



# INFORME

OBESIDAD, SEDENTARISMO, ADICCIÓN A  
PANTALLAS Y ANSIEDAD EN LA INFANCIA

---

Evolución global desde 2000 e impacto en  
enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Septiembre, 2025

## Resumen Ejecutivo

En este informe se presenta un análisis sobre la evolución de la salud infantil y adolescente a nivel global, destacando el marcado aumento de la obesidad, el sedentarismo, la adicción a las pantallas y la ansiedad. Estas condiciones no solo comprometen el bienestar actual de los jóvenes, sino que son factores determinantes en el desarrollo de futuras epidemias de enfermedades cardiovasculares y cáncer, con profundas implicaciones para la salud pública y la sociedad.

### ■ La magnitud del desafío actual

Desde el año 2000, los indicadores de salud infantil han mostrado un deterioro preocupante:

#### • Obesidad infantil

**Una pandemia en aumento.** La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en menores de 5 a 19 años ha crecido drásticamente del **~8% en 1990 al 20% en 2022**, afectando a más de **390 millones de niños y adolescentes**, de los cuales **160 millones padecen obesidad**. Las tasas más altas se registran en las Américas y algunas regiones insulares (17-20%), aunque el problema se ha globalizado rápidamente, impactando también a países en desarrollo. En preescolares, el número de niños menores de 5 años con sobrepeso aumentó de 30 millones en el año 2000 a 37 millones en 2022.

#### • Sedentarismo

Más del **80% de los adolescentes escolares (11-17 años) no cumplen con la recomendación mínima de una hora diaria de ejercicio**. Esta inactividad es consistentemente mayor en chicas (85% globalmente) que en chicos (78%) en la mayoría de los países. Entre 2001 y 2016, la prevalencia global de actividad insuficiente casi no cambió.

#### • Adicción a pantallas: la nueva realidad infantil

El tiempo diario dedicado a dispositivos electrónicos se ha disparado desde el año 2000. En Estados Unidos, el promedio de tiempo de pantalla en jóvenes de 8 a 18 años es de aproximadamente **7.5 horas diarias** (excluyendo uso académico), duplicándose desde finales de los años 90. El 95% de los adolescentes tiene acceso a un smartphone, y la pandemia de COVID-19 aceleró esta tendencia con un incremento del 67% en el tiempo de pantalla infantil. El uso excesivo se asocia con aislamiento social, bajo rendimiento escolar, alteraciones del sueño y problemas de comportamiento.

#### • Ansiedad infantil: una carga creciente

Se estima que **a nivel mundial 1 de cada 7 adolescentes padece algún trastorno mental**, siendo la ansiedad y la depresión las causas principales. Aproximadamente el 5% de los adolescentes sufre un trastorno de ansiedad diagnosticable. La incidencia ha aumentado en países desarrollados, asociada a factores modernos como las redes sociales, la presión

académica y otros. La ansiedad crónica no solo causa sufrimiento psíquico, sino que impacta la salud física a largo plazo.

### ■ Consecuencias para la salud a largo plazo

Estos factores de riesgo no son aislados; interactúan peligrosamente, sentando las bases para enfermedades crónicas en la adultez:

#### • Enfermedades cardiovasculares (ECV)

La obesidad infantil, el sedentarismo, el uso excesivo de pantallas y la ansiedad crónica aumentan de forma significativa el riesgo de enfermedades cardiovasculares desde edades tempranas. Estos factores están asociados a hipertensión, alteraciones metabólicas, rigidez arterial, malos hábitos de vida y mayor mortalidad prematura. Reducir el sedentarismo, la exposición a pantallas y el estrés, junto con la prevención de la obesidad infantil, son claves para disminuir el riesgo cardiovascular en la vida adulta.

#### • Cáncer

La **obesidad** es un factor de riesgo importante para al menos 13 tipos de cáncer y podría estar asociada con hasta el **40% de los casos anuales**, debido a procesos como la inflamación crónica, las alteraciones hormonales y la disfunción del sistema inmune. El **sedentarismo** también incrementa el riesgo, especialmente de cáncer colorrectal, de mama (en mujeres postmenopáusicas) y de endometrio, incluso en ausencia de obesidad. El **uso excesivo de pantallas** contribuye de manera indirecta al riesgo de cáncer, al promover sedentarismo y obesidad. Por su parte, la **ansiedad crónica** no se considera una causa directa, pero puede influir al favorecer conductas de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol o una mala alimentación, además de debilitar las defensas inmunitarias.

### ■ Recomendaciones y urgencia de actuar

Las tendencias actuales no son irreversibles. Con esfuerzos coordinados, es posible cambiar esta trayectoria. Las estrategias deben incluir:

- ✓ **Promoción de dietas saludables** y regulación de entornos alimentarios para combatir la obesidad infantil.
- ✓ **Fomento de la actividad física** en escuelas y comunidades, con equidad de género, para reducir el sedentarismo.
- ✓ **Educación y límites en el uso recreativo de pantallas**, promoviendo alternativas de ocio activo y social, así como higiene del sueño.
- ✓ **Inversión en salud mental infantil**, con detección temprana y programas de resiliencia emocional.

**Proteger la salud de la niñez frente a la obesidad, el sedentarismo, el uso nocivo de pantallas y el estrés excesivo no solo mejorará su bienestar inmediato, sino que prevendrá innumerables casos de enfermedad cardiovascular y cáncer en el futuro, salvando vidas y recursos.**

El momento de actuar es “ya”, incorporando estos hallazgos en políticas y prácticas que aseguren que las nuevas generaciones crezcan más saludables, activas y resilientes.

## ÍNDICE

1. **Introducción**
2. **Obesidad infantil: Tendencias globales y regionales desde 2000**
  - Prevalencia global y tendencia temporal
  - Diferencias por regiones geográficas
    - Países desarrollados vs. en desarrollo
3. **Sedentarismo en niños y adolescentes: inactividad física global**
  - Prevalencia de actividad insuficiente
  - Variaciones regionales y culturales
4. **Adicción a pantallas y comportamiento sedentario digital**
  - Aumento en el tiempo de pantalla
  - Patrones y contenido del uso digital
  - Diferencias socioeconómicas y geográficas
5. **Ansiedad en la infancia y adolescencia: evolución y distribución**
  - Prevalencia y tendencia global
  - Diferencias regionales y por nivel de desarrollo
  - Comorbilidades y edad de inicio
6. **Impacto de la obesidad, sedentarismo, pantallas y ansiedad en enfermedades cardiovasculares**
  - Obesidad infantil y riesgo cardiovascular
  - Sedentarismo e inactividad física
  - Uso excesivo de pantallas y salud cardiovascular
  - Ansiedad infantil y salud cardiovascular
7. **Implicaciones de estos factores en el riesgo de cáncer**
  - Obesidad y cáncer
  - Sedentarismo y riesgo de cáncer
  - Rol del tiempo de pantalla
  - Ansiedad, estrés crónico y cáncer
8. **Conclusiones**
  - Resumen de hallazgos
  - Diferencias entre regiones y desarrollo
  - Implicaciones en enfermedades crónicas
  - Recomendaciones y perspectiva de salud pública

## 1. Introducción

En las últimas dos décadas se ha observado un marcado aumento en trastornos y comportamientos que afectan la salud infantil, incluyendo la obesidad, el sedentarismo, la adicción a las pantallas y la ansiedad.

