúa en los 12.239,07 euros al año, siendo la mediana de 11.861,09 euros al año. El valor de mediana, que deja al 50 % de la población por encima y al 50 % por debajo se ha utilizado para construir la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

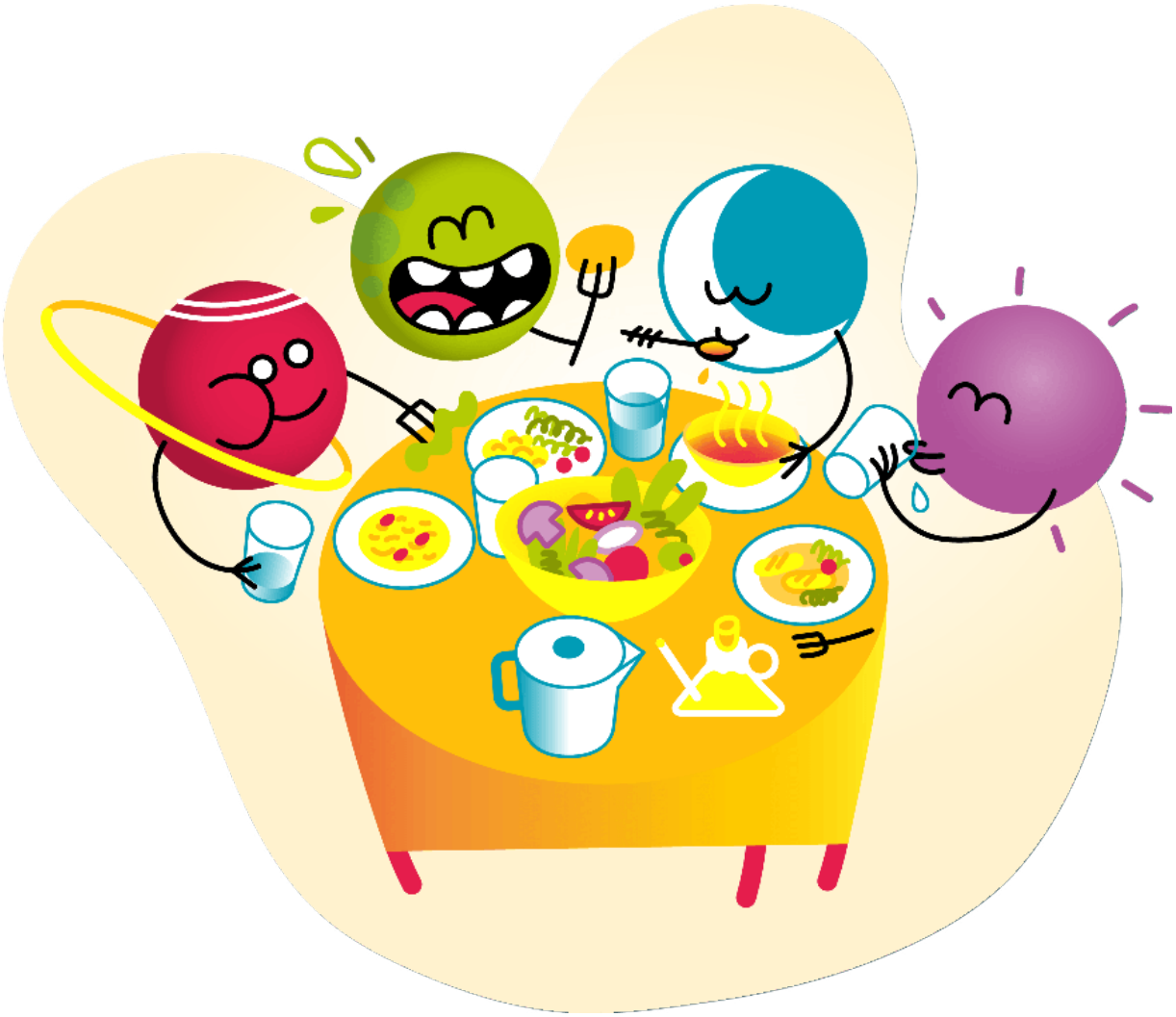
Variable combinada de nivel socioeconómico

Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico y las 2 categorías de cada una de ellas se obtienen un total de 9 grupos de población. En este informe se descarta presentar los resultados para los 2 grupos de población cuyo tamaño muestral fue inferior a 55 participantes que son:

1) Universitarios / No trabajando / RMP ≤ mediana (n = 52); y

2) Universitarios / No trabajando / RMP > mediana (n = 54).

Por lo tanto, todos los análisis se presentan para un total de 7 grupos cuyos tamaños muestrales oscilan de los 169 a los 702 participantes.



5.2 ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

La diferencia entre las categorías para cada una de las variables de nivel socioeconómico está entorno a los 9 -10 minutos diarios, siendo la más destacada la observada según nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales legales, que alcanzó los 11,5 minutos diarios.

Al describir la diferencia en el promedio de minutos diarios dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa entre la población infantil más favorecida socioeconómicamente y la menos favorecida, según la variable combinada de factores socioeconómicos, observamos que alcanza los 23 minutos diarios. Esto supone que en una semana normal, la población menos favorecida estaría dedicando un promedio de casi 2 horas y 40 minutos menos a la actividad física considerada saludable para el desarrollo infantil. Al cabo de un mes esto supone unas 11 horas y 40 minutos menos y al cabo de un año casi 140 horas menos, es decir, casi 6 días completos menos. Conviene destacar que las diferencias encontradas al describir la variable combinada son mucho mayores a las encontradas al analizar cada variable de nivel socioeconómico por separado.

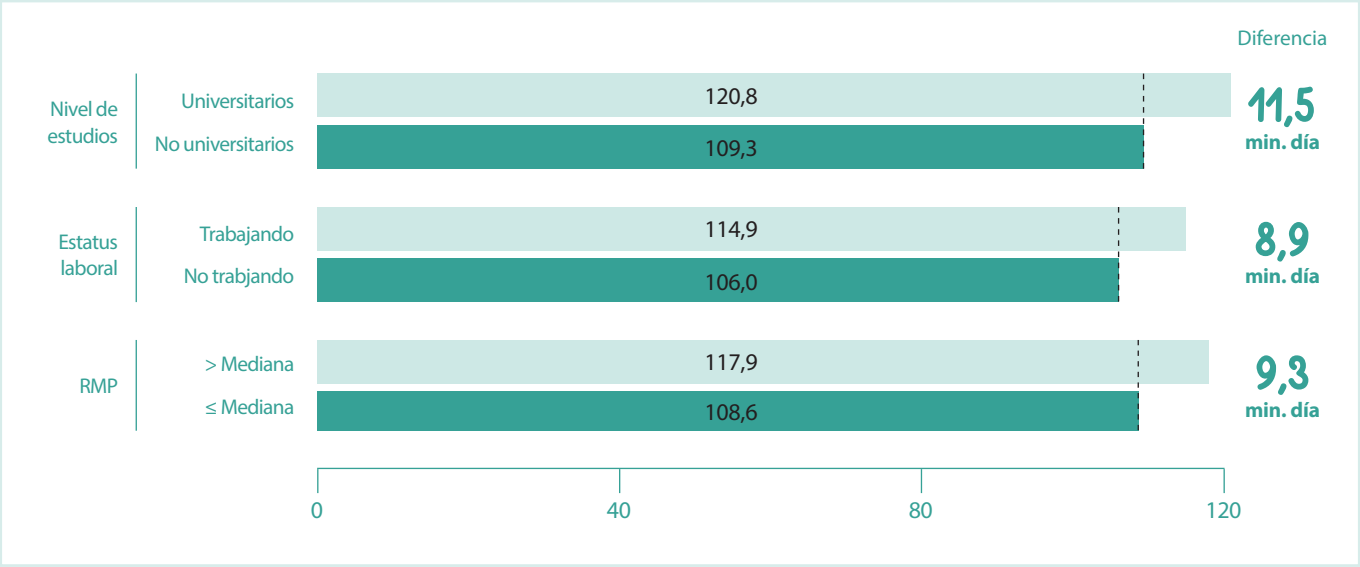


Figura 3 – Promedio de minutos diarios dedicados a la actividad física moderada o vigorosa según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

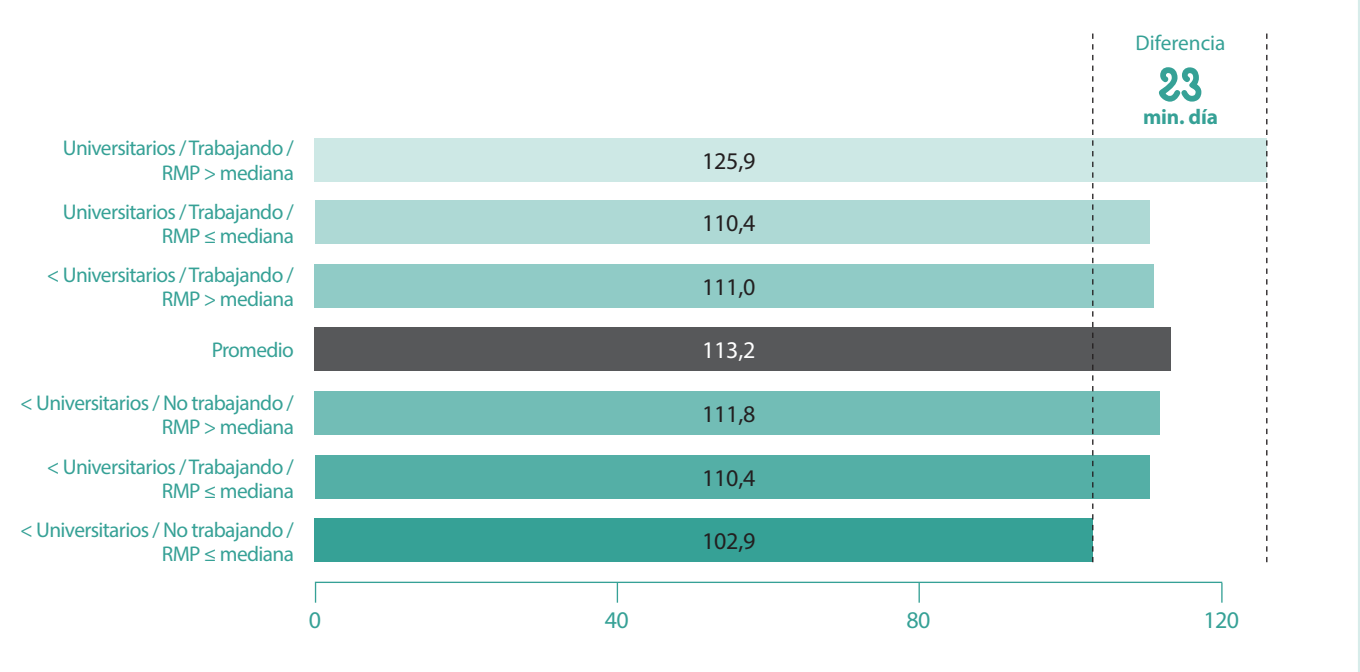


Figura 4 – Promedio de minutos diarios dedicados a la actividad física moderada o vigorosa por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

5.3 ALIMENTACIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

En la figura 5 se puede observar que la puntuación media obtenida en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea es menor para la población infantil y adolescente que está expuesta a una situación socioeconómica más desfavorecida. Entre los/las niños/as y adolescentes que residen en una sección censal con una renta media por persona inferior o igual a la mediana o entre los que sus madres, padres o tutoras/es legales no trabajan, la puntuación es de 0,43 y 0,44 puntos menos, respectivamente. A su vez, entre la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales no disponían de estudios universitarios la diferencia es incluso mayor al presentar 0,84 puntos menos respecto los participantes cuyas madres, padres o tutoras/es legales sí disponían de estudios universitarios.

En la figura 6, se puede observar que al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico las diferencias entre el grupo con un nivel socioeconómico más favorecido y menos favorecido se incrementan hasta 1 punto. Además, existe un claro gradiente lineal en el promedio de puntuación obtenida en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea de mayor a menor nivel socioeconómico.

