

# Prevalencia y tendencias en el mundo

[ebook.ecog-obesity.eu/es/epidemiologia-prevencion-europa/prevalencia-y-tendencias-en-el-mundo](http://ebook.ecog-obesity.eu/es/epidemiologia-prevencion-europa/prevalencia-y-tendencias-en-el-mundo)



## **Tim Lobstein**

World Obesity Federation (Federación Mundial de la Obesidad)  
(anteriormente International Association for the Study of Obesity — Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad—)  
Londres, Reino Unido.



# Introducción

Aunque existen varios métodos y enfoques distintos para medir la obesidad y el sobrepeso infantiles, todos los estudios disponibles presentan una particularidad: un rápido y sustancial aumento del número de niños afectados en la mayoría de las regiones del mundo. En las economías más desarrolladas, los niveles de prevalencia de la obesidad infantil se han duplicado, e incluso triplicado en algunos casos, en el periodo comprendido entre finales de los años setenta y finales de siglo [1], encontrando los niveles más altos en los hogares con menos ingresos y en algunas minorías étnicas. En las economías menos desarrolladas, los niveles de obesidad infantil también han aumentado rápidamente, sobre todo desde la década de los noventa y, especialmente, en las zonas urbanas y entre los niños pertenecientes a los hogares con más recursos [2].

## Definiciones de sobrepeso y obesidad infantiles utilizadas en los estudios

Entre los niños más pequeños es una práctica habitual utilizar el criterio de peso por estatura en lugar del índice de masa corporal (IMC) para indicar su situación nutricional. Esta práctica se basa en las definiciones existentes utilizadas para determinar si hay peso insuficiente y retraso del crecimiento, en las que se compara el peso por edad, la estatura por edad y el peso por estatura del niño con las curvas de crecimiento normal tomadas en una población de referencia.

En los últimos años, el IMC se ha utilizado en los estudios como una forma válida, aunque indirecta, de medir el nivel de adiposidad en adultos, estando cada vez más aceptado su uso para medir también el nivel de adiposidad en niños y adolescentes [1], [3]. Esto ha conducido a la existencia de diversos criterios para establecer unos límites de IMC adecuados, que tengan en cuenta las fluctuaciones que se producen en dicho índice durante el crecimiento normal. Se han desarrollado varias gráficas de referencia de IMC por edad, como las utilizadas por el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de Estados Unidos, las que utiliza el Ministerio de Sanidad del Reino Unido o las elaboradas por otras autoridades nacionales. Dichas curvas de referencia nacional nos proporcionan un conjunto de límites para determinar el sobrepeso y la obesidad entre los niños de ambos sexos para todas las edades.

Debe señalarse que las curvas de referencia utilizadas para determinar el sobrepeso y la obesidad pueden ayudar a comparar diferentes grupos de población, así como a controlar los cambios producidos en una población a lo largo del tiempo; pero, para el diagnóstico clínico de cada niño en particular, se requiere una evaluación más detallada del mismo para controlar sus pautas de crecimiento individual y asegurarnos de que, por ejemplo, un IMC alto no se debe a una gran cantidad de masa muscular o a un retraso del crecimiento lineal.

La dificultad para comparar estudios que utilizaban diferentes curvas de referencia nacional llevó a la creación de un comité de expertos organizados por el International Obesity Task Force (IOTF) –Grupo de Trabajo

Internacional sobre Obesidad—, que propuso un conjunto de límites de IMC basados en datos procedentes de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Singapur, Holanda y Estados Unidos. El comité coincidió en que el sobrepeso y la obesidad infantiles debían definirse en función de los percentiles que pasaban sobre los puntos 25 y 30 del IMC a los dieciocho años. El conjunto resultante de límites de IMC para niños, en función de la edad y el sexo, se publicó en el año 2000 [4]. En 2012 se publicó una versión más detallada de este método que ampliaba los valores hasta incluir el 35 y el 40 a los dieciocho años, en intervalos mensuales desde los dos hasta los dieciocho años [5].

