

PASOS

Physical Activity, Sedentarism, lifestyles and Obesity in Spanish Youth

Informe extenso
Gasol Foundation
Julio 2023



ESTUDIO
PASOS
2022-2023

Resultados principales de la 2ª edición del estudio PASOS sobre:
– Los estilos de vida y el estado de salud de la población española de 8 a 16 años en 2022-2023.
– Evolución de los estilos de vida y el estado de salud del 2019-2020 al 2022-2023.



Informe final estudio PASOS 2022-2023

Autoría: Gasol Foundation Europa

Dr. Santi F. Gómez
Paula Berruezo
Silvia Torres
Juande Ródenas
Laura Lorenzo
Martín Tribaldos
Cristina Ribes

Con la colaboración de:

Dr. Helmut Schröder (Hospital del Mar
Research Institute - CIBERESP)
Genís Según (Gasol Foundation)
Laia Gilibets (Gasol Foundation)
Y una red de 72 investigadores/as del
consorcio PASOS 2022.

Comité de coordinación científica:

Hospital del Mar Research Institute
Gasol Foundation

Edita:

Gasol Foundation Europa
c/ Jaume I, 26-28, 08830
Sant Boi de Llobregat, Barcelona
93 834 66 00 / www.gasolfoundation.org
Ilustraciones y diseño gráfico: Iván Bravo

Julio de 2023

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

ESTUDIO PASOS 2022 (2ª EDICIÓN)

1. Datos y conclusiones principales	6
2. Contextualización	12
3. Objetivos	13
4. Metodología	14
5. Consorcio de investigación Pasos 2022	19
6. Apoyos para hacer posible el estudio	20

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO PASOS 2022-2023 Y COMPARATIVA CON PASOS 2019-2020

7. Prevalencia de exceso de peso infantil en España	
Estudio transversal	22
Comparativa entre los años 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023	25
8. Calidad de vida	
Estudio transversal	29
Comparativa entre los años 2019-2020 y 2022-2023	32
9. Uso de pantallas	
Estudio transversal	37
Comparativa entre los años 2019-2020 y 2022-2023	40
10. Horas de sueño	
Estudio transversal	43
Comparativa entre los años 2019-2020 y 2022-2023	45
11. Alimentación	
Estudio transversal	48
Comparativa entre los años 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023	50
12. Actividad física	
Comparativa entre los años 2019-2020 y 2022-2023	54

13. Próximos pasos	57
14. Peticiones	58

Índice de tablas y figuras	59
Bibliografía	62

SOBRE LA GASOL FOUNDATION

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la **obesidad infantil** es un fenómeno que afecta a **124 millones de niños y niñas** de entre 5 y 19 años en todo el mundo. Concretamente en España, 1 de cada 3 menores de entre 8 y 16 años presenta sobrepeso u obesidad según el estudio PASOS de la Gasol Foundation.

Ante esta realidad, la fundación nació en 2013 de la mano de los hermanos Pau y Marc Gasol —jugadores de la NBA y All Stars— con el objetivo de **prevenir la obesidad infantil tanto en Europa como en EE. UU.** Con este propósito, la entidad, miembro de la World Obesity Federation, centra su actividad en la puesta en marcha de programas e iniciativas de **promoción de los hábitos saludables** —la actividad física y el deporte, la alimentación saludable, el sueño y el bienestar emocional de la infancia, la adolescencia y sus familias—, y se ha convertido en una entidad referente en la promoción de hábitos de vida saludable y en la investigación científica en el campo de la obesidad infantil.

La complejidad de la pandemia de la obesidad infantil requiere un abordaje integral para su prevención, así como tener en cuenta los determinantes sociales de la salud. Para ello, priorizamos 4 áreas claves de actuación:

- 1 Impulsar la investigación científica** potenciándola dentro de nuestros programas y contribuyendo a generar evidencia científica sobre la obesidad infantil y sus determinantes.
- 2 Desarrollar e implementar programas innovadores de prevención de la obesidad infantil**, priorizando los colectivos en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Durante el curso 2021-2022, más de 67.000 niños, niñas y adultos/as participaron en los proyectos de promoción de hábitos de vida saludable de la entidad. En los próximos años, la apuesta es desplegar en multitud de municipios en España el programa ÓRBITA4Kids, una intervención multinivel y multicomponente dirigida a la reducción de desigualdades sociales en salud infantil, que integra todos los proyectos implementados hasta ahora en España por la Gasol Foundation.
- 3 Liderar la causa públicamente para sensibilizar sobre la importancia de los hábitos saludables** y las consecuencias de la obesidad.
- 4 Situar la obesidad infantil en el centro de la agenda política de las instituciones públicas** a nivel internacional, estatal, regional y municipal.

ESTUDIO PASOS 2022-2023

Estudio representativo de la población española de 8 a 16 años. En este informe de resultados principales se incluyen 3201 niños, niñas y adolescentes de 245 centros educativos de las 17 CC. AA. Una red de 14 grupos de investigación integrada por 72 investigadores/as han realizado la recogida de datos de marzo de 2022 a junio de 2023.



GENERALES

- El estudio PASOS aporta nuevos resultados y conclusiones sobre los estilos de vida, el estado de salud y la prevalencia de exceso de peso infantil de la población infantojuvenil residente en España. Estos resultados permiten conocer el diagnóstico a nivel transversal y permiten hacer una comparativa de cómo ha evolucionado la situación respecto la primera edición del estudio que se llevó a cabo en 2019-2020.
- Los resultados apuntan a un deterioro generalizado de todos los factores del estilo de vida evaluados: bienestar emocional y calidad de vida, uso de pantallas, horas de sueño, alimentación, y actividad física.
- El deterioro en los estilos de vida es, para la gran mayoría de variables analizadas, mayor entre la población de menor nivel socioeconómico.
- Los resultados confirman una cierta tendencia a la baja en la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Dichos resultados pueden estar sesgados por una relevante menor tasa de participación en la segunda edición del estudio respecto a la primera edición. Se hipotetiza que la menor participación puede estar relacionada con el creciente estigma alrededor del peso en nuestra sociedad, que hace que la población que vive con exceso de peso decline ser evaluada en un centro educativo. Esta circunstancia se analizará en profundidad en los próximos meses y se compartirán las conclusiones en futuras publicaciones científicas.
- Los datos recogidos en la segunda edición del estudio PASOS son de gran valor para seguir acumulando evidencia científica sobre los estilos de vida y el estado de salud de la población infantil y adolescente en España. Conviene profundizar en el análisis de los datos derivados de:
 - _ El estudio transversal.
 - _ La comparación con la 1ª edición del estudio. Los datos fueron recogidos justo antes de la pandemia de la COVID-19.
 - _ El estudio longitudinal. Los datos se siguen recogiendo a través de farmacias comunitarias.
 - _ El subestudio de validación de un nuevo cuestionario de calidad de dieta y adherencia a la dieta mediterránea.
 - _ El subestudio de recalibración del cuestionario PAU-7S (*Physical Activity Unit 7 items Screener*).

RECOMENDACIÓN

Conviene seguir invirtiendo en la investigación sobre los estilos de vida y el estado de salud de la población infantil y adolescente en España ya que el nivel de desconocimiento de la epidemia, sus factores determinantes y las intervenciones dirigidas a prevenirla y tratarla es todavía muy elevado. Favorecer el crecimiento saludable de la infancia debería ser estratégico para cualquier sociedad que quiera desarrollarse de forma sostenible.

EXCESO DE PESO

- La prevalencia de exceso sigue alcanzando a 1 de cada 3 niños, niñas y adolescentes en España (33,2 %). La obesidad afecta a más de 1 de cada 10 (11,6 %).
- La prevalencia de obesidad infantil es mayor en los participantes de género masculino (14,9 %) y en la población de 8 a 12 años (15,6 %).
- Se vuelve a confirmar que la epidemia de obesidad infantil presenta un gradiente socioeconómico: alcanza a un 6,7 % más de la población matriculada en centros educativos ubicados en una sección censal con una menor renta media por persona y año, y un 4,5 % más de la población que crece en entornos con un mayor porcentaje de pobreza infantil.
- La prevalencia de obesidad abdominal alcanza a prácticamente un 20 % de la población infantojuvenil.
- Existe preocupación sobre la menor tasa de participación en PASOS 2022-2023 respecto a PASOS 2019-2020, que puede estar relacionada con el creciente estigma alrededor del peso haciendo que los/las participantes con exceso de peso declinen participar. Este fenómeno podría estar introduciendo sesgos en los resultados y una infraestimación del exceso de peso infantil para los estudios que recogen datos a través de los centros educativos.
- En el periodo de 3 años evaluado (de 2019-2020 a 2022-2023) se observa una ligera tendencia a la baja en la prevalencia de sobrepeso y obesidad que puede estar muy vinculada a lo expuesto en el punto anterior. Aun así, los datos se deben interpretar con cautela y conviene profundizar en su análisis para tratar de corregir el posible sesgo de selección existente.
- La evolución de la prevalencia de obesidad y obesidad severa es favorable en el caso de la población adolescente pero no sucede lo mismo con los niños y las niñas, para los/las que se observa una cifra ligeramente mayor en 2022-2023 respecto 2019-2020.
- La evolución de la prevalencia de obesidad y obesidad severa también es desfavorable para la población evaluada en centros educativos situados en entornos con una mayor pobreza infantil: crece alrededor de 1 % en global, mientras que en los entornos con menor pobreza infantil evoluciona favorablemente. En el corto periodo evaluado existe una tendencia al incremento de las desigualdades sociales en relación a la obesidad infantil.

RECOMENDACIÓN

Es interesante explorar la combinación de datos recogidos por estudios epidemiológicos llevados a cabo en los centros educativos con los datos presentes en las historias clínicas y/o los que se pueden recoger en entornos sanitarios y comunitarios como los centros de atención primaria o farmacias. Sería especialmente relevante profundizar en esta cuestión para la evaluación de variables antropométricas como el peso, la talla y la circunferencia de cintura y proteger así el bienestar de la población infantil y adolescente que pueda estar sometida a un estigma en relación a su peso o imagen corporal.

CALIDAD DE VIDA

- El estado de salud percibido de la población infantojuvenil en España se sitúa por debajo de los 80 puntos (79,5) en una escala del 0 al 100.
- El estado de salud percibido es menor en la población de género femenino (77,8), los/las adolescentes (78,2) y la población de menor nivel socioeconómico (77,8 y 77,3 según renta media por persona/año y pobreza infantil, respectivamente).
- La dimensión de la calidad de vida que se muestra más alterada es la más relacionada con el bienestar emocional (“sentirse preocupado/a, triste o infeliz”), ya que un 32,2 % de niños/as y adolescentes declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación con esta dimensión.
- 4 de cada 10 participantes del género femenino (40 %) declaran “sentirse preocupadas, tristes o infelices”, mientras que dicho porcentaje alcanza al 24,3 % de población del género masculino; evidenciando así una desigualdad de género relevante para esta cuestión.
- La desigualdad según etapa vital es aún más marcada ya que el porcentaje de participantes adolescentes que declaran sentirse preocupados/as, tristes o infelices es de un 42,4%, mientras que el de niños y niñas es de un 20,4%.
- Para esta dimensión de la calidad de vida, no existen diferencias relevantes según nivel socioeconómico y de hecho los resultados no son concluyentes, ya que entre los/las participantes clasificados/as en el grupo de mayor renta media por persona/año el porcentaje que declaran “sentirse preocupados/as, tristes o infelices” es 3 puntos mayor (34,2 %), respecto los/las clasificados/as en el grupo de menor renta (31,2 %). Por el contrario, según pobreza infantil esa pequeña desigualdad va a la inversa ya que un 30,1 % de la población de entornos con una mayor pobreza infantil declara sentirse preocupada, triste o infeliz, frente a un 27,9 % de la población evaluada en entornos de menor porcentaje de pobreza infantil.
- En tan solo 3 años, el estado de salud percibido se ha deteriorado 6,1 puntos en una escala del 0 al 100: ha pasado de 85,6 puntos a 79,5.
- Para esta dimensión que refleja en general el estado de salud percibido, mucho más genérica que el bienestar emocional recogido a través de la pregunta “sentirse preocupados/as, tristes o infelices”, existe una cierta desigualdad según género y etapa vital. El deterioro es ligeramente mayor en el género femenino y en la infancia, aunque las diferencias no son relevantes según estas dos variables de estratificación.
- En cuanto al deterioro del estado de salud percibido, la desigualdad según nivel socioeconómico sí que es mayor, ya que tanto según renta media por persona/año, como según pobreza infantil, el deterioro es entre 4 y 5 puntos mayor para la población de menor nivel socioeconómico (un deterioro de 8,8 puntos para ambas variables de estratificación).
- El porcentaje de población que declara sentirse preocupada, triste o infeliz es un 12,4 % mayor en PASOS 2022-2023 respecto a PASOS 2019-2020.
- Dicho incremento es mayor en las participantes de género femenino (+17 %), los/las adolescentes (+17,4 %), en la población clasificada en el grupo de menor renta media por persona/año (+16,5 %) y en el grupo de mayor pobreza infantil (+12,1 %).

RECOMENDACIÓN

Multitud de estudios están alertando sobre la situación epidemiológica en cuanto a la salud mental de la infancia y la adolescencia. Conviene seguir estudiando los factores subyacentes al deterioro del bienestar emocional que multitud de estudios como PASOS 2022-2023 están señalando y sobre todo identificar cómo intervenir sobre esta realidad para favorecer un desarrollo pleno y saludable de la actual generación de niños, niñas y adolescentes.

USO DE PANTALLAS

- El promedio de uso de pantallas es elevadísimo tanto en los días de entre semana (193,9 minutos de promedio al día) como los fines de semana (288,4 minutos).
- Este uso generalizado de las pantallas hace que más de un 60 % de la población supere los 120 minutos al día recomendados para los días de entre semana y más de un 80 % para los días del fin de semana.
- El promedio de uso de pantallas y por lo tanto el nivel de incumplimiento de la recomendación es mayor en el género masculino (64,5 %) y mucho mayor para la población adolescente respecto a los niños y las niñas. Concretamente más de un 80 % de adolescentes incumplen la recomendación entre semana y más de un 90% el fin de semana.
- El promedio de minutos de uso de pantallas y el porcentaje de incumplimiento de la recomendación es considerablemente mayor para la población clasificada en el grupo de menor renta media y de mayor pobreza para los días de entre semana: alrededor del 10 % de diferencia respecto la población de mayor nivel socioeconómico para ambas variables de estratificación.
- El mayor porcentaje de incumplimiento de la recomendación en PASOS 2022-2023 respecto a PASOS 2019-2022 es sobre todo atribuible al sobreuso de pantallas de lunes a viernes.
- No existen grandes diferencias de género para la variación entre PASOS 2019-2020 y PASOS 2022-2023, aunque el deterioro de este hábito de salud parece ser mayor en el género femenino, observando así una cierta tendencia a reducir la desigualdad previamente existente para esta dimensión del estilo de vida que afectaba en mayor medida al género masculino.
- Tampoco existen grandes diferencias en la evolución según etapa vital, aunque sí se observa que la diferencia en el incumplimiento de uso de pantallas es algo mayor para la población adolescente en los días de entre semana, y para la infancia en los días del fin de semana.
- Los datos de la comparativa entre PASOS 2019-2020 y PASOS 2022-2023 según nivel socioeconómico no presentan diferencias relevantes pese a que sí se observan mayores diferencias para la población clasificada como menor renta media (+8 %) y mayor pobreza infantil (+11,2 % de diferencia) para los días de entre semana. En cambio, para los días del fin de semana la diferencia en el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de uso de pantallas es mayor entre la población clasificada en el grupo de mayor renta media y de menor pobreza infantil (+3,8 % y +6,2 %, respectivamente).

RECOMENDACIÓN

Conviene estudiar más en profundidad qué porcentaje del tiempo dedicado a las pantallas actualmente es atribuible a tareas académicas o a ocio. Un uso excesivo de pantallas puede tener efectos sobre el resto de los factores de estilo de vida relevantes para el desarrollo saludable. Conviene promocionar un uso equilibrado y responsable de las pantallas y las nuevas tecnologías y prevenir el leve pero mayor incremento del uso de pantallas entre las niñas y adolescentes.

HORAS DE SUEÑO

- Casi la mitad de los niños, niñas y adolescentes en España no cumplen con las recomendaciones de horas de sueño diario tanto entre semana como el fin de semana.
- El porcentaje de incumplimiento es mayor entre las participantes de género femenino (47,6 %) de lunes a viernes, mientras que no existen prácticamente desigualdades de género para el fin de semana.
- El porcentaje de incumplimiento es mucho mayor en los/las adolescentes entre semana, ya que el porcentaje de esta población que incumple con las recomendaciones alcanza el 55,8 %, mientras que para los niños y niñas el porcentaje de incumplimiento es de un 31,3 %. Por el contrario, para los días del fin de semana el porcentaje de incumplimiento es un 5 % mayor entre los/las participantes de menor edad.
- Entre los/las participantes evaluados en entornos de menor renta media por persona/año el porcentaje de incumplimiento es mayor tanto entre semana como el fin de semana. Las cifras son muy similares cuando se utiliza como indicador del nivel socioeconómico la pobreza infantil: el incumplimiento es un 10,7 % mayor para los días de entre semana, y un 6 % mayor el fin de semana entre la población evaluada en entornos con mayor pobreza infantil.
- En PASOS 2022-2023 el porcentaje de población infantojuvenil que incumple las recomendaciones de horas de sueño es un 4,8 % mayor respecto PASOS 2019-2020 para los días de entre semana. No se hallan prácticamente diferencias para el fin de semana.
- Las desigualdades de género son mínimas en cuanto a la evolución del porcentaje de incumplimiento de las recomendaciones de horas de sueño tanto los días entre semana como el fin de semana. Sucede lo mismo en cuanto a las desigualdades según etapa vital.
- Según nivel socioeconómico sí que se identifica una ligera tendencia más desfavorable en el porcentaje de incumplimiento de las recomendaciones de horas de sueño entre los/las participantes evaluados/as en entornos de menor renta media por persona/año y de mayor pobreza infantil para los días de entre semana. Por el contrario, para los días del fin de semana el porcentaje de incumplimiento en la 2ª edición del estudio PASOS es menor que para la primera edición para todos los grupos, aunque esta tendencia favorable es ligeramente mayor en la población clasificada en el grupo de menor renta y para la población clasificada en el grupo de menor pobreza infantil.

RECOMENDACIÓN

El cumplimiento de las recomendaciones de sueño durante la infancia y la adolescencia es un factor del estilo de vida clave para el desarrollo saludable de cualquier ser humano. Este hábito se hallaba ya muy deteriorado en la 1ª edición del estudio PASOS y se mantiene dicho deterioro en la 2ª edición. Conviene que todas las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a la infancia lo identifiquen y lo aborden, ya que tiene la capacidad de modular en gran medida otros factores del estilo de vida: cómo duermen las niñas, niños y adolescentes se relaciona con la regulación de la saciedad y el hambre al día siguiente, de la voluntad de moverse y ser físicamente activo y de relacionarse y de disfrutar de las actividades del día a día.

ALIMENTACIÓN

- El nivel de adherencia a la dieta mediterránea se sitúa en 6,48 puntos en una escala de -4 a 12 puntos, observando que un 37 % de la población infantojuvenil alcanza un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea, mientras que un 12 % presenta un nivel bajo.
- El porcentaje de población del género masculino que alcanza un nivel alto es ligeramente mayor (un 2,2 %) respecto al género femenino.
- Según etapa vital, se observa que la población infantil alcanza en mayor medida un nivel de adherencia a la dieta mediterránea alto (41 %), frente a un 33,5 % entre la población adolescente. Por el contrario, un 14 % de adolescentes presentan un nivel bajo, en comparación con un 9,8 % de niños y niñas.
- El porcentaje de población evaluada en un entorno con una menor renta media por persona/año o con una mayor pobreza infantil que alcanza un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea es menor (alrededor de un 6% de diferencia para ambas variables), respecto a la población evaluada en entornos más favorecidos.
- Entre los años 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023 se ha deteriorado el nivel de adherencia a la dieta mediterránea: el porcentaje de población que alcanzaba un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea fue un 4,3 % menor en PASOS 2019-2020, respecto EnKid 1998-2000. A su vez ese porcentaje también ha disminuido en un 3,4 % entre PASOS 2019-2020 y PASOS 2022-2023. Además, el porcentaje de población que presentaba un nivel bajo de adherencia creció 6,3 puntos entre Enkid y la primera edición de PASOS, mientras que dicho aumento fue de 1,9 puntos entre las dos ediciones del estudio PASOS.
- Las desigualdades de género en cuanto a la evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea no son relevantes, así como tampoco lo son según etapa vital.
- Según nivel socioeconómico, la desigualdad más relevante se da respecto a la pobreza infantil, ya que entre la población evaluada en entornos con una mayor pobreza que presenta un bajo nivel de adherencia a la dieta mediterránea es un 6,2 % mayor en PASOS 2022-2023, respecto PASOS 2019-2020. Esa misma diferencia es únicamente de un 1,2 % entre la población evaluada en entornos con un menor porcentaje de pobreza infantil.

RECOMENDACIÓN

La dieta mediterránea debe inspirarnos e ilusionarnos como sociedad. Aunque la tendencia en la calidad de la dieta de la población infantojuvenil no es favorable, aún tenemos incorporado en nuestra cultura alimentaria hábitos de alimentación muy saludables que conviene ensalzar y promocionar entre toda la sociedad. Tal y como señala la OMS, se deben priorizar las políticas públicas que aborden factores estructurales como la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas, el etiquetado, o las tasas sobre productos no saludables y los incentivos fiscales sobre alimentos saludables, ya que tienen la capacidad de influir de forma relevante sobre el comportamiento alimentario de la sociedad.

ACTIVIDAD FÍSICA

- El promedio de minutos dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa es menor en PASOS 2022-2023 respecto PASOS 2019-2020. Concretamente, 7,4 minutos menor para el género femenino y 7,1 para el masculino.
- La población de menor edad, en etapa infantil (de 8 a 12 años), es la que presenta una mayor diferencia en el promedio de minutos diarios dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa. Concretamente, para esta población dicho promedio es de 8,7 minutos/día menor en PASOS 2022-2023 que en PASOS 2019-2020, mientras que dicha diferencia es de 5,9 minutos/día para la población adolescente (de 12 a 16 años).
- Existe un gradiente socioeconómico según renta media por persona y año para la evolución del promedio de minutos dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa: la población evaluada en un centro educativo situado en una sección censal con una menor renta media presenta un menor promedio de minutos diarios en PASOS 2022-2023 respecto PASOS 2019-2020 (4,2 minutos), mientras que la diferencia es ligeramente superior en la población evaluada en centros educativos situados en entornos con una mayor renta media (6,0 minutos al día).
- En cambio, los resultados según porcentaje de pobreza infantil de las secciones censales en las que se ubican los centros educativos de la población participante señalan que en PASOS 2022-2023 el promedio de minutos al día dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa es de 13,8 minutos/día menos que en PASOS 2019-2020 para los/las participantes clasificados en el grupo de mayor pobreza infantil. Dicha diferencia es de 5,4 minutos/día para la población clasificada en el grupo de menor pobreza.

RECOMENDACIÓN

Conviene establecer estrategias que de forma estructural contribuyan a prevenir el deterioro en la práctica de actividad física moderada o vigorosa identificado entre la población infantojuvenil. Dichas estrategias se deben fortalecer con iniciativas de promoción de la actividad física en el entorno comunitario y familiar que demuestren efectos favorables.

2

CONTEXTUALIZACIÓN

La investigación científica es un elemento clave que favorece el desarrollo de cualquier sociedad. La Gasol Foundation, como entidad que trabaja para reducir la obesidad infantil, así lo entiende, y por ello, en el año 2019, impulsó la primera edición del estudio PASOS: asumiendo desde el principio su liderazgo y coordinación y contando con la participación privilegiada de 14 grupos de investigación de toda España que componen el consorcio PASOS.

El estudio surgió de la necesidad apremiante de disponer de un mayor conocimiento e información actualizada sobre los estilos de vida y los factores del entorno asociados a la epidemia de la obesidad infantil, un problema prevalente y alarmante en nuestra sociedad. A través del análisis de la actividad física, la alimentación, el uso de pantallas, las horas de sueño, la calidad de vida y otros factores que se asocian con la salud de los niños/as y adolescentes españoles, PASOS ha contribuido a generar evidencia científica a través de la publicación de informes técnicos (1, 2, 3) y artículos científicos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Estas contribuciones generadas en base al estudio PASOS 2019 continúan vigentes y, actualmente, diversos artículos se encuentran en proceso de revisión para posterior publicación en revistas científicas de alto factor de impacto (14). Por otro lado, el estudio también está contribuyendo a incidir de forma relevante en generar una mayor sensibilidad social e institucional alrededor de la importancia de promover hábitos de vida saludable, contribuyendo a reducir la epidemia de la obesidad infantil. Un claro ejemplo de ello es el reciente Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030) (15) para cuya génesis y desarrollo PASOS supone una herramienta crucial. Por un lado, fundamentó el diagnóstico de la situación en España para la población de 8 a 16 años, y por otro supone uno de los mecanismos de seguimiento y evaluación del cumplimiento de los objetivos establecidos hasta el año 2030.

El estallido de la pandemia de la COVID-19 ha generado cambios en el estilo de vida de la sociedad y sus consecuencias, múltiples y heterogéneas, han incidido en el estado de salud de la población, siendo las niñas, los niños y adolescentes uno de los colectivos más afectados. Dada esta realidad, la Gasol Foundation, en los meses posteriores a la pandemia, se propuso llevar a cabo una segunda edición del estudio PASOS. El estudio PASOS 2022 nació con la ambición principal de actualizar el diagnóstico realizado en 2019 y establecer una comparativa entre los estilos de vida y la prevalencia de exceso de peso infantil antes y después de la fase aguda de la pandemia de la COVID-19. De dicha ambición, nacieron los resultados preliminares de la segunda edición del

estudio, presentados en un informe parcial publicado en enero de 2023 (2). En ese informe, se incluyeron datos sobre el estilo de vida y factores socioambientales de un total de 2892 niñas, niños y adolescentes de 223 centros educativos, los cuales constituían el 90,65 % de la muestra total de los centros educativos participantes. Desde la publicación de este informe preliminar, el consorcio PASOS ha continuado trabajando para llevar a cabo todas las recogidas de datos necesarias para dar por finalizada la segunda edición del estudio y elaborar el presente informe y los próximos informes y artículos científicos que contribuirán a la generación de evidencia adicional sobre el estado de salud de la población española de 8 a 16 años.