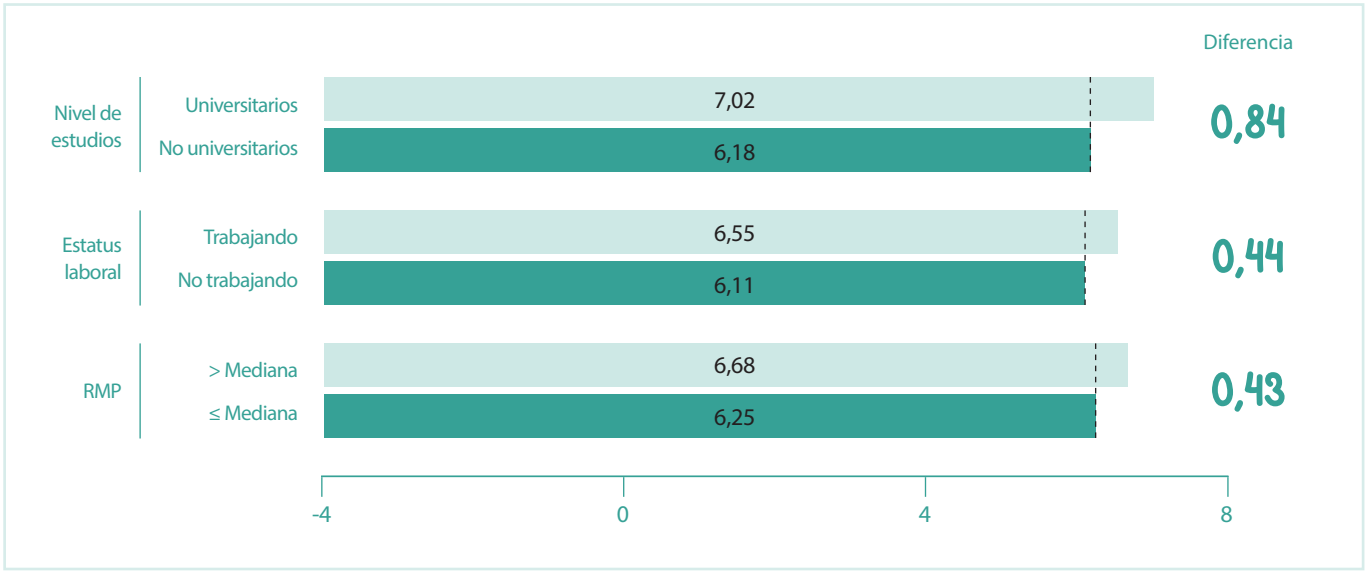


Figura 5 – Promedio de puntuación en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

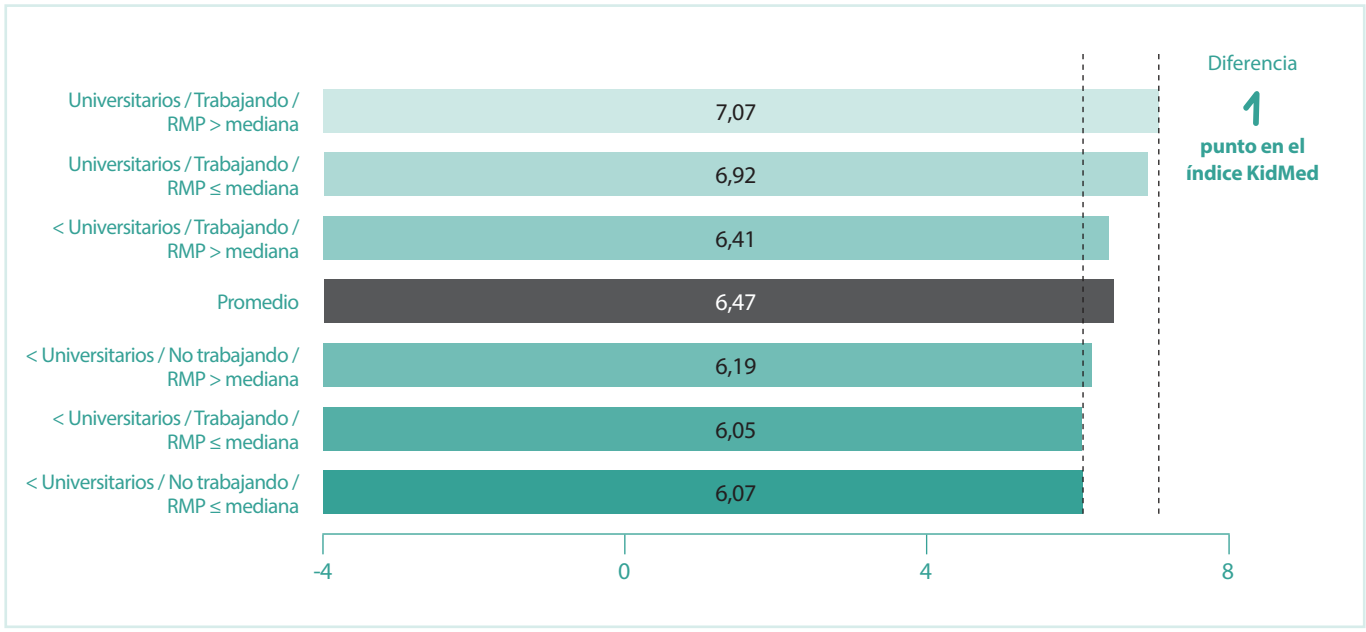


Figura 6 – Promedio de puntuación obtenida en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Bajo nivel de adherencia a la dieta mediterránea

En la figura 7 se puede observar que el porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea es mayor entre los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios y no trabajan y también entre los que crecen en una sección censal por debajo de la mediana de renta media por persona. Sin embargo, para esta última variable la diferencia no alcanza el 3 %, cuando para las dos anteriores supera el 6 % y el 7 % respectivamente.

Además, en la figura 8 se observa que al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico, la diferencia en el porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea se incrementa de forma relevante entre los más y menos favorecidos socioeconómicamente, alcanzando casi un 12 % de diferencia.

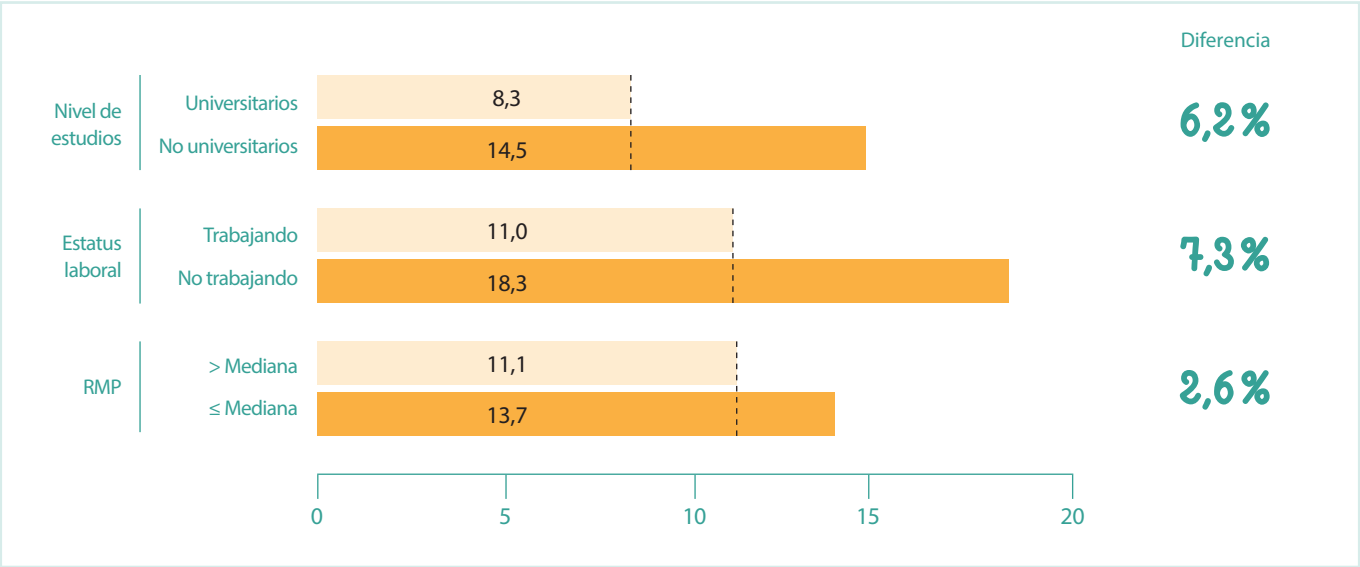


Figura 7 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

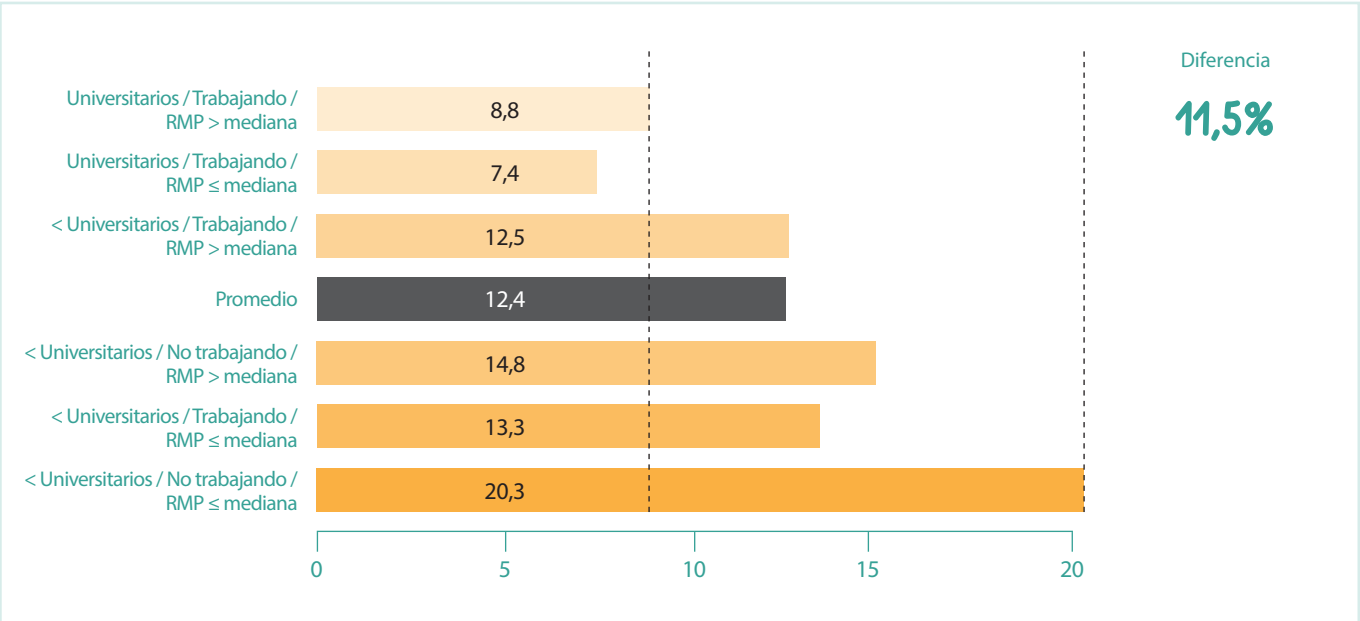


Figura 8 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Alto nivel de adherencia a la dieta mediterránea

En la figura 9 se puede observar que la diferencia en el porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un alto nivel de adherencia a la dieta mediterránea es notable (más de un 12 %), entre los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales no tienen estudios universitarios y aquellos que sí alcanzan este nivel de estudios. También se observa que es un 7 % menor para la población participante que crece en una sección censal por debajo o igual a la mediana. La diferencia en el mismo porcentaje según el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales supera levemente el 3 % poblacional.