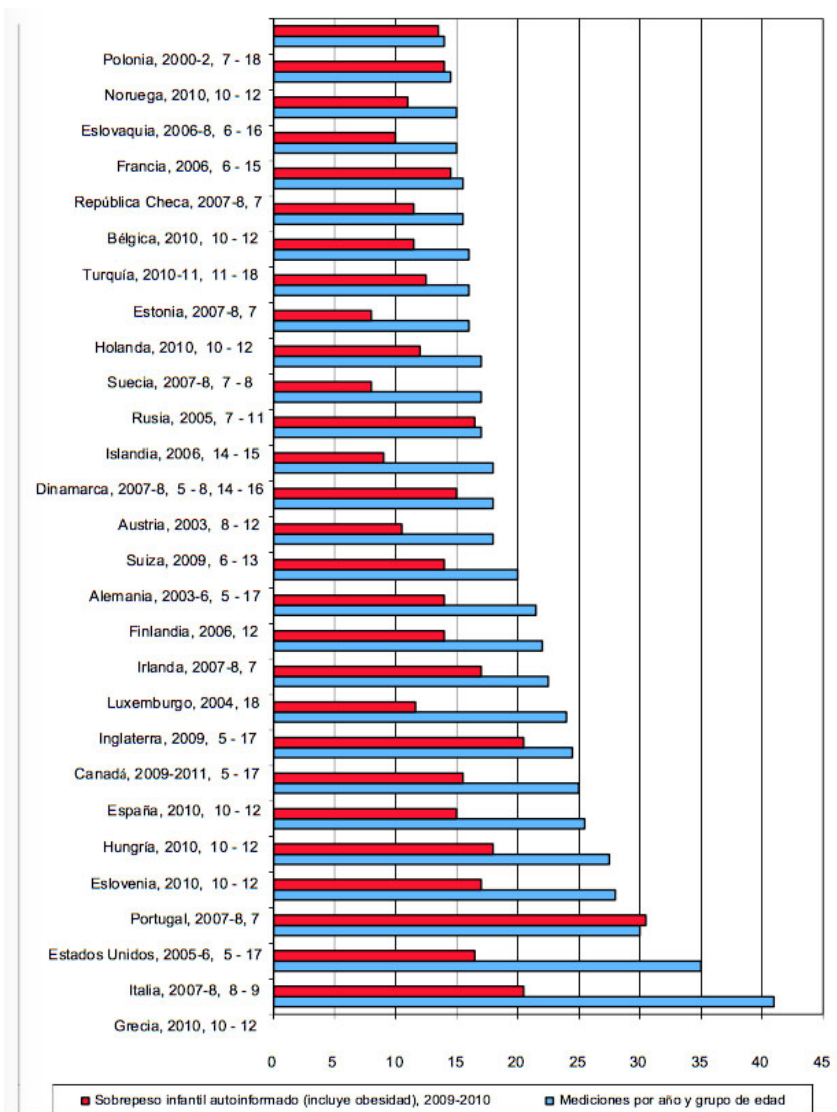
Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó previamente el uso de un conjunto de valores basados en una población de referencia de Estados Unidos, recientemente ha revisado estas recomendaciones. Los datos de Estados Unidos habían incluido una gran cantidad de bebés alimentados con leche de fórmula, con patrones de crecimiento diferentes de los que presentan los bebés amamantados, lo que probablemente subestimaba la verdadera extensión del sobrepeso entre los niños más pequeños. Consecuentemente, la OMS ha publicado un conjunto de gráficas de crecimiento normal basadas en datos de bebés sanos amamantados y niños de cero a cinco años y ha ampliado estadísticamente estas curvas para proporcionar un grupo de gráficas de referencia para los niños de cinco a diecinueve años [6]. Estos valores y gráficas de referencia de la OMS se analizan con más detalle en el capítulo de este libro elaborado por De Onis.

Como consecuencia de estos diferentes criterios, se debe extremar la precaución al examinar las prevalencias del sobrepeso y la obesidad publicadas, ya que los niveles de prevalencia basados en un determinado conjunto de límites o curvas de referencia no deben compararse directamente con aquellos que se basan en otros. Además, el uso de los valores límite puede variar porque algunos informes proporcionan el valor de prevalencia para todos los niños con sobrepeso, incluyendo a los que son obesos, mientras que otros los excluyen al calcular el nivel de prevalencia del sobrepeso. Los lectores también deben tener en cuenta que los niveles de prevalencia que utilizan curvas de referencia de Estados Unidos a veces utilizan «con riesgo de sobrepeso» y «sobrepeso» para referirse a los dos niveles más altos de adiposidad, mientras que otras veces utilizan «sobrepeso» y «obesidad».

Asimismo, es necesario examinar cuidadosamente la metodología de estudio utilizada. Una de las mayores causas de imprecisión es el uso de tallas y pesos facilitados por los propios encuestados o por sus padres, en lugar de utilizar medidas tomadas directamente por profesionales de la salud. Las diferencias pueden ser considerables: el gráfico 1 muestra las estimaciones de prevalencia del sobrepeso (usando las definiciones del IOTF) con datos recopilados por los propios encuestados y con datos de encuestas en las que se realizaron las mediciones directamente.