La ilusión, la motivación y la colaboración de todos los agentes claves implicados (familias, niñas, niños y adolescentes, equipo directivo y educativo de los centros educativos, equipo de investigadores e investigadores que conforman el consorcio PASOS y todos los/las profesionales que forman parte del equipo de la Gasol Foundation) se traduce en este informe de resultados principales del estudio. El presente documento pretende ofrecer una visión más detallada sobre el estilo de vida de la población infantojuvenil que el informe preliminar, prestando especial atención a los determinados gradientes sociales que influyen en la salud de los niños, niñas y adolescentes. El informe principal también ofrece una visión exhaustiva de cómo han evolucionado los estilos de vida y el estado ponderal de la población infantojuvenil en España entre los años 2019-2020 y 2022-2023.

Por otra parte, PASOS 2022-2023 también incorpora un seguimiento longitudinal de las y los participantes en 2019-2020 tras 3 años de evolución en su crecimiento (población de 11 a 19 años) y un subestudio de validación de un nuevo cuestionario breve para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea y la calidad de la dieta en la infancia y la adolescencia. Los resultados del estudio longitudinal y de validación se presentarán en futuros informes y artículos científicos que se publicarán a lo largo de los próximos meses y años.

La generación de evidencia científica sigue siendo una prioridad para la Gasol Foundation y el consorcio PASOS, con el propósito de contribuir al impulso y creación de planes, estrategias y programas dirigidos a la promoción de la salud infantil. Dicha tarea también debe contribuir a reducir las relevantes desigualdades sociales y de género que, estudio tras estudio, se ponen de relieve en nuestra sociedad, así como al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, ya que la obesidad infantil está relacionada de forma directa o indirecta con 14 de los 17 ODS.

3

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar los estilos de vida, la prevalencia de exceso de peso y el estado de salud de la población española de 8 a 16 años y su evolución del año 2019 al 2022.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1 Estudiar las desigualdades de género y socioeconómicas en relación a los estilos de vida y el estado de salud de la infancia y la adolescencia en la población infantojuvenil española en los años 2022-2023.
- 2 Estudiar la evolución de los estilos de vida y el estado de salud de la población infantojuvenil española de los años 2019-2020 a los años 2022-2023, en función del género, la etapa vital y el nivel socioeconómico.

En este informe se presentan los resultados finales correspondientes al objetivo principal del estudio y dos de los objetivos secundarios del estudio PASOS 2022-2023. Los resultados correspondientes a los objetivos secundarios restantes se irán presentando en sucesivos informes y artículos científicos que se irán publicando en los próximos meses y años.



4

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional y transversal representativo para la población española de 8 a 16 años. PASOS 2022-2023 incorpora 2 subestudios que se corresponden con los siguientes diseños:

- Estudio observacional y longitudinal de seguimiento de los estilos de vida y el estado ponderal de la población de 8 a 16 años que participó en el estudio PASOS 2019-2020 (tras 3 años de crecimiento).
Realizado con las/los participantes que decidieron seguir participando mediante la firma del consentimiento informado.
- Estudio de validación psicométrica de un nuevo cuestionario breve para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea y la calidad de la dieta de la población española de 8 a 16 años. En el marco de este subestudio también se ha realizado una recalibración del cuestionario PAU-7S (6).
Realizado con una submuestra (10 %) también representativa de la población española seleccionada al azar de la muestra global del estudio PASOS 2022-2023.

Los siguientes subapartados se centran en la explicación de la metodología correspondiente al diseño del estudio principal, ya que es el que fundamenta los resultados principales presentados en este informe.



MUESTREO

En 2019 se realizó un muestreo probabilístico en 5 etapas (muestreo polietápico) utilizando la selección al azar en cada una de ellas:

1ª etapa: se seleccionaron al azar 120 municipios españoles de diferentes dimensiones para captar la realidad de las diversas agrupaciones poblacionales:

- 40 municipios de más de 200.000 habitantes. Al no disponer de 40 municipios en España de estas dimensiones, se decidió duplicar la selección de escuelas (como si el municipio se seleccionara 2 veces) en aquellos municipios más poblados como Madrid, Barcelona, Sevilla, etc. De esta manera se aseguraba la representatividad proporcional de las áreas más pobladas.
- 40 municipios de 30.000 a 200.000 habitantes.
- 40 municipios de 3.000 a 30.000 habitantes.

A su vez, se aseguró la proporcionalidad de la muestra de municipios por comunidades autónomas (CC. AA.). Para ello, se estimó, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el número de residentes de 8 a 16 años de edad en cada comunidad autónoma.

2ª etapa: para cada uno de los municipios, se seleccionó al azar un centro educativo de primaria y uno de secundaria, incluyendo en la selección aleatoria todos los centros educativos, tanto públicos como concertados y privados. Para cada centro educativo seleccionado se escogieron, también al azar, centros educativos de reposición por si los primeros no tenían interés en participar.

3ª etapa: para cada uno de los centros educativos seleccionados, se escogió aleatoriamente un curso participante: 3º, 4º, 5º o 6º para las escuelas de educación primaria y 1º, 2º, 3º o 4º de la ESO para los institutos de educación secundaria.

4ª etapa: en el caso de que el curso seleccionado tuviera más de una línea académica, se seleccionó aleatoriamente el grupo clase participante.

5ª etapa: para los grupos clase seleccionados se invitó indistintamente a todo el alumnado matriculado. A estos se les entregaba un sobre con la hoja de consentimiento informado que debían retornar firmada por sus padres/madres/tutores/as legales tanto si aceptaban como si no aceptaban participar.

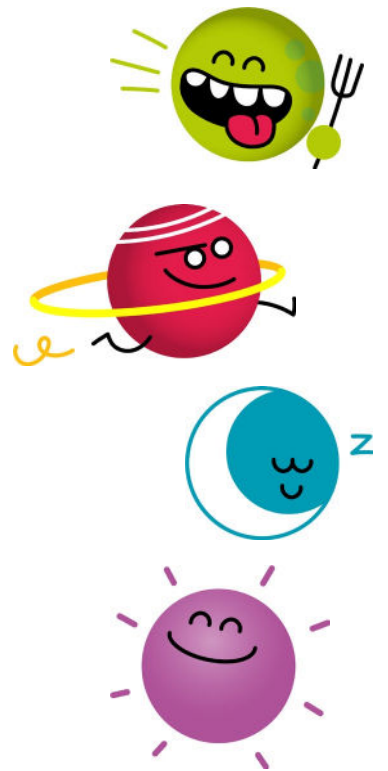
En el estudio PASOS 2022-2023 se ha mantenido la misma selección de centros educativos y grupos clase participantes en los que 3 años después se encontraba un nuevo alumnado. La mayoría de centros educativos participantes en 2019 decidieron renovar su colaboración pero, para aquellos que no lo hicieron, se activó la vinculación de los centros educativos aleatorizados como reposición para así seguir teniendo representada aquella área geográfica.

Los resultados transversales presentados en este informe se corresponden con una muestra final de participantes de 3201 alumnos/as matriculados en 245 centros educativos de primaria y secundaria que se distribuyeron de forma proporcional por CC. AA., un 98,8 % del total de centros que componen la red PASOS. El 1,2 % del total de centros restante corresponden a centros que están actualmente participando en el subestudio de validación y que por petición del centro, las últimas recogidas de datos se realizarán en septiembre de 2023.

VARIABLES

Las variables del estudio PASOS 2022-2023 contemplan el enfoque holístico de la Gasol Foundation sobre los factores clave asociados a la epidemia de la obesidad y el estado de salud de la población infantil. La recogida de datos se ha realizado a través de 4 fuentes principales de información:

- 1** **Cuestionarios validados** científicamente dirigidos a diferentes agentes clave:
 - _ Niños/as y adolescentes participantes sobre variables de estilo de vida y variables ambientales, del entorno y comerciales.
 - _ Progenitores/representantes legales de las niñas, niños y adolescentes participantes sobre variables de estilo de vida, factores socioeconómicos y variables ambientales, del entorno y comerciales.
 - _ Profesorado de Educación Física de los centros educativos participantes.
- 2** **Medidas antropométricas:** peso, talla y circunferencia de cintura de la población de 8 a 16 años.
- 3** **Nuevo cuestionario breve sobre la adherencia a la dieta mediterránea y calidad de la dieta.** Herramienta administrada únicamente en el marco del subestudio de validación realizado sobre una submuestra de un 10 % de la muestra global del estudio transversal.
- 4** **Registro alimentario de 24 horas** sobre los alimentos y bebidas ingeridos en el último día. Registro administrado únicamente en el marco del subestudio de validación realizado sobre una submuestra de un 10 % de la muestra global del estudio transversal.
- 5** **Acelerómetros** de muñeca llevados durante 9 días por un 10 % de los niños/as y adolescentes de la muestra global, participantes en el subestudio de validación que también incluye la recalibración del cuestionario PAU-7S (6).



En la siguiente tabla se detallan las variables contempladas en PASOS 2022-2023 y las herramientas evaluativas utilizadas:

*El cuestionario ad hoc creado por el consorcio PASOS para evaluar las variables ambiente/entorno/comerciales de las personas adultas referentes incluye el siguiente cuestionario: **Household Food Insecurity Access scale (HFIAS)** (25).

Tabla 1 - Variables y herramientas evaluativas del estudio PASOS 2022-2023.

VARIABLES	HERRAMIENTAS EVALUATIVAS			
	NIÑOS/AS y ADOLESCENTES	REFERENTES ADULTAS/OS	PROFESORES/AS EDUCACIÓN FÍSICA	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)
Antropométricas: peso, altura y circunferencia de cintura	Báscula SECA 899 Estadiómetro SECA 217 Cinta métrica SECA 201	Peso y talla auto reportado	-	-
Calidad de la dieta	Índice KIDMED ¹⁶ Sobre un 10 % de la muestra global participante en el estudio de validación: – Nuevo cuestionario breve sobre adherencia a la dieta mediterránea y la calidad de la dieta. – Food Online Record for Kids-24h (FORK 24). Registro alimentario 24h.	SDQS ¹⁷	-	-
Hábitos alimenticios	-	Cuestionario <i>ad hoc</i> creado por la Gasol Foundation	-	-
Actividad física	PAU-7S ⁶ 2 preguntas <i>ad hoc</i> - medio de transporte educativo	REGICOR ¹⁸	-	-
Sedentarismo	SSBQ ¹⁹	-	-	-
Horas y calidad del sueño	Horas: preguntas del SHSA ²⁰	Preguntas del SHSA ²⁰	-	-
Bienestar emocional	EQ-5D-Y-5L ²¹	Perceived Stress Scale (PSS) ²²	-	-
Estadios del cambio	2 preguntas <i>ad hoc</i> - estadio del cambio en relación con: – Actividad física general – Desplazamiento activo al centro educativo	-	-	-
Sociodemográficas	Género/Edad	Género/Edad	Género/Edad	-
Socioeconómicas	-	Nivel de estudios, estatus laboral, lugar de residencia	-	Renta Media por persona (en euros anuales) y porcentaje de pobreza infantil. Ambas según la sección censal dónde se ubica el centro educativo de cada participante ^{23, 24}
Ambiental/entorno/comerciales	Cuestionario <i>ad hoc</i> creado por consorcio PASOS*	Cuestionario <i>ad hoc</i> creado por consorcio PASOS*	Cuestionario <i>ad hoc</i> creado por la Gasol Foundation y el consejo COLEF	-
Otras	Peso al nacer, lactancia materna	Consumo de alcohol y tabaco	-	-

RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La coordinación científica del estudio ha sido liderada por la Gasol Foundation, que ha contado con el apoyo del Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición del Hospital del Mar Research Institute. Ambas entidades forman el comité de coordinación científico del estudio PASOS.

En total se han vinculado 14 grupos de investigación de toda España (con dispersión territorial) encargados de llevar a cabo la recogida de datos en cada una de las 17 CC. AA. participantes. La Gasol Foundation ha liderado la recogida de datos en los centros educativos de Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, La Rioja y Aragón y el resto de grupos ha asumido la recogida de datos en mayor o menor número de centros educativos en función de su ubicación geográfica y su capacidad logística. A cada grupo se le solicitó la participación mínima de un investigador/a principal del grupo (responsable de la consecución de los objetivos acordados) y de un coordinador/a autonómico/a (investigador/a responsable de coordinar la recogida de datos).

El 21 de diciembre de 2021 se organizó una jornada de trabajo con la participación de todos los grupos de investigación. En esta jornada se consensuaron cuestiones generales del estudio y su desarrollo con el grupo de investigadores/as principales y se homogeneizaron y practicaron los métodos de recogida de datos entre los/las coordinadores/as autonómicos/as. A lo largo del proceso de recogida de datos, el equipo de coordinación de la Gasol Foundation realizó reuniones periódicas de seguimiento con cada uno de los grupos de investigación. Y adicionalmente, a lo largo de 2022 y 2023, se reunió a todas/os las/los investigadoras/es del consorcio en diversas ocasiones.

El equipo de coordinación de PASOS se encargó de la vinculación de todos los centros educativos participantes. El equipo directivo de los centros educativos y el profesorado de Educación Física fueron los actores principales para la vinculación. Una vez vinculadas, los/las coordinadores/as autonómicos/as de cada grupo de investigación contactaron con los centros educativos para explicar con detalle los procedimientos de recogida de datos y programar la entrega de documentación y los días de evaluación en el centro educativo.

Cada participante, con el consentimiento informado favorable debidamente cumplimentado y firmado por sus padres/madres/tutores/as legales, se identificó mediante un código numérico único y confidencial. Este código es el que consta en las bases de datos de recogida de variables antropométricas y el que se utilizó para la respuesta de los cuestionarios en línea (de los progenitores/tutores legales y de los niños/as y adolescentes) y en papel (de los progenitores/tutores legales). Tanto los progenitores/tutores legales como sus hijos/as compartieron el mismo código numérico. En ningún caso los datos de salud eran identificables mediante nombre ni apellido.

El subestudio de validación del cuestionario breve de adherencia a la dieta mediterránea y calidad de la dieta, y la recalibración del cuestionario PAU-7S (15), se han realizado con un 10 % de la muestra también seleccionada al azar asegurando la proporcionalidad por C. A.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo del estudio PASOS 2019 fue validado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) de la Fundació Sant Joan de Déu de Barcelona al que está adscrito la Gasol Foundation. La metodología y variables del estudio PASOS 2022 se modificaron parcialmente y por ello se volvieron a someter a validación ética obteniendo un nuevo dictamen favorable a fecha 27 de enero de 2022 (Código CEIm: PIC-179-18). El subestudio de validación también fue evaluado por dicho comité de ética que emitió dictamen favorable a fecha 13 de octubre de 2022. A su vez, algunos de los grupos de investigación tuvieron que validar el protocolo del estudio con comités de ética competentes en cada una de las CC. AA.

A cada centro escolar se le ofreció la posibilidad de realizar una reunión informativa por parte del coordinador/a autonómico/a dirigida a los padres y madres para presentar el estudio y resolver posibles dudas. A su vez, a cada una de las familias invitadas a formar parte del estudio se les entregó dos copias de la hoja de consentimiento informado. En esta hoja se facilitó el contacto del investigador principal del estudio (Dr. Santi F. Gómez) para que pudieran resolver dudas o realizar aclaraciones antes, durante o después de la recogida de datos.

Los/las coordinadores/as autonómicos, encargados de llevar a cabo la recogida de datos, han seguido los principios éticos especificados en la Declaración de Helsinki. Este fue uno de los objetivos de la jornada inicial del estudio celebrada el 27 de diciembre de 2021 y de las sucesivas reuniones de coordinación conjuntas de todo el consorcio celebradas a lo largo del 2022 y el 2023.

Al realizar las mediciones antropométricas y la respuesta a los cuestionarios de estilo de vida, factores ambientales, del entorno y comerciales, se ha garantizado la intimidad de todos los participantes y se les ha permitido la renuncia a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo procediendo a la destrucción de todos los datos generados hasta el momento (bases de datos y archivos en papel). La población infantil y adolescente participante ha podido declinar su participación en las mediciones antropométricas, aunque sus progenitores o responsables legales hubieran firmado favorablemente la hoja de consentimiento informado. A su vez, se ha solicitado el asentimiento informado favorable para aquellas/os participantes con 12 o más años de edad. En este sentido, en todo momento se ha respetado la voluntad de los niños/as y adolescentes y se ha evitado cualquier mínima intimidación que se pudiera producir gestionando la situación con el/la referente del centro educativo.

El estudio ha seguido en todo momento la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

5

CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN PASOS 2022



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.

El consorcio PASOS 2022-2023 se ha conformado por 14 centros de investigación, 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. Estos grupos han realizado reuniones de seguimiento periódicas (cada 1 o 2 semanas) con el equipo de coordinación científica de la Gasol Foundation al que, en todo momento, han tenido acceso vía telefónica o correo electrónico.

- 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, arKeta 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.
- Gasol Foundation Europa.

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

- Fundación Probitas.
- Fundación FC Barcelona.

6

APOYOS PARA HACER POSIBLE EL ESTUDIO

El estudio PASOS ha seguido avanzando con determinación en su 2ª edición. Este ambicioso proyecto 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.

www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos



Entre los respaldos institucionales más destacados se encuentran 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, el estudio PASOS 2022-2023 ha sido posible gracias al compromiso con la salud infantil de las siguientes entidades: Fundación Probitas, colaborador principal desde la primera edición de 2019-2020; Fundación Barça, colaborador principal desde 2022. También gracias a los aliados saludables del estudio: Banco Santander, Grupo IFA y Laureus. A todas ellas, gracias por apostar por la investigación en el campo de la salud infantil de la mano de la Gasol Foundation y el consorcio PASOS.

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO PASOS 2022-2023 Y COMPARATIVA CON PASOS 2019-2020

Los resultados que se presentan en las siguientes páginas corresponden al análisis final llevado a cabo en junio de 2023. La muestra estudiada la conforman los/las participantes del estudio PASOS 2022-2023 (2ª edición). Para el análisis comparativo se han utilizado datos del estudio PASOS 2019-2020 (1ª edición). Los resultados específicos y los derivados del estudio longitudinal y del subestudio de validación se presentarán en próximos informes y artículos científicos.

7

PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO INFANTIL EN ESPAÑA

Los resultados que se presentan a continuación, correspondientes al estudio PASOS 2022-2023, se han estimado según las curvas de crecimiento estandarizadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permiten comparar los resultados con otros estudios similares a nivel internacional y también con estudios previos representativos a nivel nacional como los estudios ALADINO (26) o Enkid (27).

A tener en cuenta:

En las figuras que se presentan a continuación cuando se menciona PASOS 2019 se hace referencia a la 1ª edición del estudio (2019-2020) que ejecutó la gran mayoría de la recogida de datos durante el año 2019 pero que finalizó al 100 % a principios de 2020, justo antes del estallido de la pandemia de la COVID-19. Por su parte cuando se menciona PASOS 2022 se hace referencia a la 2ª edición del estudio (2022-2023) que ejecutó la gran mayoría de la recogida de datos entre marzo de 2022 y enero de 2023 y que finalizó al 100 % en junio de 2023. Se utilizan PASOS 2019 y PASOS 2020 para abreviar y facilitar la comprensión del contenido de las figuras.

ESTUDIO TRANSVERSAL

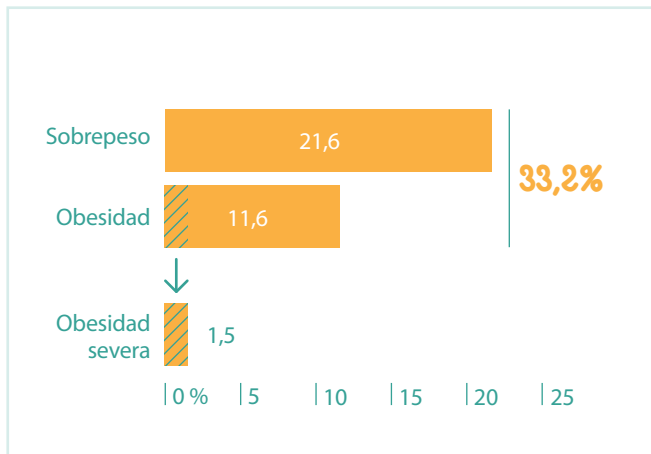


Figura 1 – Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC.

Exceso de peso infantil según índice de masa corporal

Tal y como se presenta en la figura 1, la prevalencia de exceso de peso en España para población infantojuvenil (8 a 16 años) es de un 33,2 %. Esta cifra está compuesta por un 21,6 % de la población que presenta sobrepeso y un 11,6 % que presenta obesidad. Del total de la población evaluada que presenta obesidad, un 1,5 % presenta obesidad severa.

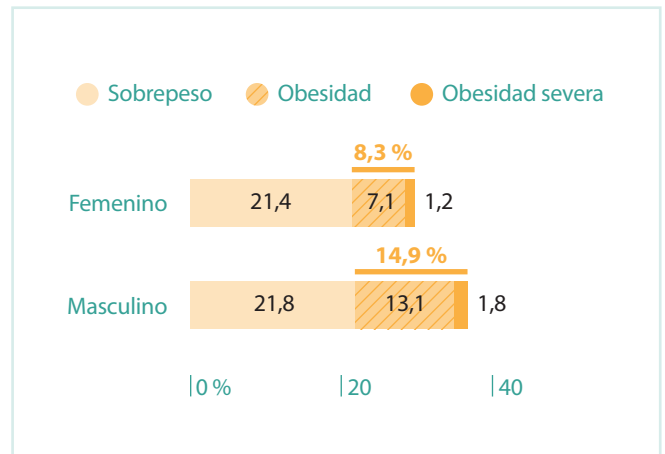


Figura 2 – Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por género.

Estratificado por género

En la figura 2 se puede observar que la prevalencia de obesidad (13,1 %) y la de obesidad severa (1,8 %) es superior para los participantes del género masculino, respecto a las del género femenino (7,1 % y 1,2 %, respectivamente). En este sentido, se aprecia una notable desigualdad entre ambos géneros, ya que los participantes del género masculino presentan una prevalencia de obesidad alrededor de un 7 % mayor.

A tener en cuenta:

Los datos estratificados por nivel socioeconómico de este informe se han analizado teniendo en cuenta las siguientes variables:

Renta Media por persona (en euros anuales) en adelante RMP, de la sección censal dónde se ubica el centro educativo de cada participante del estudio PASOS 2022-2023. La categoría denominada "25 % con menor RMP" hace referencia al 25 % de la población infantil y adolescente que estudia en un centro educativo ubicado en una sección censal con una menor RMP. La categoría clasificada como "25 % con mayor RMP" incluye al 25 % de la población matriculada en un centro educativo ubicado en una sección censal con una mayor RMP. Los datos sobre la RMP se han obtenido a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) (23):

- "25 % con menor RMP" incluye al 25 % de participantes que atienden a centros educativos ubicados en una sección censal con una renta media por persona entre 5146,86€/año y 10177,50€/año.
- "25 % con mayor RMP" abarca al 25 % de la población que acude a centros educativos ubicados en una sección censal con una RMP entre 14409,36€/año y 31.6750€/año.

Pobreza Infantil (%), en adelante PI, de la sección censal dónde se ubica el centro educativo de cada participante en el estudio PASOS 2022. La categoría designada como "25 % con mayor PI" corresponde al 25 % de la población participante que acude a un centro educativo ubicado en una sección censal con un mayor porcentaje de PI. La categoría denominada "25 % con menor PI" corresponde al 25 % de la población participante que acude a un centro educativo ubicado en una sección censal con un menor porcentaje de PI (24):

- "25 % con menor PI" se corresponde con un porcentaje de PI entre el 5,62 % y el 21,92 % (25 % de la muestra que asiste a un centro educativo ubicado en una sección censal con una menor PI).
- "25 % con mayor PI" se corresponde con un porcentaje de PI entre el 37,55 % y el 55,18 % (25 % de la muestra que asiste a un centro educativo ubicado en una sección censal con una mayor PI).

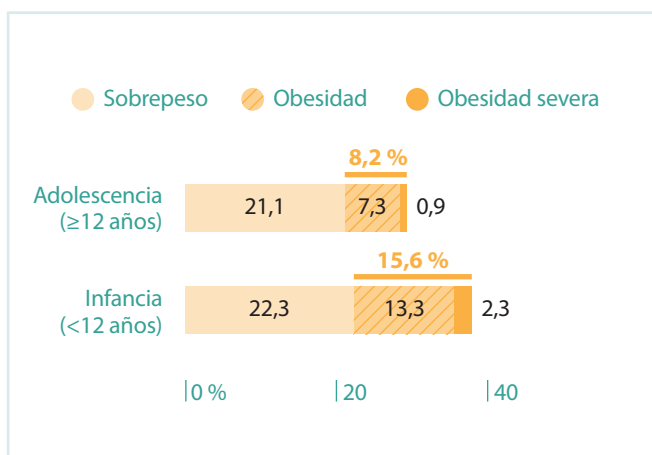


Figura 3 – Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por etapa vital.

Estratificado por etapa vital

En la figura 3 se evidencia que la prevalencia de obesidad (13,3 %) y la de obesidad severa (2,3 %) en la infancia (población menor de 12 años) es muy superior a la de la población adolescente (7,3 % y 0,9 % respectivamente). Asimismo, se aprecia que el porcentaje de sobrepeso es ligeramente superior en la infancia (22,3 %) que en la adolescencia (21,1 %). En definitiva, cerca de 4 de cada 10 niños y niñas de 8 a 12 años presentan exceso de peso (37,9 %) a diferencia de un 29,3 % de la población adolescente.

Al tratarse de resultados derivados del estudio transversal, los resultados observados sugieren las siguientes dos hipótesis, previamente expuestas en el informe preliminar:

- 1) Que en la transición de la infancia a la adolescencia se produce un "efecto estirón" en el crecimiento de la población infantil.
- 2) Que entre las nuevas generaciones nacidas entre los años 2011 y 2015, la prevalencia de obesidad y obesidad severa es mayor que en las generaciones anteriores, nacidas entre 2007 y 2011.

En los próximos meses, se espera poder empezar a esclarecer estas hipótesis al presentar los datos derivados del estudio longitudinal en el marco de PASOS 2022.