Este informe analiza **la evolución global desde el año 2000** de estas condiciones en la niñez y adolescencia, segmentando los datos por regiones geográficas, continentes y niveles de desarrollo. Asimismo, se explora cómo estos factores inciden en la prevalencia de **enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer**, discutiendo las relaciones causales y mecanismos biológicos involucrados.

Se presentan datos de fuentes académicas y organismos internacionales, acompañados de **tablas comparativas y gráficas** ilustrativas, para proporcionar una visión exhaustiva. Finalmente, se resume los hallazgos clave y sus implicaciones para la salud pública.

## 2. Obesidad infantil: Tendencias globales y regionales desde 2000

### ■ Prevalencia global y tendencia temporal

La obesidad infantil ha aumentado drásticamente en el mundo desde el 2000. Estudios recientes indican que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en menores de 5–19 años pasó de ~8% en 1990 a 20% en 2022, con la prevalencia específica de obesidad aumentando de 2% a 8% en ese periodo. Entre 2012 y 2023 se registró un aumento de ~1,5 veces en la prevalencia de obesidad infantil respecto a la década anterior.



En términos absolutos, más de 390 millones de niños y adolescentes (5–19 años) tenían sobrepeso en 2022, incluyendo 160 millones con obesidad.

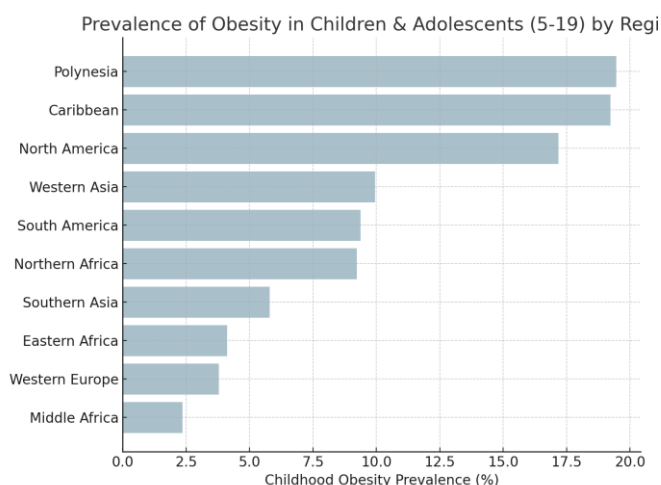
También en preescolares se aprecia un alza: el número de niños menores de 5 años con sobrepeso aumentó de 30 millones en el año 2000 a 37 millones en 2022. Estos datos confirman que la obesidad infantil se ha transformado en una pandemia global creciente en el siglo XXI.

### ■ Diferencias por regiones geográficas

La carga de obesidad infantil varía marcadamente entre regiones y continentes. Las tasas más altas se observan en algunas zonas insulares y de las Américas, mientras que las más bajas corresponden a partes de Europa y África. Por ejemplo, la región de Polinesia presenta la mayor prevalencia estimada de obesidad infantil (~19,5%), seguida de cerca por el Caribe (~19%) y América del Norte (~17%) . En contraste, regiones como África Central muestran prevalencias

mínimas (~2,4%) , y en Europa Occidental ronda solo ~3,8%. Otras regiones presentan valores intermedios: Medio Oriente y Asia Occidental ~10%, Sudamérica ~9%, Norte de África ~9%, Asia

Meridional ~6% . En la Figura 1 se ilustran comparativamente algunas de estas diferencias regionales en obesidad infantil.



**Figura 1.**  
*Prevalencia de obesidad en niños y adolescentes (5–19 años) por región. Se observan marcadas variaciones: las subregiones Polinesia, Caribe y América del Norte registran las tasas más elevadas (~17–20%), mientras que Europa y África presentan las más bajas (por debajo del 5% en algunas zonas). Fuente de datos: meta-análisis global 2000–023.*

### Países desarrollados vs. en desarrollo

Tradicionalmente la obesidad infantil se asociaba a países de altos ingresos, pero el fenómeno se ha globalizado rápidamente. Aun así, persisten diferencias. En promedio, los países de ingresos altos exhiben prevalencias mayores de obesidad infantil (~9,3%) en comparación con países de ingresos bajos (~3,6%). Un meta-análisis halló que en regiones con Índice de Desarrollo Humano (IDH) alto ( $\geq 0,8$ ) la prevalencia alcanzaba ~9,5%, significativamente más que el ~7,6% en regiones de IDH menor. Esto refleja la “transición nutricional”: muchos países en desarrollo enfrentan ahora una doble carga de malnutrición, donde coexisten desnutrición con crecientes tasas de sobrepeso y obesidad.

**En España, las cifras de exceso de peso son superiores en niños que en niñas, y el problema es más prevalente en familias con rentas bajas.**

Por ejemplo, en África el número de niños con sobrepeso <5 años creció 12% desde 2000 . Sin embargo, algunos países de ingresos medios (p.ej. México, varios de Oriente Medio) han alcanzado prevalencias similares o superiores a las de países ricos. En suma, aunque la obesidad infantil ha aumentado en todas las regiones, las mayores tasas absolutas se observan generalmente en entornos urbanizados y de mayor desarrollo, mientras que las menores aún se registran en las regiones más pobres de África y Asia.

## 3. Sedentarismo en niños y adolescentes: inactividad física global

### ■ Prevalencia de actividad insuficiente

El sedentarismo infantil, medido como la proporción de jóvenes que no cumplen las recomendaciones de actividad física, es alarmantemente alto a nivel mundial. En **2016**, más del

**80% de los adolescentes escolares (11–17 años)** no alcanzaban la hora diaria mínima de ejercicio recomendada. La inactividad es ligeramente mayor en chicas (85% globalmente) que en chicos (78%). Esta brecha de género es consistente en la mayoría de países (en 2016, las chicas fueron menos activas que los chicos en 142 de 146 países analizados).



En términos históricos, apenas se ha progresado: entre 2001 y 2016 la prevalencia global de actividad insuficiente casi no cambió en las chicas (~85% estancado), y en los varones bajó apenas de 80% a 78% . Estos datos indican que 4 de cada 5 adolescentes en el mundo llevan un estilo de vida sedentario o con actividad muy por debajo de lo recomendado , comprometiendo su salud actual y futura.

## ■ Variaciones regionales y culturales

La propensión al sedentarismo juvenil muestra diferencias regionales significativas, asociadas tanto al grado de desarrollo como a factores socioculturales (ej., oportunidades de deporte escolar, patrones de ocio, normas de género). Paradójicamente, algunos países de ingreso bajo reportan menores niveles de inactividad que países ricos altamente urbanizados. Por ejemplo, en Bangladés ~66% de los adolescentes eran insuficientemente activos en 2016 (la prevalencia más baja registrada globalmente), mientras que en Corea del Sur alcanzó ~94% (de las más altas) .

En la Tabla 1 se comparan las tasas de inactividad física en algunos contextos. Se observa que en ciertas culturas del sur de Asia, la participación en actividades domésticas o juegos tradicionales puede contribuir a mayor actividad en jóvenes (reduciendo el sedentarismo relativo) . En cambio, en países altamente tecnificados de Asia Oriental o Medio Oriente, y en muchas naciones occidentales, la combinación de ocio digital, transporte motorizado y carga académica está asociada a muy bajos niveles de actividad física en adolescentes . Además, las **diferencias de género** son marcadas en todo el mundo: las adolescentes mujeres son sistemáticamente menos activas, debido en parte a barreras culturales y menor participación en deporte organizado .