**Gráfico 1: Comparación entre las estimaciones de sobrepeso y obesidad calculadas con mediciones y con datos aportados por los propios encuestados en países seleccionados**

Sobrepeso definido según criterio del IOTF (incluye a los obesos).



Fuente: OCDE 2013 [26]

En este capítulo, a menos que se indique lo contrario, los niveles de prevalencia están basados en pesos y tallas medidos, y el sobrepeso y la obesidad se han definido según el sistema de clasificación internacional del IOTF.

## Niveles de prevalencia en el mundo

Las primeras estimaciones de prevalencia mundial de sobrepeso y obesidad en niños en edad escolar se realizaron en el año 2004. Entonces, la conclusión fue que, aproximadamente, el 10 % de los niños en edad escolar (de 5 a 17 años) padecía sobrepeso, de los que en torno a una cuarta parte eran obesos (entre un 2 % y un 3 % de los niños a nivel mundial) [1]. Esta media mundial abarca una amplia gama de niveles de prevalencia en los diferentes países y regiones; mientras que África y Asia presentan unos niveles medios de prevalencia del sobrepeso muy por debajo del 5 %, en América y Europa los valores se sitúan por encima del 20 %. Estimaciones más recientes muestran, en general, un pequeño cambio: mientras que los niveles de prevalencia del sobrepeso se han estabilizado o han descendido ligeramente en los países con ingresos altos, en los países emergentes de renta media han aumentado significativamente (véase la tabla 1).

**Tabla 1. Estimación de la prevalencia del exceso de peso en niños en edad escolar en las diferentes regiones del mundo entre 2010 y 2013**

Porcentaje de niños de 5 a 17 años (ambos inclusive)

Regiones definidas por la Organización Mundial de la Salud

Definiciones de sobrepeso y obesidad según el IOTF

Region*	Obesidad		Sobrepeso (incluyendo a los obesos)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
América	9.6	9.3	27.9	26.3
Europa y países de la antigua Unión Soviética	4.6	4.2	20.4	19.4
Oriente Medio y Norte de África	6.4	6.7	17.0	18.8
Sudeste Asiático (incluye la India)	2.5	0.5	12.6	7.1
Pacífico Occidental (incluye China)	2.0	1.2	8.0	6.2
África Subsahariana	1.0	1.1	3.8	5.7
Estimación mundial	3.8	3.0	14.0	12.1

Fuente: IASO 2013 [9]

## **América**

En Estados Unidos hay disponibles datos completos y comparables, representativos a nivel nacional de las tendencias de prevalencia de la obesidad, ya que se vienen realizando encuestas desde los años sesenta. Datos de 2009 y 2010 muestran que el 34 % de los niños de entre cinco y diecisiete años padecía sobrepeso (incluyendo a los que eran obesos) [7]. En un estudio realizado en Canadá en el año 2004, el 26 % de los niños más pequeños y el 29 % de los niños de más edad padecían sobrepeso, lo que prácticamente doblaba el nivel de prevalencia en niños hallado veinticinco años antes [8].

Los países de América Central y del Sur muestran un rápido aumento de las tasas de obesidad [9]. En México, un estudio realizado entre 1998 y 1999 en niños de once a catorce años reveló que el 33 % de los niños y niñas padecía sobrepeso u obesidad (utilizando definiciones de Estados Unidos). Los niveles eran más altos entre las familias con mejor situación económica y en las zonas urbanas. En Brasil, la prevalencia del sobrepeso entre los niños en edad escolar era del 14 % en 1997, en comparación con tan solo el 4 % de 1974. En Chile, la prevalencia del sobrepeso entre los escolares era del 26 % en el año 2000 y en Argentina del 30 % en el 2005.

## **Europa**

En esta región, los niveles más altos de prevalencia de la obesidad infantil se encuentran en varios países del sur. La Child Obesity Surveillance Initiative (Iniciativa para la Vigilancia de la Obesidad Infantil), que ha establecido una metodología de vigilancia uniforme en varios países europeos, muestra una prevalencia del sobrepeso (incluyendo la obesidad) en niños de entre siete y ocho años que va desde el 15 % de Noruega hasta el 36 % de Italia [10].