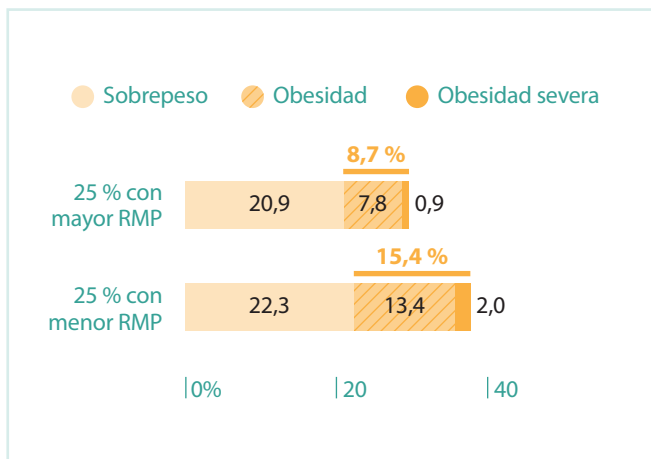


Figura 4 – Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa – según IMC – estratificada por nivel socioeconómico en función de la RMP.

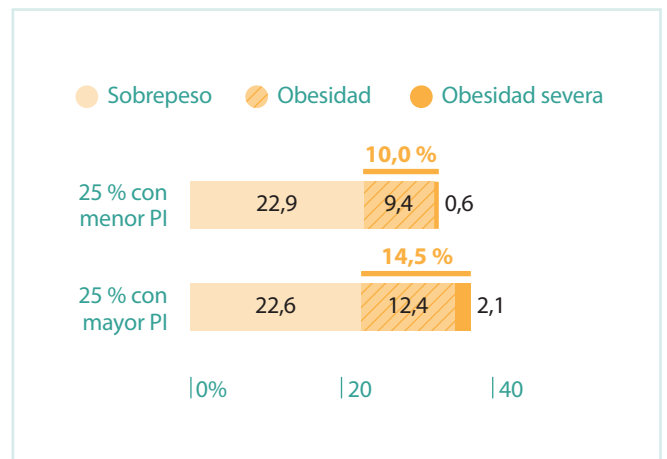


Figura 5 – Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa – según IMC – estratificada por nivel socioeconómico en función de la PI.

Estratificado por renta media por persona/año:

En la figura 4, se observa que la prevalencia de obesidad de la población infantojuvenil que acude a centros educativos ubicados en una sección censal con una menor RMP (25 % de la muestra con menor RMP), es del 15,4 %, en comparación con un 8,7 % de prevalencia de obesidad de la población que acude a centros educativos ubicados en una sección censal con una mayor RMP (25 % de la muestra con mayor RMP). En particular, se observa que la prevalencia de obesidad severa se duplica (2 % vs 0,9 %) en la población que se sitúa en el grupo más desfavorecido (25 % de población con menor RMP) frente a la población más favorecida.

Estratificado por pobreza infantil:

En la figura 5, por un lado, se observa que la prevalencia de obesidad y obesidad severa en la población que acude a centros educativos ubicados en una sección censal con un mayor porcentaje de pobreza infantil, es del 12,4 % y el 2,1 %, respectivamente. Por otro lado, los datos muestran que aquella población más favorecida, presenta una menor prevalencia de obesidad (9,4 %) y de obesidad severa (0,6 %). Los datos evidencian la existencia de desigualdades en función del porcentaje de pobreza en la población infantojuvenil. En concreto, la diferencia de obesidad es del 4,5 %, sumando la obesidad y la obesidad severa.

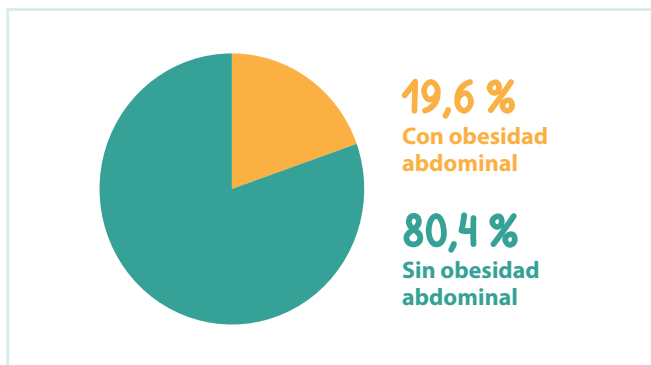


Figura 6 – Prevalencia de obesidad abdominal – según CC/talla.

Obesidad abdominal según circunferencia de cintura:

En la figura 6 se presenta la prevalencia de obesidad abdominal calculada según el coeficiente de la circunferencia de cintura (CC) respecto a la talla. Como se puede observar, alrededor de un 20 % de la población infantojuvenil presenta una acumulación excesiva de grasa a nivel abdominal, lo que se considera como obesidad abdominal. En comparación con los datos de prevalencia de obesidad según el IMC mostrados en la figura 1, se puede apreciar una diferencia del 8 % entre el cálculo de obesidad en función del IMC y la circunferencia de cintura/talla (CC/talla de ahora en adelante).

La literatura científica (28) ya ha recomendado utilizar la medición de la circunferencia de cintura y la estimación del coeficiente CC/talla como indicador complementario al IMC en las consultas pediátricas a la hora de realizar un diagnóstico del estado ponderal de la población infantil y adolescente. De manera adicional, se considera conveniente sistematizar y establecer líneas comunes de recogida de datos en estudios epidemiológicos observacionales o de intervención.

Los datos vuelven a confirmar que en España existe un gradiente social en la epidemia de la obesidad infantil que expone a la población de menor nivel socioeconómico a desarrollarse y crecer en una situación de desigualdad.

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 1998-2000, 2019-2020 Y 2022-2023

Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa:

En la figura 7 se presenta la evolución de la prevalencia del sobrepeso, la obesidad (incluyendo la obesidad severa) y la propia obesidad severa entre los años 1998-2000, 2019 y 2022. Los primeros datos corresponden al estudio EnKid (27), los datos de 2019-2020 al estudio PASOS 1ª edición (1), y los datos referentes al 2022-2023 al análisis de resultados principales efectuado recientemente en correspondencia con el estudio PASOS 2ª edición (2).

Como se puede observar, entre el año 1998-2000 y el año 2019 la prevalencia de sobrepeso muestra una cierta tendencia al alza ya que pasa del 22,40 % al 23,77 %, mientras que se disminuye en el periodo de 2019 a 2022. Se observa una tendencia similar para la prevalencia de obesidad, ya que muestra una tendencia creciente entre el año 1998-2000 y el 2019 pasando del 10,50 % al 12,31 % y una disminución de 2019 a 2022 de un 0,71 %. Para la obesidad severa, la prevalencia crece del 0,97 % al 1,57 % en el periodo de 1998-2000 al 2019 y dicho incremento se estabiliza en el periodo de 2019 a 2022 ya que disminuye únicamente en un 0,03 %.

La Gasol Foundation, en diferentes actos científico-divulgativos, ha subrayado la necesidad de seguir estudiando el comportamiento de los factores que dan respuesta a la amplia extensión de la epidemia de la obesidad y, sobre todo, indagar en profundidad en la obesidad severa. Se considera esencial poder intervenir sobre esta realidad antes de que se consolide una prevalencia más elevada de esta situación en la infancia ya que puede estar introduciendo riesgos en el desarrollo de nuestra sociedad. Al mismo tiempo, es necesario que las intervenciones comunitarias y sanitarias adopten una mirada biopsicosocial que permitan un abordaje holístico de la situación evidenciada.

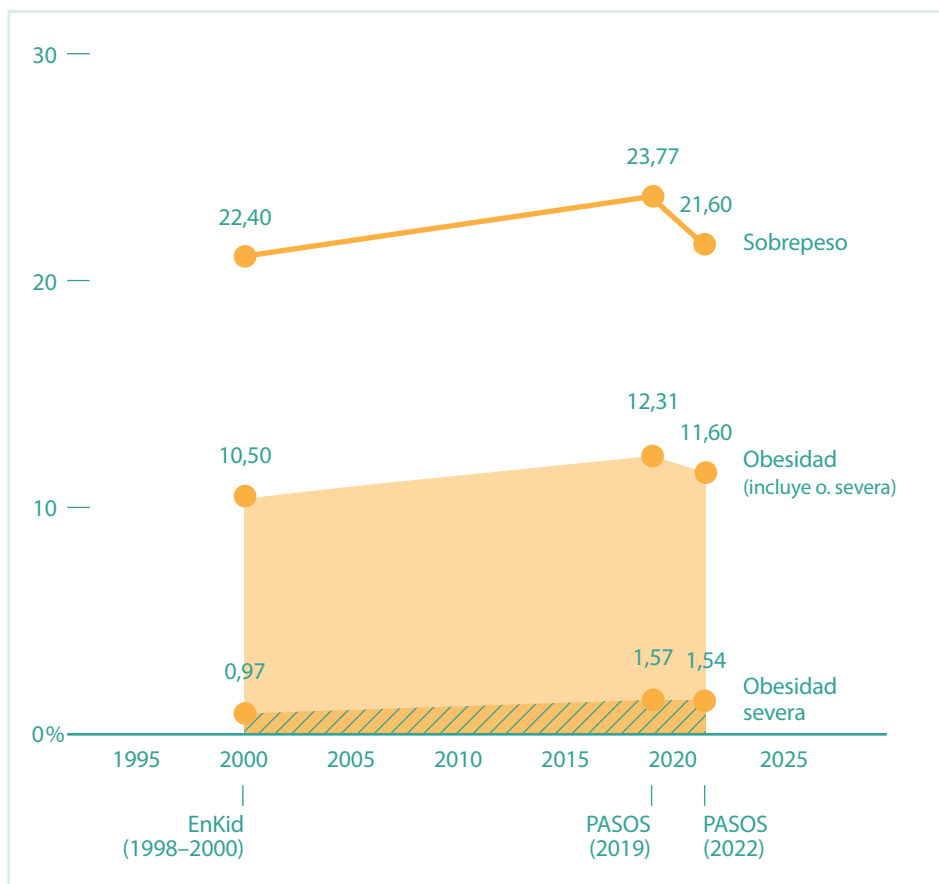


Figura 7 – Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023.

Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según género:

En la figura 8, se aprecia una ligera tendencia a la baja en relación a la prevalencia de exceso de peso en la población infantojuvenil del género masculino, siendo la prevalencia de un 24,55 % en el 2019 y de un 21,76 % en el año 2022. Para el caso de la obesidad (incluyendo obesidad severa) se observa que las cifras prácticamente se mantienen entre los dos años (14,90 % y 14,91%). En este sentido, los datos de prevalencia de obesidad severa parecen revelar una cierta tendencia decreciente, con una prevalencia del 2,10 % en el 2019 y del 1,84 % en el año 2022.

En cuanto al género femenino, se observa un leve descenso en la prevalencia de sobrepeso entre el año 2019 (23,10 %) y el 2022 (21,44 %). La prevalencia de obesidad (incluyendo obesidad severa) para el género femenino sigue esta misma tendencia con una prevalencia de obesidad del 9,80 % para el año 2019 y del 8,34 % para el año 2022. No obstante, la prevalencia de obesidad severa sí presenta una leve tendencia al alza e incrementa en un 0,24 %.

Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según etapa vital:

En la figura 9, se observa la evolución de la prevalencia de exceso de peso entre los años 2019 y 2022 en función de la etapa vital (población infantil o adolescente). Para la población adolescente, se aprecia un pequeño descenso de la prevalencia de sobrepeso. La misma tendencia se evidencia para el caso de la obesidad (incluyendo obesidad severa) siendo dicha prevalencia del 9,80 % en 2019 y del 8,24 % en 2022. Para la población adolescente que presenta obesidad severa, se produce un leve descenso del 0,28 % entre estos dos años.

En la población infantil, en el 2019 se parte de una prevalencia de sobrepeso de un 25,01 % y ésta desciende a un 22,25 % en el 2022. Por el contrario, se observa un leve incremento del 0,27 % para la población infantil que presenta obesidad (incluyendo obesidad severa) y del 0,29 % para el caso específico de la obesidad severa en el periodo de 3 años analizado.

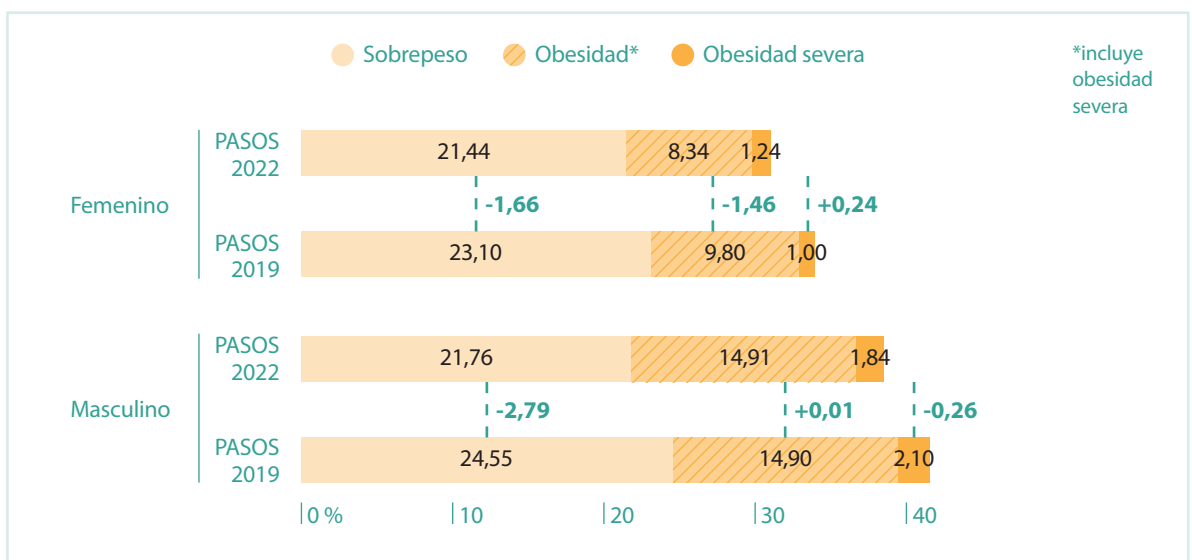


Figura 8 – Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 – estratificada por género.

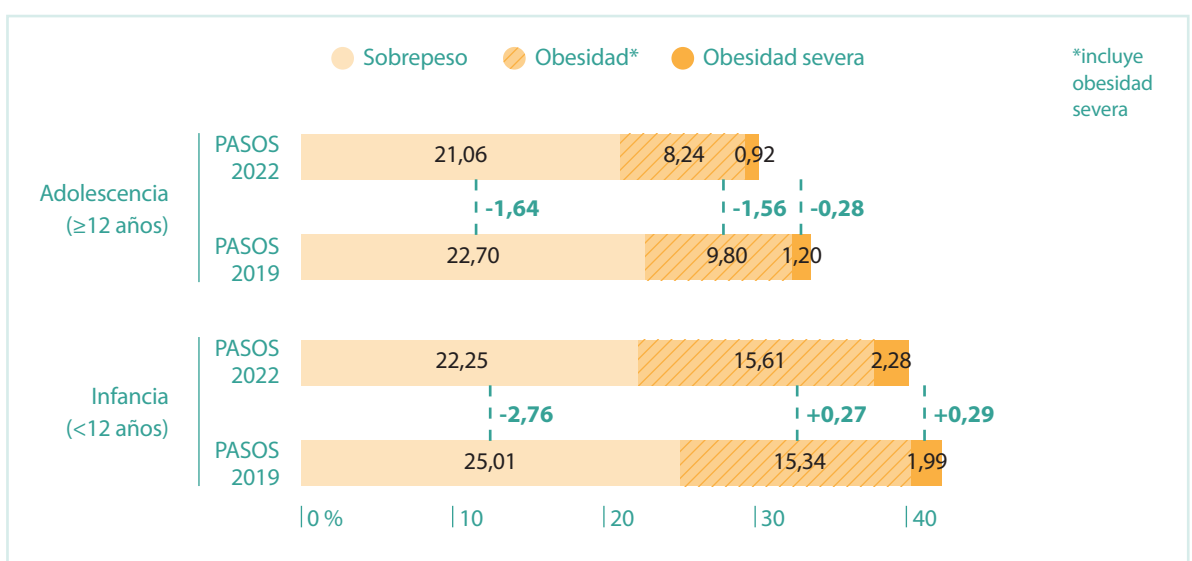


Figura 9 – Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 – estratificada por etapa vital.

Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según renta media por persona/año:

Tal y como se observa en la figura 10, existe una tendencia decreciente en la prevalencia de sobrepeso para el 25 % de población que acude a un centro educativo ubicado en una sección censal con mayor RMP, existiendo una diferencia del 2,49 % entre los dos años del estudio PASOS. Parece que la obesidad sigue la misma tendencia entre los años 2019 y 2022, siendo esta prevalencia del 9,14 % y 8,68 % respectivamente. Al estudiar la obesidad severa de forma exclusiva, los datos revelan que la prevalencia se ha reducido en un 0,40 % entre los años mencionados.

Las diferencias en la evolución de las cifras de exceso de peso, obesidad y obesidad severa son muy similares para el caso de la población participante clasificada en el grupo de menor RMP.

Es importante poner el foco en las cifras de obesidad y, sobre todo, en las cifras de obesidad severa entre la población infantil y adolescente. Las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que pueden acarrear esta situación para la infancia pueden ser relevantes. Conviene dimensionar los recursos y estrategias tanto preventivas como asistenciales para conseguir frenar la progresión epidemiológica de la obesidad severa y ofrecer opciones de tratamiento eficaces que adopten una perspectiva holística y biopsicosocial.

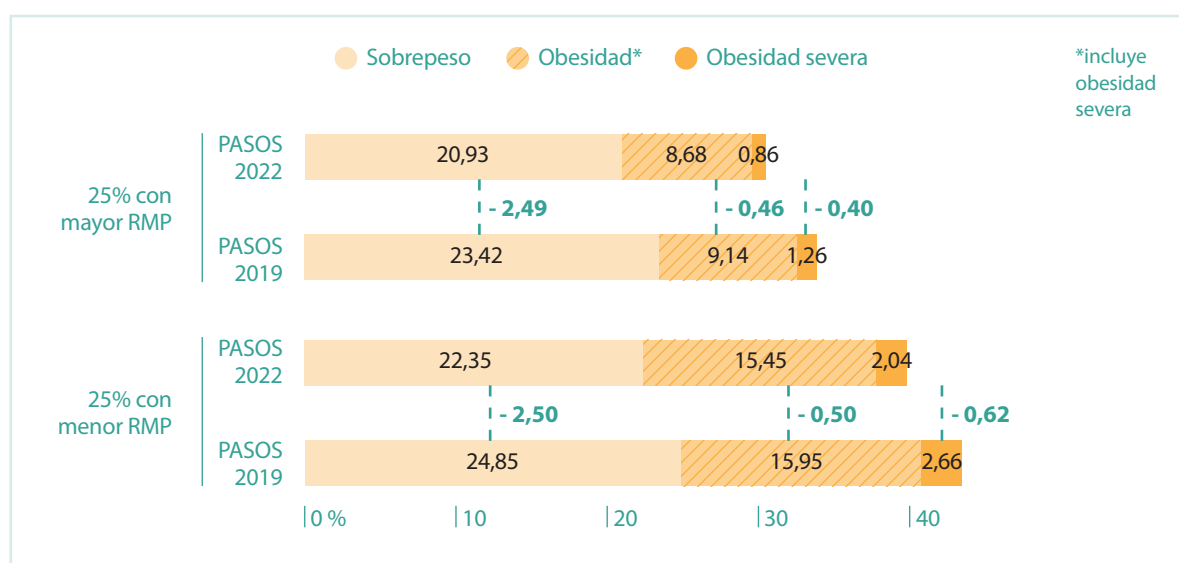


Figura 10 – Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre 2019-2020 y 2022-2023 – estratificada por nivel socioeconómico en función de la RMP.

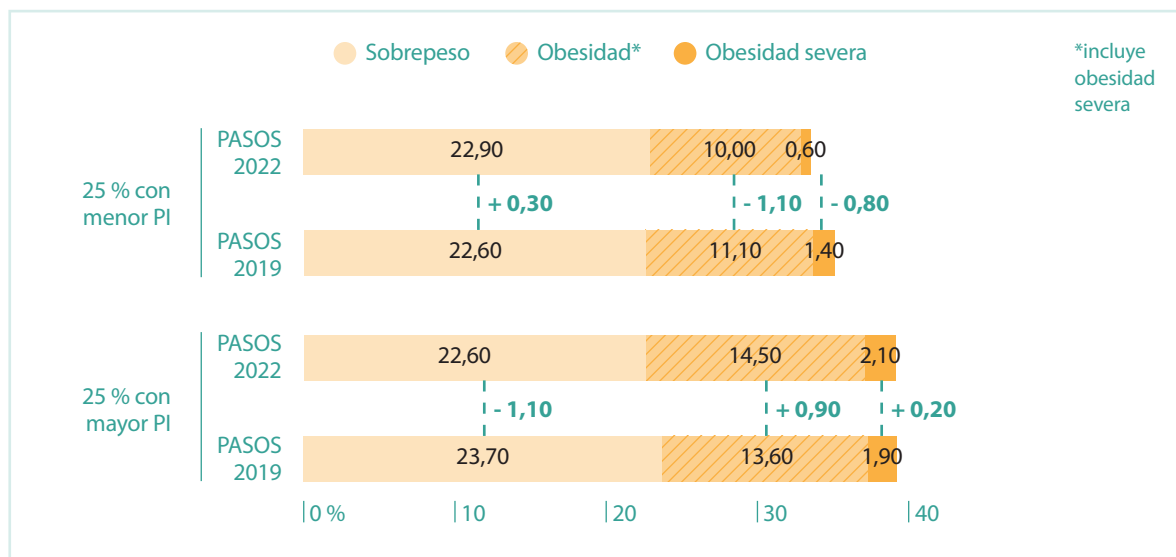


Figura 11 – Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 – estratificada por nivel socioeconómico en función de la PI.

Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa según pobreza infantil:

En la figura 11 se observa un cierto incremento de la prevalencia de sobrepeso entre los años 2019 (22,60 %) y 2022 (22,90 %) para el 25 % de población matriculada en un centro educativo ubicado en una sección censal con menor porcentaje de pobreza infantil. Sin embargo, se aprecia una cierta tendencia decreciente en lo que respecta a la obesidad (incluyendo obesidad severa), siendo de un 11,10 % en 2019, y de un 10,00 % en 2022, en el mismo grupo de población. Para el caso específico de la prevalencia de obesidad severa se observa una reducción del 0,80 % en la población más favorecida.

Por otro lado, también se observan diferencias en el 25 % de la población matriculada en un centro educativo ubicado en una sección censal con mayor pobreza infantil, es decir, en aquellos niños, niñas y adolescentes clasificados en el grupo más desfavorecido. Mientras que la prevalencia de sobrepeso se ha reducido de un 23,70 % a un 22,60 %, la obesidad (incluyendo obesidad severa) ha incrementado de un 13,60 % a un 14,50 % y la de obesidad severa ha aumentado un 0,20 % entre 2019 y 2022.

Estos datos evidencian que la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica (mayor porcentaje de pobreza infantil) presenta una peor evolución en las cifras de obesidad en comparación con la población que se desarrolla en entornos con un menor porcentaje de pobreza infantil.

A tener en cuenta:

Tal y como ya se avanzaba en el informe de resultados preliminares de la segunda edición del estudio PASOS, la tasa de participación en el estudio 2022-2023 ha sido menor que la de los años 2019-2020. Existen multitud de factores que pueden explicar este fenómeno. Entre ellos se encuentra el creciente estigma alrededor del peso que puede hacer que la población infantil y adolescente o sus referentes adultas/os declinen su participación para no exponerse al juicio externo en el entorno escolar. La impresión visual y cualitativa de las/os investigadoras/es del consorcio PASOS es que multitud de participantes no autorizados/as presentan un estado ponderal compatible con el exceso de peso y por ello conviene valorar más en profundidad esta cuestión. Creemos que en el futuro este tipo de estudios llevados a cabo en centros educativos deberían servir para recoger datos relacionados con el estilo de vida y que los datos antropométricos se podrían obtener a través de las historias clínicas completadas desde atención primaria. Disponer de estos datos para todas las CC. AA. también permitiría realizar una vigilancia epidemiológica más fiable en España, ya que la medición en los centros educativos puede estar introduciendo sesgos y puede estar dando resultados de exceso de peso infraestimados debido a que los/las participantes con exceso de peso no quieren participar.

8

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida y las diferentes dimensiones que la integran pueden estar actuando tanto como causas de la epidemia de obesidad como consecuencias de la misma. Esto a su vez, puede originar el deterioro de los estilos de vida saludables a nivel poblacional.

ESTUDIO TRANSVERSAL

Puntuación media del estado de salud percibido:

Tal y como se aprecia en la figura 12, la puntuación media sobre la percepción del estado de salud de toda la población infantojuvenil participante es de 79,5 (en una escala del 0 al 100 donde 0 es el peor estado de salud percibido y 100 el mejor). Al estratificar los datos según género, se observa que la población del género masculino afirma tener una mejor percepción de su estado de salud (81,3) respecto a la población de género femenino (77,8). Si se analizan los datos según etapa vital, el grupo de población con mejor percepción de su estado de salud es la población infantil (81,0) en comparación con los/las adolescentes (78,2). A su vez, el grupo de población asistente a un centro educativo situado en una sección censal con mayor PI, es el que percibe un estado de salud más deteriorado (77,3) en comparación con el grupo con menor PI (81,0). Siguiendo la misma tendencia en relación a nivel socioeconómico, los/las niños/as y adolescentes evaluados/as en centros educativos con una menor RMP declaran tener una percepción del estado de salud ligeramente peor (77,8) respecto a la población de centros educativos con una mayor RMP (80,9).