**Tabla 1.** Prevalencia de actividad física insuficiente en adolescentes (11–17 años, 2016) en el mundo y países seleccionados.

Región/País	% Insuficientemente Activos (total)	% Chicos inactivos	% Chicas inactivas
Global	81%	78%	85%
Bangladés (mínimo)	66%	63%	69%
Corea del Sur (máx)	94%	~91% (est.)	97%
Estados Unidos	~72% (est.)	64%	~80% (est.)

Fuente: Guthold et al. (OMS) 2016. Nota: “Insuficientemente activos” se define como <60 min/día de actividad moderada-vigorosa. En Corea del Sur se registró la mayor inactividad global (97% en chicas); Bangladés mostró la menor (66% combinada). En EE.UU., ~64% de chicos y ~80% de chicas eran inactivos.

Los datos anteriores evidencian que el sedentarismo juvenil es un problema casi universal, aunque algo atenuado en sociedades donde la vida diaria aún implica movimiento (ej., caminar o practicar deportes informales). Sin embargo, incluso en países más activos, dos tercios de los adolescentes no cumplen las recomendaciones mínimas. La convergencia global hacia estilos de vida sedentarios –en escuelas, tiempo libre y transporte– plantea un reto de salud importante.

## 4. Adicción a pantallas y comportamiento sedentario digital

### ■ Aumento en el tiempo de pantalla

En paralelo a la inactividad física, el uso de dispositivos electrónicos se ha disparado entre niños y adolescentes desde el año 2000. La “adicción a pantallas” se manifiesta en un incremento marcado del tiempo diario dedicado a TV, computadoras, videojuegos, tablets y smartphones. Por ejemplo, en Estados Unidos el promedio de tiempo frente a pantallas en jóvenes de 8–18 años es de ~7,5 horas diarias (excluyendo uso académico). Este valor se duplicó con creces desde finales de los 90: en 1997 los niños menores de 2 años pasaban ~1,3 horas/día ante pantallas, mientras que en 2014 esa cifra subió a 3,0 horas/día.



De igual forma, los niños de 3–5 años aumentaron su exposición de ~2,5 h a ~3 h diarias en el mismo periodo. Un estudio internacional en 37 países halló que 95% de los adolescentes de 12–15 años poseen o tienen acceso a un smartphone, y casi la mitad se declara “casi constantemente” en línea. Incluso entre niños pequeños, el acceso es temprano: más del 50% de los niños de 11 años y ~19% de los de 8 años ya tienen su propio teléfono inteligente. Estas tendencias se han visto acentuadas por la pandemia de COVID-19, durante la cual los confinamientos produjeron un incremento adicional (~67%) en el tiempo de pantalla infantil según revisiones de múltiples países.

### ■ Patrones y contenido del uso digital

El aumento de la conectividad y entretenimiento digital ha cambiado las rutinas diarias de la infancia. Niños y adolescentes dedican varias horas al día a redes sociales, vídeos en línea, videojuegos y otras actividades sedentarias mediadas por pantalla.

**Los riesgos asociados incluyen bajo rendimiento escolar, problemas de comportamiento, alteraciones del sueño y del estado de ánimo.**

Un reporte de Common Sense Media indicó que en EE. UU. los preadolescentes (8–12 años) ya empleaban cerca de 5 horas diarias en medios digitales recreativos en 2019, y los adolescentes

(13–18 años) alrededor de 7,5 horas por día. Además del volumen de horas, ha cambiado el tipo



de medios consumidos: el tiempo dedicado a videos en línea (ej. YouTube, streaming) se duplicó entre 2015 y 2019 en adolescentes, reemplazando parcialmente a la televisión tradicional.

La omnipresencia de dispositivos móviles también implica que los jóvenes se exponen a pantallas a edades cada vez más tempranas, incluso en espacios antes libres de tecnología (autos, restaurantes, dormitorios). Ello conlleva preocupaciones sobre **uso problemático o “adicción”**, caracterizada por dificultad para restringir el uso, aislamiento social, disminución de otras actividades (deporte, lectura, sueño) y síntomas de abstinencia al retirar el dispositivo. Los riesgos asociados incluyen bajo rendimiento escolar, problemas de comportamiento, alteraciones del sueño y del estado de ánimo, entre otros.

Si bien la tecnología ofrece beneficios educativos y de comunicación, **el uso excesivo de pantallas se ha vuelto un factor casi inseparable del sedentarismo infantil**, reforzando un estilo de vida inactivo desde edades tempranas.

## ■ Diferencias socioeconómicas y geográficas

La revolución digital ha afectado tanto a países desarrollados como en desarrollo, aunque con distinta cronología. En economías avanzadas, la saturación tecnológica infantil ocurrió antes (la mayoría de los hogares tenían internet, consolas o smartphones para la década de 2010), mientras que en países emergentes este cambio se ha acelerado más recientemente con la masificación de teléfonos móviles.

No obstante, la brecha digital se reduce: en regiones urbanas de Latinoamérica, Asia o Medio Oriente, las tasas de posesión de smartphones en adolescentes rivalizan con las europeas/norteamericanas. Un matiz relevante es el contenido y el control parental, que varían culturalmente. Por ejemplo, en algunas sociedades el uso educativo de pantallas es fomentado pero se limita el recreativo, mientras que en otras hay menor supervisión del contenido.

A nivel socioeconómico, se ha documentado que niños de hogares de menores ingresos a veces pasan más tiempo frente a pantallas (posiblemente por menos acceso a actividades extracurriculares); un estudio encontró que en EE. UU. adolescentes de familias de bajos ingresos promediaban ~9 h diarias de pantalla, versus ~7 h en hogares de altos ingresos. En síntesis, la **adicción a pantallas es un**

**fenómeno global** que acompaña al sedentarismo: a medida que la tecnología se hace ubicua, los niños de casi todos los entornos pasan más horas inmóviles frente a dispositivos, lo que repercute en su salud física, mental y hábitos sociales.

**A medida que la tecnología se hace ubicua, los niños de casi todos los entornos pasan más horas inmóviles frente a dispositivos, lo que repercute en su salud física, mental y hábitos sociales.**

## 5. Ansiedad en la infancia y adolescencia: evolución y distribución

### ■ Prevalencia y tendencia global

Los trastornos de ansiedad se han vuelto cada vez más comunes entre niños y, sobre todo, adolescentes en las últimas décadas. Se estima que aproximadamente 1 de cada 7 adolescentes (10–19 años) a nivel mundial padece algún trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión las causas principales de morbilidad en este grupo.

**1 de cada 7 adolescentes a nivel mundial padece algún trastorno mental.**

Según datos de la OMS, alrededor del 4,1% de niños de 10–14 años y 5,3% de adolescentes de 15–19 años sufren un trastorno de ansiedad en un momento dado. Esta carga parece haber aumentado en las últimas dos décadas, especialmente en sociedades industrializadas. Un informe de Lancet destacó la “creciente carga de trastornos mentales (incluyendo depresión y ansiedad) en adolescentes” a nivel global en comparación con décadas previas.