**Tabla 2. Obesidad infantil en países europeos seleccionados (2009-2010)**

Niños de entre 7 y 8 años, criterio de la IOTF

	Obesidad		Sobrepeso (incluyendo a los obesos)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Noruega	3.0	4.0	13.5	17.4
Bélgica	3.9	4.9	14.5	18.4
Letonia	4.5	3.1	15.3	15.1
República Checa	3.8	4.0	15.8	14.7
Suecia	2.5	3.5	16.0	17.8
Lituania	5.1	5.1	16.1	16.2
Bulgaria	6.6	9.0	20.1	24.2
Irlanda	6.3	5.6	21.1	22.8
Eslovenia	7.8	6.7	24.7	23.8
Portugal	7.9	9.3	26.8	28.5
Italia	13.6	11.8	37.2	34.7

Fuente: Wijnhoven et al 2012 [10]

Se ha encontrado una fuerte pendiente de norte a sur en Europa, tanto en este estudio como en otros, sin que las razones para ello estén claras. Aunque los factores genéticos pueden jugar un papel importante, todos los países de esta región muestran un marcado aumento de la prevalencia en las últimas décadas, lo que indica que todos los niños están expuestos al riesgo, en cierta medida. El núcleo familiar del niño o los ingresos familiares pueden ser una variable relevante, posiblemente, debido a factores alimenticios relacionados con el nivel de ingresos, como la nutrición de la madre durante el embarazo, o la alimentación del bebé (si ha sido alimentado con leche materna o con biberón), así como la calidad de la alimentación durante la infancia. El grado de desigualdad social también puede desempeñar un papel importante (véase más abajo).

## **Norte de África, Mediterráneo Oriental y Oriente Medio**

Varios países de esta región parecen mostrar altos niveles de obesidad infantil. La siguiente tabla (Tabla 3) procede de datos de altura y peso informados por los propios encuestados en la Global School-based Student

Health Survey (Encuesta Mundial de Salud a Escolares) para niños de trece a quince años [11].

**Tabla 3. Datos de sobrepeso y obesidad infantiles informados por los propios encuestados en países seleccionados del Norte de África, el Mediterráneo Oriental y Oriente Medio entre 2007 y 2012**

Niños de 13 a 15 años, criterio de la OMS

	<b>Obesidad</b>	<b>Sobrepeso (incluyendo a Obesidad los obesos)</b>
Pakistán 2009	1	6.5
Yemen 2008	4.4	11.8
Sudán 2012	3.6	11.4
Marruecos 2010	2.5	14.1
Yibuti 2007	4.6	16.3
Jordania 2007	5	21.2
Siria 2010	5.8	21.7
Palestina 2010	6.1	22.4
Líbano 2011	6.7	24.1
Irak 2012	7.9	25.3
Libia 2007	8.2	26
Egipto 2011	7	32.5
EAU 2010	14.4	38.4
Kuwait 2011	22.7	51.4

Fuente: Global School-based Student Health Survey [11]

El problema no se limita a los adolescentes. Una encuesta realizada entre casi 20 000 niños en Arabia Saudí en el año 2005 reveló que el 12 % de los niños de cinco años padecía sobrepeso, incrementándose esta cifra hasta superar el 27 % a los diez años y continuando a este mismo nivel durante la adolescencia. En la provincia iraní de Birjand, el 18 % de los niños en edad preescolar, de 2,0 a 4,9 años padecía sobrepeso u obesidad [12]. A los diez años, el 39 % de los niños kuwaitíes padecía sobrepeso u obesidad [13], aunque en Marruecos la cifra se sitúa por



debajo del 9 % [14].

## Asia y Pacífico

En los países económicamente más desarrollados, las cifras de prevalencia para los niños en edad escolar y preescolar son considerablemente más elevadas. Entre los niños y adolescentes australianos con edades comprendidas entre los siete y los quince años la prevalencia del sobrepeso (incluyendo la obesidad) se duplicó, pasando del 11 % al 21 % entre 1985 y 1995, alcanzando el 27 % entre 2007 y 2008 [15].

**Tabla 4. Prevalencia del sobrepeso infantil en países seleccionados de Asia y Australasia entre 2007 y 2012**

Sobrepeso (según criterios de la OITF)

	Año de la encuesta	Rango de edad	Sexo masculino	Sexo femenino
Sri Lanka	2003	10 – 15	1.7	2.7
China	2009	6 – 12	15.5	14.5
Mauricio	2006	9 – 10	15.8	18.9
India	2007/8	2 – 17	20.6	18.3
Singapur	1993	10	25.5	17.6
Taiwán	2001	6 – 18	26.8	16.6
Australia	2007	2 – 16	22	24
Nueva Zelanda	2007	5 – 14	28.2	28.8

Fuente: IASO [9]

En China Continental, cuya población representa un quinto de la población mundial, la prevalencia de la obesidad ha aumentado rápidamente durante las dos últimas décadas, tanto en adultos como en niños. Si utilizamos un método agrupado para estimar el sobrepeso, un meta-análisis calculó que el sobrepeso afectaba al 2 % de los niños chinos a principios de los años ochenta, aumentando la cifra hasta el 21 % para el período 2006-2010. La prevalencia tendía a ser mayor en los chicos que en las chicas, encontrándose la cifra más alta entre los niños que residían en zonas urbanas [16].