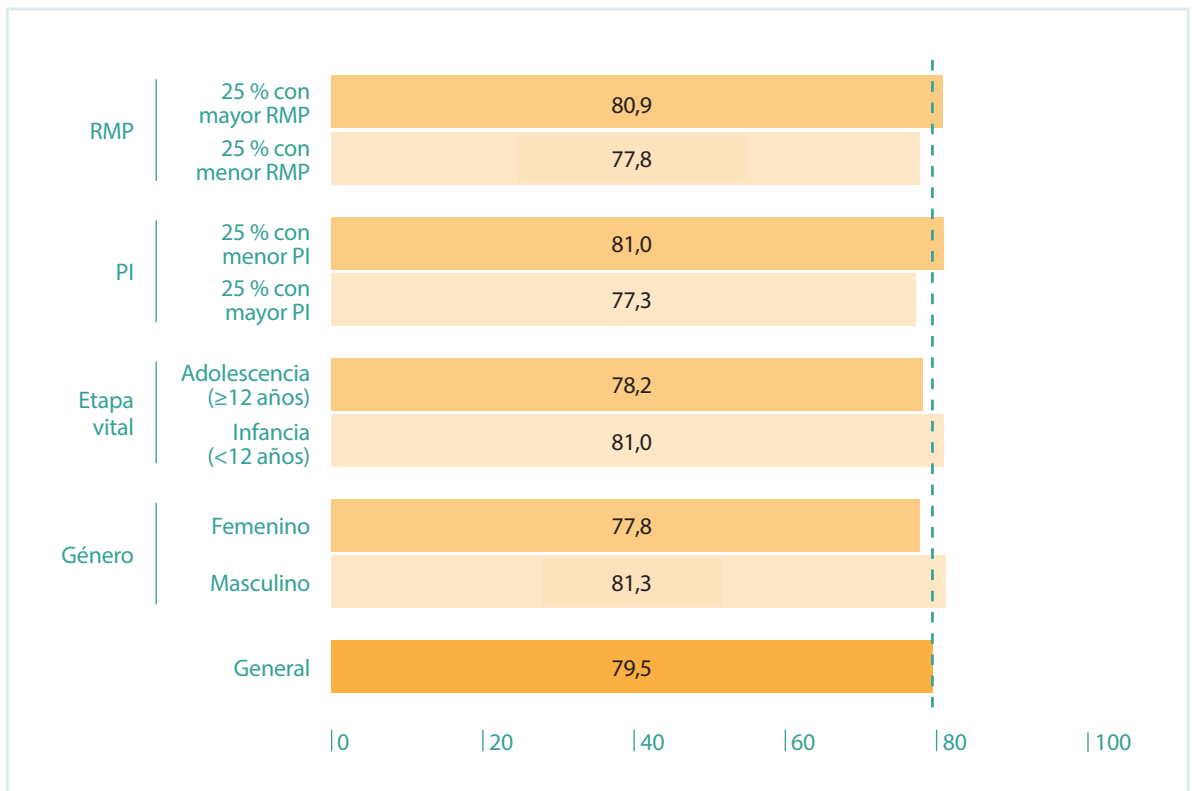


Figura 12 – Promedio del estado de salud percibido (0-100) de la población infantojuvenil – estratificado por género, etapa vital y nivel socioeconómico en función de la RMP y la PI.

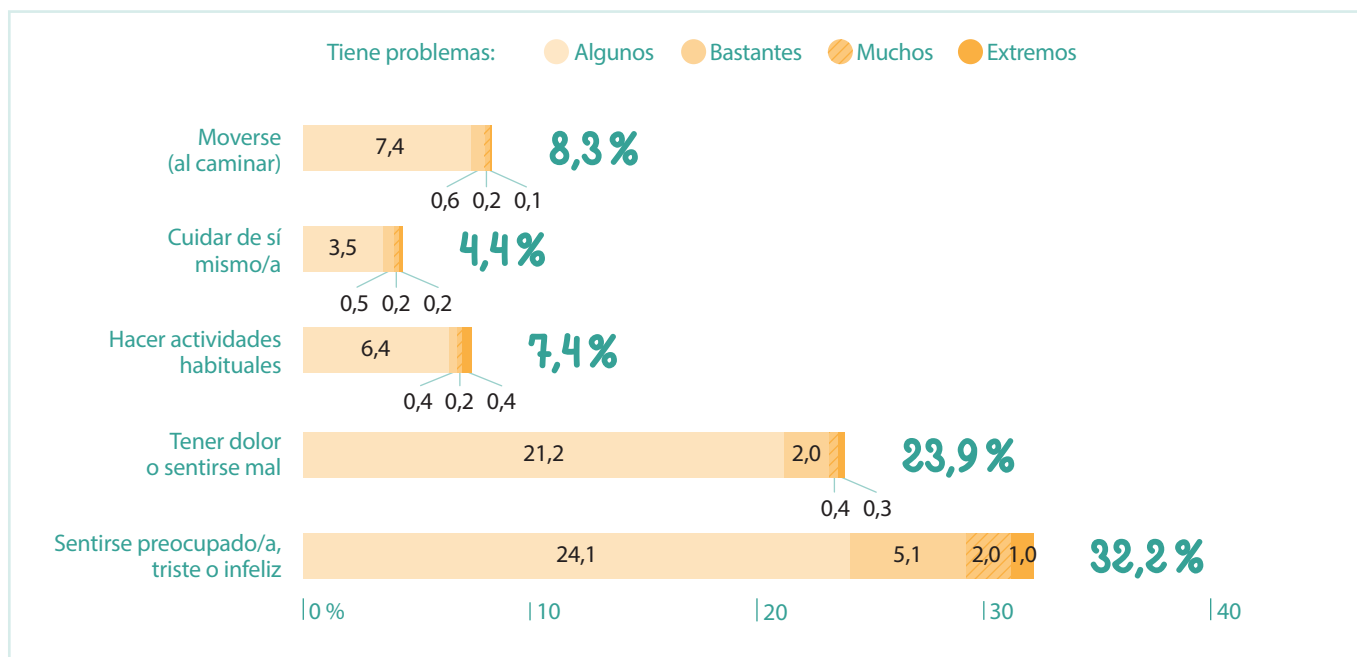


Figura 13 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara no tener o tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a las 5 dimensiones del cuestionario de calidad de vida.

Dimensiones referentes a la calidad de vida:

La figura 13 muestra el porcentaje de población infantil y adolescente que indica tener problemas (algunos, bastantes, muchos o extremos) o no tenerlos para las 5 dimensiones del cuestionario de calidad de vida utilizado en el estudio PASOS 2022-2023. Estas 5 dimensiones se clasifican de la siguiente manera: moverse (al caminar), cuidar de sí mismo/a, hacer actividades habituales, tener dolor o sentirse mal y sentirse preocupado/a, triste, o infeliz. Como se puede observar, la dimensión para la que un mayor porcentaje de participantes declaran tener algunos problemas o más problemas (bastantes, muchos o extremos) es: “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” (32,2 %). Por otra parte, el porcentaje de población que afirma tener como mínimo algunos problemas relacionados con las diferentes dimensiones de calidad de vida en orden (de mayor a menor) son: “tener dolor o sentirse mal” (23,9 %), “moverse al caminar” (8,3 %), “hacer actividades habituales” (7,4 %), “cuidar de sí mismo/a” (4,4 %).

Estratificado por género:

En la figura 14, se observan diferencias relevantes en función del género para la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz”. El porcentaje de población del género femenino que declara tener como mínimo algunos problemas y que a su vez puede abarcar todas las categorías superiores, es del 40 % frente a un 24,3 % del género masculino. En concreto, el porcentaje de niñas y adolescentes que afirman tener bastantes, muchos o extremos problemas es de 6,9 %, 2,7 % y 1 %, respectivamente, en comparación con un 3,2 %, 1,4 % y un 1,1 % en la población del género masculino para las mismas categorías.

A tener en cuenta:

En los siguientes subapartados, se describe la dimensión “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” con mayor detenimiento, realizando análisis estratificados por las variables de interés. Además, al ser la dimensión de la calidad de vida que presenta un mayor nivel de deterioro desde el año 2019, se profundiza en su epidemiología en función de los diferentes gradientes sociales.

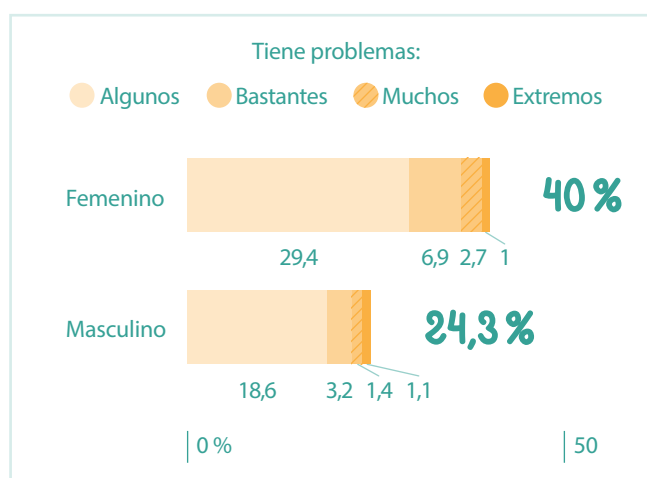


Figura 14 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” - estratificado por género.

Estratificado por etapa vital:

La figura 15 muestra que para la misma dimensión de la calidad de vida (“sentirse preocupado/a, triste o infeliz”), la población adolescente es la que declara en mayor medida presentar problemas para todas las categorías, exceptuando la categoría de “problemas extremos” en el que porcentaje es muy similar al de la población infantil. Así pues, el porcentaje de población adolescente que afirma tener al menos algún problema es de un 42,4 % frente a un 20,4 % de la población infantil.

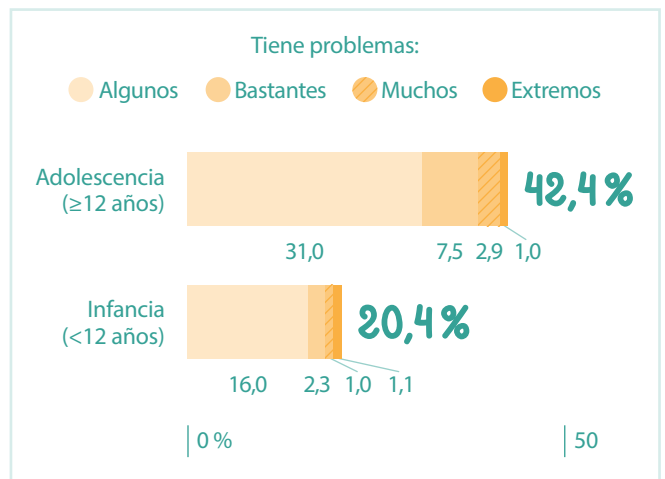


Figura 15 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” - estratificado por etapa vital.

Estratificado por renta media por persona/año:

En la figura 16, se aprecian leves diferencias según la RMP de la población participante. El 34,2 % de la población clasificada como “mayor RMP” declara tener al menos algún problema para la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz”, siendo este valor ligeramente inferior para la población clasificada como “menor RMP” (31,2 %). Para esta dimensión, la población de menor nivel socioeconómico parece obtener unos mejores resultados que los evidenciados para la de mayor nivel socioeconómico. Aún así las diferencias halladas no son estadísticamente significativas.

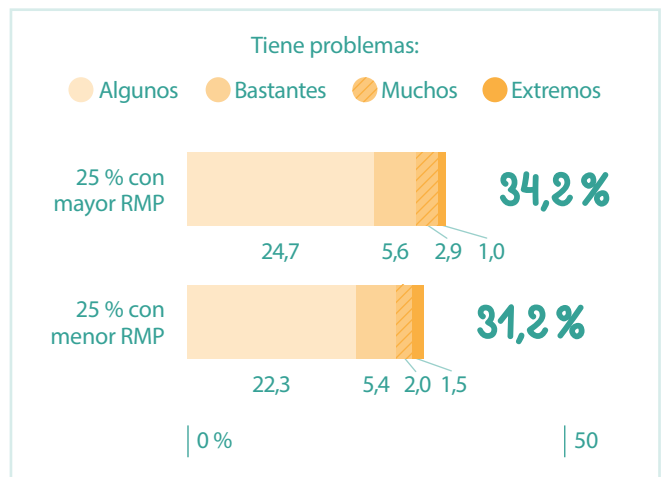


Figura 16 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por pobreza infantil:

La figura 17 muestra el porcentaje de la población que expresa tener (algunos, bastantes, muchos o extremos) problemas para la dimensión “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” en función de la pobreza infantil. Los datos revelan una tendencia a la inversa a la comparativa descrita en función de la RMP (figura 16). Se observa que el porcentaje de participantes que declara tener como mínimo algún problema para esta dimensión es superior en la población que se clasifica en el grupo más desfavorecido (25% con mayor PI), en comparación con el grupo más favorecido (25 % con menor PI), 30,1 % y 27,9 % respectivamente. Para esta comparativa las diferencias halladas tampoco son estadísticamente significativas.

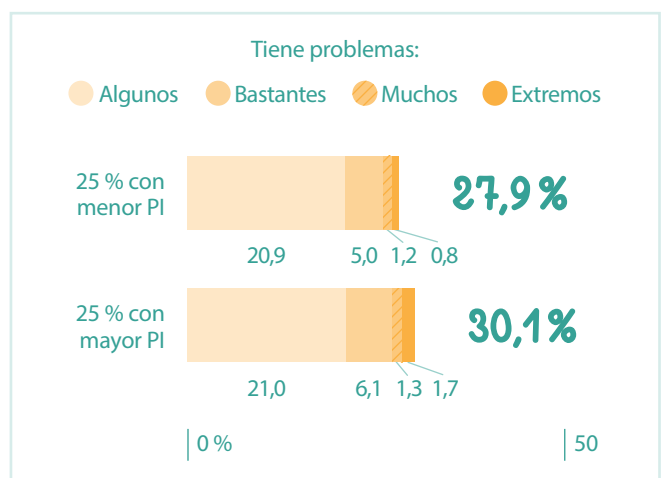


Figura 17 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 2019-2020 Y 2022-2023

La figura 18 presenta la puntuación media del estado de salud percibido por la población infantojuvenil para los años 2019-2020 y 2022-2023. Los datos revelan que el valor medio de la puntuación en 2022-2023 es menor, existiendo una diferencia del 6,1 entre la primera y segunda edición del estudio PASOS.

La menor puntuación hallada en 2022-2023 respecto 2019-2020 para el estado de salud percibido por parte de la población infantojuvenil española, debería motivar la aceleración de las intervenciones dirigidas a mitigar esta realidad preocupante a la vez que relevante para la población infantil y adolescente en España.

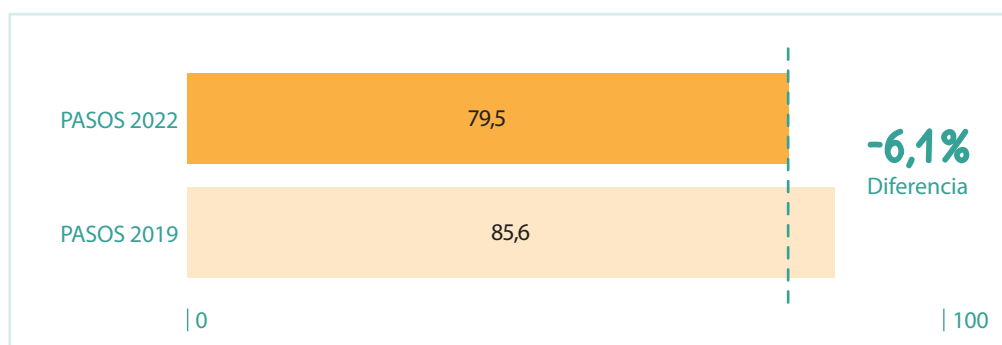


Figura 18 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil.



Figura 19 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por género.

Estratificado por género:

En la figura 19 se exponen las puntuaciones promedio en relación al estado de salud percibido para las dos ediciones del estudio PASOS en función del género. Los datos revelan que en promedio e independientemente del género, la población infantil y adolescente puntúa su estado de salud con un valor menor en comparación con el año 2019. En este sentido, es interesante destacar que la diferencia en el valor promedio del estado de salud percibido es mayor para el género femenino (7,1 % frente a un 5,1 %).

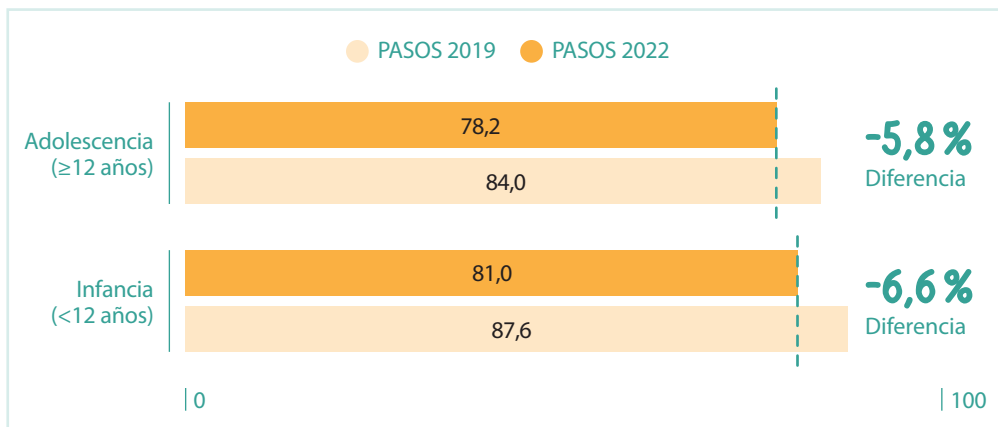


Figura 20 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por etapa vital.

Estratificado por etapa vital:

Tal y como se muestra en la figura 20, el valor de puntuación de promedio del estado de salud percibido de población infantil y adolescente es menor para el año 2022-2023, destacándose una diferencia mayor en las niñas y niños de hasta 12 años (6,6 %) en comparación con la población adolescente (5,8%).

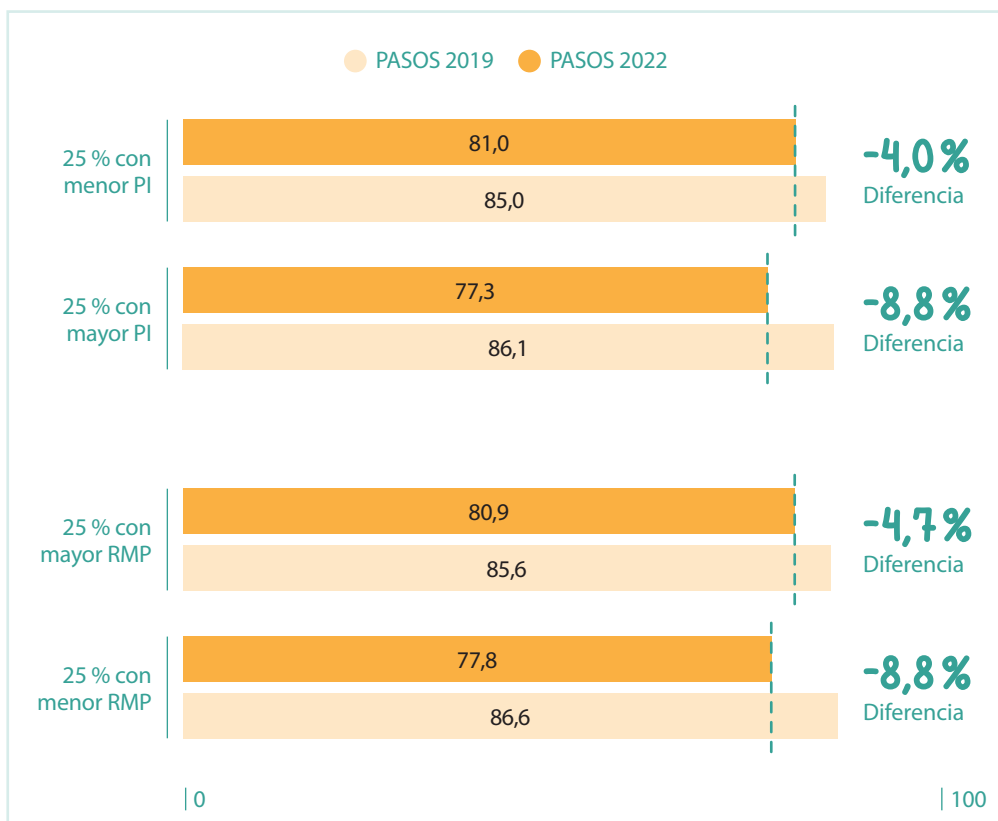


Figura 21 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP y la PI.

Estratificado por renta media por persona/año y pobreza infantil:

La figura 21 muestra el valor promedio de puntuación del estado de salud percibido para los/las participantes en función del nivel socioeconómico analizado a través de dos variables (RMP y PI). Tal y como se observa de forma global, el valor promedio es menor en el año 2022 en todas las clasificaciones del nivel socioeconómico. A su vez, la figura destaca que la mayor disparidad entre las dos ediciones se encuentran en los grupos clasificados como menos desfavorecidos (25 % con menor PI y 25 % con mayor RMP), observándose una diferencia del 8,8 % en los dos casos. Esta diferencia es prácticamente el doble respecto a la población mayor nivel socioeconómico tanto según RMP como según PI.

DIMENSIÓN "SENTIRSE PREOCUPADO/A, TRISTE O INFELIZ":

Tal y como se observa en la figura 22, el porcentaje de población infantojuvenil que declara "sentirse preocupada, triste o infeliz" en el 2022-2023 es mayor que en el 2019-2020 (periodo pre-pandemia de la COVID-19). Además, los datos advierten que en 2022-2023, periodo post-pandemia, el porcentaje de población que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas, es mayor para todas las categorías. En concreto, existe una diferencia de alrededor de más del 12 % entre estos dos momentos.

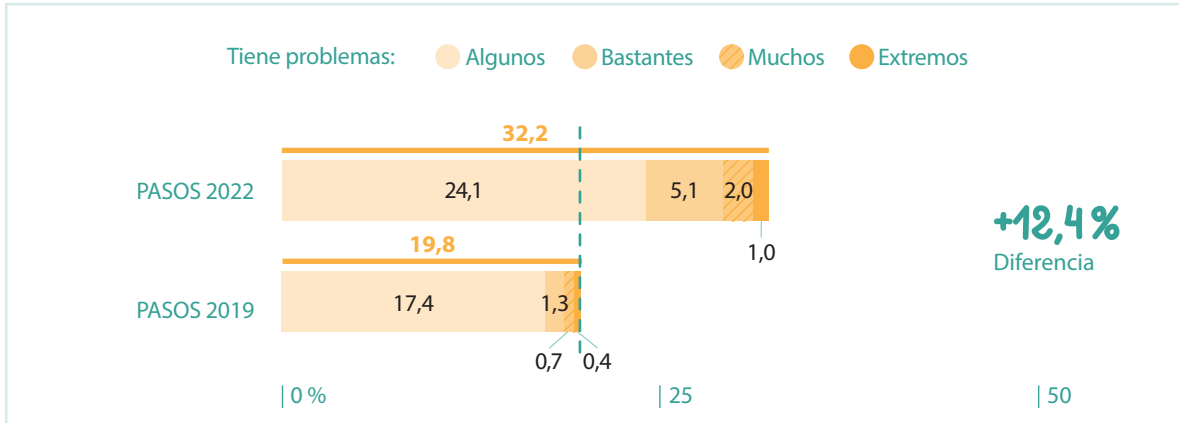


Figura 22 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de "sentirse preocupado/a, triste o infeliz".

Estratificado por género:

En la figura 23 se pone de relieve que el porcentaje de la población del género masculino y del femenino que afirman "sentirse preocupados/as, tristes o infelices" es mayor en el año 2022. Se observa que la diferencia es más pronunciada en el caso de las niñas y adolescentes puesto que en el 2019, un 23,0 % declaraba tener al menos algunos problemas en esta dimensión, mientras que en 2022 esta cifra ha alcanzado el 40,0 %. En el caso de los niños y adolescentes del género masculino, pese a hallar una diferencia menor en comparación con la de la población del género femenino, resulta relevante destacar la diferencia de más del 8 % entre un año y otro.

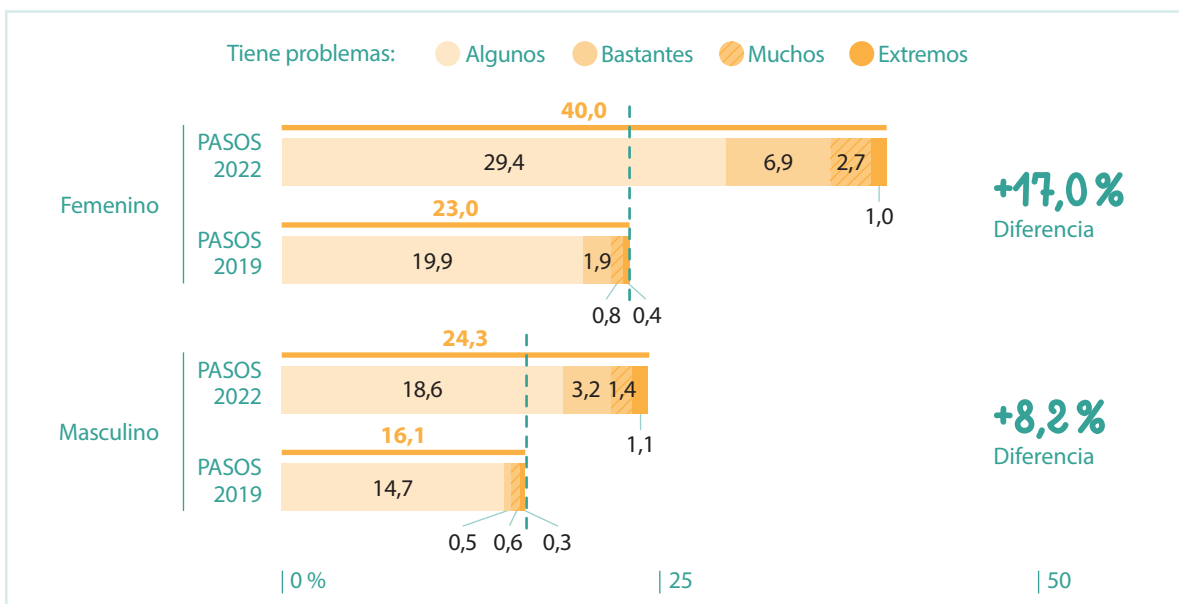


Figura 23 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de "sentirse preocupado/a, triste o infeliz" – estratificado por género.