En la figura 10 se puede observar que al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico la diferencia en el porcentaje de población infantil y adolescente que alcanza un nivel alto a la dieta mediterránea se eleva hasta el 12,8 %, siendo mucho más frecuente este nivel óptimo de calidad dietética entre la población más favorecida socioeconómicamente. Aun así, para esta población el porcentaje de niños/as y adolescentes que alcanza el nivel óptimo no supera el 50 %.

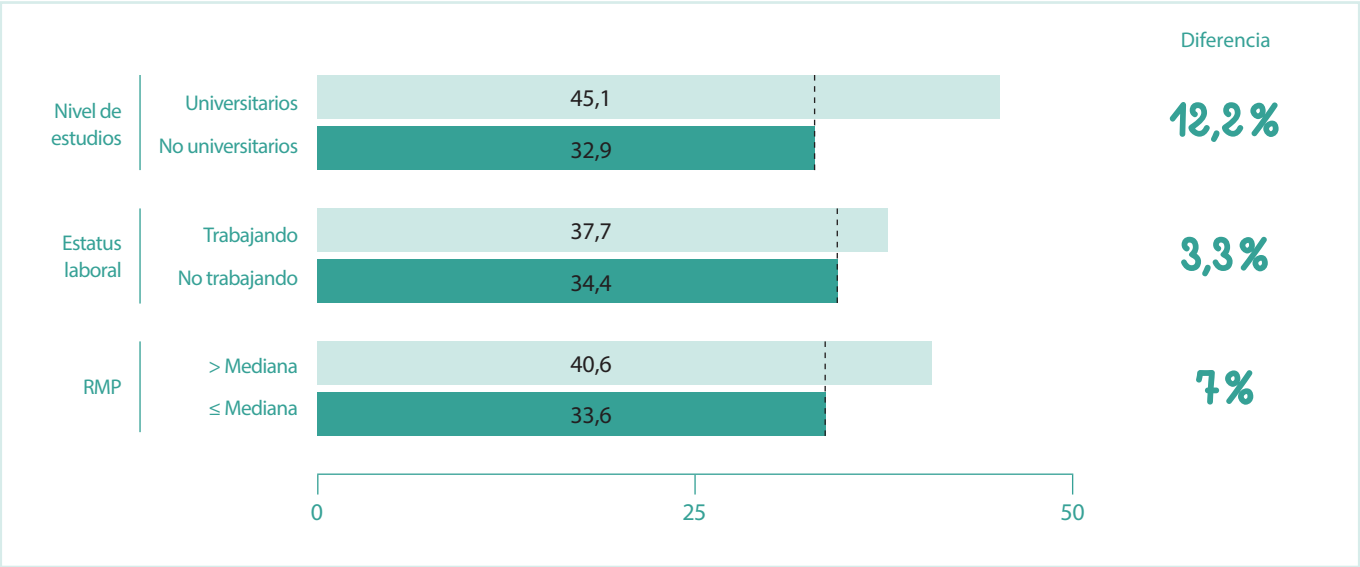


Figura 9 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

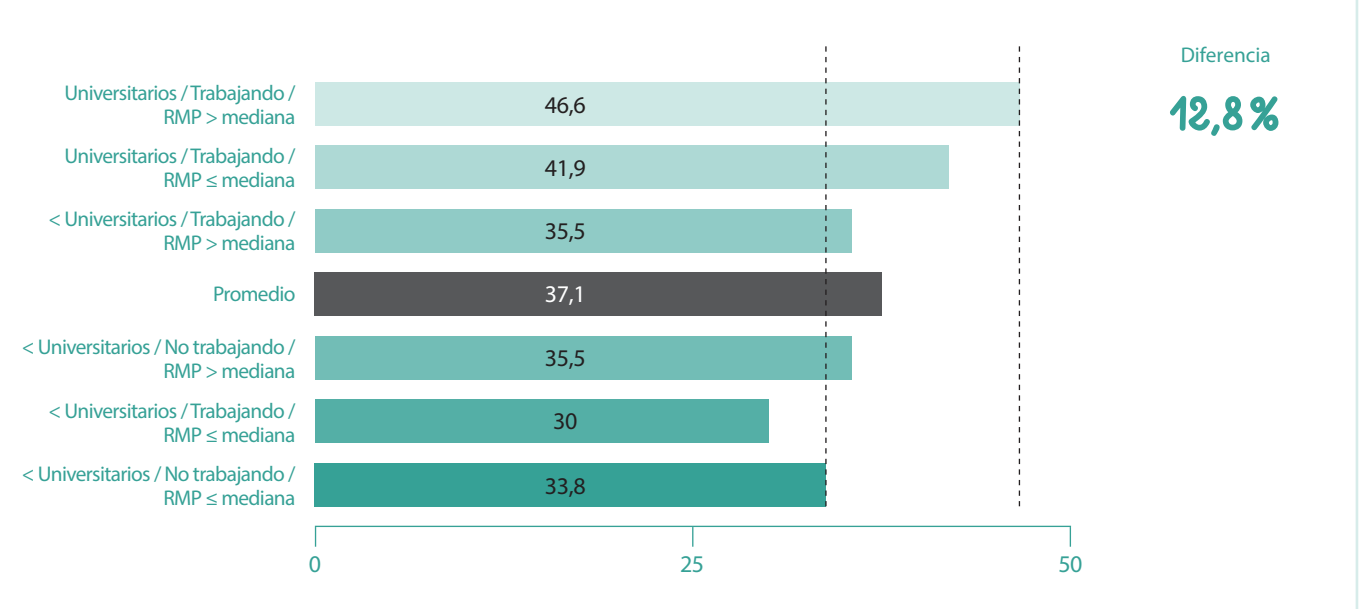
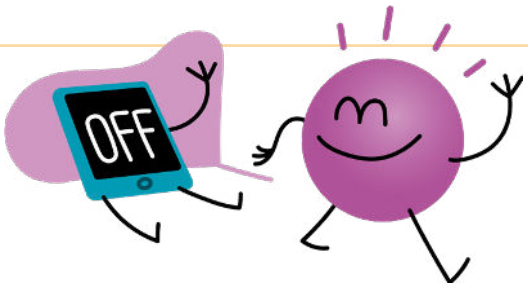


Figura 10 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

5.4 USO DE PANTALLAS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO



Entre semana

En la figura 11 se puede observar que la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios dedica 50 minutos menos al día al uso de pantallas en los días de entre semana. La diferencia es de 30 minutos menos entre aquellos/as cuyas madres, padres o tutoras/es legales trabajan y de 25 minutos menos al día entre los que crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana.

Al combinar las 3 variables de nivel socioeconómico, en la figura 12 podemos observar que la población infantil y adolescente menos favorecida dedica un promedio de casi 70 minutos más al día al uso de pantallas en los días entre semana. Además, la tendencia observada en dicho promedio es completamente lineal y ascendente de la población más favorecida a la menos favorecida.

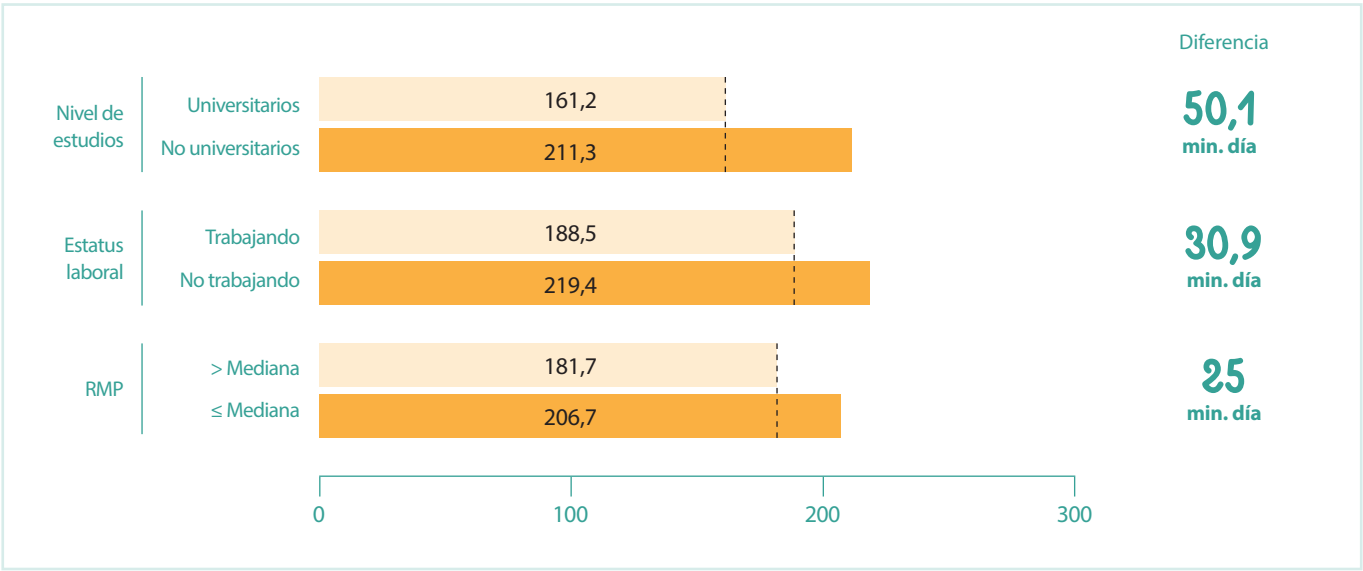


Figura 11 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece la población infantil y adolescente.

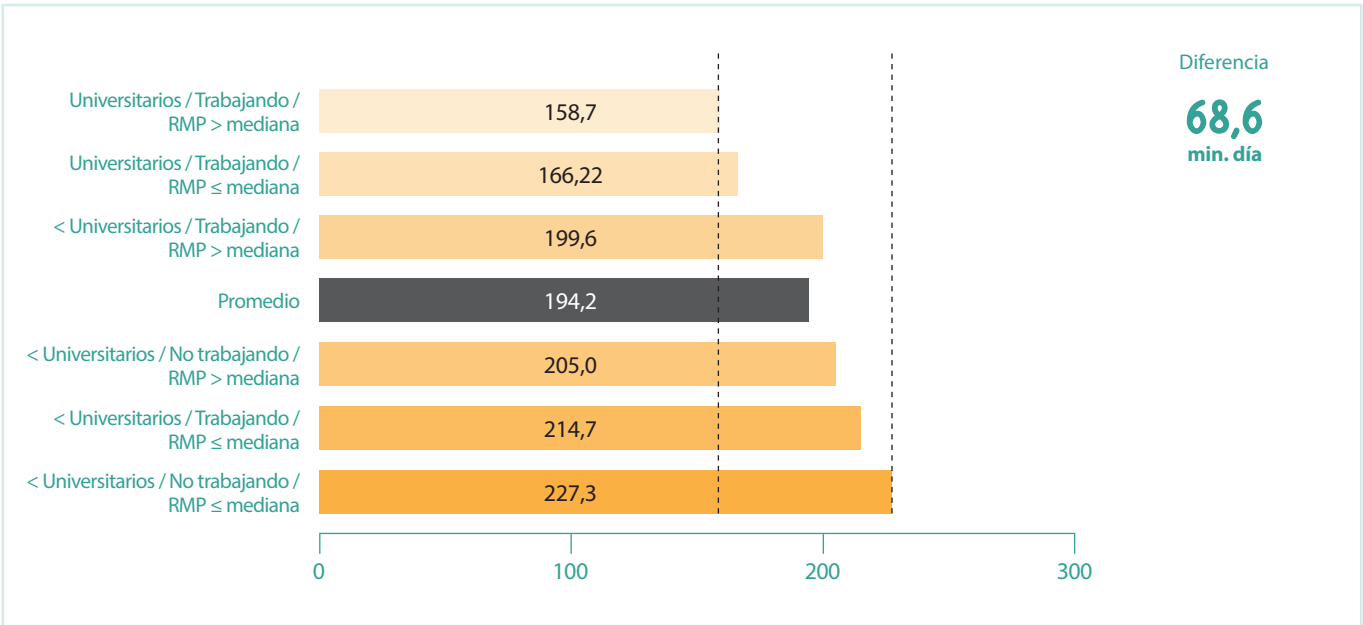


Figura 12 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Fin de semana

En la figura 13 se pueden observar las diferencias en el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas en los días del fin de semana, que son de una magnitud también relevante para cada una de las variables de nivel socioeconómico estudiadas, aunque más moderadas que para los días de entre semana. Concretamente, el promedio es de 40 minutos menos para la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y de casi 20 minutos menos para la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales trabajan. Dicha diferencia es de casi 25 minutos menos entre los que crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana. Por último, también conviene destacar que para cualquier categoría de población estudiada el promedio de minutos diarios dedicados a pantallas en el fin de semana es muy superior a los mismos promedios estudiados para los días de entre semana.