## África Subsahariana

Existen muy pocos estudios de los países africanos que puedan proporcionar cifras de prevalencia de la obesidad

infantil, ya que la mayor parte de los programas públicos de salud nutricional se han centrado en los problemas de desnutrición y seguridad alimentaria. En esta región, la prevalencia de la obesidad infantil sigue siendo muy baja, aunque parece estar incrementándose en algunos países. En Sudáfrica, la obesidad infantil está aumentando: la prevalencia del sobrepeso (incluyendo la obesidad) entre los jóvenes de trece a diecinueve años estaba por debajo del 20 % en 2002, pero para el 2008 la cifra había aumentado hasta el 26 %, siendo significativamente más frecuente el sobrepeso en chicas (36 %) que en chicos (14 %) [17].

## **Tendencias a largo plazo y diferencias demográficas**

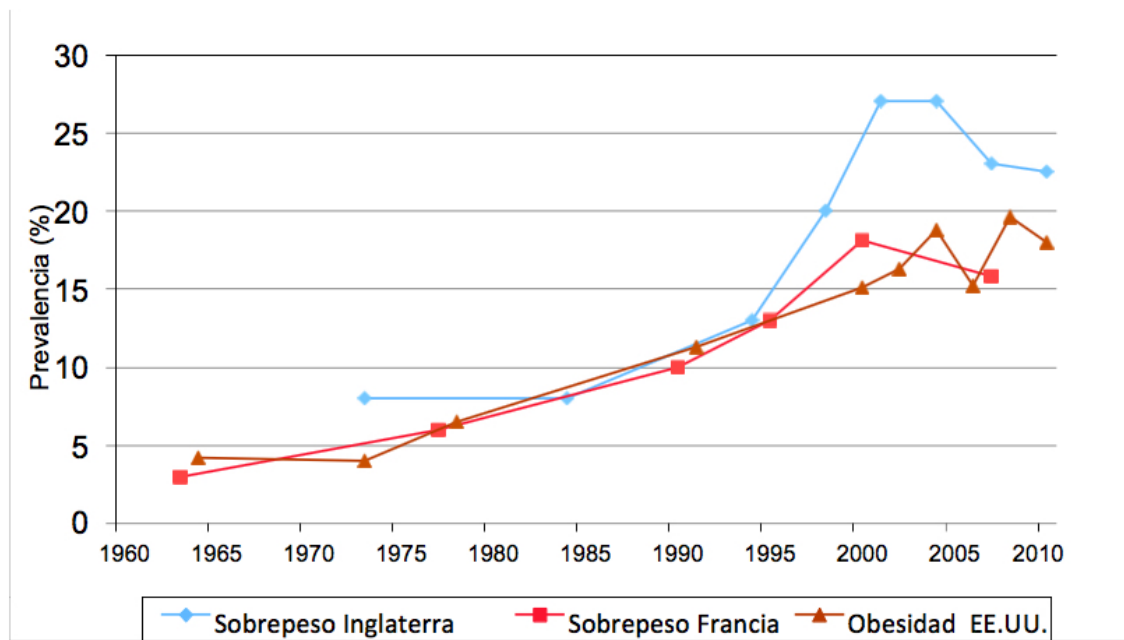
Como ya se ha mencionado anteriormente, en las tres últimas décadas hemos experimentado un aumento sin precedentes en la prevalencia de la obesidad infantil. América del Norte y algunos países de Europa han mostrado, año tras año, un aumento sistemático de la prevalencia, aunque estudios recientes indican que las tendencias al alza se están mitigando, mostrando una estabilización en los niveles de prevalencia desde, aproximadamente, el año 2005 [9].