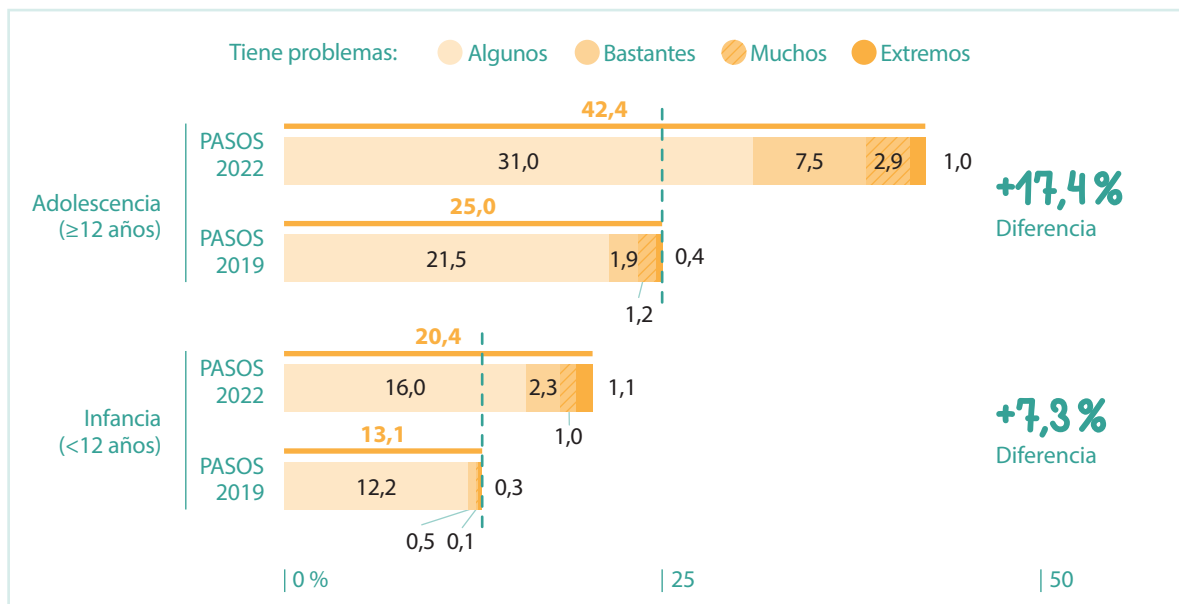


Figura 24 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por etapa vital.

Estratificado por etapa vital:

Tal y como se aprecia en la figura 24, tanto para la población infantil como para la adolescente, el porcentaje de participantes que afirman tener problemas en referencia a “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” es mayor en la segunda edición del estudio PASOS. Al mismo tiempo, se evidencia que para la población adolescente la diferencia es mayor, observándose que el porcentaje es prácticamente un 18 % mayor en el 2022-2023 respecto al 2019-2020. En cambio la diferencia para la población infantil (de entre 8 y 12 años) también es relevante, aunque menor, ya que supera el 7 %.

Estratificado por renta media por persona/año:

Los cambios en la dimensión “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” son destacables tanto para aquella población matriculada en centros educativos situados en secciones censales con mayor y con menor RMP. A su vez, se observa una diferencia mayor en la población con menor RMP, puesto que la diferencia entre 2019 y 2022 es de 16,5 %, mientras que en la población con mayor RMP esta diferencia es del 12,9 %. Ambas cifras nos alertan y parecen reflejar un deterioro en la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes españoles/as.

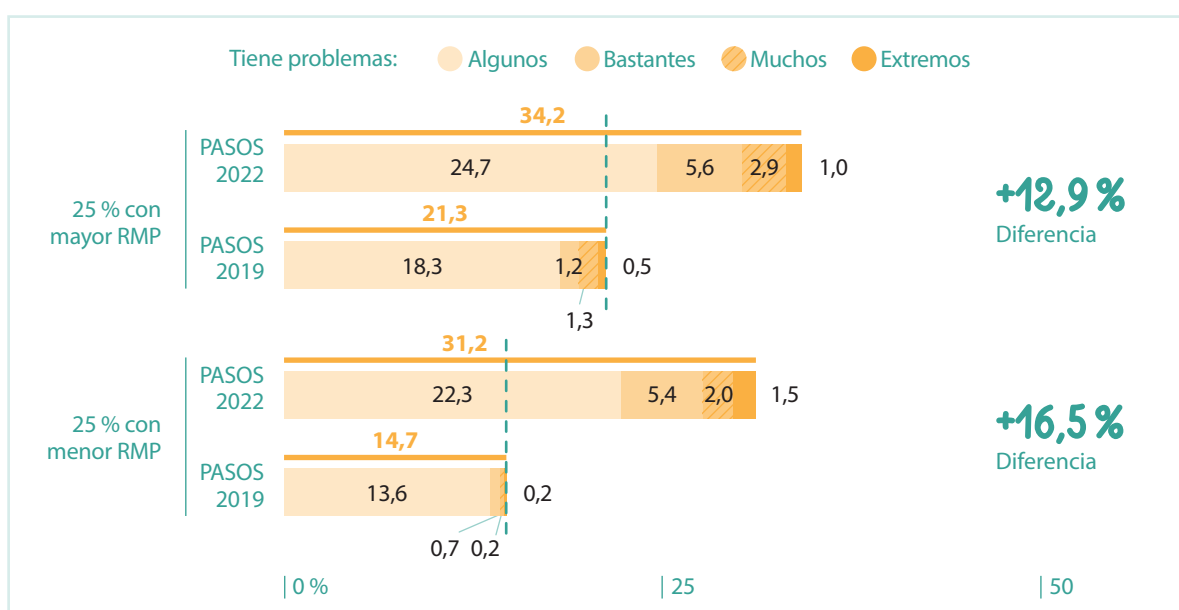


Figura 25 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por pobreza infantil:

En la figura 26, se puede apreciar que entre 2019-2020 y 2022-2023 ha habido un incremento general del porcentaje de la población infantojuvenil que declara tener problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz”, independientemente de estar matriculada en un centro educativo de una sección censal con mayor o menor PI. Sin embargo, la población más desfavorecida presenta un incremento mayor (+ 12,1 %), respecto a la más favorecida (+ 7,4 %). Concretamente, entre el 25 % con mayor PI que declaran tener bastantes, muchos o extremos se aprecia un aumento del 4,6 %, 0,6 % y 1,4 %, respectivamente, entre la primera y la segunda edición del estudio PASOS.

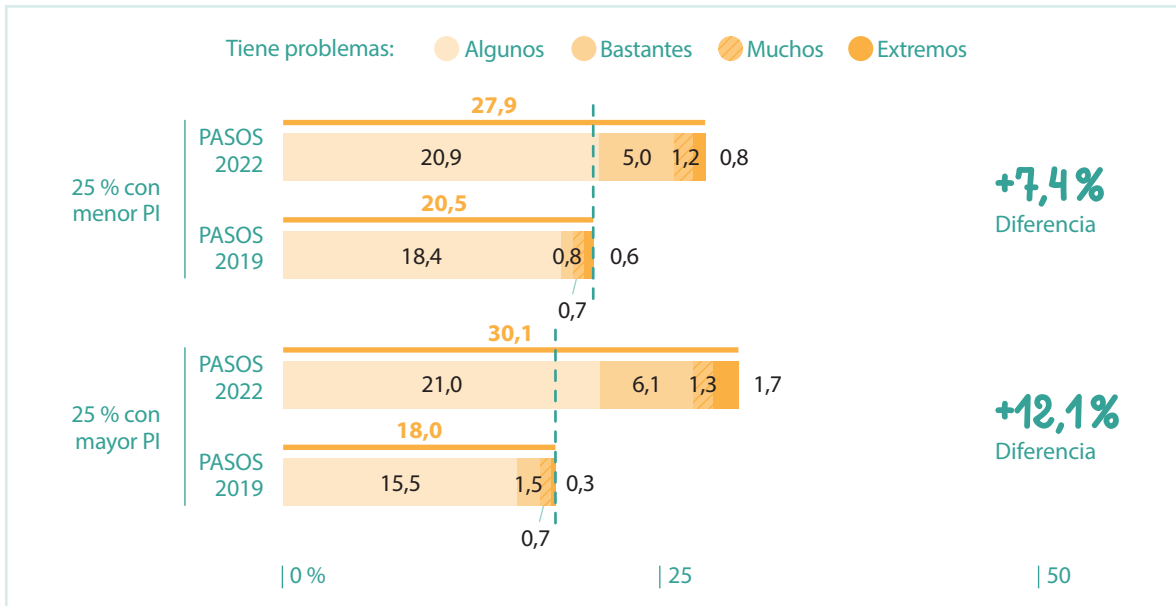


Figura 26 –Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Las consecuencias psicosociales sobre la población infantil y adolescente derivadas del periodo de incertidumbre y cambios de dinámicas sociales causados por la COVID-19 puede haber provocado que en 2022-2023 haya muchas/os más niñas, niños y adolescentes que se sienten preocupadas/os, tristes o infelices que en 2019-2020. La situación es especialmente alarmante entre las participantes de género femenino y las/os de mayor edad.

La dimensión de la calidad de vida más vinculada con el bienestar emocional (“sentirse preocupado/a, triste o infeliz”) es para la que un mayor porcentaje de la población infantojuvenil declara tener problemas. Además, porcentualmente el incremento de población infantil y adolescente que declara tener bastantes, muchos o problemas extremos es mayor que para los/as que declaran algunos problemas.

9

USO DE PANTALLAS

La población infantil y adolescente en España supera en 1 hora y 13 minutos al día la recomendación sobre el uso de pantallas entre semana y en prácticamente 3 horas durante el fin de semana.

Estudios nacionales e internacionales apuntan que el uso de pantallas ha crecido de forma relevante en las últimas décadas entre la población infantil y adolescente. Este hábito está relacionado tanto con el excesivo sedentarismo como con la reducción de horas de sueño o la calidad de vida en general. Hay un especial interés en conocer cómo se ha modificado este hábito tras un periodo atípico en la historia contemporánea como ha sido y está siendo la COVID-19.

ESTUDIO TRANSVERSAL

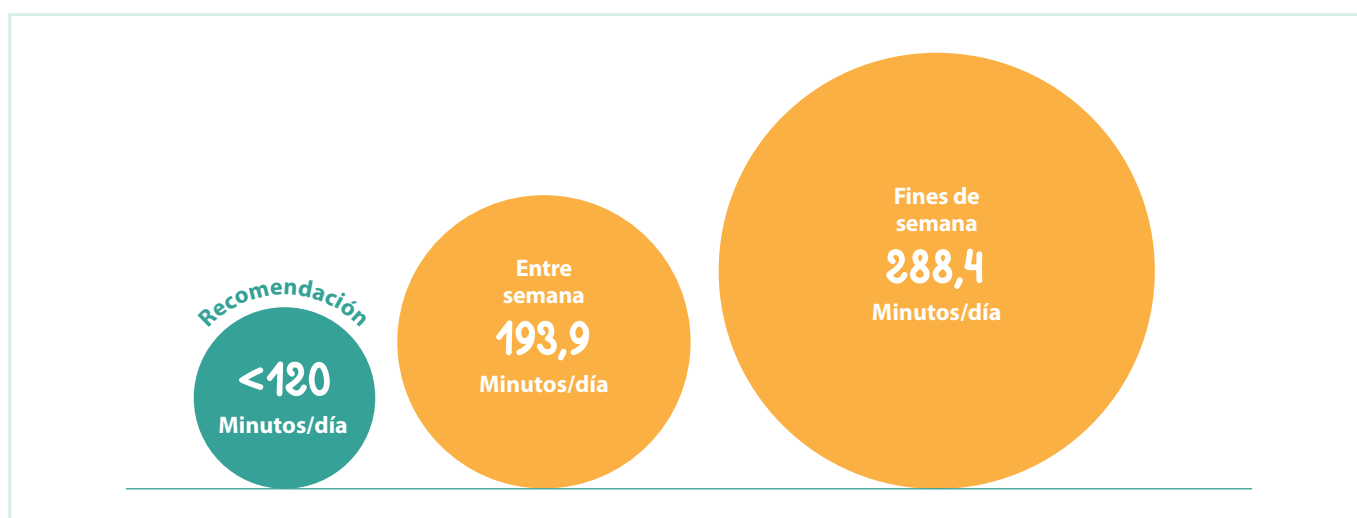


Figura 27 – Promedio de minutos al día dedicados al uso de pantallas entre semana y fin de semana.

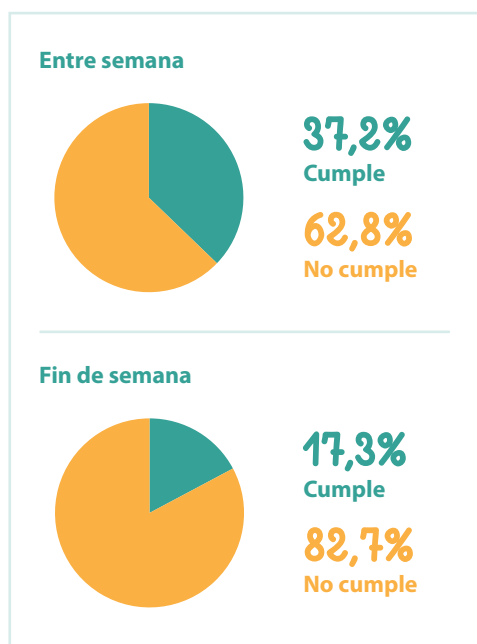


Figura 28 – Porcentaje de incumplimiento/cumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana.

Promedio de tiempo diario dedicado al uso de pantallas:

En la figura 27 se establece una relación gráfica entre el volumen máximo de minutos al día dedicados a pantallas que recomiendan organismos internacionales y agencias de salud pública (máximo 120 minutos/día) y los minutos dedicados entre semana y fin de semana para la muestra representativa de la población infantojuvenil española participante en el estudio PASOS 2022-2023.

En la figura 28 se observa que el porcentaje de participantes en PASOS 2022-2023 que cumplen con la recomendación de tiempo diario dedicado al uso de pantallas es muy bajo para los días entre semana (37,2 %) y aún mucho más bajo para los de fin de semana (17,3 %).

Para la estratificación por género, etapa vital y nivel socioeconómico, se presentan datos sobre el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas. Además, en cada una de las figuras se incluyen datos sobre el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de tiempo diario dedicado al uso de pantallas.

No conocemos, a nivel científico, qué consecuencias a largo plazo tendrá el sobreuso de pantallas sobre la salud física, psicológica y social. Conviene acumular más evidencia científica derivada de estudios longitudinales y de intervención.

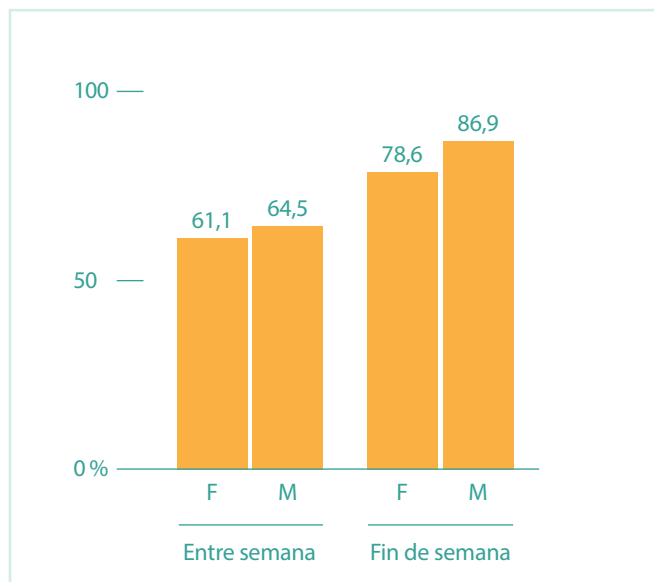


Figura 29 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por género (F = Femenino; M = Masculino).

Estratificado por género:

El promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana es de 206,0 para el género masculino y de 182,0 para el género femenino. En concordancia con estos resultados, el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin semana es de 325,0 para el género masculino y de 252,5 para el género femenino.

En la figura 29, se puede observar que el porcentaje de participantes de género femenino que no cumple con la recomendación de tiempo diario dedicado al uso de pantallas es menor tanto entre semana (61,1 %) como el fin de semana (78,6 %), en comparación con el género masculino, que presenta un mayor porcentaje de incumplimiento entre semana (64,5 %) y sobre todo, el fin de semana (86,9 %).

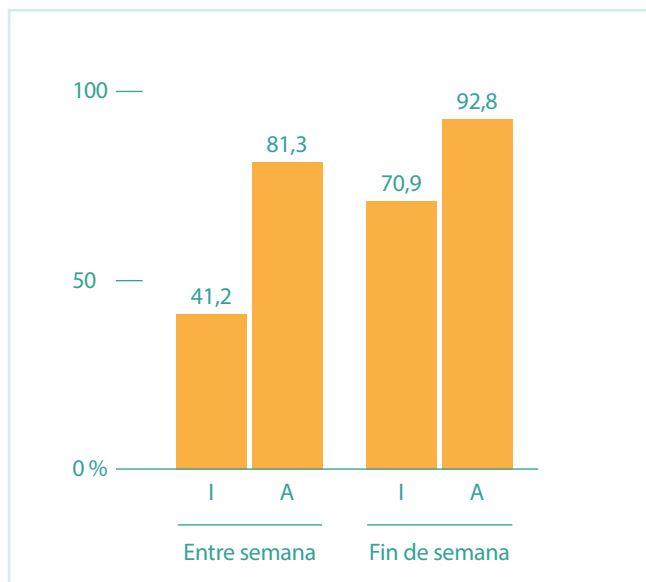


Figura 30 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital [I = Infancia (<12 años); A = Adolescencia (≥12 años)].

Estratificado por etapa vital:

Para la adolescencia, el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana es de 244,8 mientras que para la infancia es de 135,2. Asimismo, el promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas el fin semana es de 332,9 para la adolescencia y de 236,6 para la infancia.

A su vez, tal y como se puede observar en la figura 30, la adolescencia es la etapa vital en la que un mayor porcentaje de población infantojuvenil incumple la recomendación de tiempo diario dedicado al uso de pantallas. Concretamente, un 81,3 % de adolescentes incumple con la recomendación entre semana, respecto a un 41,2 % de niños y niñas. La cifra también es desigual para el fin de semana pero en menor proporción, ya que el porcentaje de incumplimiento para la infancia alcanza el 70,9 %, mientras que la inmensa mayoría de los/las adolescentes (92,8 %) incumplen con la recomendación los sábados y domingos.

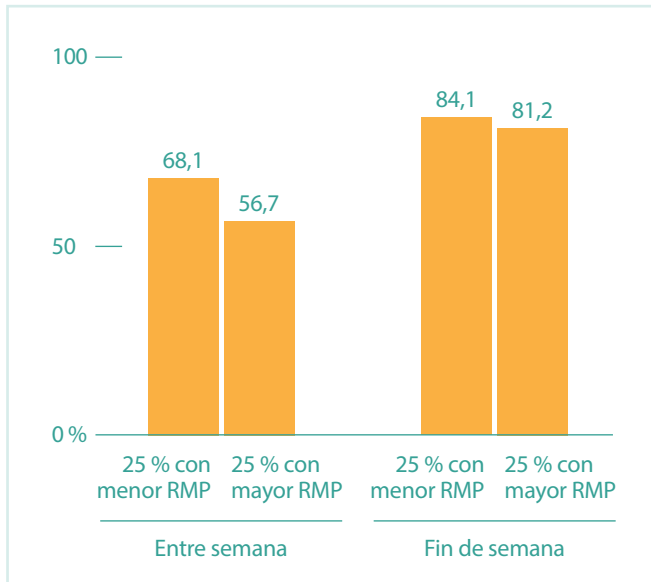


Figura 31 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

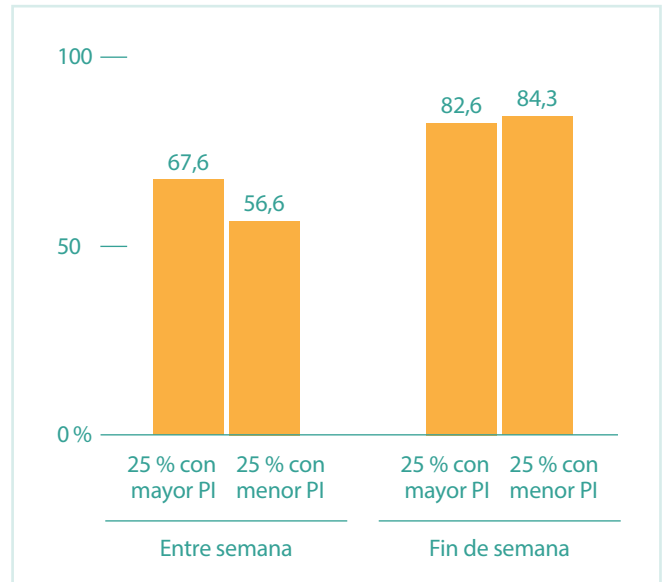


Figura 32 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Estratificado por renta media por persona/año:

El promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas entre semana es mayor para la población matriculada en centros educativos ubicados en una sección censal con menor RMP (208,0) que para la población matriculada en centros educativos ubicados en una sección censal con mayor RMP (183,6). Siguiendo la misma tendencia de uso de pantallas para los días del fin de semana, se aprecia un promedio de minutos superior en la población con menor RMP (301,27) en comparación con la población con mayor RMP (281,9).

En la figura 31 se puede observar que el porcentaje de población infantojuvenil que incumple la recomendación de horas de pantallas entre semana (68,1 %) y el fin de semana (84,1 %) es mayor en el grupo de participantes evaluados/as en un centro educativo situado en una sección censal con una menor RMP (25 % de menor RMP). Se evidencia una diferencia respecto a la población evaluada en centros educativos localizados en una sección censal con mayor RMP. Para esta población, el incumplimiento de la recomendación de uso de pantallas alcanza un 56,7 % entre semana y un 81,2 % el fin de semana.

Estratificado por pobreza infantil:

El promedio de minutos diarios dedicados al uso de pantallas para la población evaluada en centros educativos situados en una sección censal con mayor pobreza infantil es de 209,7 entre semana y de 301,8 el fin de semana. Los resultados para la población matriculada en centros educativos situados en una sección censal con menor pobreza infantil son de 173,4 entre semana y de 287,8 el fin de semana.

En la figura 32 se puede observar que para la población infantojuvenil evaluada en un centro educativo situado en una sección censal con una mayor pobreza infantil (25 % de mayor PI) el incumplimiento de la recomendación de horas de pantallas es entre semana (67,6 %) y el fin de semana (82,6 %). Por consiguiente, para la población infantojuvenil evaluada en un centro educativo situado en una sección censal con una menor pobreza infantil (25 % de menor PI) el incumplimiento de la recomendación de horas de pantallas es entre semana (56,6 %) y el fin de semana (84,3 %).

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 2019-2020 Y 2022-2023

En la figura 33, podemos observar que el porcentaje de población infantil y adolescente que incumple con la recomendación de tiempo diario dedicado al uso de pantallas entre semana es mayor en 2022 (62,8 %) que en 2019 (54,8 %), momento en el que ya alertamos de que se trataba de una situación preocupante para la salud física, psicológica y social de la sociedad y para el desarrollo cognitivo y académico a lo largo de la infancia. Respecto al uso de pantallas en el fin de semana, el nivel de incumplimiento de la recomendación también es ligeramente superior en el año 2022 (82,7 %) que en el año 2019 (79,4 %).

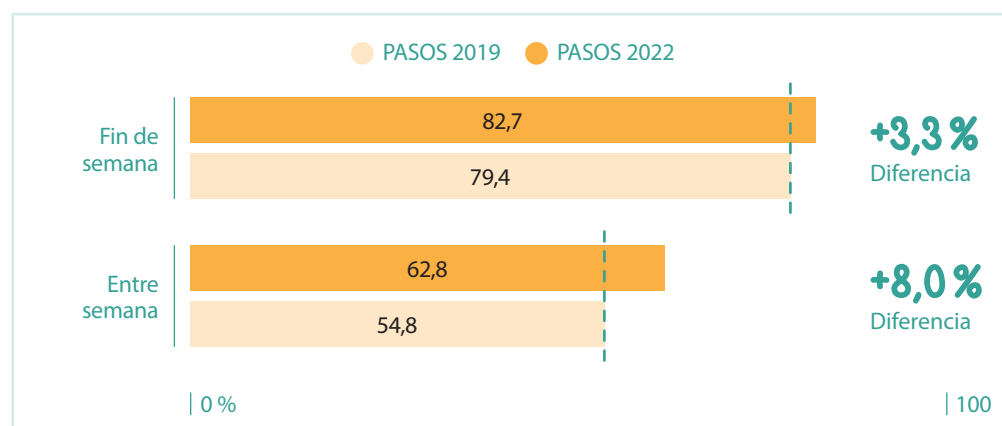


Figura 33 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana.

Estratificado por género:

El incumplimiento de la recomendación de minutos de uso de pantallas entre semana es mayor en 2022 tanto para el género masculino (64,5 %) como para el femenino (61,1 %), en comparación con 2019 en el cual el incumplimiento era de 57,0 % y de 52,7 %, respectivamente. La tendencia se mantiene para los días del fin de semana, en los cuáles el incumplimiento en 2022 también es mayor tanto para el género masculino (86,9 %) como para el femenino (78,6 %). En cambio, en 2019 el incumplimiento de los minutos de uso de pantallas en el fin de semana fue del 85,5 % para el género masculino y del 73,8 % para el género femenino.

Estratificado por etapa vital:

En la figura 35, se manifiesta un mayor incumplimiento de la recomendación de minutos de uso de pantallas en 2022 si se compara con 2019 para ambas etapas vitales. En el caso de la adolescencia, se ha producido un incremento del porcentaje de incumplimiento de las recomendaciones de un 10 % los días de entre semana y de un 1,6 % el fin de semana, cuyo incumplimiento ya era muy elevado. En el caso de la población infantil, se ha producido un aumento del porcentaje de incumplimiento de las recomendaciones de un 6,4 % los días de entre semana y de un 5,7 % el fin de semana si se comparan los datos de 2022 y 2019.