En la figura 14 se combinan las 3 variables de nivel socioeconómico y se observa que el promedio de minutos dedicados al uso de pantallas en los días del fin de semana es de casi 55 minutos más al día entre la población infantil y adolescente con una situación socioeconómica más adversa.

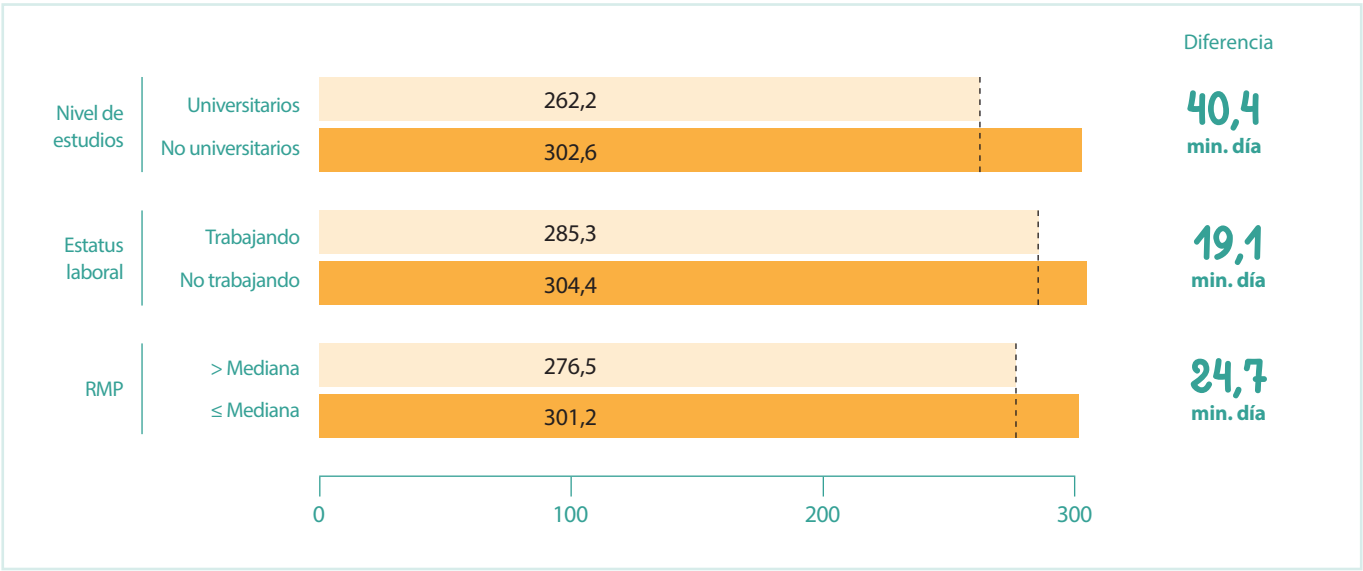


Figura 13 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin de semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece la población infantil y adolescente.

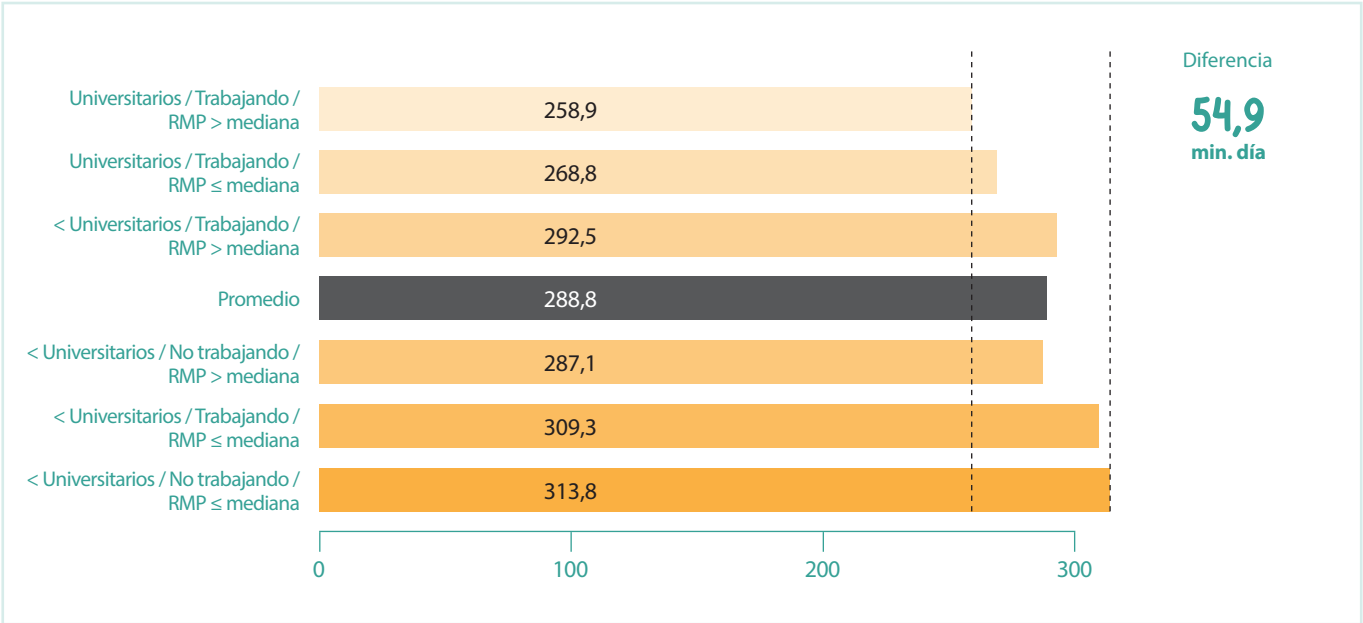


Figura 14 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin de semana por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

5.5 SUEÑO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Entre semana

En la figura 15 se observa que el porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con las recomendaciones de horas de sueño entre semana es superior entre los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios. Sucede lo mismo entre la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales trabajan y entre los que crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana.

En la figura 16 se observa que el porcentaje de población infantil y adolescente que alcanza las recomendaciones de horas de sueño supera el 63 % para los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan en el momento de la recogida de datos y además crecen en una sección censal más favorecida. Dicho porcentaje de cumplimiento es de casi un 15 % superior que el hallado entre la población que crece en unas condiciones socioeconómicas más desfavorecidas.

Figura 15 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño entre semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

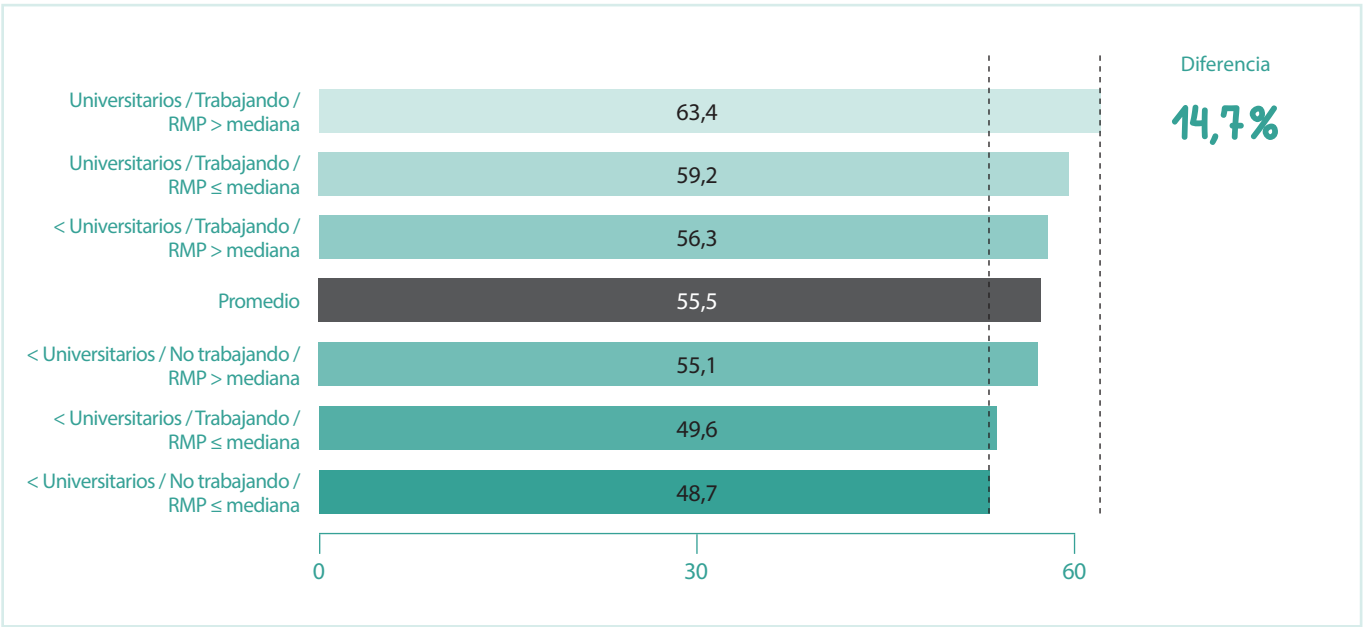


Figura 16 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño entre semana según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Fin de semana

En la figura 17 se observa el porcentaje de población infantil y adolescente que cumple las recomendaciones de horas de sueño el fin de semana para cada una de las categorías de las 3 variables de nivel socioeconómico estudiadas en la que las desigualdades entre la categoría más y menos favorecida de cada variable son menores que al estudiar las mismas diferencias para los días de entre semana. Aunque las diferencias van en el mismo sentido, en este caso se sitúan en torno al 4 %, 5 % o 6 % respectivamente para las categorías de estatus laboral, nivel de estudios y renta media por persona de la sección censal en la que reside la población infantil.

En la figura 18 se observa que el porcentaje de población infantil y adolescente que alcanza la recomendación de horas de sueño en los días del fin de semana es mayor entre los niños/as y adolescentes cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan y que a su vez crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana, respecto a los que se hallaban en la situación socioeconómica más desfavorecida. La diferencia observada supera el 9 %, y en ningún caso se observa que el porcentaje de población que cumple con las recomendaciones de horas de sueño los días del fin de semana supere el 60 %.