**Gráfico 2: Tendencias en Estados Unidos, Inglaterra y Francia, que muestran una aparente estabilización del sobrepeso/obesidad desde 2005, aproximadamente**

Inglaterra: niños de 5 a 17 años con sobrepeso (incluyendo a los obesos) definido según criterios del IOTF

Francia: niños de 5 a 17 años con sobrepeso (> percentil 85) definido según el criterio nacional francés

EE.UU.: niños de 6 a 11 años con obesidad (> percentil 95) definido según el criterio CDC (centros para el control de enfermedades)

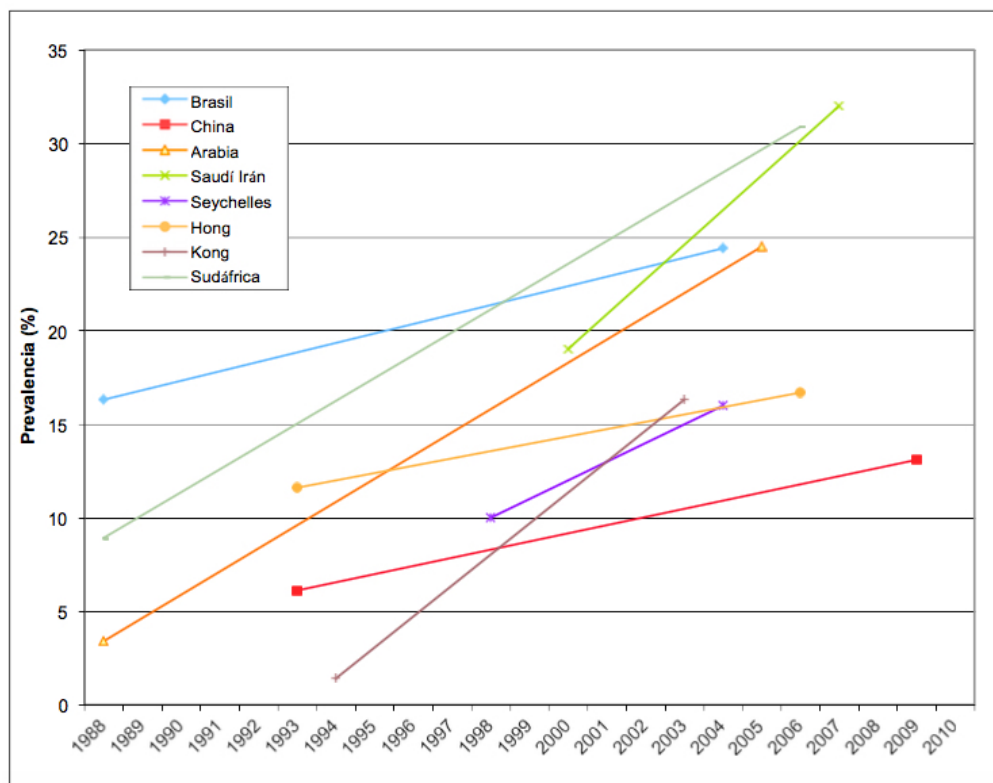


Fuente: IASO [9]

Datos procedentes de otras regiones, por ejemplo América Latina, indican que estos países están experimentando tasas de crecimiento más rápidas que las registradas en Europa Occidental y Norteamérica [9].

### Gráfico 3. Tendencias de la prevalencia del sobrepeso en ocho países emergentes con rentas medias y bajas

Sobrepeso definido según criterio del IOTF (incluye a los obesos)



Fuente: IASO [9]

En cambio, algunos países muestran solo pequeños aumentos. Como se ha indicado anteriormente, China ha experimentado un pequeño aumento de la prevalencia del sobrepeso entre los niños que viven en zonas rurales, pero muestra un aumento más marcado entre los niños de zonas urbanas. Curiosamente, Rusia experimentó un descenso en la prevalencia del sobrepeso infantil durante los años noventa, un periodo en el que el país se vio afectado por una recesión económica importante [2].

## Factores étnicos y raciales

En los estudios realizados en Estados Unidos durante las tres últimas décadas, se observan diferencias significativas en los niveles de prevalencia de la obesidad infantil entre los distintos grupos étnicos. Los jóvenes hispanos y afrocaribeños tienen más probabilidades de padecer sobrepeso que los jóvenes de raza blanca: en 2008, en torno al 17 % de los varones blancos de entre doce y diecinueve años eran obesos (de acuerdo a los valores de corte de Estados Unidos), mientras que la cifra aumentaba hasta el 20 % entre los niños afrocaribeños y alcanzaba el 27 % entre los niños estadounidenses con ascendencia mexicana. Entre las chicas el patrón era

diferente, con unas cifras de obesidad del 15 %, 29 % y 17 %, respectivamente [18].

En el Reino Unido, las niñas afrocaribeñas tienen más probabilidades de padecer sobrepeso que las niñas de la población general.