Estratificado por renta media por persona/año:

Tal y como se observa en la figura 36, el porcentaje de incumplimiento de uso de pantallas entre semana es superior en 2022 tanto para la población participante asistente a un centro educativo situado en una sección censal con menor RMP (68,1 %) como para los/as participantes asistentes a un centro educativo situado en una sección censal con mayor RMP (56,7 %). En cambio, en 2019 el porcentaje de incumplimiento de uso de pantallas era de un 60,1 % y de un 50,9 %, respectivamente. En este sentido, la diferencia en el porcentaje de incumplimiento entre 2019 y 2022 es ligeramente mayor en la población de menor nivel socioeconómico. Para los sábados y los domingos, el uso de pantallas en 2022 es muy elevado y las diferencias son menos evidentes entre la población evaluada en un centro educativo ubicado en una sección censal con menor RMP (84,1 %) y la población evaluada en un centro educativo ubicado en una sección censal con mayor RMP (81,2 %). El incumplimiento de uso de pantallas en fin de semana el 2019 fue de 82,0 % y de 77,4 %, respectivamente, una diferencia menos notoria que para los días del fin de semana. Por lo tanto, el incumplimiento de la recomendación de horas de pantallas ha evolucionado de forma desigual en el periodo de tiempo estudiado, sobre todo para los días de entre semana.

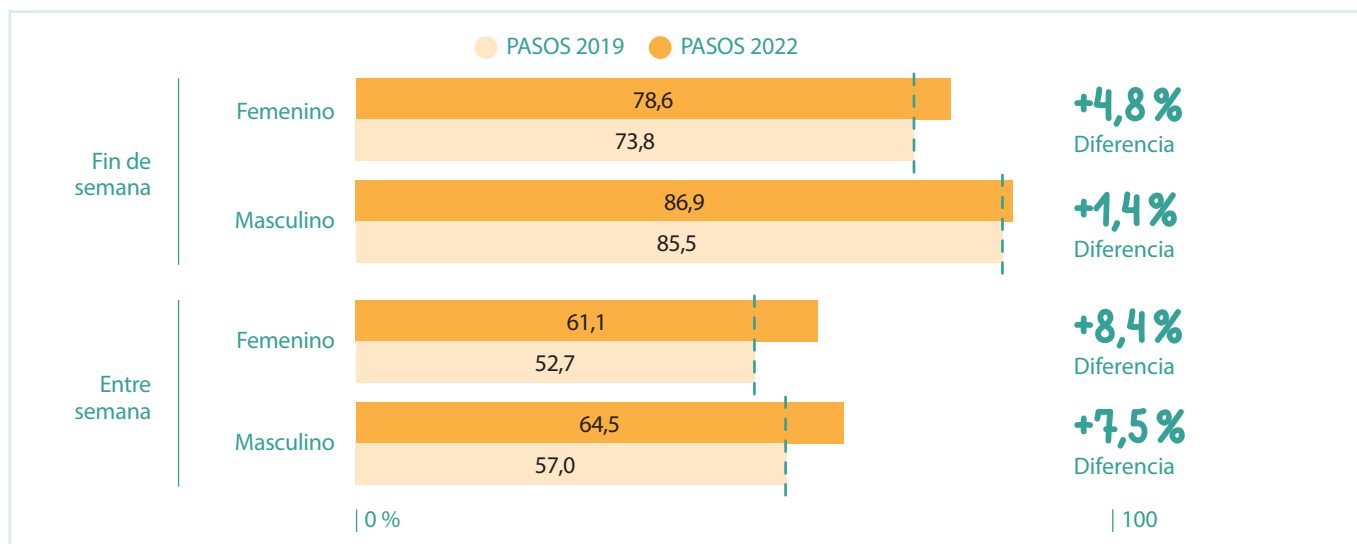


Figura 34 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

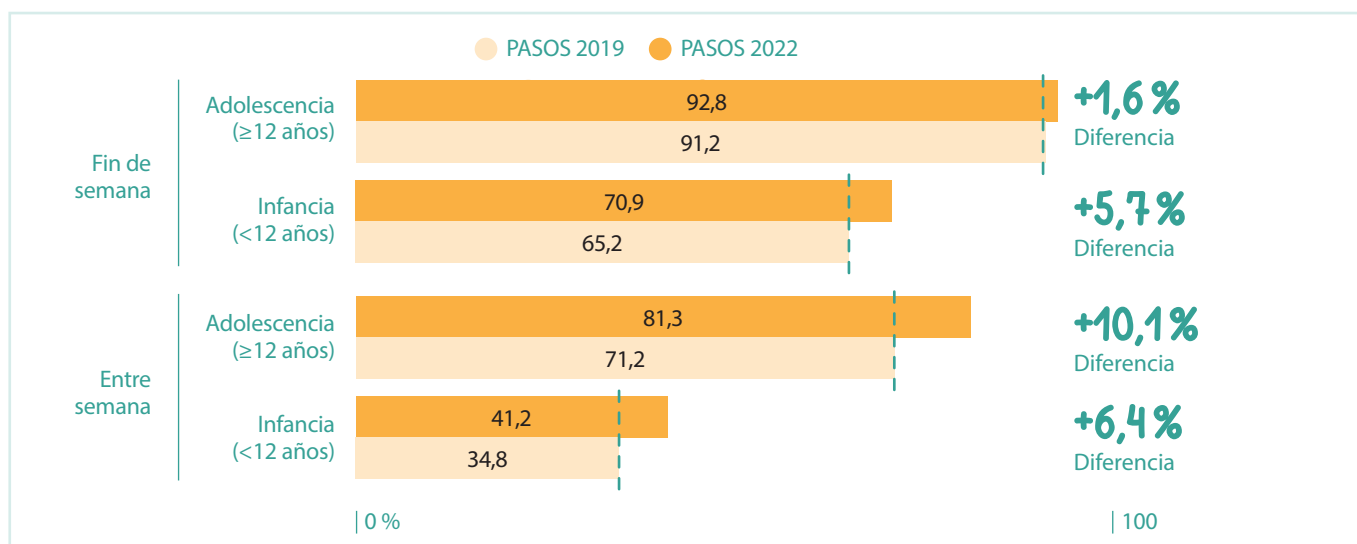


Figura 35 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

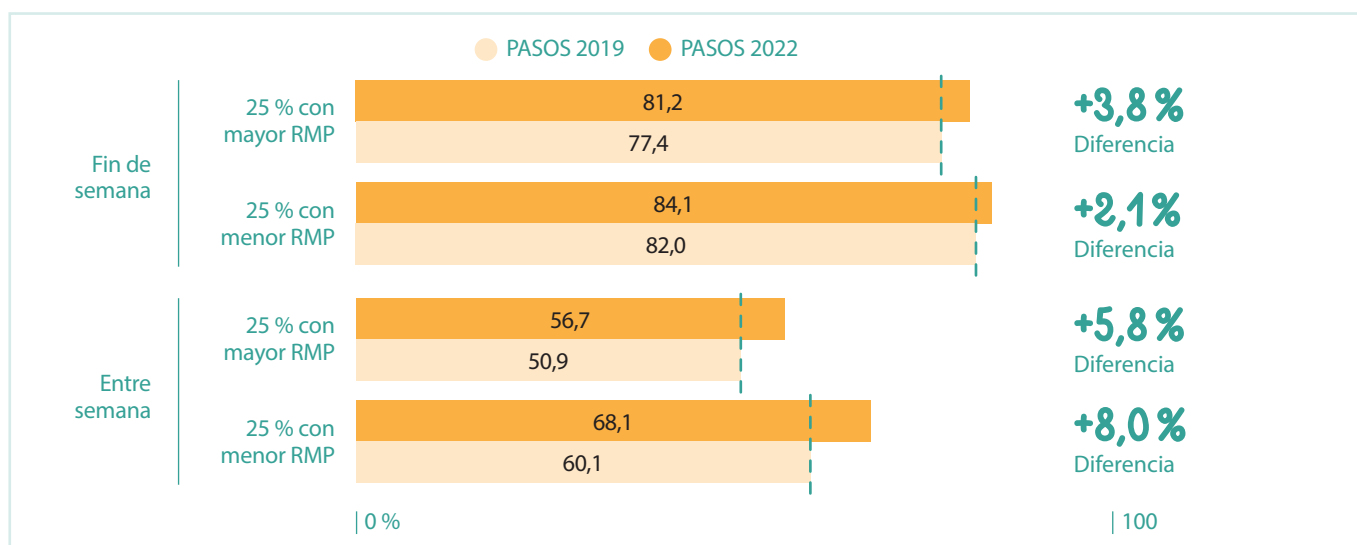


Figura 36 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por pobreza infantil:

En la figura 37, se aprecia que en 2022, se identifica un mayor porcentaje de población que incumple la recomendación de horas diarias de uso de pantallas para los días de entre semana, siendo la diferencia de un 11,2 % para el grupo de participantes cuyo centro educativo se encuentra en una sección censal con un mayor porcentaje de pobreza infantil. En el caso de los/as participantes cuyo centro educativo se ubica en una sección censal con menor pobreza infantil esa diferencia es de un 6 %.

Se mantiene la misma tendencia para el porcentaje de incumplimiento de las mismas recomendaciones para los días del fin de semana, en los cuales hay un aumento del 6,2 % para la población con menor pobreza infantil y del 2 % para el grupo evaluado en escuelas situadas en secciones censales de mayor pobreza infantil. Por lo tanto, el incumplimiento de la recomendación de horas de pantallas ha evolucionado de forma desigual en el periodo de tiempo estudiado, sobre todo para los días de entre semana.

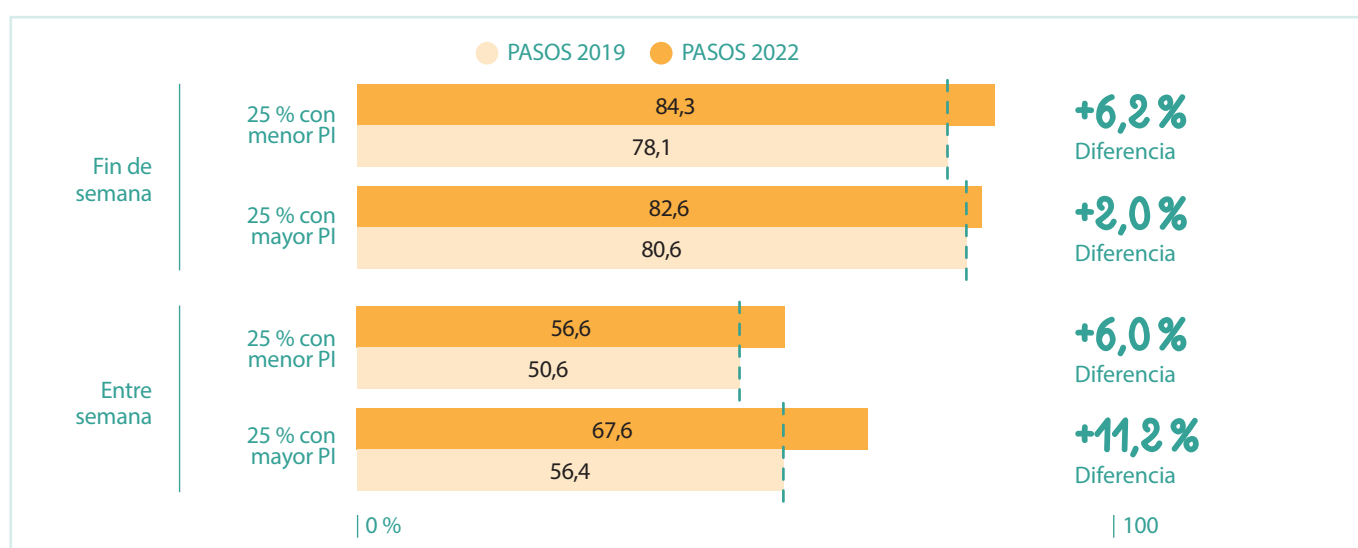


Figura 37 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Multitud de estudios ponen de manifiesto que la edad de inicio en el uso frecuente de ciertas tecnologías como el teléfono inteligente, la tablet o el ordenador cada vez se adelanta más y conviene seguir reforzando, desde una mirada preventiva, la promoción de un uso saludable y equilibrado de las nuevas tecnologías que ya están muy introducidas en el estilo de vida de la población infantil y adolescente.

10

HORAS DE SUEÑO

Las horas y la calidad del sueño se relaciona con el estilo y calidad de vida de la población infantojuvenil. El cumplimiento de la recomendación de horas de sueño supone un factor robustamente asociado a la probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad a lo largo de la infancia y la adolescencia.

A tener en cuenta:

La **National Sleep Foundation**, entidad referente en la investigación sobre el sueño, establece las recomendaciones de horas de sueño según rangos de edad. 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.

ESTUDIO TRANSVERSAL

En la figura 38 se puede observar que el porcentaje de población infantil y adolescente que no cumple con la recomendación de horas de sueño es elevado. Específicamente, para los días de entre semana, el porcentaje de participantes en PASOS 2022-2023 que incumple la recomendación es de un 44,5 % y para los días de fin de semana, ese porcentaje se incrementa hasta el 46,4 %.

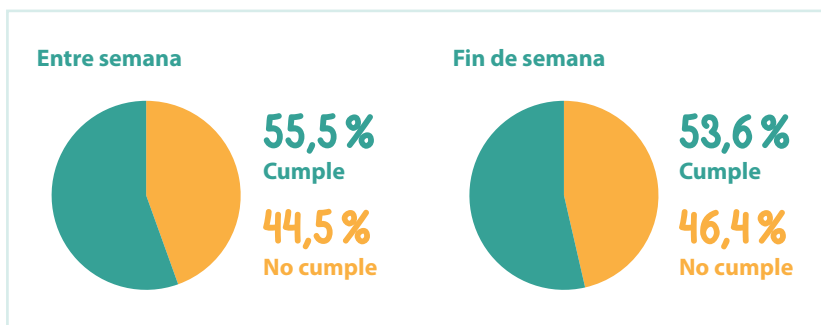


Figura 38 – Porcentaje de incumplimiento/cumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana.

Alrededor de la mitad de la población infantil y adolescente española no cumple con la recomendación de horas de sueño tanto para los días de entre semana como para los del fin de semana.

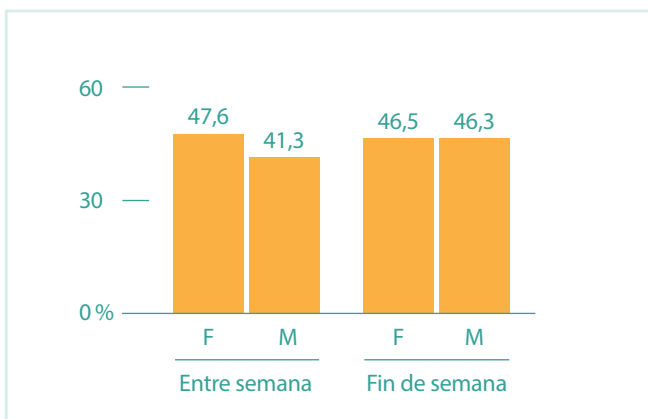


Figura 39 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por género (F = Femenino; M = Masculino).

Estratificado por género:

Tal y como se observa en la figura 39, el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de las horas diarias de sueño para los días de entre semana es mayor en el género femenino (47,6 %) respecto al masculino (41,3 %). Esta desigualdad de género se hace menos evidente al analizar el porcentaje de incumplimiento para el fin de semana, ya que la diferencia entre los dos géneros es de un 0,2 %.

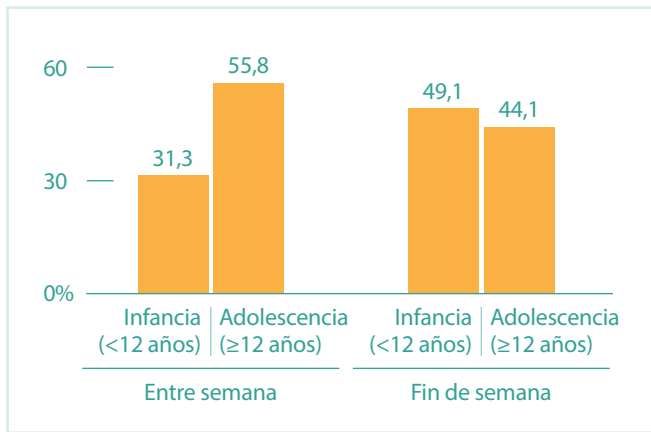


Figura 40 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

Estratificado por etapa vital:

En la figura 40 se muestra que el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de las horas de sueño entre semana es mayor en la población adolescente (55,8 %) que en la población infantil (31,3 %). Para el fin de semana sucede justamente el fenómeno contrario, ya que el porcentaje de incumplimiento es mayor en la infancia (49,1 %) que en la adolescencia (44,1 %), aunque la diferencia hallada es menor.

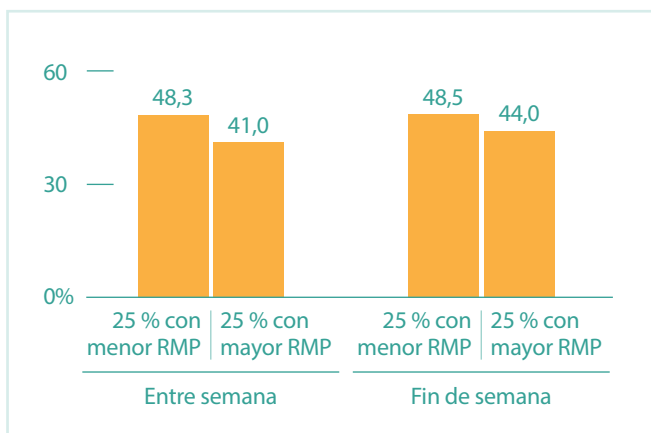


Figura 41 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por renta media por persona/año:

En la figura 41 se puede observar que el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño es mayor tanto entre semana (48,3 %), como el fin de semana (48,5 %) para la población infantil y adolescente evaluada en un centro educativo con una menor RMP. En concreto, para los días lectivos (lunes a viernes), la diferencia entre el grupo más y menos favorecido es de un 7,3 % mientras que para los días de fin de semana la diferencia es de un 4,5 %.

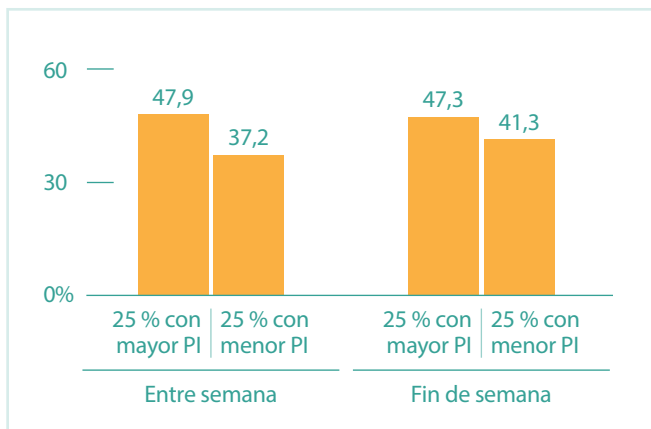


Figura 42 – Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Estratificado por pobreza infantil:

Tal y como se muestra en la figura 42, el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño es mayor, tanto entre semana (47,9 %) como el fin de semana (47,3 %), para los niños/as y adolescentes evaluados/as en un centro educativo situado en una sección censal con un mayor porcentaje de PI. La realidad de los/las participantes evaluados/as en un centro educativo situado en una sección censal con un menor porcentaje de PI, muestra que el porcentaje de incumplimiento en los días de entre semana alcanza el 37,2 % (un 10,7 % por debajo respecto al grupo de mayor PI) y el fin de semana el 41,3 % (un 6 % por debajo).

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 2019-2020 Y 2022-2023

La figura 43 muestra que, para los días de entre semana, el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño es mayor en 2022-2023 que en 2019-2020. Concretamente, dicho porcentaje de incumplimiento ha aumentado en un 4,8 % en este periodo de 3 años marcado por el estallido y extensión de la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, se observa que para los días del fin de semana se produce una ligera reducción en el porcentaje de incumplimiento de las horas de sueño, ya que en 2019-2020 era de un 47,6 %, mientras que en 2022-2023 es de un 46,4 %.



Figura 43 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana.

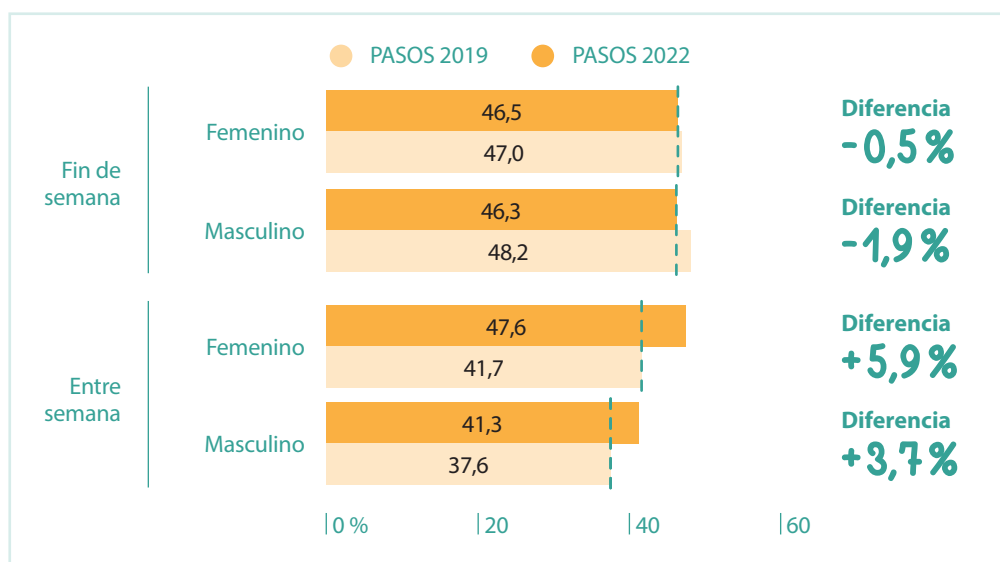


Figura 44 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

Estratificado por género:

Tal y como se muestra en la figura 44, el porcentaje de incumplimiento de las horas de sueño entre semana es superior en 2022-2023 tanto en el género masculino (41,3 %) como en el género femenino (47,6 %), en comparación con los datos de 2019-2020 (37,6 % y 41,7 % respectivamente). Por el contrario, el porcentaje de incumplimiento de las horas de sueño el fin de semana es menor para la 2ª edición del estudio PASOS, un 1,9 % menor para el género masculino y un 0,5 % menor para el género femenino.

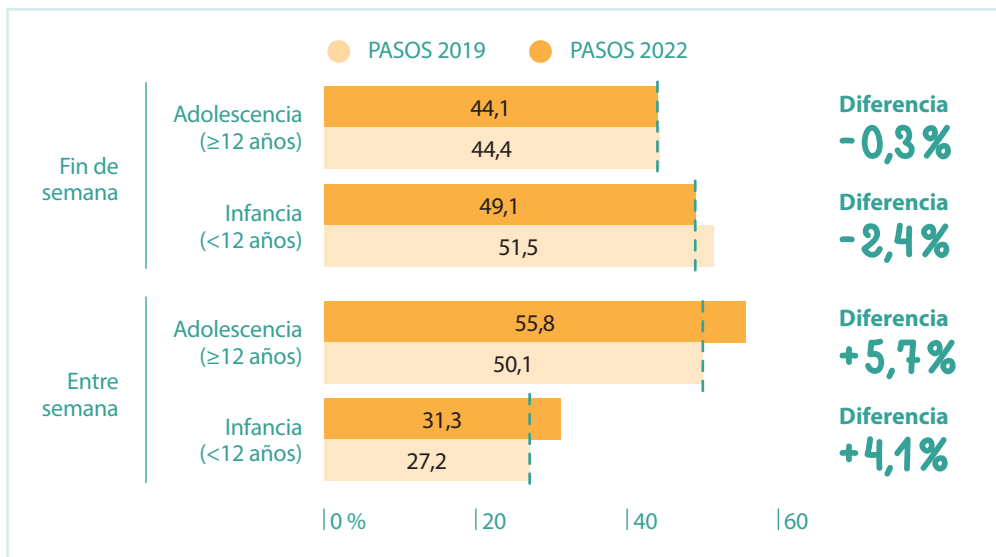


Figura 45 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

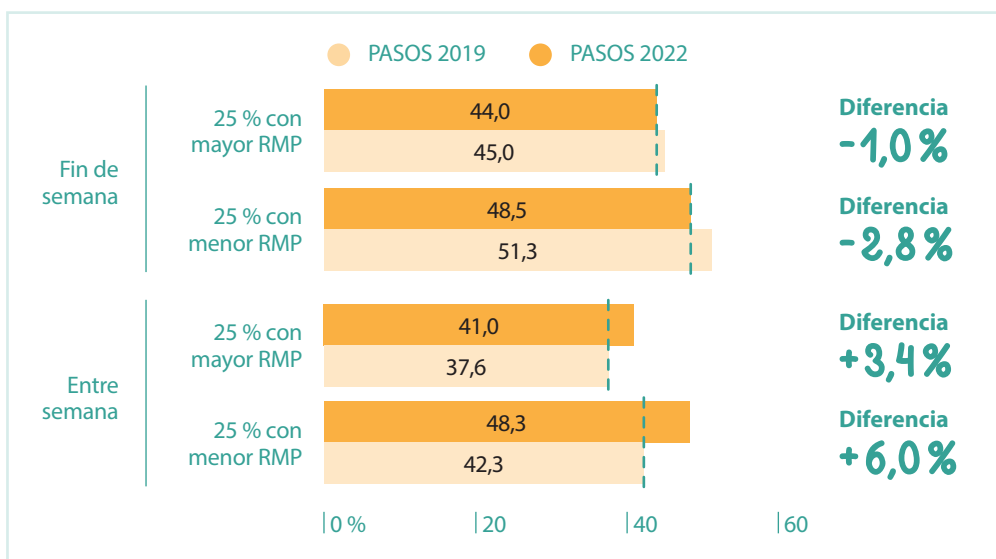


Figura 46 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por etapa vital:

En la figura 45 se muestra que, para la población adolescente, en la 2ª edición del estudio el porcentaje de incumplimiento entre semana es un 5,7 % mayor respecto a la 1ª edición. Por el contrario, en los días del fin de semana, dicho incumplimiento es un 0,3 % menor para PASOS 2022-2023. En el caso de la población infantil, la tendencia es similar. Hay un menor porcentaje de niños, niñas y adolescentes que incumplen con la recomendación de horas de sueño (-2,4 %) los días no lectivos y, por el contrario, un 4,1% más de población que incumple esta recomendación los días lectivos (de lunes a viernes).