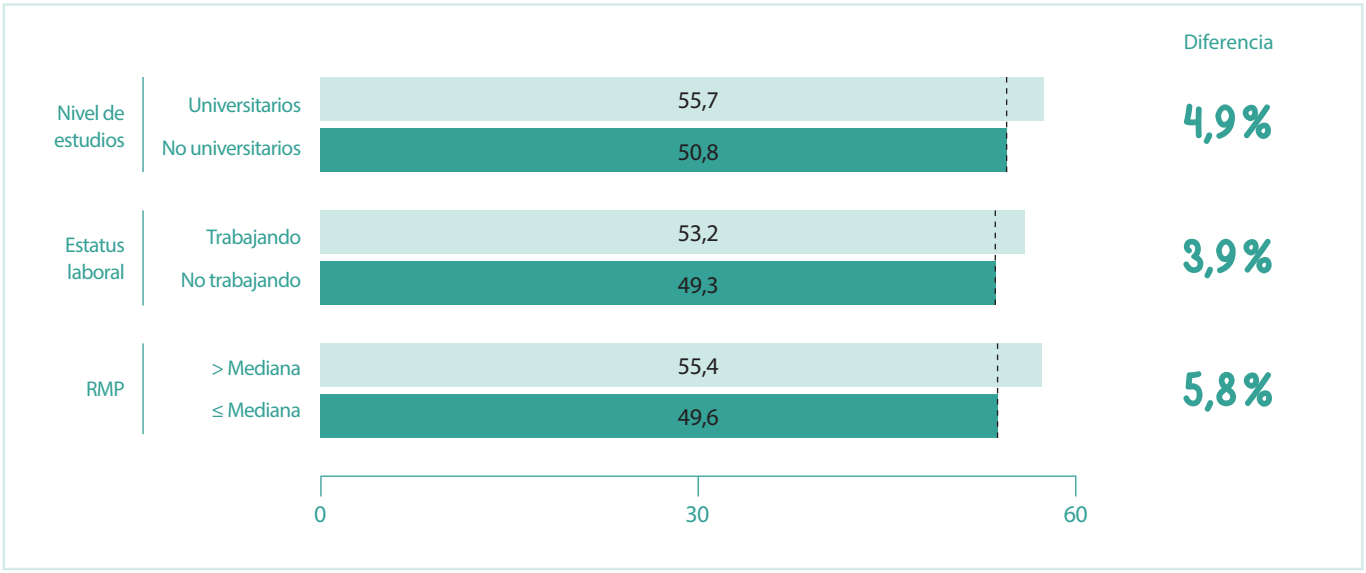


Figura 17 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño el fin de semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

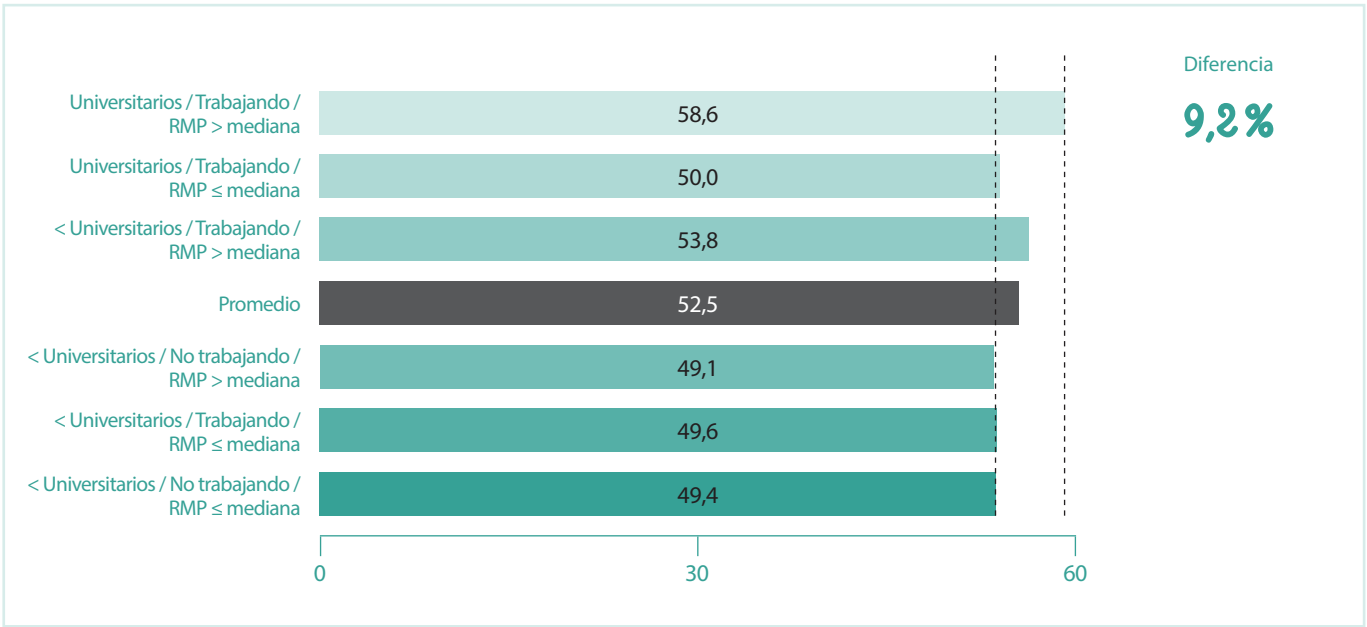


Figura 18 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño el fin de semana según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

5.6 MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

La figura 19 muestra que no existen prácticamente diferencias, para ninguna de las 3 variables de nivel socioeconómico estudiadas, en el porcentaje de población que declaró sentirse algo, bastante, mucho o extremadamente preocupado/a, triste o infeliz.

Al comparar las diferencias entre los dos extremos socioeconómicos según la variable combinada, observamos en la figura 20 que el porcentaje de población infantil y adolescente que señaló sentirse algo, bastante, mucho o extremadamente preocupado/a, triste o infeliz fue tan solo un 2,4 % superior para la población más desfavorecida respecto a la más favorecida.

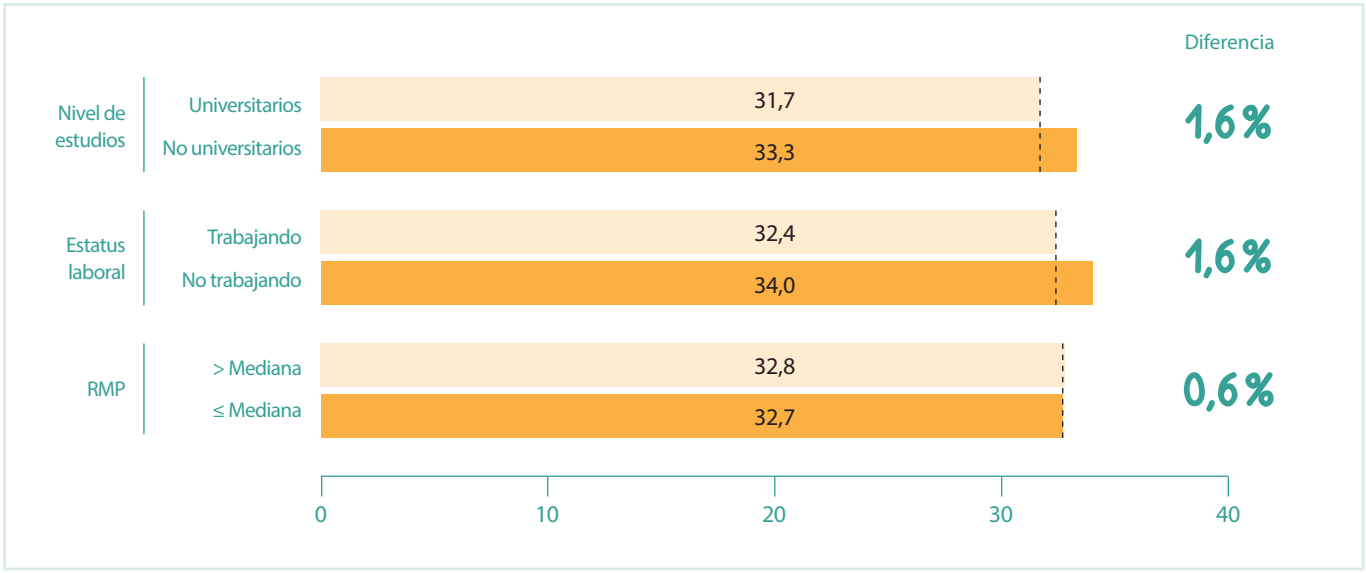


Figura 19 - Porcentaje de población infantil y adolescente que señala sentirse preocupada, triste o infeliz (algo, bastante, muy o extremadamente) según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

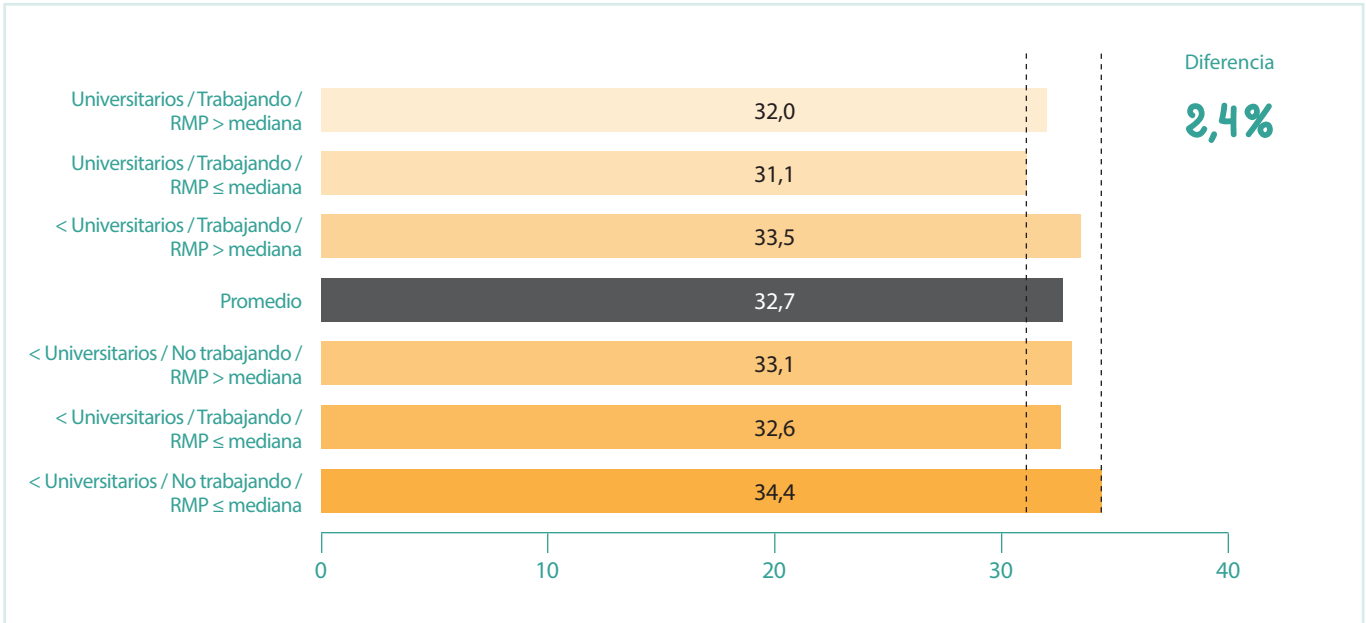


Figura 20 - Porcentaje de población infantil y adolescente que señala sentirse triste, preocupada o infeliz (algo, bastante, muy o extremadamente) según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

5.7 ESTADO DE SALUD PERCIBIDO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

La población infantil y adolescente también señala en una escala del 0 al 100 cuál es su estado de salud el día que se realizó la evaluación. En la figura 21, se puede observar que dicho estado de salud percibido es un 4,4 % mayor entre la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios. También es un 2,2 % mayor tanto para la población cuyas madres, padres o tutoras/es legales trabajan, como también para aquellos que crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana.

La figura 22 combina las 3 variables de nivel socioeconómico y analiza el estado de salud percibido para cada uno de los grupos, donde se observa que el promedio obtenido por la población infantil y adolescente cuyas madres, padres o tutoras/es legales tienen estudios universitarios y trabajan y que a su vez crecen en una sección censal con una renta media por persona superior a la mediana, es de 6,4 puntos más respecto los que se hallan en el grupo de nivel socioeconómico más desfavorecido.