Los niños indios y pakistaníes tienen más posibilidades de padecer sobrepeso. Una encuesta realizada en Londres a más de 2000 adolescentes de once a catorce años mostraba altos niveles de sobrepeso y obesidad en todos los grupos étnicos estudiados, encontrándose los niveles más altos entre los niños indios (36 % de sobrepeso) y las niñas africanas de raza negra (40 % de sobrepeso) [19]. Es poco probable que este resultado se deba a diferencias económicas, ya que no se ha encontrado ninguna relación entre el IMC y el nivel socioeconómico, aunque el grupo en conjunto era relativamente pobre si lo comparamos con la población británica en general.

## Factores socioeconómicos

Si analizamos las diferencias en la distribución del sobrepeso y la obesidad en niños procedentes de diferentes clases sociales (definidas por el nivel de ingresos familiares, o por el nivel educativo del principal generador de ingresos de la familia, o por indicadores de pobreza locales), veremos que presentan un patrón complejo.

En los países que no se han desarrollado económicamente o que están empezando un desarrollo económico, los niveles de sobrepeso y obesidad tienden a ser más elevados en las familias con ingresos más grandes o con un nivel educativo mayor. En Brasil, en el año 2005, el 38 % de los niños de once años pertenecientes a familias con ingresos altos padecían sobrepeso u obesidad (según definiciones de la OMS), comparado con el 26 % de los niños de familias con ingresos medios y el 20 % de los niños de familias con ingresos bajos [20]. En China, existe una relación similar entre el sobrepeso infantil y el nivel de ingresos familiares y educativo [21]. En un análisis realizado en muchos países en desarrollo, se constató que los determinantes del riesgo de padecer obesidad eran: « nivel socioeconómico alto, residencia en una zona metropolitana, género femenino, desconocimiento y falsas creencias sobre nutrición, publicidad de las empresas multinacionales de alimentación, aumento del estrés escolar y escasas instalaciones para realizar ejercicio físico» [22].

En cambio, en muchos países industrializados con economías desarrolladas, los niños pertenecientes a grupos socioeconómicos desfavorecidos tienden a mostrar niveles más altos de prevalencia del sobrepeso y la obesidad. En Estados Unidos, la prevalencia de la obesidad entre los niños pertenecientes a hogares en los que el cabeza de familia no obtuvo el título de bachillerato es entre dos y tres veces la prevalencia de los hogares en los que el cabeza de familia tiene titulación universitaria [23]. Si observamos las tendencias a largo plazo, parece que estas diferencias de clase social en los niveles de obesidad están aumentando en algunos países [24].

La relación entre el sobrepeso infantil y el nivel socioeconómico tiene otro matiz en los países desarrollados. Aquellos países que presentan una mayor desigualdad social (medida esta por la diferencia entre los hogares con los niveles de ingresos o de pobreza más bajos y los más altos) también presentan niveles más altos de obesidad infantil, independientes del nivel medio de riqueza calculado en función del PIB [25]. Cuanto mayor es la

desigualdad en un país, mayor es la prevalencia de la obesidad. Para los responsables políticos, la incapacidad de resolver las relativas penurias sociales que afectan al conjunto de la sociedad podría reducir la eficacia de las políticas encaminadas a abordar el problema de la obesidad y promover el crecimiento saludable de los niños.

## Bibliografía

1. Lobstein T, Baur L, Uauy R. IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5 (Suppl. 1): 4–104.
2. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1: 11-25.
3. Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. *J Pediatr* 1998; 132:191-193.
4. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-1245.
5. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012;7:284-94.
6. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO, 2007. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/growthref/>.)
7. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Supplemental table 69. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/069.pdf>.)
8. Shields M. Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep* 2006;17:27-42.
9. International Association for the Study of Obesity. Online database of national prevalence data from published national surveys. London: IASO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at [http://www.iaso.org/site\\_media/library/resource\\_images/Global\\_Childhood\\_Overweight\\_October\\_2013.pdf](http://www.iaso.org/site_media/library/resource_images/Global_Childhood_Overweight_October_2013.pdf).) See also Wang Y, Lobstein T (op cit).
10. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes* 2013;8:79-97.
11. World Health Organization. Global school-based student health survey. Online database. Geneva: WHO, 2014. (Accessed 25 January 2014, at <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.)
12. Fatemeh T, Mohammad-Mehdi HT, Toba K, Afsaneh N, Sharifzadeh G, Student Research committee. Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2-5 year-olds) in Birjand, Iran. *BMC Res Notes*. 2012;25:529.
13. Abdelalim A, Ajaj N, Al-Tmimy A et al. Childhood obesity and academic achievement among male students in public primary schools in Kuwait. *Med Princ Pract* 2012;21:14-9.
14. Cherkaoui Dekkaki I, Mouane N, Ettair S, Meskini T, Bouklouze A, Barkat A. Prevalence of obesity and overweight in children: a study in government primary schools in Rabat, Morocco. *Arch Med Res* 2011;42:703-8.
15. Australian Institute of Health and Welfare. Analysis of the National Health Survey. Online data tables. Canberra: AIHW, 2013. (Accessed 25 January 2014, <http://www.aihw.gov.au/overweight-and-obesity/prevalence/#children>.)