Estratificado por renta media por persona/año:

En la figura 46, se puede observar como el incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias es superior en los grupos evaluados en centros educativos con menor RMP tanto en el año 2019 como en el año 2022. En concreto, en el grupo de población con menor RMP, el incumplimiento es un 6 % mayor para los días de entre semana mientras que para el fin de semana el incumplimiento es un 2,8 % menor. En el caso del grupo de población con mayor RMP, el incumplimiento de las recomendaciones sigue la misma tendencia, aunque la magnitud de las diferencias es menor. Por lo tanto, el incumplimiento de la recomendación de horas de sueño ha evolucionado de forma desigual en el periodo de tiempo estudiado.

En el periodo de 2019-2020 a 2022-2023, marcado por los cambios de estilo de vida derivados de la pandemia de la COVID-19, se ha incrementado el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana en prácticamente un 6 %. Esta diferencia puede estar muy relacionada con el incremento del uso de pantallas presentado en el apartado anterior y puede estar provocando un deterioro relevante de la calidad de vida presentado también anteriormente.

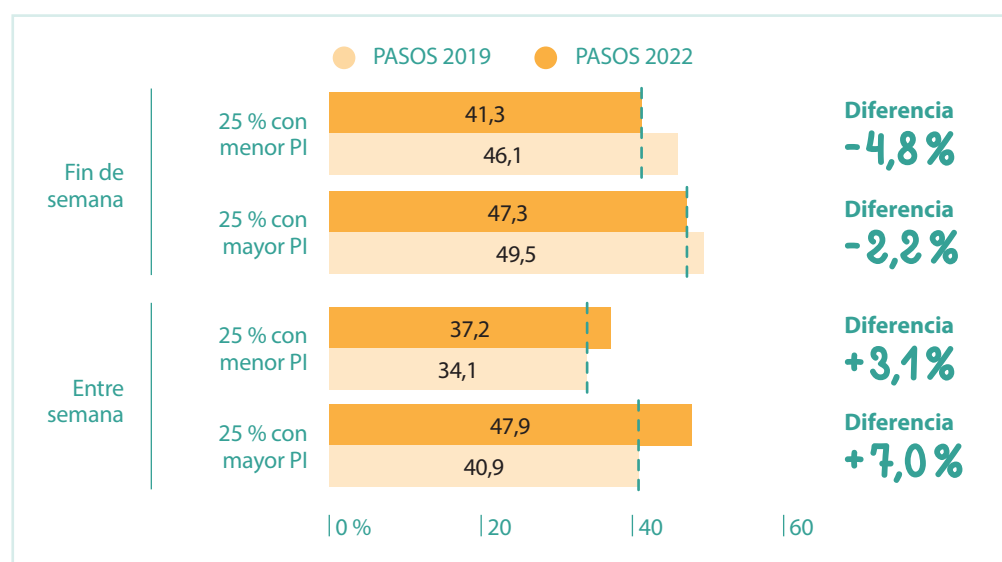


Figura 47 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Estratificado por pobreza infantil:

Tal y como se representa en la figura 47, la diferencia en el porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias de sueño entre semana, entre 2019-2020 y 2022-2023, es menor en los niños, niñas y adolescentes participantes en centros educativos con una menor PI (3,1 %) en comparación con el grupo de mayor PI (7,0 %). Al mismo tiempo se observa que se produce el fenómeno contrario para los días del fin de semana siendo esta diferencia del -4,8 % en el grupo con menor PI (más favorecido) y del -2,2 % para la población que se encuentra en el grupo con mayor PI. Por lo tanto, también en este caso se demuestra que los estilos de vida de la población infantojuvenil han evolucionado de forma desigual.

Tal y como muestran numerosas evidencias científicas a nivel internacional, uno de los determinantes clave de la obesidad infantil son los hábitos de alimentación y la calidad de la dieta.

ESTUDIO TRANSVERSAL

Tal y como se muestra en la figura 48, en 2022-2023 el nivel promedio de adherencia a la dieta mediterránea de la población infantil y adolescente residente en España es de 6,48 puntos (rango del -4 al 12).

En la figura 49 se observa que, actualmente, un 12,0 % de la población infantojuvenil presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea, un 51,0 % presenta un nivel medio y un 37 % presenta un nivel alto.

A tener en cuenta:

Los hábitos de alimentación se han medido utilizando el índice KidMed (17) que se creó, validó y aplicó en el marco del estudio EnKid (1998-2000). Contiene 16 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No), de los cuales 12 son favorables al patrón de dieta mediterránea y 4 son desfavorables a dicho patrón. Por este motivo, el cuestionario permite obtener una puntuación total en un rango que puede oscilar entre el -4 y el 12 y que indica el nivel de adherencia a la dieta mediterránea. A su vez, el cuestionario permite establecer 3 niveles de adherencia:

- **Nivel bajo** (puntuación de -4 a 3 puntos)
- **Nivel medio** (puntuación de 4 a 7 puntos)
- **Nivel alto** (puntuación de 8 a 12 puntos)

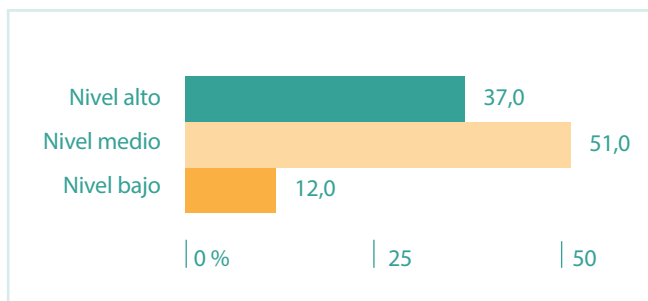


Figura 49 – Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea.

A menudo se ha considerado la alimentación de forma única para el abordaje de la epidemia a nivel global pero conviene destacar que la promoción de la actividad física, el cumplimiento de las horas de sueño y de uso de pantallas y el fomento del bienestar psicológico, también contribuirán de forma relevante a mitigar y reducir los efectos relevantes que está produciendo la obesidad infantil sobre el desarrollo, el estado de salud, la calidad de vida y el bienestar de la sociedad.



Figura 48 – Puntuación promedio de adherencia a la dieta mediterránea.

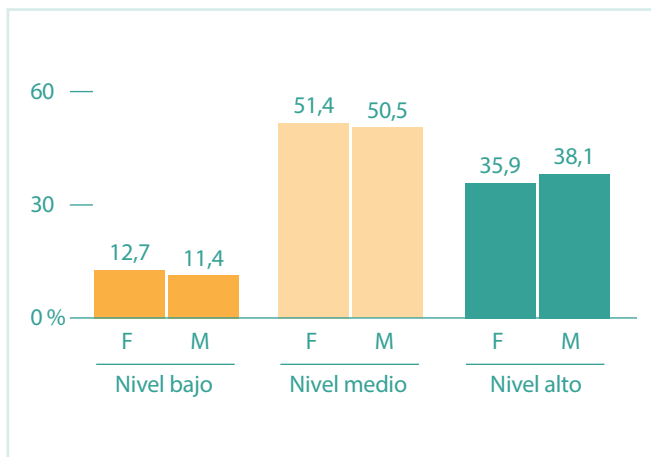


Figura 50 – Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por género.

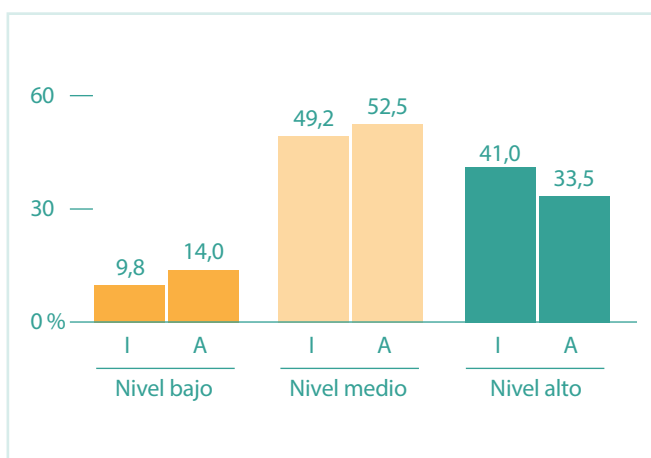


Figura 51 – Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por etapa vital.

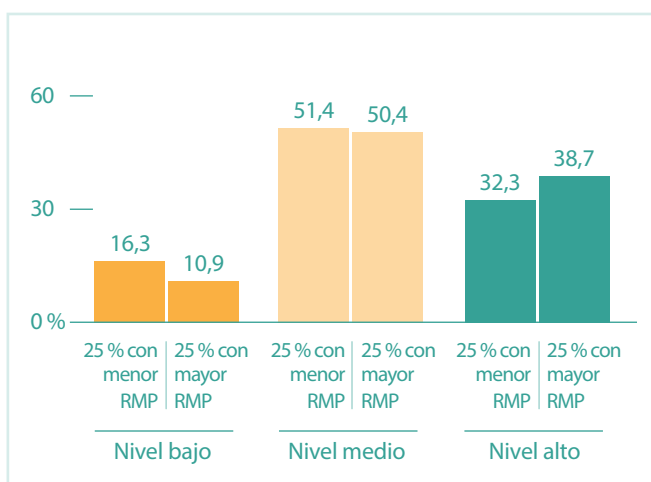


Figura 52 – Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por género:

La puntuación media de adherencia a la dieta mediterránea es de 6,5 para el género masculino y de 6,4 para el género femenino.

En la figura 50 se muestra que el porcentaje de población del género femenino que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea (12,7 %) es ligeramente superior al porcentaje de población del género masculino (11,4 %). Por el contrario, el porcentaje de población del género femenino que presenta un nivel alto (35,9 %) es ligeramente inferior respecto al género masculino (38,1 %).

Estratificado por etapa vital:

La puntuación media de adherencia a la dieta mediterránea es de 6,7 para niños/as y de 6,2 para adolescentes, lo que evidencia un menor nivel de adherencia a la dieta mediterránea en la población de mayor edad.

En la figura 51, se puede observar que el porcentaje de población infantil que presenta un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea (41,0 %) es un 7,5 % mayor respecto a la población adolescente (33,5 %). Además, el porcentaje de población adolescente que presenta un nivel bajo (14,0 %) es un 4,2 % superior respecto a la población infantil (9,8 %).

Estratificado por renta media por persona/año:

La puntuación media de adherencia a la dieta mediterránea es de 6,1 para la población que atiende en un centro educativo que se ubica en una sección censal con menor RMP y de 6,5 para la población que acude a un centro educativo ubicado en una sección censal con mayor RMP.

La figura 52 muestra que la población infantojuvenil que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea (16,3 %), es superior para los/as participantes evaluados/as en centros educativos ubicados en una sección censal con una menor RMP (25 % con menor RMP) al compararse con los/as participantes evaluados/as en centros educativos ubicados en una sección censal con una mayor RMP (25 % con mayor RMP), siendo para esta población de un 10,9 %. Pese a que parecen no apreciarse diferencias destacables para la categoría de nivel medio de adherencia a la dieta mediterránea en relación a la RMP, si se observa que el porcentaje de la población que se sitúa en la categoría de nivel alto a la adherencia a la dieta mediterránea es superior en el grupo de mayor RMP (38,7 %) respecto al grupo con menor RMP (32,3 %). Estos datos parecen indicar que la población más favorecida es aquella que presenta mayor nivel de adherencia a la dieta mediterránea.

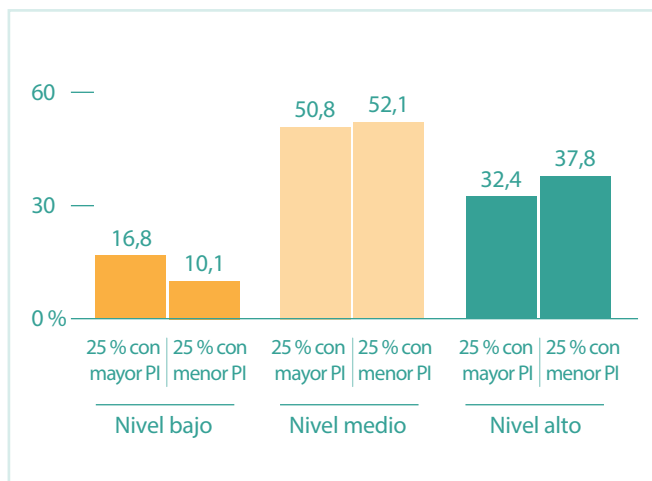


Figura 53 – Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Estratificado por pobreza infantil:

La puntuación media de adherencia a la dieta mediterránea es de 6,0 para la población más desfavorecida (centros educativos ubicados en secciones censales con un mayor porcentaje de pobreza infantil), mientras que esta puntuación es de 6,5 para la población que se encuentra en el grupo más favorecido. En la figura 53 se observa que prácticamente un 17 % de la población infantojuvenil clasificada en el grupo de mayor PI presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea frente a un 10,1 % de la población más favorecida. Para el nivel medio de adherencia a la dieta mediterránea, la tendencia de la PI es similar a la de la RMP, se observa una diferencia de alrededor del 1% entre los grupos. Para el nivel más alto de la adherencia a la dieta mediterránea, los datos muestran que la adherencia es mayor en el grupo de menor PI (37,8 %) respecto al grupo de mayor PI (32,4 %).

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 1998-2000, 2019-2020 Y 2022-2023

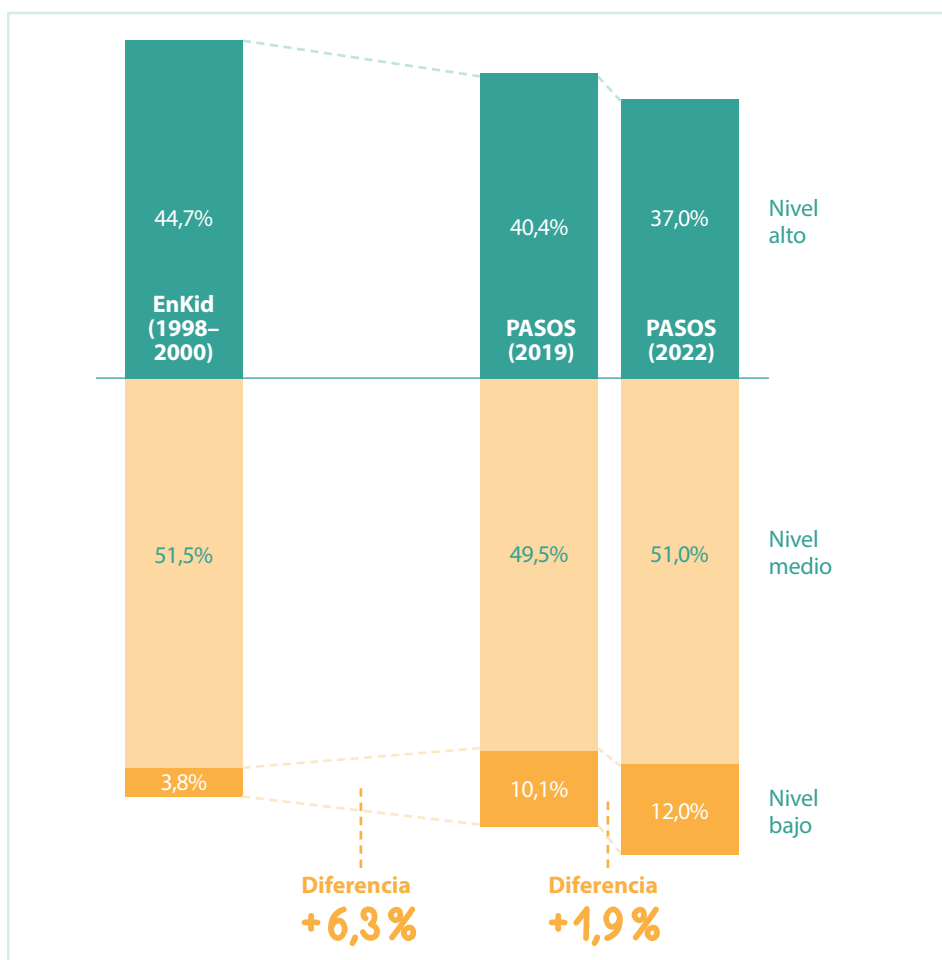


Figura 54 – Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023.

En la figura 54 se muestra la comparativa entre el porcentaje de población infantil y adolescente que en 1998-2000 presentaba un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea y cómo han evolucionado estos porcentajes hasta 2019-2020 y 2022-2023. Como se observa, en la actualidad hay un 8,2 % más de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea (12,0 %) respecto a los años 1998-2000 (3,8 %). A su vez, se observa que la tendencia entre 2019-2020 y 2022-2023 también ha sido negativa ya que el incremento de este porcentaje ha sido de un 1,9 %. Por el contrario, el porcentaje de población que presenta un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea ha disminuido de forma relevante ya que ha pasado de un 44,7 % en 1998-2000 a un 37 %, es decir, es un 7,7 % menor. Una importante porción de este deterioro se ha producido en los 3 últimos años en los que la disminución de dicho porcentaje ha sido del 3,4 %.

Estratificado por género:

Tal y como se muestra en la figura 55, entre 2019-2020 y 2022-2023, ha incrementado el porcentaje de población infantojuvenil del género masculino que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea, mudando de un 9,2 % a un 11,4 %. El deterioro se hace también evidente al reducirse el porcentaje de población masculina con un alto nivel de adherencia a la dieta mediterránea, observándose un cambio de un 41,6 % en 2019-2020 a un 38,1 % en 2022-2023.

En relación a la población infantojuvenil del género femenino, se observa una tendencia muy similar. En la misma figura 55 se identifica un incremento en el porcentaje de población que se clasifica con un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea, existiendo una diferencia del 1,8 % entre los dos estudios. A su vez, disminuye el porcentaje de la población que alcanza el nivel más alto de adherencia a la dieta mediterránea, del 39,3 % en 2019-2020 al 35,8 % en 2022-2023.

Estratificado por etapa vital:

Según se observa en la figura 56, la adherencia a la dieta mediterránea es mayor en población infantil respecto a población adolescente. Si se analiza el porcentaje de población infantil con un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea esta es de un 8,9 % en 2019-2020 y de un 9,8 % en 2022-2023. A su vez, los datos muestran que se ha reducido el porcentaje de población infantil que alcanza un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea, cambiando de un 45,5 % en la 1ª edición a un 41,0 % en la 2ª edición del estudio PASOS.

Prestando atención a los cambios en el nivel de adherencia de la dieta mediterránea en la población adolescente, en 2022-2023 se observa un incremento del 3 % en la población que se clasifica en la categoría denominada “nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea”. Además, parece que para la categoría más alta, los datos siguen una tendencia similar a la de la población infantil: el porcentaje de la población adolescente que presenta un alto nivel de adherencia a la dieta mediterránea, se ha reducido de un 36,2 % a un 33,5 %.

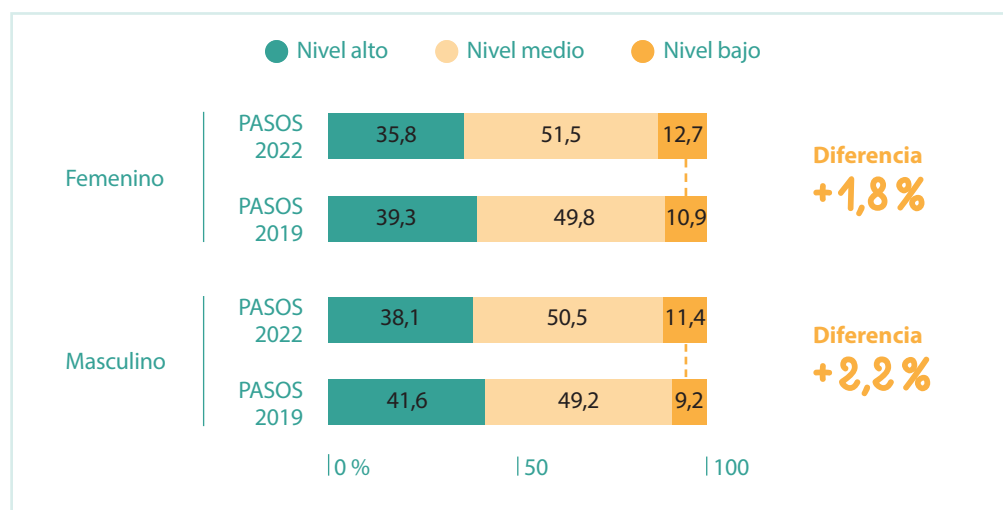


Figura 55 – Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por género.

La disminución del porcentaje de población que alcanza un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea en las 2 primeras décadas del siglo XXI (del 1998-2000 al 2019-2020) fue de un 4,3 %, cifra similar al deterioro de este porcentaje en tan solo los 3 últimos años (un 3,4 % entre 2019-2020 y 2022-2023).

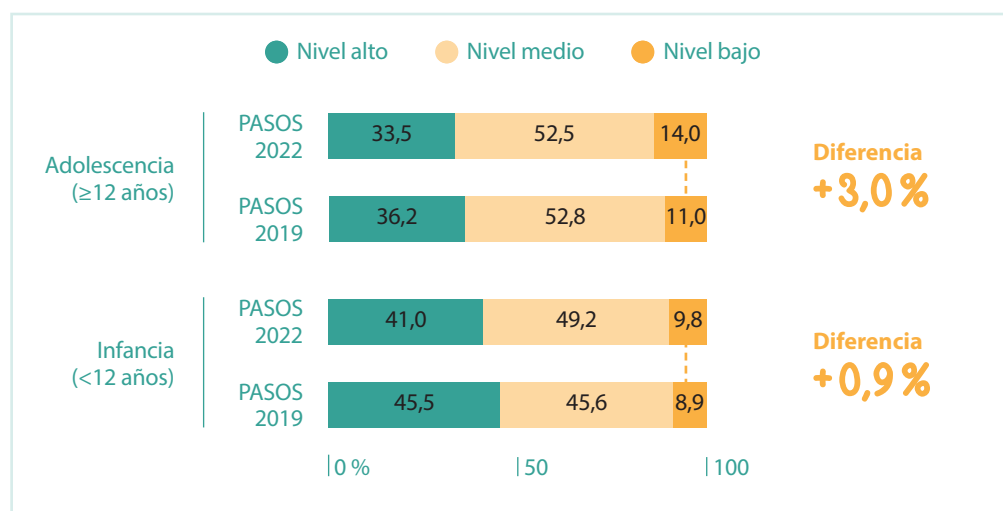


Figura 56 – Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por etapa vital.

Estratificado por renta media por persona/año:

Pese a que la adherencia a la dieta mediterránea se ha deteriorado en los últimos años para todos los grupos, la figura 57 muestra que el nivel de adherencia a la dieta mediterránea es mayor para el grupo de población con una mayor RMP, evidenciando así una desigualdad en la evolución de los hábitos de alimentación. La figura muestra un incremento del 2,8 % en el porcentaje de población que presenta un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea y que se ha clasificado en el grupo de mayor RMP y un incremento del 4,2 % en la población de menor RMP. En sentido contrario, para la categoría de “nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea” la magnitud de la diferencia es mayor para la población clasificada en el grupo de mayor RMP ya que se observa una reducción del 5,5 %, mientras que esa misma diferencia es menor (2,1 %) para la población más desfavorecida.

Estratificado por pobreza infantil:

La figura 58 muestra que, para las 2 ediciones del estudio PASOS, el nivel de adherencia a la dieta mediterránea es menor para la población socioeconómicamente más desfavorecida, es decir clasificada en el grupo de mayor PI. A su vez, los datos revelan que para la categoría de baja adherencia a la dieta mediterránea, se observa un incremento del 1,2 % en el porcentaje de población clasificada como menor PI, mientras que el incremento en dicho porcentaje es del 6,2 % para la población evaluada en centros educativos ubicados en una sección censal con un mayor porcentaje de PI (un 5 % de diferencia entre ambos grupos según pobreza infantil). Por otro lado, se observan diferencias entre los grupos poblaciones con diferentes niveles socioeconómicos en la categoría del nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea. Concretamente, se contempla el mismo gradiente social que el presentado para la RMP ya que se halla un decremento del 7,5 % en porcentaje de población que alcanza un nivel alto entre el grupo clasificado como menor PI y esa reducción es menor (un 4,3 %) para la población clasificada en el grupo de mayor PI.

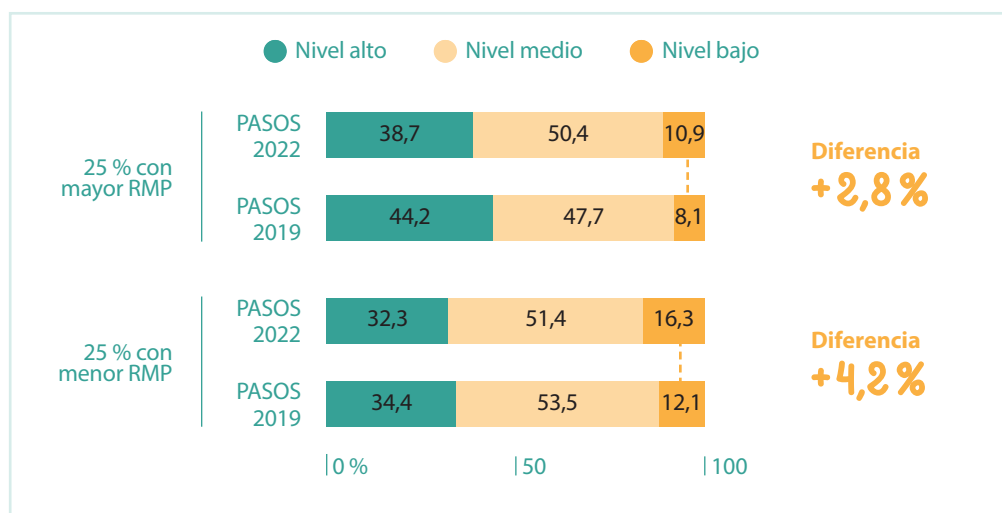


Figura 57 – Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

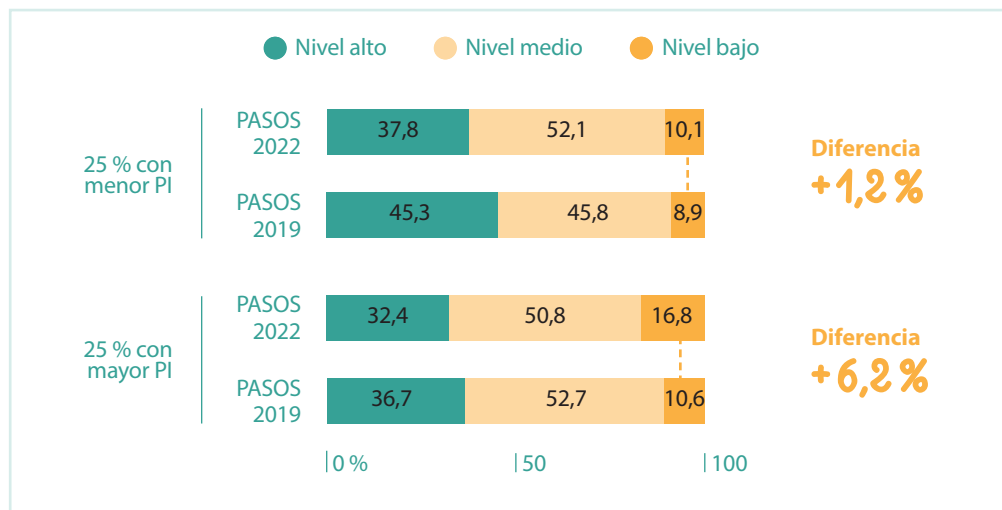


Figura 58 – Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Para toda la población infantojuvenil se deteriora el nivel de adherencia a la dieta mediterránea:

- El porcentaje de población que alcanza un nivel alto en 2022-2023 es menor que el observado en 2019-2020.
- Por el contrario, el porcentaje de población que presenta un nivel bajo es mayor en 2022-2023 que en 2019-2020.