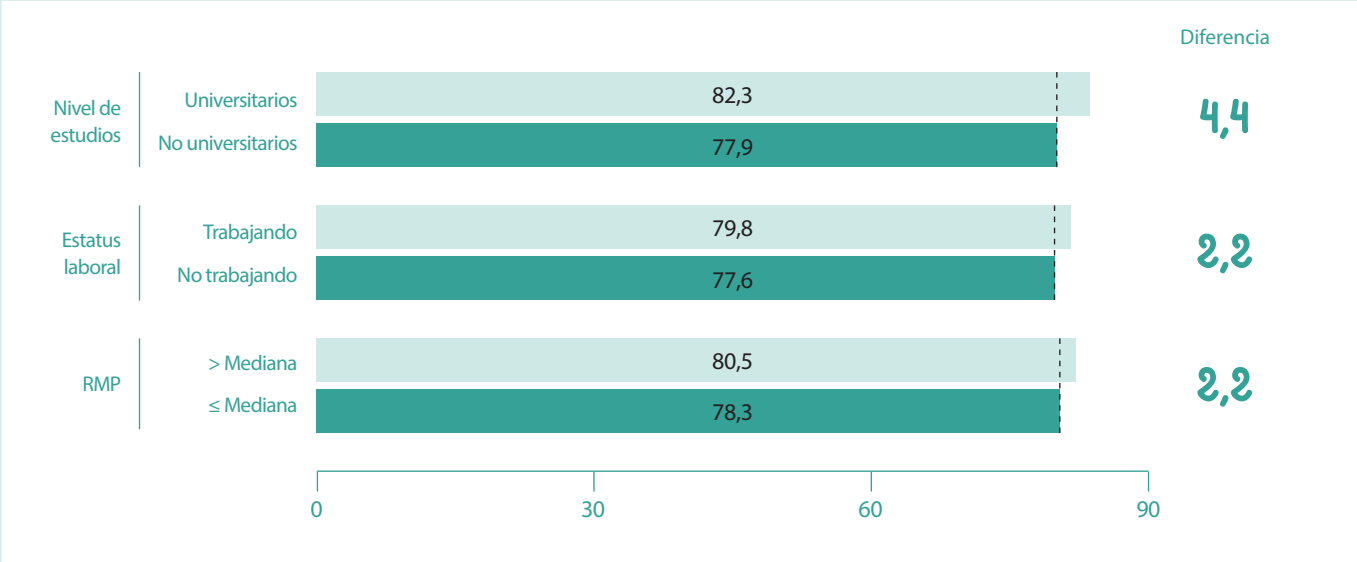


Figura 21 – Promedio de puntuación señalada en la escala de estado de salud percibido según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

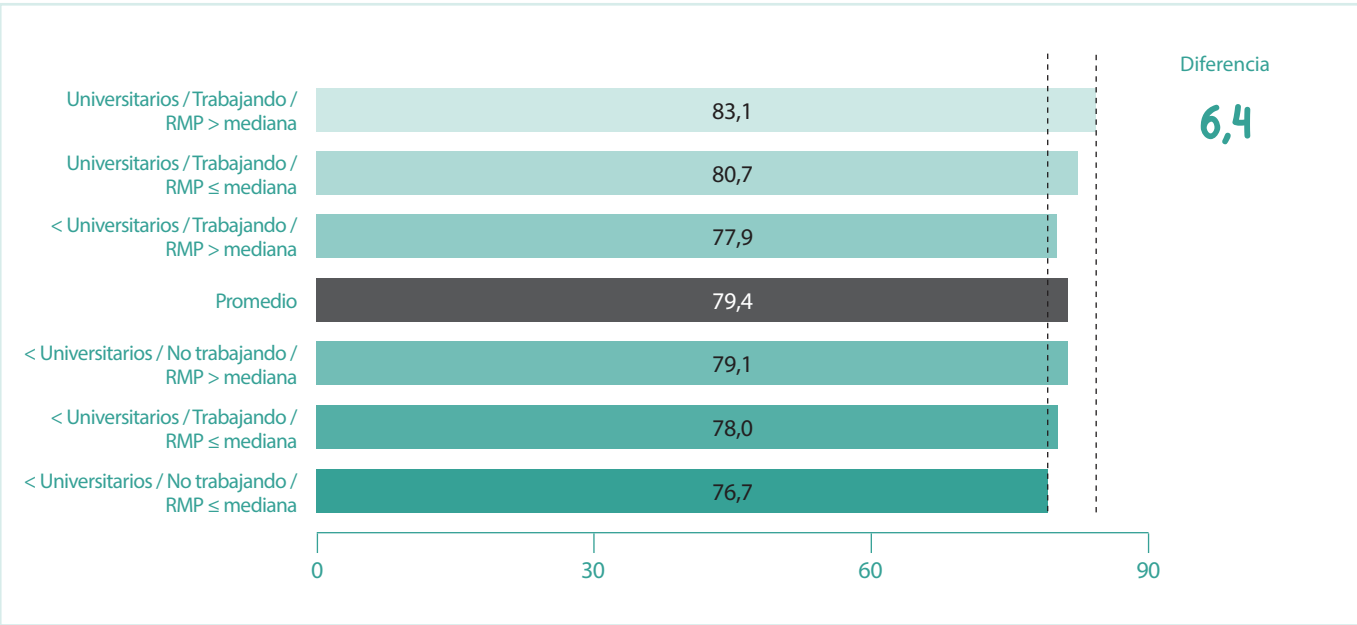


Figura 22 – Promedio de puntuación señalada en la escala de estado de salud percibido por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

6 PETICIONES

Estilos de vida general:

1. Impulsar el **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil**, que contiene medidas orientadas a **transformar** de forma **estructural** el actual **entorno obesogénico** en el que la infancia y la adolescencia está creciendo. Solicitamos impulsarlo desde todos los sectores, instituciones y organizaciones con competencias en esta materia y que tienen entre sus objetivos la **promoción de la salud y el bienestar infantil**.

2. Que todas las iniciativas de **promoción de hábitos de vida saludables** tengan una **mirada sensible hacia las desigualdades** existentes y que las **iniciativas de reducción de las desigualdades sociales incluyan la promoción de hábitos de vida saludable** como cuestión clave para lograr sus objetivos. Solicitamos que se tenga en cuenta que existen **grandes desigualdades sociales en salud** para aspectos relevantes del estilo de vida como el uso de pantallas, la práctica de actividad física moderada o vigorosa o el nivel de adherencia a la dieta mediterránea.

3. Que se considere el carácter de **urgencia** que requiere la promoción de hábitos de vida saludable en la **población infantil en general** con independencia del nivel socioeconómico. Que la comparación entre los diferentes grupos de nivel socioeconómico no reduzca la percepción de relevancia y urgencia para toda la población infantil y adolescente en general, aunque se deben **priorizar las iniciativas que contribuyan a reducir las desigualdades sociales**.

4. Que se transformen los **entornos locales** en los que la población infantil y adolescente y sus familias desarrollan su vida cotidiana, para garantizar que la **opción por defecto, asequible y fácil sea la opción más saludable**.

5. Garantizar que todas las familias puedan proporcionar un estilo de vida saludable a la infancia y la adolescencia **sin que el factor socioeconómico sea un limitante**.

Actividad física:

6. **Impulsar la Estrategia Nacional de Fomento del Deporte contra el Sedentarismo y la Inactividad Física** para garantizar, entre otros, la generación de espacios de juego en movimiento seguros y accesibles principalmente en los barrios de menor nivel socioeconómico. Es fundamental que la población infantil y adolescente pueda **ilusionarse, divertirse e involucrarse en la práctica de actividad** física moderada o vigorosa desde una perspectiva inclusiva.

Alimentación:

7. Garantizar que todas las familias, y en especial las que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, dispongan de una **adecuada accesibilidad económica y física a alimentos característicos del patrón de dieta mediterráneo** tales como las frutas, verduras, frutos secos, legumbres o pescados. Al mismo tiempo, conviene **proteger a la infancia de estímulos publicitarios y comerciales** que incitan a la ingesta de productos de alimentación y bebidas no saludables (25, 26, 27).

Uso de pantallas:

8

Activar campañas de sensibilización dirigidas a la ciudadanía para **alertar** de que el **sobreuso de pantallas** durante la etapa infantil y adolescente está a menudo asociado a una **adicción comportamental** y a su vez es un precursor de otras adicciones y comportamientos que alteran la vida cotidiana y el desarrollo (28, 29). A su vez, conviene diseñar y evaluar intervenciones preventivas contundentes que consigan reducir las desigualdades sociales halladas en el sobreuso generalizado de pantallas. Dichas intervenciones deben contemplar su enorme impacto sobre la salud mental (30, 31, 32, 33) y abordar cuestiones estructurales.

Sueño:

9

Solicitamos incluir la promoción del **cumplimiento de las horas de sueño** y un descanso de calidad **en todas las políticas públicas en general y en los programas** de prevención de la obesidad infantil y promoción de un estilo de vida saludable en particular. Garantizar **entornos con una menor contaminación acústica y unas viviendas con un mayor aislamiento térmico, lumínico y acústico, y un menor hacinamiento entre la población infantil vulnerabilizada** permitiría, reducir parcialmente las desigualdades socioeconómicas en relación al cumplimiento de las horas de sueño tanto entre semana como el fin de semana. Dicha reducción de desigualdades contribuiría a la mejora de la salud y la calidad de vida infantil y a la mejora de otros indicadores de calidad de vida como la capacidad de atención y concentración, el rendimiento académico y el desarrollo social de la infancia, entre otras cuestiones. **El sueño es un factor del estilo de vida clave para el desarrollo** infantil tanto físico, psicológico como social. Además, tiene un efecto vertebrador sobre el resto de estilos de vida que despliegan en el día a día la población infantil y adolescente.

Bienestar psicológico:

10

Solicitamos que se inviertan esfuerzos en promover el bienestar psicológico infantil y adolescente, tal y como se propone en la Estrategia de salud mental 2022-2026 y el **Plan de acción en salud mental 2022-2024**. Dicho bienestar se encuentra frecuentemente deteriorado con independencia del nivel socioeconómico. El entorno en el que está creciendo la infancia y la adolescencia provoca problemas de salud mental y una pérdida de calidad de vida. Dicha salud mental es clave para el desarrollo humano y también ejerce un potente efecto sobre el resto de factores del estilo de vida analizados en este informe.

En definitiva, es una necesidad social urgente impulsar políticas públicas, estrategias, programas, proyectos y acciones de fomento de la salud infantil que, de forma estructural y determinada, consigan promover el estado de salud que se encuentra muy deteriorado, especialmente entre la población vulnerabilizada.

7 RELACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LAS MEDIDAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Medidas específicas del "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil"

La implementación de las medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) (4) contribuiría de forma relevante a mejorar los resultados evidenciados en el presente informe. A continuación se detallan las medidas del Plan que guardan una relación más estrecha con la reducción de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida saludables evidenciadas en el presente informe:

Tabla 1: Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en salud identificadas en este informe.

General

Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L4	01	**20**. Garantizar el acceso universal a un sistema de atención temprana (0-6 años) para abordar de forma integral y precoz la relación entre la obesidad y los trastornos de desarrollo y la discapacidad en coordinación con el sistema educativo y el sistema de protección social.
L4	03	**25**. Avanzar en la implementación del ingreso mínimo vital y el complemento de ayuda para la infancia y promover la coordinación con los sistemas de rentas mínimas autonómicas.
L4	02	**59**. Simplificar las vías de entrada y accesibilidad a los recursos ofrecidos por el sistema público de atención y acompañamiento para favorecer la participación de las familias en situación de vulnerabilidad.
L4	03	**95**. Crear grupos de participación del alumnado con perspectiva de género, edad y equidad, garantizando la representación de todos los grupos o colectivos, especialmente aquellos en situación de mayor vulnerabilidad.
L6	01	**100**. Promover campañas de sensibilización desde los centros educativos dirigidas al alumnado y a familias sobre estilos de vida saludables con perspectiva de edad, género y equidad.
L4	02	**111**. Aplicar una metodología común a nivel nacional para el diagnóstico precoz de la obesidad infantil.
L4	02	**122**. Revisar los programas de la formación sanitaria especializada para incluir equidad en salud y determinantes sociales de la salud, perspectiva de género en salud, diversidad social y cultural, interseccionalidad y abordaje multidisciplinario en salud.
L6	02	**133**. Impulsar la gratuidad de instalaciones deportivas en barrios desfavorecidos y para familias en situación de vulnerabilidad.
L6	27	**32**. Difundir recomendaciones sobre estilos de vida saludable adaptadas a edades y entornos.
L6	01	**32**. Difundir recomendaciones actualizadas de alimentación saludable y sostenible, actividad física y sedentarismo, y bienestar psicológico y sueño, adaptadas a las distintas etapas del desarrollo infantojuvenil y a los distintos entornos donde viven y crecen los NNA.