Estudios basados en la carga global de enfermedad (GBD) muestran resultados mixtos: la incidencia *ajustada por edad* de trastornos de ansiedad en menores de 20 años podría haberse mantenido estable o incluso disminuido ligeramente a nivel global desde 1990, pero en términos absolutos el número de casos ha crecido y en países desarrollados la incidencia sigue en aumento. Por ejemplo, entre 1990 y 2019 la incidencia anual estandarizada global de ansiedad juvenil habría caído ~2.2%, pero muchos países de ingresos altos experimentaron incrementos sostenidos.

**En países desarrollados la incidencia sigue en aumento a causa de redes sociales, presión académica y otros factores modernos.**

Además, encuestas escolares en diversos países reportan una tendencia al alza en síntomas de ansiedad y depresión adolescente desde mediados de la década de 2010, asociada por algunos expertos al impacto de redes sociales, presión académica y otros factores modernos. La pandemia de COVID-19 también exacerbó la ansiedad infantil, al introducir aislamiento social, incertidumbre y estrés familiar, aunque esos efectos podrían ser transitorios.

### ■ Diferencias regionales y por nivel de desarrollo

La prevalencia de ansiedad infantil varía entre regiones, si bien influyen diferencias en la detección y estigmas culturales. Generalmente, los estudios sugieren tasas reportadas más altas en países de ingresos altos, donde hay mayor conciencia y diagnóstico, que en países de bajos ingresos, donde los problemas de salud mental infantiles pueden subdiagnosticarse. Por ejemplo, datos de 2019 indican que Portugal presentaba la tasa más alta de incidencia de trastornos de ansiedad en adolescentes, mientras que países del sur de Asia como India registraban algunas de las más bajas.

Sin embargo, las comparaciones directas son complejas: en sociedades con menos recursos, la exposición a violencia, pobreza o trauma podría elevar el estrés infantil, pero a la vez factores culturales pueden llevar a expresar menos estos síntomas o a priorizar otras preocupaciones de salud.

Un estudio encontró que la carga de ansiedad (años de vida ajustados por discapacidad, DALYs) correlacionaba positivamente con la disponibilidad de profesionales de salud mental por habitante – es decir, países con mejores sistemas de salud, a menudo más ricos, reportan más casos, en parte por mejor detección.

**Estresores modernos:  
ciberacoso, comparación  
social en línea,  
incertidumbre económica.**

No obstante, la tendencia de aumento en ansiedad juvenil en países desarrollados es preocupante: por ejemplo, en EE. UU. la proporción de adolescentes que reportan síntomas de ansiedad severa ha crecido significativamente desde 2010, especialmente entre chicas adolescentes. Algunos investigadores lo atribuyen a factores como el ciberacoso, la comparación social en línea, incertidumbre económica y otros estresores modernos. En contraste, en muchos países en desarrollo, si bien la ansiedad existe, las principales preocupaciones de salud adolescente pueden seguir siendo las enfermedades infecciosas, la violencia o la pobreza; aun así, con la urbanización y cambios sociales, también se observan incrementos de problemas de salud mental en jóvenes urbanos de Asia, África y Latinoamérica.

## ■ Comorbilidades y edad de inicio

Muchos trastornos de ansiedad comienzan en la infancia o adolescencia temprana y tienden a persistir sin tratamiento. Tipos comunes incluyen la ansiedad por separación en niños más pequeños, y fobias sociales, trastorno de pánico o ansiedad generalizada en adolescentes. La ansiedad infantil a menudo coexiste con otros problemas: es frecuente la comorbilidad con depresión, déficit de atención, problemas de conducta o uso de sustancias en mayores. Niños ansiosos pueden desarrollar síntomas físicos (dolores de cabeza, abdominales) y faltar más a la escuela, lo que afecta su rendimiento académico y sociabilidad. También presentan mayor riesgo de *futuras* conductas poco saludables (p. ej., fumar o beber para manejar el estrés) y otros factores de riesgo cardiovascular (como insomnio crónico, mala alimentación), como se discutirá más adelante. Todo ello subraya que la ansiedad en la infancia no solo causa sufrimiento psíquico, sino que puede tener repercusiones en la salud física a largo plazo.

## 6. Impacto de la obesidad, sedentarismo, pantallas y ansiedad en enfermedades cardiovasculares

Los factores analizados – obesidad, inactividad física (sedentarismo) asociada en parte al uso de pantallas, y ansiedad crónica – están fuertemente ligados a la salud cardiovascular. La **enfermedad cardiovascular (ECV)**, incluyendo cardiopatía isquémica, hipertensión y accidentes cerebrovasculares, tiene sus raíces a menudo en hábitos y exposiciones de la niñez.

A continuación, se detalla cómo cada uno de estos factores contribuye al riesgo cardiovascular, así como sus interacciones.

## ■ Obesidad infantil y riesgo cardiovascular

La obesidad en edades tempranas conlleva cambios fisiopatológicos que aumentan la probabilidad de desarrollar ECV prematuramente. Niños y adolescentes con obesidad presentan con mayor frecuencia factores de riesgo cardiovasculares clásicos: hipertensión arterial, alteraciones en lípidos (colesterol y triglicéridos elevados), resistencia a la insulina y síndrome metabólico.

Estudios longitudinales evidencian que la obesidad infantil se asocia a aterosclerosis acelerada – por ejemplo, adolescentes obesos ya muestran engrosamiento de la íntima arterial y disfunción endotelial, indicadores de arterias “envejecidas”.

La acumulación de grasa visceral e inflamación crónica de bajo grado en la obesidad conduce a *disfunción metabólica*: niveles elevados de insulina y activación del sistema renina-angiotensina, que juntos promueven subidas de presión sanguínea. También aumenta la actividad simpática y se desarrolla hipertrofia ventricular izquierda (engrosamiento del músculo cardíaco) debido a la sobrecarga, cambios estructurales detectables incluso en adolescentes obesos.

En suma, la obesidad infantil “programa” al organismo hacia un perfil cardio metabólico adverso. Un niño con obesidad tiene alta probabilidad de convertirse en un adulto obeso, consolidando esos riesgos en el tiempo. De hecho, investigaciones han mostrado que tener obesidad, presión alta o hiperglucemia en la infancia se asocia a un incremento significativo en la mortalidad cardiovascular en la adultez. Por ejemplo, un estudio halló que la obesidad, intolerancia a la glucosa e hipertensión en infancia triplicaban el riesgo de muerte prematura por causas endógenas (incluyendo cardiopatía) en la vida adulta.

Así, la evidencia es contundente: la obesidad temprana es un potente factor predisponente de cardiopatía, mediada por múltiples mecanismos (metabólicos, hemodinámicos y hormonales) que ya comienzan a actuar en la Niñez.

## ■ Sedentarismo e inactividad física

La falta de actividad física regular es otro pilar fundamental en el desarrollo de ECV. La vida sedentaria contribuye a la enfermedad cardiovascular tanto de forma directa como indirecta. Directamente, la inactividad prolongada se asocia a peor función vascular y cardiorrespiratoria: el ejercicio aeróbico regular aumenta la capacidad cardíaca y mantiene flexibles las arterias, mientras que el sedentarismo crónico favorece rigidez arterial, peor perfusión tisular y tendencia a la formación de coágulos.

**La OMS reconoce la inactividad física como uno de los principales factores de riesgo modificables de mortalidad por enfermedades no transmisibles.**

Indirectamente, el sedentarismo conduce al sobrepeso y obesidad, creando un círculo vicioso con consecuencias metabólicas.