16. Yu Z, Han S, Chu J, Xu Z, Zhu C, Guo X. Trends in overweight and obesity among children and adolescents in China from 1981 to 2010: a meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e51949.
17. Reddy SP, Resnicow K, James S et al. Rapid increases in overweight and obesity among South African adolescents: comparison of data from the South African National Youth Risk Behaviour Survey in 2002 and 2008. *Am J Public Health* 2012;102:262-8.
18. Ogden C, Carroll M. Prevalence of Obesity Among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. NCHS Health E-Stat. Hyattsville, MD: NCHS, 2014. (Accessed 25 January 2014, at [http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity\\_child\\_07\\_08/obesity\\_child\\_07\\_08.htm#table2](http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm#table2).)
19. Taylor SJ, Viner R, Booy R et al. Ethnicity, socio-economic status, overweight and underweight in East London adolescents. *Ethn Health* 2005;10:113-28.
20. Matijasevich A, Victora CG, Golding J et al. Socioeconomic position and overweight among adolescents: data from birth cohort studies in Brazil and the UK. *BMC Public Health* 2009;9:105.
21. Ji CY, Chen TJ; Working Group on Obesity in China (WGOC). Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies. *Biomed Environ Sci* 2013;26:1-12.
22. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocr Rev* 2012;33:48-70.
23. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011*. Hyattsville, MD: NCHS, 2012. Figure 25. (Accessed 25 January 2014, at [www.cdc.gov/nchs/data/hus/11.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/11.pdf).)
24. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action*. Report under contract SANCO/2005/C4-NUTRITION-03. Brussels: European Commission, 2007. (Accessed 25 January 2014, at [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev20081028\\_rep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev20081028_rep_en.pdf).)
25. Knai C, Lobstein T, Darmon N, Rutter H, McKee M. Socioeconomic patterning of childhood overweight status in Europe. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:1472-89.
26. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013. Figure 2.2.1. (See also online data tables, accessed 25 January 2014, at <http://dx.doi.org/10.1787/888932916477>.)

~ Autores ~

## Tim Lobstein



El doctor Tim Lobstein es el director de políticas de la World Obesity Federation (Federación Mundial de la Obesidad), el organismo que ahora sustituye a la International Association for the Study of Obesity (Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad) y al International Obesity TaskForce (Grupo de Trabajo Internacional para la Obesidad). También es profesor adjunto de Public Health Advocacy (Promoción de la salud pública) en la Universidad Curtin, en Australia Occidental, y profesor visitante en el Rudd Center de Yale. El doctor Lobstein es el autor principal del informe científico altamente citado «Obesity in children and young people: A crisis in public health» (Obesity Reviews 5 {S1} 2004), coautor de los siguientes informes publicados por la Comisión Europea: «Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe» (2002) y «Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action» (2007) y autor de varios artículos científicos sobre la comercialización de alimentos y bebidas para niños. El doctor Lobstein ha sido el principal investigador de los proyectos financiados por la Unión Europea, incluyendo el proyecto PolMark (Policies on marketing food and beverages to children —Regulación sobre el marketing de alimentos y bebidas dirigidos al público infantil—, 2008-2010) y el proyecto StanMark (Standards for Marketing foods and beverages to children —Normativa para el marketing de alimentos y bebidas dirigidos al público infantil—, 2010). El doctor Lobstein ha elaborado informes de consultoría para las sedes centrales de la Organización Mundial de la Salud en Europa, Oriente Medio y Ginebra. Ha redactado varios capítulos en libros de texto sobre la obesidad en la infancia y la prevención de la obesidad.



## ~ Cómo usar este artículo~

Ud. es completamente **libre de usar, copiar o compartir** este contenido siempre que cite el artículo de la siguiente manera:

*Lobstein T (2015). Prevalencia y tendencias en el mundo. In M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retrieved from [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)*

Asegúrese también de **otorgar un crédito apropiado** al uso de este contenido. Visite [ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/](http://ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/) para obtener más información.

## ~ Comentarios ~

Gracias por leer este artículo.

Si le ha gustado este artículo, por favor compártalo con cualquier persona que pueda estar interesada.

Asegúrese de visitar [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu) para leer y descargar más artículos relacionados con la obesidad infantil.