Tabla 2 - Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en la práctica de actividad física y deporte.

Actividad física y deporte

Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L1	01	**01**. Desarrollar la Ley del Deporte para establecer el deporte y la actividad física como un derecho para la población infantojuvenil.
L1	01	**03**. Desarrollar normativamente las leyes existentes para promover la actividad física y el deporte en NNA en los distintos entornos y ampliar los espacios disponibles para su realización.
L1	02	**04**. Impulsar estrategias públicas que garanticen el acceso universal a la actividad física y al deporte, sin discriminación por situación económica.
L1	02	**05**. Establecer ayudas económicas específicas a familias en situación de vulnerabilidad para que los NNA realicen actividad física y deporte.
L1	01	**65**. Aumentar la disponibilidad de las instalaciones de uso gratuito y los recursos dedicados a la dinamización de espacios para la realización de actividad física y deporte fuera del horario y periodo lectivo, en coordinación con las entidades locales.
L1	02	**69**. Establecer programas de ayudas para asegurar el acceso de los NNA en situación de mayor vulnerabilidad a la actividad física y al deporte.
L1	02	**132**. Garantizar el acceso a instalaciones deportivas para familias en situación de vulnerabilidad.
L1	02	**133**. Impulsar la gratuidad de instalaciones deportivas en barrios desfavorecidos y para familias en situación de vulnerabilidad.
L1	02	**135**. Ampliar los programas de ocio educativo activo en periodos estivales y vacacionales, asegurando la participación de NNA en situación de vulnerabilidad
L3	01	**142**. Favorecer la inclusión y la participación plena de NNA en las actividades deportivas o de ocio activo independientemente de su condición física, origen, sexo, discapacidad, orientación sexual o situación socioeconómica, evitando la estigmatización.
L4	01	**145**. Aumentar la cantidad y la diversidad la oferta local —por zonas o barrios— de actividades deportivas y de ocio activo en horas y periodos no lectivos atendiendo a las distintas necesidades NNA - edad, género, situación socioeconómica, discapacidad-.
L5	01	**148**. Desarrollar programas de prevención frente a la discriminación en los espacios destinados al ocio activo y al deporte por parte de NNA por razón de condición física, origen, sexo, discapacidad, orientación sexual o situación socioeconómica.
L6	02	**155**. Garantizar el acceso a la información sobre la oferta de ocio activo, actividad física y deporte a familias en situación de vulnerabilidad social o digital.
L1	01	**156**. Crear espacios urbanos de calidad para la infancia y la adolescencia, adaptados a los distintos climas, que cuenten con zonas deportivas, zonas de juego y espacios verdes que sean accesibles, seguros y amigables, atendiendo a los intereses y necesidades de los NNA y sus familias, especialmente en barrios y zonas rurales en situación de vulnerabilidad.
L3	02	**162**. Aumentar el número de espacios verdes y azules accesibles, seguros y amigables para NNA y sus familias especialmente en barrios y zonas rurales en situación de vulnerabilidad.
L4	01	**166**. Mejorar la seguridad e iluminación de calles, zonas verdes, zonas de juego y espacios destinados a la actividad física y al ocio activo de NNA, especialmente en barrios y zonas rurales en situación de vulnerabilidad.

- Macrosocial
- Familiar
- Educativo
- Sanitario
- Ocio y deporte
- Urbano: Pueblos y ciudades
- Digital y audiovisual

Medidas prioritarias

Tabla 3: Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en la alimentación.

Alimentación saludable

Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L2	02	**07**. Establecer mecanismos digitales para la gestión de las ayudas alimentarias a familias en situación de vulnerabilidad para adquirir alimentos saludables incluyendo alimentos frescos saludables.
L2	02	**08**. Transformar los bancos de alimentos para que adecuen su oferta asegurando una dieta infantil saludable y sostenible.
L5	02	**29**. Mejorar la información a las familias para incrementar su capacidad de decisión de compra en base al etiquetado frontal interpretativo de los alimentos procesados (contenido en azúcar, grasas saturadas, sal, calorías, fibra), de forma sinérgica con la estrategia europea 'De la Granja a la mesa'.
L5	02	**30**. Mejorar la accesibilidad y la comprensibilidad del etiquetado nutricional de los alimentos.
L2	01	**45**. Sensibilizar y capacitar a las familias sobre las necesidades nutricionales de los NNA en cada etapa de desarrollo, el tamaño de las porciones adecuadas y las estrategias para promover, de manera efectiva, la adquisición de hábitos alimentarios saludables de los niños y niñas, incluyendo el desarrollo de material divulgativo validado sobre alimentación saludable y sostenible para NNA que sea accesible para todas las familias.
L2	01	**47**. Impulsar el alineamiento de los programas y acciones de apoyo a la alimentación saludable y sostenible de familias en situación de vulnerabilidad, tanto de administraciones públicas como del tercer sector, con las recomendaciones del Plan.
L2	03	**80**. Garantizar la extensión de las becas comedor a la infancia en situación de vulnerabilidad, avanzando hacia la gratuidad del servicio y la ampliación a periodos no lectivos.
L2	03	**82**. Incrementar la ejecución del Programa escolar de frutas, hortalizas y leche de la Unión Europea y focalizarlo en zonas con un mayor porcentaje de NNA en situación de vulnerabilidad.

Tabla 4: Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en el cumplimiento de las recomendaciones de sueño.

Sueño y descanso

Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L3	01	**52**. Sensibilizar y capacitar a familias y NNA sobre la importancia de las rutinas saludables de sueño, las horas de sueño adecuadas para cada edad y su relación con el uso de pantallas.
L3	02	**54**. Implementar programas de parentalidad positiva que incrementen las capacidades de las familias para la adopción de estilos de vida saludables, la promoción del bienestar psicológico y el uso saludable de las TRIC, especialmente en hogares que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

- Macrosocial
- Familiar
- Educativo
- Sanitario
- Ocio y deporte
- Urbano: Pueblos y ciudades
- Digital y audiovisual

Medidas prioritarias

Tabla 5: Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en los minutos diarios dedicados al uso de pantallas.

Uso de pantallas

Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L5	01	**27**. Establecer una normativa nacional, en diálogo con los distintos ministerios implicados y consultando a los sectores afectados, que regule el marketing dirigido a público infantil de alimentos y bebidas altos en calorías, azúcares, sal o grasas, incluyendo la publicidad y promoción de productos aplicada en todos los medios on y offline y plataformas de comunicación o entretenimiento.
L1	01	**179**. Facilitar el acceso a aplicaciones, juegos, herramientas y dispositivos que promuevan la actividad física y el ocio activo en los NNA en situación de vulnerabilidad.
L2	01	**181**. Fomentar el desarrollo y acceso a aplicaciones, juegos y gamificación para la prevención y formación en alimentación saludable para NNA y sus familias, teniendo en cuenta las necesidades específicas de NNA en situación de vulnerabilidad.
L3	03	**187**. Promover programas de formación para NNA y sus familias sobre el uso saludable, crítico, seguro y equilibrado del entorno digital, asegurando la accesibilidad a familias con mayor brecha social digital.
L4	02	**191**. Reforzar los recursos de EELL para asegurar el acceso a formación en competencias digitales básicas de NNA en situación de vulnerabilidad.

Tabla 6: Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven el bienestar psicológico.

Bienestar psicológico

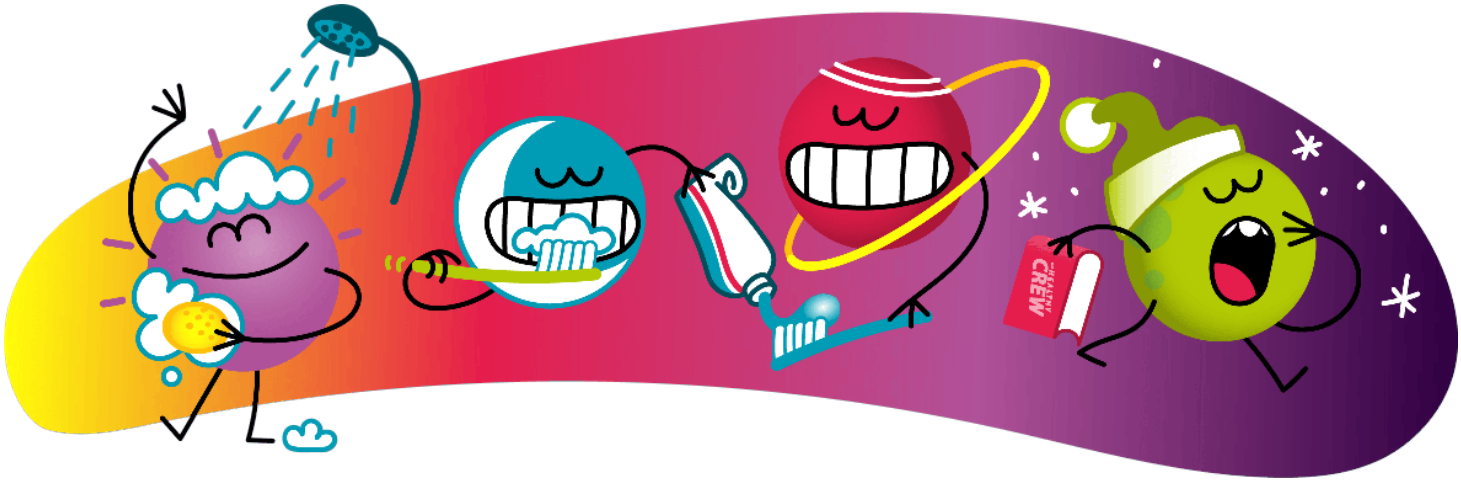
Líneas estratégicas	Objetivos específicos	Medidas
L4	03	**24**. Desarrollar una normativa de apoyo a las familias en situación de vulnerabilidad reconociendo y protegiendo los distintos tipos de estructuras familiares.
L3	01	**179**. Facilitar el acceso a aplicaciones, juegos, herramientas y dispositivos que promuevan la actividad física y el ocio activo en los NNA en situación de vulnerabilidad.
L3	01	**181**. Fomentar el desarrollo y acceso a aplicaciones, juegos y gamificación para la prevención y formación en alimentación saludable para NNA y sus familias, teniendo en cuenta las necesidades específicas de NNA en situación de vulnerabilidad.

8 AGRADECIMIENTOS

Los resultados que se presentan en este informe son gracias a los datos recogidos en la 2ª edición del estudio PASOS 2022-2023 que se ha podido llevar a cabo gracias al apoyo de multitud de instituciones públicas y privadas, decenas de profesionales del ámbito de la salud y de la educación y la colaboración de las miles de familias de los niños, niñas y adolescentes participantes en el estudio. Su compromiso ha sido esencial para obtener datos objetivos y actualizados tras la pandemia de la COVID-19 sobre la situación del exceso de peso y los hábitos de salud infantil en España. Se puede encontrar más información sobre los centros educativos participantes en la web de la Gasol Foundation. Sin su implicación y compromiso con los objetivos del estudio, estos datos no estarían hoy en día aportando a la evidencia científica existente en el campo.

Entre los respaldos institucionales más destacados se obtuvieron los siguientes: Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil; Ministerio de Sanidad; Ministerio de Consumo y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN); Ministerio de Educación y Formación Profesional; Consejo Superior de Deportes; Consejo COLEF; Sociedad Española de Obesidad (SEEDO); Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC); y diversas consejerías de Educación y/o Sanidad de distintas comunidades autónomas.

De la misma forma, este informe ha sido posible gracias al compromiso con la salud infantil de las siguientes entidades: Fundación Barça, colaborador principal del estudio PASOS desde 2022 y Fundación Occident, colaborador principal PASOS desde el 2024. También gracias a los aliados saludables del estudio: Banco Santander, Grupo IFA y Fundación CSAI. A todas ellas, gracias por apoyar la investigación en el campo de la salud infantil de la mano de la Gasol Foundation y el consorcio PASOS.