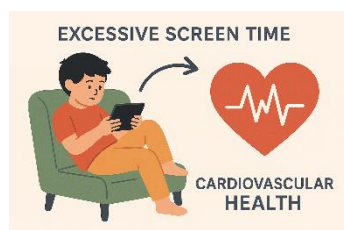
La OMS reconoce la inactividad física como uno de los principales factores de riesgo modificables de mortalidad por enfermedades no transmisibles a nivel global . Personas insuficientemente activas tienen un 20–30% mayor riesgo de muerte por cualquier causa en comparación con aquellas suficientemente activas. En cuanto a desenlaces cardiovasculares, los estudios de cohortes estiman que pasar muchas horas sentado (sedentarismo) se asocia a ~30% más riesgo de eventos cardiovasculares (infarto, ictus). Por el contrario, realizar al menos los 150 minutos semanales de ejercicio moderado recomendados se vincula a reducciones significativas del riesgo: la actividad física habitual se asocia a menor incidencia de hipertensión, mejor perfil lipídico y menor inflamación sistémica.

**150 minutos semanales de ejercicio moderado reduce el riesgo de enfermedades cardio vasculares.**

Beneficios adicionales se extienden a la prevención de diabetes tipo 2 (factor de riesgo cardiaco) y al mantenimiento de un peso saludable. Vale destacar que incluso en niños y adolescentes, aquellos más activos tienden a tener mejor salud cardio metabólica: menor grasa corporal, presión arterial más baja, mejor sensibilidad a la insulina y niveles más saludables de colesterol . Por el contrario, estudios en jóvenes muestran que mayor tiempo sedentario se correlaciona con peor condición física y parámetros metabólicos adversos (p. ej., mayor circunferencia de cintura, triglicéridos altos) .

En resumen, el sedentarismo desde la infancia sienta las bases para la enfermedad cardiovascular, mientras que promover la actividad física en edades tempranas confiere beneficios que persisten en la edad adulta .

## ■ Uso excesivo de pantallas y salud cardiovascular



sistema cardiovascular.

El tiempo excesivo frente a pantallas contribuye al riesgo cardiovascular principalmente mediando otros factores: fomenta la inactividad física, el comportamiento sedentario prolongado y puede alterar los patrones de sueño, todo lo cual impacta negativamente al

**Diversos estudios han empezado a asociar el alto tiempo de pantalla y marcadores de riesgo cardio metabólico en niños.**

Diversos estudios han empezado a documentar asociaciones entre alto tiempo de pantalla y marcadores de riesgo cardio metabólico en niños. Por ejemplo, un estudio danés publicado en 2023 encontró que cada hora extra diaria de pantalla en la infancia se asociaba con incrementos medibles en un índice compuesto de riesgo cardio metabólico (que incluía presión arterial, colesterol, triglicéridos y glucosa). Niños de 10 años con 3 horas más de pantalla al día mostraban un riesgo cardio metabólico aproximadamente 0,25–0,5 desviaciones estándar más alto que sus pares

más activos. Esta relación fue especialmente notable en adolescentes de 18 años, donde un mayor uso de pantallas se vinculó a perfiles metabólicos adversos más marcados.

La fisiología subyacente incluye varios elementos: el sedentarismo prolongado frente a pantallas reduce el gasto energético, favoreciendo el sobrepeso; frecuentemente va acompañado de *picoteo* de alimentos altos en calorías (snacks durante la TV, etc.), agravando la ingesta calórica; además, el uso nocturno de pantallas retrasa la hora de dormir y empeora la calidad del sueño infantil. Un sueño insuficiente o de mala calidad, a su vez, se asocia a desregulación del metabolismo (más apetito, resistencia insulínica) y a elevación de la presión arterial en jóvenes.

De hecho, en el estudio citado, alrededor del 12% del efecto negativo del tiempo de pantalla sobre el riesgo cardio metabólico estuvo mediado por la reducción en la duración del sueño en niños. Adicionalmente, se ha detectado que pasar muchas horas diarias en actividades de pantalla se relaciona con menor variabilidad de la frecuencia cardíaca (un indicador de equilibrio autonómico), similar a lo observado en personas con alto estrés crónico. Sumado todo, si bien las pantallas en sí no “dañan” el corazón de forma directa, los hábitos de vida asociados al uso excesivo de pantallas – sedentarismo, sobre ingesta calórica, alteraciones del sueño – crean un perfil de riesgo muy temprano para hipertensión, aterosclerosis y diabetes.

Algunos investigadores incluso sugieren que la luz azul y sobreestimulación digital nocturna podrían influir en los ritmos circadianos hormonales (como la melatonina), con posibles efectos en la regulación vascular y metabólica a largo plazo.

Por prudencia, muchas guías pediátricas ya recomiendan limitar el tiempo recreativo de pantalla (por ejemplo, a menos de 2 horas diarias en mayores de 5 años) precisamente para proteger la salud física y mental de los niños, incluyendo su salud cardiovascular futura.

## ■ Ansiedad infantil y salud cardiovascular

Aunque pudiera parecer lejana, la salud mental en la infancia también guarda relación con el corazón. La ansiedad crónica o el estrés psicológico prolongado durante la niñez/adolescencia pueden predisponer a enfermedades cardiovasculares a través de múltiples vías. En primer lugar, la ansiedad conlleva una activación reiterada del eje de estrés (sistema nervioso simpático y eje

**La ansiedad influye en la prevalencia de hipertensión e inflamación crónica, e induce a hábitos nocivos para la salud.**

hormonal cortisol), lo que con el tiempo provoca efectos fisiológicos perjudiciales: aumento sostenido de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, mayor liberación de cortisol y adrenalina, y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (un signo de desequilibrio autonómico).

Este estado de hiperestimulación constante puede dañar el endotelio vascular, promover inflamación sistémica y contribuir al desarrollo de hipertensión esencial a edades más tempranas de lo habitual.

Estudios han reportado, por ejemplo, que adultos jóvenes con trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia de hipertensión e indicadores de inflamación (como proteína C-reactiva elevada) en comparación con pares no ansiosos, sugiriendo una conexión biológica. Además, la ansiedad a menudo coexiste con otras conductas de riesgo: niños o adolescentes ansiosos son

más propensos a hábitos como sedentarismo (evitar actividades físicas), mala alimentación (usar comida como consuelo) o incluso al consumo de tabaco/alcohol en edades posteriores para manejar la tensión.

Todos estos comportamientos aumentan directamente el riesgo cardiovascular. Una investigación reciente identificó que en adolescentes con ansiedad severa es frecuente encontrar múltiples factores de riesgo cardio metabólico (obesidad, resistencia insulínica, etc.), y que a mayor severidad de la ansiedad, mayor carga de riesgo cardiovascular concomitante. Incluso experiencias psicológicas adversas en la infancia (abuso, ambientes disfuncionales) han demostrado tener un impacto de largo plazo: un estudio de cohorte mostró que personas con infancias altamente adversas tenían >50% más riesgo de sufrir un infarto o ictus en mediana edad, aun controlando otros factores de riesgo convencionales.

Los autores de dicho estudio sugieren que el estrés crónico temprano produce cambios multisistémicos (neuroendocrinos, inmunológicos) que aceleran la enfermedad cardíaca. Otra posible explicación es que la adversidad y ansiedad en la niñez predisponen a depresión, peor regulación emocional y menor apoyo social en la vida, lo que se asocia con peor adherencia a hábitos cardiosaludables. En definitiva, aunque la ansiedad infantil por sí sola no es considerada un “factor de riesgo tradicional” para ECV, actúa como un factor de riesgo emergente o facilitador: contribuye a establecer o magnificar otros riesgos (hipertensión, obesidad, adicciones) y, mediante el estrés fisiológico, puede acelerar procesos patológicos cardiovasculares.