La magnitud de la diferencia según renta media por persona/año y por pobreza infantil muestra que es la población de menor nivel socioeconómico la que presenta un mayor incremento en el porcentaje de niños/niñas y adolescentes que presentan un nivel bajo de adherencia a la dieta mediterránea. En cambio, es la población de mayor nivel socioeconómico la que presenta una mayor disminución en el porcentaje de participantes que alcanzan un nivel alto de adherencia a la dieta mediterránea.

12

ACTIVIDAD FÍSICA

La práctica regular de actividad física moderada o vigorosa es uno de los factores clave para la reducción del riesgo de presentar sobrepeso, obesidad u obesidad severa en la infancia o la adolescencia.

A tener en cuenta:

El cuestionario utilizado para la evaluación de la actividad física es el **Physical Activity Unit 7 items Screener (PAU-7S)**, validado psicométricamente en el marco de la 1ª edición del estudio PASOS (16). Los cuestionarios que permiten evaluar científicamente la actividad física tienden a hacer una sobreestimación del promedio de minutos dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa (en adelante AFMV), aquella que supone movimientos corporales intensos como correr, saltar o bailar. Por este motivo, el estudio de validación del PAU-7S también propuso una calibración mediante datos procedentes de acelerómetros, unos pequeños dispositivos tipo reloj que se colocan en la muñeca y que miden de forma fiable el movimiento. Dicha calibración se hizo en el contexto social del año 2019 y justo el consorcio PASOS acaba de finalizar la recogida de datos para poderla realizar en el contexto de 2022-2023. Por este motivo, en este informe no se presentan datos de actividad física derivados del estudio transversal, ni se interpretan los

resultados según cumplimiento de las recomendación de la OMS (promedio de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa a lo largo de una semana habitual). Se presentarán estos datos y su interpretación una vez se haya recalibrado el cuestionario y se haya corregido la sobreestimación que la población infantil y adolescente suele hacer sobre los minutos diarios dedicados a la práctica de actividad física. Se dedicará un informe específico y detallado a tal propósito y/o se compartirán los resultados en publicaciones científicas.

En este informe de resultados principales, sí que se presentan resultados comparativos entre la 1ª y la 2ª edición del estudio PASOS derivados del cuestionario PAU-7S sin calibrar que permiten contrastar la diferencia en el promedio de minutos dedicados a la práctica de actividad física moderada o vigorosa entre 2019-2020 y 2022-2023 a nivel general y según género, etapa vital y nivel socioeconómico.

COMPARATIVA ENTRE LOS AÑOS 2019-2020 Y 2022-2023

En 2022-2023, la población infantojuvenil practica menos AFMV: un promedio de 7 minutos al día, lo que supone una pérdida de unos 50 minutos semanales.

Estratificado por género:

La figura 59 muestra que el promedio de minutos dedicados a la AFMV diaria es menor (más de -7 min/día) independientemente del género de la población en el año 2022-2023 en comparación con la primera edición del estudio. Se observa una ligera diferencia intergénero en el que la diferencia del valor promedio diario de AFMV es de -7,4 min/día para la población de género femenino frente a un -7,1 min/día del masculino. Es interesante destacar que el punto de partida del número total de minutos diarios dedicados a la AFMV en el género femenino es inferior desde la primera edición del estudio (2019-2022), y que, a su vez, la diferencia de este valor promedio de minutos entre los dos estudios, también es mayor para este mismo grupo de población. Para ambos géneros supone una pérdida de 50 minutos a la semana de AFMV.

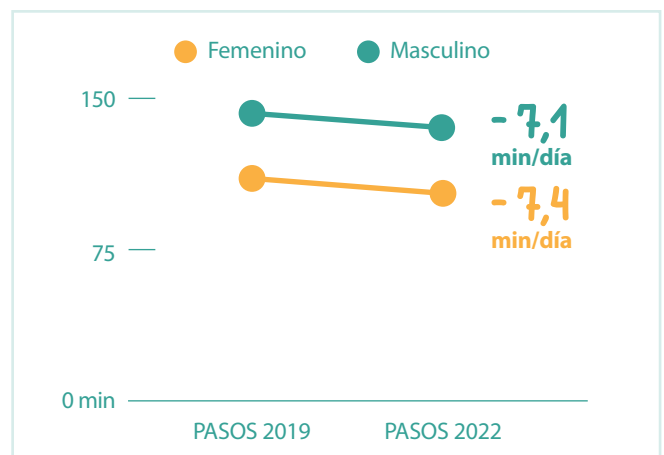


Figura 59 – Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por género.

Estratificado por etapa vital:

La figura 60 muestra la evolución de los minutos diarios de la AFMV entre las dos ediciones del estudio PASOS en función de la etapa vital. Se observa que, aunque el valor promedio de los minutos diarios dedicados a la AFMV de la población infantil era mayor que los minutos de la población adolescente en el 2019-2022, la diferencia entre un año a otro muestra un mayor deterioro para la población de menor edad. Específicamente, la figura expone que la diferencia del valor diario promedio de la AFMV es de -8,7 min/día para la población infantil (de 8 a 12 años), mientras que para la población adolescente es de -5,9 min/día.

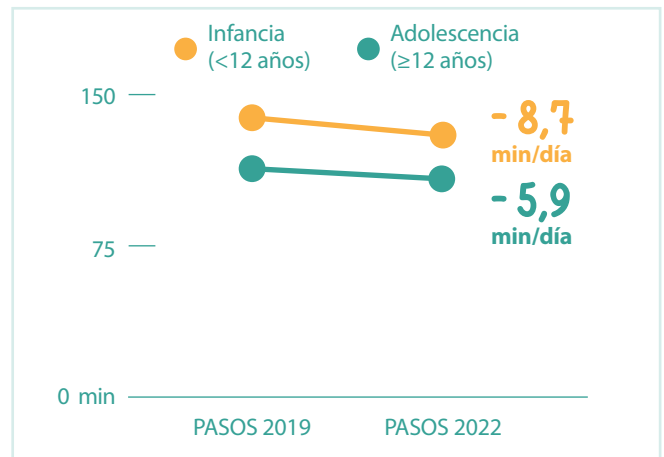


Figura 60 – Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por etapa vital.

Estratificado por renta media por persona/año:

Tal y como muestra la figura 61, la población que vive en una situación más desfavorecida (25% de la población con menor RMP) presenta una diferencia menor del valor promedio diario de minutos dedicados a la AFMV que la población más favorecida (25% de la población con mayor RMP) entre las dos ediciones del estudio PASOS (2019-2020 y 2022-2023), con una diferencia entre los dos grupos de 1,8 min/día.

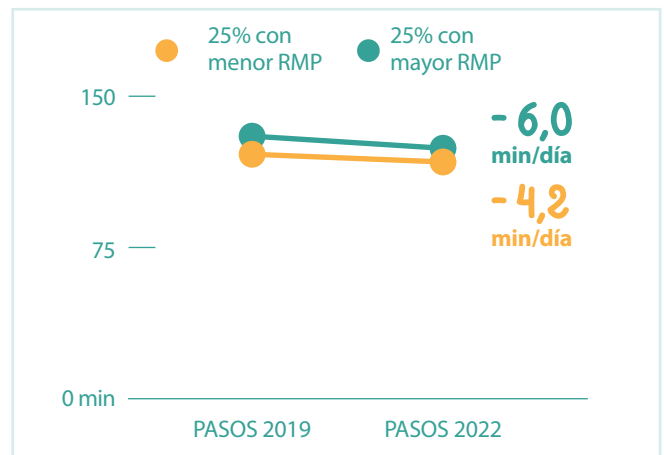


Figura 61 – Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Estratificado por pobreza infantil:

La figura 62 muestra las diferencias del valor promedio diario de la AFMV entre los grupos con mayor y menor PI. La tendencia difiere en relación a la figura anterior expuesta sobre la RMP y es que en este caso, la población que se sitúa en el grupo más vulnerable a nivel socioeconómico (25% con mayor PI) presenta una diferencia notablemente mayor (-13,8 min/día) del valor promedio de minutos diarios dedicados a la práctica de AFMV, respecto al grupo menos vulnerable (-5,4 min/día). En concreto, esta diferencia es de alrededor de 9 minutos por día.

La práctica de AFMV se ha deteriorado en mayor medida en la población infantil que en la adolescente. Conviene seguir profundizando en el análisis de esta desigualdad una vez se dispongan de los datos calibrados y, en el caso de que se confirme, conviene diseñar estrategias de promoción de la actividad física que consigan reducirla.

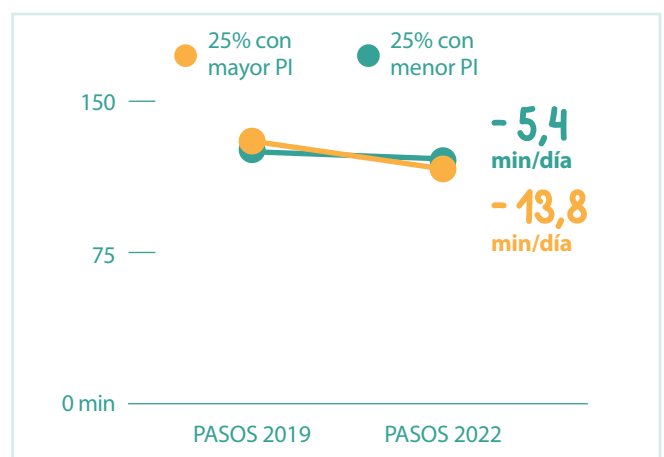


Figura 62 – Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Los estilos de vida han evolucionado de forma desigual, según nivel socioeconómico, para la población infantojuvenil residente en España. Cuando se identifica un deterioro entre 2019-2020 y 2022-2023, la magnitud suele ser mayor para la población de menor nivel socioeconómico. Por el contrario, cuando se produce una mejoría la magnitud es menor para la población clasificada en el grupo de menor RMP y de mayor PI. Conviene prestar especial atención al incremento de las desigualdades sociales en salud que ya están evidenciando estos datos y que puede tener repercusiones relevantes sobre el estado de salud, la calidad de vida y el bienestar de las generaciones actuales y futuras.

- Publicación de informes específicos que puedan derivarse de los resultados principales*.
 - Envío de los datos representativos de PASOS 2022-2023 de la población de 8 a 16 años residente en España a organismos internacionales tales como:
 - _ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC): www.ncdrisc.org
 - _ World Obesity Federation (WOF): www.worldobesity.org
- Esta colaboración internacional ya se hizo con los resultados del estudio PASOS 2019-2020.
- Difusión de los resultados del informe específico sobre Publicidad, Alimentación y Derechos de la Infancia en España realizado con datos del Estudio PASOS y del Barómetro de Opinión de los Niños y Adolescentes de UNICEF España.
 - Recalibración del cuestionario PAU-7S para la publicación de un informe específico sobre el nivel de actividad física de la población infantil y adolescente en España*.
 - Publicación de los artículos científicos derivados de*:
 - _ El estudio PASOS 2019-2020.
 - _ El estudio PASOS 2022-2023.
 - _ El análisis comparativo entre ambos estudios.
 - _ El estudio longitudinal de seguimiento de participantes en PASOS 2019-2020 tras 3 años de evolución en su crecimiento.
 - _ El subestudio de validación de un nuevo cuestionario breve de adherencia a la dieta mediterránea y calidad de la dieta para el que ya se ha finalizado la recogida de datos.
 - _ El subestudio de recalibración del cuestionario PAU-7S (*Physical Activity Unit 7 items Screener*).
 - Despliegue en España de la intervención multinivel y multicomponente Órbita4Kids de la Gasol Foundation, que aúna a nivel comunitario todos sus proyectos de promoción de hábitos saludables (PRESAFALÍN, SEÍSMO, SAFALÍN/FIVALÍN, Alley-Oop, COACH+, ENERGY) y que, aplicada a nivel municipal, se dirige a reducir las desigualdades y a promover la salud infantil. Este gran programa de salud comunitaria ya se está pilotando en los municipios de La Llagosta y Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Ver más en: www.gasolfoundation.org/es/programas
 - Análisis y seguimiento del cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (periodo 2022-2030).
 - Identificar y proponer vías de mejora del sistema de vigilancia epidemiológica de la obesidad infantil y los factores asociados en España.
 - Realización del estudio PASOS 2025.

***El seguimiento y actualización de la publicación de informes científico-técnicos y artículos científicos derivados del estudio PASOS se puede realizar en:**
www.gasolfoundation.org/es/recursos

Después del análisis e interpretación de los resultados principales presentados en este informe, la Gasol Foundation considera oportuno realizar las siguientes peticiones:

1

Que las 200 medidas contempladas en el **Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil** sean una prioridad de Estado. El presente y el futuro de la salud de nuestra sociedad dependen, en gran medida, de ello.

2

Que los sistemas estatales y autonómicos de **vigilancia epidemiológica de la obesidad infantil** se basen en los **datos** de peso, talla y circunferencia de cintura **recogidos en las consultas de pediatría de atención primaria**. Es necesario disponer de datos válidos y fiables que se puedan combinar con los datos de estilo de vida y factores ambientales recogidos por estudios epidemiológicos que tienen como objetivo profundizar en el análisis y la prevención de las enfermedades crónicas denominadas no transmisibles. Hemos conseguido grandes hitos en la vigilancia epidemiológica durante la pandemia de la COVID-19 y ahora tenemos la oportunidad de seguir sumando esfuerzos para sofisticar el seguimiento de la pandemia de la obesidad infantil en nuestro país.

3

Que sigamos potenciando la visión de que la salud de un niño o niña depende de multitud de factores y que para promoverla debemos considerar todo aquello que afecta a la esfera de la alimentación, la actividad física, el sueño y el bienestar emocional, poniendo especial énfasis en este último. Esta **mirada holística** debe estar presente en todas las intervenciones de salud pública dirigidas a reducir la obesidad infantil.

4

Que consideremos las **desigualdades sociales en salud y las desigualdades de género**, como determinantes de los estilos de vida, deteriorados tras la crisis sanitaria de la COVID-19. Que los recursos y las iniciativas contribuyan a la reducción de estas brechas para que todos los niños y niñas en España crezcan en igualdad de oportunidades.

5

Que se afronte, de manera integral, y desde una perspectiva **biopsicosocial**, el tratamiento de niños, niñas y adolescentes con **obesidad severa**, una realidad que empieza a ser muy preocupante en nuestro entorno y que conviene seguir investigando.

6

Y que, más allá del tratamiento, lamentablemente cada vez más necesario, incrementemos y prioricemos la inversión pública y privada en **medidas preventivas** y de salud pública que nos permitan construir una sociedad del futuro más saludable. La apuesta por **intervenciones multinivel y multicomponente** en el plano municipal debería ser una prioridad institucional.

7

Que **España**, como país miembro de Naciones Unidas, **siga las recomendaciones emitidas por organismos internacionales** como UNICEF en materia de protección de los derechos de la infancia, o de la OMS en materia de protección y promoción de la salud.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Variables y herramientas evaluativas del estudio PASOS 2022-2023.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC.

Figura 2 - Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por género.

Figura 3 - Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por etapa vital.

Figura 4 - Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 5 - Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa - según IMC - estratificada por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 6 - Prevalencia de obesidad abdominal - según CC/talla.

Figura 7 - Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023.

Figura 8 - Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificada por género.

Figura 9 - Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificada por etapa vital.

Figura 10 - Evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificada por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 11 - Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificada por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 12 - Promedio del estado de salud percibido (0-100) de la población infantojuvenil - estratificado por género, etapa vital y nivel socioeconómico en función de la RMP y la PI.

Figura 13 - Porcentaje de población infantojuvenil que declara no tener o tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a las 5 dimensiones del cuestionario de calidad de vida.

Figura 14 - Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de "sentirse preocupado/a, triste o infeliz" - estratificado por género.

Figura 15 - Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de "sentirse preocupado/a, triste o infeliz" - estratificado por etapa vital.

Figura 16 - Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de "sentirse preocupado/a, triste o infeliz" - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 17 – Porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 18 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil.

Figura 19 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por género.

Figura 20 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por etapa vital.

Figura 21 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del promedio de puntuación (0-100) del estado de salud percibido por la población infantojuvenil – estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP y la PI.

Figura 22 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz”.

Figura 23 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por género.

Figura 24 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por etapa vital.

Figura 25 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 26 – Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de población infantojuvenil que declara tener algunos, bastantes, muchos o extremos problemas en relación a la dimensión de la calidad de vida de “sentirse preocupado/a, triste o infeliz” – estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 27 - Promedio de minutos al día dedicados al uso de pantallas entre semana y el fin de semana.

Figura 28 - Porcentaje de incumplimiento/cumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana.

Figura 29 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

Figura 30 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

Figura 31 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 32 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 33 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana.

Figura 34 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

Figura 35 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

Figura 36 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 37 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas diarias dedicadas al uso de pantallas entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 38 - Porcentaje de incumplimiento/cumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana.

Figura 39 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

Figura 40 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

Figura 41 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 42 - Porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño diarias entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 43 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana.

Figura 44 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por género.

Figura 45 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por etapa vital.

Figura 46 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 47 - Evolución entre 2019-2020 y 2022-2023 del porcentaje de incumplimiento de la recomendación de horas de sueño entre semana y el fin de semana - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 48 - Puntuación promedio de adherencia a la dieta mediterránea.

Figura 49 - Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea.

Figura 50 - Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por género.

Figura 51 - Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por etapa vital.

Figura 52 - Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 53 - Porcentaje de población infantojuvenil que presenta un nivel bajo, medio o alto de adherencia a la dieta mediterránea - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 54 - Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 1998-2000, 2019-2020 y 2022-2023.

Figura 55 - Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por género.

Figura 56 - Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por etapa vital.

Figura 57 - Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 58 - Evolución del nivel de adherencia a la dieta mediterránea entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

Figura 59 - Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por género.

Figura 60 - Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por etapa vital.

Figura 61 - Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la RMP.

Figura 62 - Evolución del promedio de minutos/día de práctica de AFMV por parte de la población infantojuvenil entre 2019-2020 y 2022-2023 - estratificado por nivel socioeconómico en función de la PI.

BIBLIOGRAFÍA

- 1** Gómez SF. et al. Resultados principales del estudio PASOS 2019 sobre la actividad física, los estilos de vida y la obesidad de la población española de 8 a 16 años. Sant Boi de Llobregat. 2019. Dec (1). Report No.:1. Disponible en: www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos
- 2** Gómez SF et al. Physical Activity, Sedentarism, lifestyles and Obesity in Spanish Youth. Estudio PASOS: resultados preliminares 2022. Sant Boi de Llobregat. 2023. Gen (1). Report No: 2. Disponible en: www.gasolfoundation.org/es/estudio-pasos
- 3** Gómez SF et al. Publicidad, Alimentación y Derechos de la Infancia en España. Sant Boi de Llobregat. 2023. Jul (1). Report No:1. Disponible en: www.gasolfoundation.org/es/informe-publicidad
- 4** 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) Disponible en: www.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036210
- 5** Wärnberg J, Pérez-Farinós N, Benavente-Marín JC, Gómez SF, Labayen I, Zapico AG, et al. Screen Time and Parents' Education Level Are Associated with Poor Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents: The PASOS Study. *J. Clin. Med*. 2021;10:795(4). Disponible en: www.doi.org/10.3390/jcm10040795
- 6** 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. Disponible en: www.doi.org/10.1186/s12966-021-01169-w
- 7** Bibiloni MDM, Gallardo-Alfaro L, Gómez SF, Wärnberg J, Osés-Recalde M, González- Gross M, et al. Combined Body Mass Index and Waist-to-Height Ratio and Its Association with Lifestyle and Health Factors among Spanish Children: The PASOS Study. *Nutrients*. 2022;14(2):234. Disponible en: www.doi.org/10.3390/nu14020234
- 8** Bibiloni MDM, Gallardo-Alfaro L, Gómez SF, Wärnberg J, Osés-Recalde M, González- Gross M, et al. Determinants of Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents: The PASOS Study. *Nutrients*. 2022;14(4):738. Disponible en: www.doi.org/10.3390/nu14040738
- 9** Homs C, Berrueto P, Arcarons A, Wärnberg J, Osés M, González Gross M, et al. Independent and Joined Association between Socioeconomic Indicators and Pediatric Obesity in Spain: The PASOS Study. *Nutrients*. 2023;15(8):1987. Disponible en: www.doi.org/10.3390/nu15081987
- 10** Herrera-Ramos E, Tomaino L, Sánchez-Villegas A, Ribas-Barba L, Gómez SF, Wärnberg J, et al. Trends in Adherence to the Mediterranean Diet in Spanish Children and Adolescents across Two Decades. *Nutrients*. 2023;15(10):2348. Disponible en: www.doi.org/10.3390/nu15102348
- 11** NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Height and body-mass index trajectories of school-aged children and adolescents from 1985 to 2019 in 200 countries and territories: a pooled analysis of 2181 population-based studies with 65 million participants. *Lancet*. London. 2022;396(10261):1511–1524. Disponible en: [www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31859-6](http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31859-6)
- 12** NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body mass index to change in obesity and underweight. 2021; *eLife* 10:e60060. Disponible en: www.doi.org/10.7554/eLife.60060
- 13** NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Diminishing benefits of urban living for children and adolescents' growth and development. *Nature*. 2023; 615:874–883. www.doi.org/10.1038/s41586-023-05772-8
- 14** Zapico A.G, Aparicio-Ugarriza R, Quesada-González C, Gómez SF, Wärnberg J, Medrano M, et al. Lifestyle behaviors clusters in a nationwide sample of Spanish children and adolescents: PASOS Study. *Pediatr. Res*. 2023. Accepted for publication.
- 15** Alto Comisionado para la lucha contra la Pobreza Infantil. Presidencia del Gobierno de España. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030). En Plan Bien: 2022 Dec 1;1-120. Disponible en: www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/en-plan-bien
- 16** 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. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/food-youth-and-the-mediterranean-diet-in-spain-development-of-kidmed-mediterranean-diet-quality-index-in-children-and-adolescents/BDC8AE7999DB6E4F234A9098F8927C84>
- 17** Schröder H, Benitez Arciniega A, Soler C, Covas MI, Baena-Díez JM, Marrugat J. Validity of two short screeners for diet quality in time-limited settings. *Public Health Nutr*. 2012 Apr;15(4):618–26. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/validity-of-two-short-screeners-for-diet-quality-in-timelimited-settings/C328E96E341F483339E6437845694F0F>

- 18** Molina L, Sarmiento M, Peñafiel J, Donaire D, Garcia-Aymerich J, Gomez M, et al. Validation of the Regicor Short Physical Activity Questionnaire for the Adult Population. *PLoS One*. 2017 Jan 1;12(1):e0168148. Disponible en: www.doi.org/10.1371/journal.pone.0168148
- 19** 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. Disponible en: www.doi.org/10.1093/eurpub/ckr040
- 20** Wolfson AR, Carskadon MA, Acebo C, Seifer R, Fallone G, Lubyak SE, et al. Evidence for the validity of a sleep habits survey for adolescents. *Sleep*. 2003 Mar 15;26(2):213–6. Disponible en: www.doi.org/10.1093/sleep/26.2.213
- 21** 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. Disponible en: www.doi.org/10.1007/s11136-019-02115-x
- 22** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385–96. Disponible en: www.jstor.org/stable/2136404
- 23** Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Renta Media por Persona (RMP) 2020.[Citado 2023 Jun 10]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- 24** Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Porcentaje de población menor de 18 años con ingresos por unidad de consumo menor del 60% de la mediana (2020).[Citado 2023 Jun 10]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- 25** Coates J, Swindale A, Bilinsky P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide | Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). Food and nutrition technical assistance. USAID. 2007 Aug. Disponible en: www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/household-food-insecurity-access-scale-hfias
- 26** AESAN. Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Madrid; 2020. Disponible en: www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/detalle/aladino_2019.htm
- 27** Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana Luis Peña Quintana P. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*. 2003;121(19):725–32. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-obesidad-infantil-juvenil-espana-resultados-13054970
- 28** Schröder H, Ribas L, Koebnick C, Funtikova A, Gomez SF, Fíto M, et al. Prevalence of abdominal obesity in Spanish children and adolescents. do we need waist circumference measurements in pediatric practice? *PLoS One*. 2014;9(1). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087549>



PASOS

GasolFoundation.org/Pasos

Colaboradores principales:



FUNDACIÓN
PROBITAS



**BARÇA
FOUNDATION**

Aliados saludables:



LAUREUS

Apoyo institucional:



Consejerías de Educación y/o Salud de la Comunidad de Madrid, Murcia, Baleares, Extremadura y Junta de Castilla y León.



Consejo Superior de Deportes