La recogida de datos de la 2ª edición del estudio PASOS 2022-2023 fue gracias a la coordinación constante con el consorcio PASOS: agradecer la contribución de los 14 grupos de investigación que conforman el consorcio, todos ellos líderes en España en campos de investigación como la epidemiología y salud pública, la actividad física y salud, la educación física, o la medicina del deporte.

- Grupo de Investigación en Nutrición, Ejercicio y Estilo de Vida Saludable (ImFINE). Universidad Politécnica de Madrid.
- Grupo de Investigación: Optimización del Entrenamiento, el Rendimiento Deportivo y el Acondicionamiento Físico. Universidad Católica San Antonio de Murcia.
- Grupo de Epidemiología Nutricional, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Universidad de Málaga.
- Grupo de Investigación en Nutrición. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Grupo de Investigación en Nutrición Comunitaria y Estrés Oxidativo. Universidad de las Islas Baleares.
- Grupo de Investigación en Actividad Física y Calidad de Vida (AFYCAV). Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura.
- Unidad Regional de Medicina Deportiva del Principado de Asturias. Fundación Deportiva Municipal de Avilés.
- Grupo de Investigación en Educación, Salud y Actividad Física: Estudios de Género. Universidade da Coruña.
- Grupo de Investigación ELIKOS, ELikadura, arIKeta fisikoa eta OSasuna (Nutrición, Actividad Física y Salud). Universidad Pública de Navarra.
- Grupo de Investigación en Promoción de la Actividad Física para la Salud (PAFS). Facultad de Ciencias del Deporte de Toledo. Universidad de Castilla La Mancha.
- Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología. Universidad de Alcalá de Henares.
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC).
- Grupo de Investigación en Riesgo Cardiovascular y Nutrición. Hospital del Mar Research Institute (IMIM).
- Gasol Foundation Europa.

También agradecer a los dos colaboradores principales del estudio PASOS 2022-2023 que han dado apoyo al desarrollo científico del estudio y, por lo tanto, han participado en las reuniones y actividades del consorcio:

- Fundación Probitas (colaborador principal 2019-2023).
- Fundación FC Barcelona (colaborador principal).

La buena sintonía, la motivación y la voluntad constante de colaborar han sido algunas de las claves para conseguir llevar a cabo la recogida de datos de la 2ª edición de PASOS, que se ha planteado objetivos aún más ambiciosos que la 1ª edición.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en salud identificadas en este informe.

Tabla 2 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en la práctica de actividad física y deporte.

Tabla 3 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en la alimentación.

Tabla 4 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en el cumplimiento de las recomendaciones de sueño.

Tabla 5 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven la reducción de desigualdades sociales en los minutos diarios dedicados al uso de pantallas.

Tabla 6 – Medidas del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil que promueven el bienestar psicológico.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Nivel de estudios de las madres, padres o tutoras/es legales de la población infantil y adolescente.

Figura 2 – Estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales de la población infantil y adolescente.

Figura 3 – Promedio de minutos diarios dedicados a la actividad física moderada o vigorosa según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

Figura 4 – Promedio de minutos diarios dedicados a la actividad física moderada o vigorosa por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 5 – Promedio de puntuación en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

Figura 6 – Promedio de puntuación obtenida en el índice KidMed de adherencia a la dieta mediterránea por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 7 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

Figura 8 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 9 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

Figura 10 – Porcentaje de población infantil y adolescente que presenta un nivel óptimo de adherencia a la dieta mediterránea según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 11 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece la población infantil y adolescente.

Figura 12 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 13 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin de semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece la población infantil y adolescente.

Figura 14 – Promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin de semana por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 15 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño entre semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

Figura 16 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño entre semana según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 17 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño el fin de semana según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

Figura 18 – Porcentaje de población infantil y adolescente que cumple con la recomendación de horas de sueño el fin de semana según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 19 - Porcentaje de población infantil y adolescente que señala sentirse preocupada, triste o infeliz (algo, bastante, muy o extremadamente) según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crece.

Figura 20 - Porcentaje de población infantil y adolescente que señala sentirse triste, preocupada o infeliz (algo, bastante, muy o extremadamente) según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

Figura 21 – Promedio de puntuación señalada en la escala de estado de salud percibido según el nivel de estudios y el estatus laboral de las madres, padres o tutoras/es legales y la renta media por persona de las secciones censales en las que crecen la población infantil y adolescente.

Figura 22 – Promedio de puntuación señalada en la escala de estado de salud percibido por parte de la población infantil y adolescente según la variable que combina los 3 factores de nivel socioeconómico estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1 Homs C, Berruezo P, Arcarons A, Wärnberg J, Osés M, González-Gross M, Gusi N, Aznar S, Marín-Cascales E, González-Valeiro MÁ, et al. Independent and Joined Association between Socioeconomic Indicators and Pediatric Obesity in Spain: The PASOS Study. Nutrients. 2023;15(8):1987. https://doi.org/10.3390/nu15081987.

2 García-Solano M, Gutiérrez-González E, Arcarons-Feixas A, Arias-Lera A, Jorquera-Rojas G. Obesidad y pobreza infantil: radiografía de una doble desigualdad. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). 2022: 1-118. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/informe_obesidad_pobreza_2023.pdf.

3 Bertomeu-Gonzalez V, Sanchez-Ferrer F, Quesada JA, et al. Prevalence of childhood obesity in Spain and its relation with socioeconomic status and health behaviors: Population-based cross-sectional study. Med Clin. 2024; S0025-7753(24)00199-4. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.02.016.

4 Alto Comisionado contra la pobreza infantil. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil. 2022:1-120. https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/en-plan-bien

5 Hilmers A, Hilmers DC, Dave J. Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice. Am J Public Health. 2012;102(9):1644-1654. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300865.

6 Díez J, Cebrecos A, Rapela A, Borrell LN, Bilal U, Franco M. Socioeconomic Inequalities in the Retail Food Environment around Schools in a Southern European Context. Nutrients. 2019;11(7):1511. https://doi.org/10.3390/nu11071511.

7 García-Solano M, Gutiérrez-González E, Peña-Rey I, Arcarons-Feizas A, Arias-Lera A, Jorquera-Rojas G. Obesidad y pobreza infantil. Radiografía de una doble desigualdad. Estudio del rol de los factores socioeconómicos en la obesidad de los escolares en España. Informe breve. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Alto Comisionado contra la pobreza infantil. Presidencia de Gobierno. 2022: 1-30. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad_Pobreza.pdf.

8 World Health Organization, WHO Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: report of a WHO consultation . World Health Organization, editor. Vol. 894. Geneva: World Health Organization. 2000:1–253. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330.

9 NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024;403:1027–50. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00061-8.

10 Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(5):351-365. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X.

11 Wyszyńska J, Ring-Dimitriou S, Thivel D, et al. Physical Activity in the Prevention of Childhood Obesity: The Position of the European Childhood Obesity Group and the European Academy of Pediatrics. Front Pediatr. 2020;8:535705. https://doi.org/10.3389/fped.2020.535705.

12 Jakobsen DD, Brader L, Bruun JM. Association between Food, Beverages and Overweight/Obesity in Children and Adolescents-A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Nutrients. 2023;15(3):764. https://doi.org/10.3390/nu15030764.

13 Miller MA, Kruisbrink M, Wallace J, Ji C, Cappuccio FP. Sleep duration and incidence of obesity in infants, children, and adolescents: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Sleep. 2018;41(4):10. https://doi.org/10.1093/sleep/zsy018.

14 Moradi M, Mozaffari H, Askari M, Azadbakht L. Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Crit Rev Food Sci Nutr. 2022;62(2):555-570. https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1823813.

15 Robinson TN, Banda JA, Hale L, et al. Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(2):S97-S101. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K.

16 Williams AS, Ge B, Petroski G, Kruse RL, McElroy JA, Koopman RJ. Socioeconomic Status and Other Factors Associated with Childhood Obesity. J Am Board Fam Med. 2018;31(4):514-521. https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170261.

17 Vazquez CE, Cubbin C. Socioeconomic Status and Childhood Obesity: a Review of Literature from the Past Decade to Inform Intervention Research. Curr Obes Rep. 2022;9:562–570. https://doi.org/10.1007/s13679-020-00400-2.

18 Gómez SF. et al. Resultados principales del estudio PASOS 2022-2023 sobre la actividad física, los estilos de vida y la obesidad de la población española de 8 a 16 años. Sant Boi de Llobregat. Gasol Foundation. 2023: 1-63. www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos.

19 Gómez SF, Homs C, Wärnberg J, Medrano M, Gonzalez-Gross M, Gusi N, et al. Study protocol of a population-based cohort investigating Physical Activity, Sedentarism, lifestyles and Obesity in Spanish youth: the PASOS study. BMJ Open. 2020;10(9). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036210.

20 Schröder H, Subirana I, Wärnberg J, Medrano M, González-Gross M, Gusi N, et al. Validity, reliability, and calibration of the physical activity unit 7 item screener (PAU-7S) at population scale. Int J Behav Nutr Phys Act. 2021;18(1):1–12. https://doi.org/10.1186/s12966-021-01169-w.

21 Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutr. 2004 Oct;7(7):931–5. https://doi.org/10.1079/PHN2004556.

22 Rey-López JP, Ruiz JR, Ortega FB, Verloigne M, Vicente-Rodriguez G, Gracia-Marco L, et al. Reliability and validity of a screen time-based sedentary behaviour questionnaire for adolescents: The HELENA study. Eur J Public Health. 2012 Jun 1;22(3):373–7. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr040.

23 Wolfson AR, Carskadon MA, Acebo C, Seifer R, Fallone G, Labyak SE, et al. Evidence for the validity of a sleep habits survey for adolescents. Sleep. 2003 Mar 15;26(2):213–6. https://doi.org/10.1093/sleep/26.2.213.

24 Kreimeier S, Åström M, Burström K, Egmar AC, Gusi N, Herdman M, et al. EQ-5D-Y-5L: developing a revised EQ-5D-Y with increased response categories. Quality of Life Research. 2019 Jul 15;28(7):1951–61. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02115-x.

25 World Health Organization. Policies to protect children from the harmful impact of food marketing - WHO guideline. World Health Organization. 2023: 1-88. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370113/9789240075412-eng.pdf?sequence=1.

26 UNICEF. A child rights-based approach to food marketing: a guide for policy makers. UNICEF. 2018: 1-84. https://www.unicef.org/media/139591/file/A%20Child%20Rights-Based%20Approach%20to%20Food%20Marketing.pdf.

27 UNICEF and WHO. Taking action to protect children from the harmful impact of food marketing. A child rights-based approach. UNICEF and WHO. 2023: 1-76. https://www.unicef.org/media/142621/file/UNICEF-WHO%20Toolkit%20to%20Protect%20Children%20from%20the%20Harmful%20Impact%20of%20Food%20Marketing.pdf.

28 Cheng C., Li A.Y.L. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2014;17:755–760. https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0317.

29 Lozano-Blasco R, Latorre-Martínez MP, Cortés-Pascual A. Screen addicts: A meta-analysis of internet addiction in adolescence. Children and youth services review. 2022 Jan 10; 135(106373): 1-11. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106373.

30 Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. J. Paediatr. Child Health. 2017;53:333–338. https://doi.org/10.1111/jpc.13462.
31- Laconi S, Pirès S, Chabrol H. Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. Comput. Hum. Behav. 2017;75:652–659. https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.012.
32- Hermawati D, Rahmadi FA., Sumekar TA, Winarni TI. Early electronic screen exposure and autistic-like symptoms. Intractable Rare Dis. Res. 2018;7:69–71. https://doi.org/10.5582/irdr.2018.01007.

33 Santos RMS, Mendes CG, Sen Bressani G. et al. The associations between screen time and mental health in adolescents: a systematic review. BMC Psychol. 2023; 11(127): 1-21. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01166-7.

PASOS

GasolFoundation.org/Pasos

Colaboradores
principales:

FUNDACIÓ BARÇA

Occident Fundación

Aliados saludables:

ifa

MINISTERIO DE SANIDAD

fundación csai

Santander

GASOL FOUNDATION

@GASOLFOUNDATION

www.gasolfoundation.org