**Reducir el estrés tóxico y tratar los trastornos de ansiedad en jóvenes podría tener beneficios tangibles en la prevención cardiovascular a largo plazo.**

Es importante señalar que no todos los niños ansiosos desarrollarán enfermedad cardiovascular; la relación es de predisposición, no de determinismo. Sin embargo, a nivel poblacional, reducir el estrés tóxico y tratar los trastornos de ansiedad en jóvenes podría tener beneficios tangibles en la prevención cardiovascular a largo plazo. Esta conexión mente-corazón ilustra la necesidad de un enfoque integral de salud en la infancia, que atienda tanto lo físico como lo emocional.

## 7. Implicaciones de estos factores en el riesgo de cáncer

Además del impacto cardiovascular, la obesidad, la vida sedentaria y (en menor medida) factores psicógenos como la ansiedad también se relacionan con el riesgo de ciertos cánceres. Los mecanismos involucrados difieren, pero convergen en influencias hormonales, metabólicas e inmunológicas que pueden promover la carcinogénesis. A continuación, se explora cómo cada factor incide en la aparición de cáncer y cuáles tipos de cáncer están más asociados.



## ■ Obesidad y cáncer

La obesidad es un conocido factor de riesgo para varios tipos de cáncer, y su inicio en edades tempranas podría aumentar la exposición a este estado de riesgo durante más tiempo en la vida.

**La obesidad, el sedentarismo y (en menor medida) factores psicógenos como la ansiedad se relacionan con el riesgo de ciertos cánceres.**

De acuerdo con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) y otras agencias, el exceso de peso está vinculado con al menos 13 tipos de cáncer en humanos. Estos incluyen cánceres muy prevalentes como el de mama (postmenopáusico), colon y recto, endometrio (útero), riñón, hígado, ovario, páncreas, esófago (adenocarcinoma), vesícula biliar, tiroides, mieloma múltiple y meningiomas.

En conjunto, se estima que hasta el 40% de todos los cánceres diagnosticados anualmente están asociados con sobrepeso/obesidad. Los mecanismos biológicos detrás de esta asociación son diversos y están bien documentados: la adiposidad excesiva provoca un estado de inflamación crónica de bajo grado y altera el equilibrio de hormonas y factores de crecimiento. El tejido graso produce cantidades mayores de adipocinas y citocinas proinflamatorias (como TNF- $\alpha$ , IL-6) en personas obesas, generando un entorno inflamatorio sistémico. Esta inflamación sostenida puede dañar el ADN y facilitar un ambiente propicio para la iniciación y promoción tumoral. Asimismo, la obesidad conlleva hiperinsulinemia y niveles elevados de factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1), que promueven la proliferación celular y la inhibición de la apoptosis (muerte celular programada).

En mujeres, el exceso de grasa aumenta la conversión periférica de andrógenos a estrógenos, elevando las concentraciones de estrógeno circulante – lo que está fuertemente implicado en cánceres hormonales como el de mama y endometrio. Otro hallazgo reciente es que la obesidad afecta la inmunovigilancia antitumoral: estudios sugieren que en niños obesos las células “Natural Killer” (NK), cruciales en eliminar células anormales, se encuentran en un estado de activación disfuncional y agotamiento metabólico. Esto podría suprimir la inmunidad antitumoral desde edades tempranas, permitiendo que células premalignas escapen al control inmunológico.

**La prevención y control de la obesidad desde la infancia es, por tanto, una estrategia importante no solo contra la diabetes y ECV, sino también contra el cáncer.**

obesidad mantenida desde la infancia hasta la juventud se asociaba a más cánceres gastrointestinales (como esófago y gástrico) en la adultez. Incluso la obesidad transitoria en la pubertad (aunque luego se adelgace) parece dejar cierta “huella” elevando modestamente el riesgo de cáncer en el futuro.

Los datos epidemiológicos confirman la traducción clínica de estos mecanismos: investigaciones longitudinales han mostrado que un IMC alto en la niñez/adolescencia aumenta significativamente el riesgo de cáncer en la adultez. Por ejemplo, un estudio encontró que varones que fueron obesos a los 18 años tenían 70% mayor riesgo de cáncer relacionado con obesidad en la mediana edad. Otro trabajo señaló que



En definitiva, la obesidad –especialmente si inicia pronto– actúa como un carcinógeno metabólico: a través de inflamación, alteraciones endocrinas y menor vigilancia inmune, favorece la aparición de diversos tumores. La prevención y control de la obesidad desde la infancia es, por tanto, una estrategia importante no solo contra la diabetes y ECV, sino también contra el cáncer.

## ■ Sedentarismo y riesgo de cáncer

La actividad física regular es un factor protector reconocido frente a varios tipos de cáncer, mientras que un estilo de vida sedentario los favorece. Múltiples estudios epidemiológicos han establecido que la inactividad física aumenta el riesgo de cáncer colorrectal, de mama (posmenopausia) y de endometrio, entre otros. Por ejemplo, metaanálisis indican que personas con los niveles más altos de sedentarismo (p. ej., muchas horas sentadas al día, trabajos sedentarios) tienen alrededor de un 30% más riesgo de desarrollar cáncer de colon que aquellas más activas, incluso después de ajustar por obesidad.

En el cáncer de mama posmenopáusico y endometrial, la diferencia de riesgo entre mujeres más activas vs. más sedentarias suele estar en el rango 20–25% a favor de las activas. Además, evidencias más recientes sugieren relación con cáncer de pulmón: un gran metaanálisis de 2019 halló una asociación entre estrés laboral (sedentario) y mayor incidencia de cáncer de pulmón, colorrectal y esófago.

**El sedentarismo  
propicia un entorno  
pro-tumoral similar al  
de la obesidad.**

Aunque los mecanismos no son tan directos como con la obesidad, hay varias explicaciones plausibles: la actividad física mejora la motilidad intestinal (reduciendo el tiempo de contacto de posibles carcinógenos con la mucosa colónica), optimiza el perfil hormonal (p. ej., reduce estrógenos circulantes en mujeres, lo cual protege contra el cáncer de mama/endometrio) y potencia la respuesta inmune.

El sedentarismo, por el contrario, suele venir acompañado de sobrepeso, niveles más altos de insulina y factores inflamatorios, que –como se explicó– propician un entorno pro-tumoral similar al de la obesidad. De hecho, parte del efecto perjudicial del sedentarismo en cáncer está mediado por la obesidad resultante; sin embargo, estudios señalan que incluso controlando por



IMC, el sedentarismo per se mantiene asociación con ciertos cánceres, lo que indica que hay efectos independientes (posiblemente vía inflamación o metabolismo hormonal).

Un aspecto particular es el tiempo prolongado sentado: investigaciones sobre comportamiento sedentario (tiempo sentado ininterrumpido) revelan que permanecer muchas horas seguidas sin mover los músculos esqueléticos disminuye la captación de glucosa muscular y activa vías inflamatorias. Esto podría contribuir a la carcinogénesis a largo plazo. Adicionalmente, las personas sedentarias pueden tener peor circulación sanguínea y menor función antioxidante, factores que impactan en cómo

el cuerpo repara daños genéticos. En contraste, hacer ejercicio induce enzimas antioxidantes y mejora la reparación del ADN en algunos estudios experimentales.

Por tanto, un estilo de vida activo es un factor preventivo importante contra el cáncer, reconocido en guías de prevención oncológica. La OMS destaca que la actividad regular se asocia a menor riesgo de cáncer en sitios específicos, y se estima que alrededor del 3% de los casos totales de cáncer podrían atribuirse a la falta de ejercicio (una cifra similar a la atribuida al consumo de alcohol, por ejemplo). En resumidas cuentas, el sedentarismo y la escasa actividad física aumentan la propensión a ciertos cánceres clave, ya sea directamente o facilitando otros factores como la obesidad. Invertir esta tendencia –más actividad desde la juventud– no solo mejorará la salud cardiovascular, sino que ayudará a reducir la carga de cáncer en el largo plazo.

## ■ Rol del tiempo de pantalla

Dado que el tiempo de pantalla es fundamentalmente sedentarismo, su influencia en el riesgo de cáncer es similar a la recién descrita. No obstante, cabe mencionar un efecto adicional potencial: el uso excesivo de pantallas en horarios nocturnos puede alterar ritmos circadianos, incluyendo la supresión de melatonina (una hormona con propiedades oncoprotectivas). La alteración crónica del ciclo sueño-vigilia está siendo investigada como factor de riesgo de cáncer; por ejemplo, el trabajo nocturno (que reduce melatonina) fue clasificado como carcinógeno 2A (probable) por la IARC debido a su asociación con cáncer de mama.

Aunque un adolescente usando el móvil hasta tarde no es equiparable a un trabajador nocturno, la hipótesis es que la deuda crónica de sueño y disrupción circadiana en etapas tempranas podría tener efectos acumulativos modestos en la regulación hormonal e inmune. Por el momento, no existe evidencia clara de que el “uso de pantallas” en sí aumente la incidencia de cáncer. Sin embargo, como ya se dijo, el sedentarismo ligado a pantallas sí lo hace, al favorecer obesidad y reducir la actividad protectora. Por tanto, desde una perspectiva de salud pública, limitar el tiempo sedentario (incluido el digital) e incrementar la actividad física es doblemente beneficioso: mejora la salud cardiovascular y disminuye el riesgo de cáncer de por vida.

## ■ Ansiedad, estrés crónico y cáncer

La relación entre factores psicológicos y cáncer es compleja y aún no totalmente esclarecida. A diferencia de la ECV, donde la conexión con el estrés crónico está más aceptada, en cáncer los hallazgos son mixtos.

### ¿Puede la ansiedad crónica o el estrés psicosocial contribuir al desarrollo de cáncer?

Algunos estudios sugieren que sí, aunque principalmente de forma indirecta. Por ejemplo, el estrés prolongado puede conducir a hábitos poco saludables como fumar, beber alcohol en exceso o comer en demasía, que son factores causales de varios cánceres. En ese sentido, alguien que crece con ansiedad o trauma puede tener mayor riesgo de cáncer de pulmón (por fumar) o de hígado (si recurre al alcohol), etc., pero la causa mediata serían esos comportamientos de riesgo más que el estrés en sí.

En línea con esto, un metaanálisis de 2018 encontró asociación entre estrés laboral crónico y mayor incidencia de cáncer de pulmón, colon y esófago, pero otra revisión no halló vínculo significativo con cáncer de mama o próstata. Incluso cuando se observan asociaciones, suelen

**Puede haber relación de causalidad entre el estrés o la ansiedad crónicos con el cáncer.**

ser de magnitud modesta y difíciles de separar de factores de confusión (p. ej., el estrés se asocia a nivel socioeconómico, y este a su vez al riesgo de cáncer).

Dicho esto, sí existen mecanismos biológicos plausibles que conectarían el estrés/ansiedad con la biología del cáncer.

El estrés crónico, a través de hormonas como norepinefrina y cortisol, puede afectar el microambiente tumoral: experimentos en animales han mostrado que la norepinefrina puede promover la angiogénesis y metástasis tumorales. Asimismo, el cortisol crónicamente elevado suprime ciertas funciones inmunitarias; en modelos se ha visto que altos glucocorticoides pueden inhibir la apoptosis de células cancerosas y reducir la capacidad del sistema inmune de reconocerlas. De hecho, se ha documentado que el estrés crónico puede disminuir la actividad de células NK (natural killer) en humanos, mermando la primera línea de defensa inmunitaria contra células malignas.

Por tanto, en teoría, un niño o joven sometido a estrés severo y prolongado podría experimentar menor inmunovigilancia y más inflamación, combinación que podría facilitar tanto la iniciación del cáncer (por menor reparación inmunitaria de células dañadas) como su progresión (un entorno inflamatorio ayuda al tumor). Algunos datos clínicos apoyan parcialmente esto: por ejemplo, ciertos estudios observaron que pacientes oncológicos con alto nivel de estrés tienden a tener progresión más rápida de la enfermedad que aquellos con buen apoyo psicosocial.

En cualquier caso, en cuanto a incidencia de cáncer en población general, la evidencia hasta ahora no es concluyente para afirmar que la ansiedad o estrés por sí solos sean causas directas relevantes. La postura del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de EE. UU. es que, si bien el estrés crónico causa numerosos problemas de salud (digestivos, cardíacos, inmunológicos), no está claro si aumenta el riesgo de contraer cáncer. Algunos estudios encuentran asociación, otros no, y podría depender del tipo de cáncer.

Es muy posible que el estrés sea un cofactor que junto con predisposición genética y exposiciones físicas contribuya en algunos cánceres, pero es difícil de medir. En contraste, la contribución indirecta sí es evidente: como se señaló, el estrés/ansiedad a menudo llevan a fumar tabaco, dieta poco saludable, sedentarismo – y estos sí aumentan riesgos oncológicos.

Por todo ello, desde el punto de vista preventivo, reducir la ansiedad crónica y enseñar habilidades de afrontamiento desde la infancia es valioso principalmente para mejorar la calidad de vida y prevenir comportamientos nocivos; cualquier efecto beneficioso adicional en prevención de cáncer sería un plus.

En resumen, la ansiedad infantil no se puede señalar como causa directa de cáncer, pero encaja en un entramado de factores que debilitan las defensas del organismo y promueven hábitos que,

a largo plazo, elevan la susceptibilidad a ciertos cánceres. Mantener una buena salud mental en los jóvenes, por ende, es parte de una estrategia integral de promoción de la salud, que complementa los esfuerzos más tangibles (dieta, ejercicio, evitar tabaco/alcohol) en la reducción del riesgo de cáncer.

## 8. Conclusiones

### ■ Resumen de hallazgos

Desde el año 2000 hasta la actualidad, se ha producido un deterioro global en indicadores clave de salud infantil: las tasas de obesidad se han disparado en prácticamente todas las regiones, la gran mayoría de niños y adolescentes llevan una vida físicamente inactiva, el tiempo dedicado a pantallas y medios digitales se ha incrementado exponencialmente, y se observa una creciente prevalencia o reconocimiento de trastornos de ansiedad en jóvenes.

En 2022, aproximadamente 1 de cada 5 niños en el mundo padece sobrepeso u obesidad; más de 4 de cada 5 adolescentes no realizan suficiente ejercicio; muchos pasan varias horas diarias ante pantallas, con un promedio de ~6–7 horas al día globalmente en actividades conectadas; y cerca del 5% de los adolescentes sufre trastornos de ansiedad diagnosticables, con porcentajes mayores reportando niveles significativos de estrés.

Estas tendencias afectan en mayor medida a los países industrializados y urbanos, aunque ningún rincón del planeta es ajeno: la obesidad infantil crece tanto en Norteamérica como en África; el sedentarismo es la norma desde Europa hasta Asia; la penetración de smartphones llega incluso a comunidades de medianos y bajos recursos; y la ansiedad juvenil es un fenómeno reconocido en diversos entornos culturales.

### ■ Diferencias entre regiones y desarrollo

Al segmentar por regiones geográficas, se constatan brechas importantes. Las regiones de las Américas y algunas islas del Pacífico lideran las estadísticas de obesidad infantil (con prevalencias ~15–20%), mientras que regiones de África y partes de Asia aún presentan tasas más moderadas (2–6%) países ricos (EE.UU., Corea del Sur), aunque en todos los casos la inactividad supera el 60%. Esto sugiere que, además del nivel de desarrollo económico, factores culturales y de estilo de vida (ej. énfasis en deportes escolares, seguridad para jugar en exteriores, roles de género) influyen en estos indicadores de salud.

No obstante, en términos generales los países desarrollados enfrentan la “fase avanzada” de estas epidemias: un mayor porcentaje de niños con obesidad, más sedentarismo digital y altas tasas de ansiedad y depresión juvenil según los estudios.

Los países en desarrollo están “alcanzando” rápidamente patrones similares conforme adoptan dietas occidentales, urbanización y tecnologías digitales, a menudo sin haber erradicado los

problemas tradicionales (desnutrición, enfermedades infecciosas), lo que agrava la carga doble para sus sistemas de salud .

## ■ Implicaciones en enfermedades crónicas

En el informe se explica cómo estas condiciones interactúan con la aparición de enfermedades cardiovasculares y ciertos cánceres. La evidencia científica indica relaciones sólidas y preocupantes:

- ✓ La obesidad infantil da lugar a factores de riesgo cardio metabólico desde edades tempranas (hipertensión, dislipidemia, resistencia insulínica) que predisponen fuertemente a infartos y derrames cerebrales en la adultez .
- ✓ El sedentarismo y la falta de ejercicio, exacerbados por el uso excesivo de pantallas, no solo contribuyen a la obesidad sino que por sí mismos elevan el riesgo de cardiopatías y mortalidad cardiovascular.
- ✓ La ansiedad crónica en la infancia puede considerarse un factor adicional que, a través del estrés sostenido, potencia la aparición de hipertensión y hábitos nocivos, cerrando el círculo que lleva a enfermedad cardíaca prematura.
- ✓ En el terreno de la oncología, se ha reconocido que la obesidad (y en menor grado el sedentarismo) es un agente carcinógeno modificable: alrededor del 13% de los cánceres globales podrían atribuirse al exceso de peso, mediando mecanismos como inflamación crónica, hiperinsulinemia y disrupción hormonal. La actividad física actúa, por el contrario, como factor protector anticáncer, mientras que una vida sedentaria prolongada se vincula a mayor incidencia de tumores de colon, mama, endometrio, entre otros. El papel del estrés/ansiedad en cáncer, si bien menos claro, podría contribuir indirectamente al fomentar comportamientos de riesgo (tabaquismo, etc.) y debilitar la vigilancia inmunitaria frente a células malignas.

## ■ Recomendaciones y perspectiva de salud pública

Los hallazgos subrayan la urgente necesidad de **intervenciones integrales desde la infancia** para frenar estas tendencias y prevenir futuras epidemias de enfermedades no transmisibles.

En concreto, las estrategias deberían incluir:

- ✓ **Promoción de dietas saludables** y entornos alimentarios regulados para combatir la obesidad infantil;
- ✓ **Fomento de la actividad física** en escuelas y comunidades (infraestructura para juegos, deporte para niñas y niños por igual, campañas que involucren a las familias) para reducir el sedentarismo;
- ✓ **Educación y límites en el uso recreativo de pantallas**, animando a alternativas de ocio activo y social, así como higiene del sueño; e
- ✓ **Inversión en salud mental infantil**, con detección temprana de problemas de ansiedad/depresión y programas de resiliencia emocional.

Estas acciones tienen beneficios sinérgicos: por ejemplo, aumentar la actividad física no solo quema calorías sino que mejora el estado de ánimo y la autoestima, ayudando también con la ansiedad; regular el tiempo de pantalla libera horas para deporte, interacción familiar y sueño adecuado, mejorando múltiples facetas de la salud. De igual manera, abordar factores estructurales –como la urbanización sin espacios seguros para jugar, o la comercialización de alimentos ultra procesados hacia niños– requerirá políticas públicas decididas.

En conclusión, la evolución global desde 2000 muestra una [infancia cada vez más expuesta a factores de riesgo crónicos](#), lo que ya se traduce en adolescentes con hipertensión o prediabetes, y que en las próximas décadas podría disparar la carga de cardiopatías y cánceres a edades tempranas. Sin embargo, esta trayectoria no es irreversible. Las tendencias pueden cambiarse con esfuerzos coordinados de los sistemas de salud, escuelas, gobiernos y las propias familias.

[Proteger la salud de la niñez frente a la obesidad, el sedentarismo, el uso nocivo de pantallas y el estrés excesivo no solo mejorará su bienestar inmediato, sino que prevendrá innumerables casos de enfermedad cardiovascular y cáncer en el futuro, salvando vidas y recursos. El momento de actuar es ahora, incorporando estos hallazgos en políticas y prácticas que aseguren que las nuevas generaciones crezcan más saludables, activas y resilientes.](#)

### Referencias bibliográficas:

- Zhang X. et al. (2024). *Global Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents, 2000–2023*. **JAMA Pediatr.** 178(8): e232430.
- World Health Organization (2025). *Obesity and overweight – Key facts*. WHO Fact Sheet, 7 May 2025
- Guthold R. et al. (2019). *Global trends in insufficient physical activity among adolescents*. **Lancet Child Adolesc Health** 4(1): 23-35
- World Health Organization (2019). *New WHO-led study says majority of adolescents worldwide are not sufficiently physically active*. News Release, 22 Nov 2019.
- Van Sluijs E. et al. (2021). *Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities*. **Lancet** 398(10298): 387-401
- Li X. et al. (2024). *Thirty-year trends of anxiety disorders among adolescents (10–19) – GBD 2019 study*. **Glob Psychiatry** 17:e1001
- Raj M. (2012). *Obesity and cardiovascular risk in children and adolescents*. **Indian J Endocrinol Metab** 16(1):13-19
- Ouaknin S. (2016). *Anxiety as a Risk Factor for Cardiovascular Diseases*. **Front Psychiatry** 7:25
- Pierce J. et al. (2018). *Traumatic childhood could increase heart disease risk in adulthood*. AHA News
- Centers for Disease Control (2025). *Obesity and Cancer – Fact Sheet*. CDC, updated 11 June 2025
- McTiernan A. et al. (2019). *Sedentary behavior, obesity and cancer etiology: biological mechanisms and research priorities*. **Cancer** 125(24): 5032-5040
- National Cancer Institute (2021). *Stress and Cancer: Fact Sheet*. NCI, updated 2021