

Alimentación y sobrepeso de los niños en algunas comunidades en Francia

F. Rovillé-Sausse

UMR 5145 Eco-Anthropologie, Paris, France.

La inmigración se preveía bajo sus aspectos antropo-biológicos es un ámbito aún poco explorado. Los trabajos referentes al crecimiento de los niños de los emigrantes, a su alimentación y su salud, son raros, pero indispensables hoy. Indispensables porque a la hora en que la obesidad se convierte en una epidemia y donde se declara que un 15% de los niños franceses están en exceso de peso, las distintas comunidades son afectadas desigualmente por el fenómeno. En efecto, entre la edad de 2 y 3 años, por ejemplo (Tabla 1), un 4% de los niños de origen vietnamita son en exceso de peso (Índice de masa corporal > 90^o percentile de la población francesa de referencia - Sempé *et al*, 1979), 27 % de los niños de origen chino, 23 % de los niños de origen magrebi, y 9 % de los niños de origen subsahariano. Y 10% tienen una insuficiencia ponderal.

Origen de los padres	niños de 2-3 años (%) nacidos en Francia
Origen vietnamita	4%
Origen chino	27%
Origen magrebi	23%
Origen subsahariano	9%

Tabla 1. Niños de 2-3 años que tienen un índice de masa corporal > P90 de las referencias francesas

Si el medio ambiente no se cuestiona solo, desempeña no obstante un papel principal en la expresión fenotípica de la obesidad. Por medio ambiente, es necesario precisar: calidad del régimen alimentario, nivel socioeconómico de la familia, condiciones sanitarias, medio patógeno y acceso a los cuidados médicos, dimensión de la familia, cuidados prestados al niño, ambiente psíquico-emocional... En esta exposición, se hará referencia más especialmente al papel de la alimentación sobre el desarrollo de los niños. Las distintas etapas alimentarias (amamantamiento, diversificación, ritmos, prácticas...) se preverán en el contexto de la transición sociocultural.

El régimen exclusivamente lácteo de los primeros meses

Durante los primeros meses de la vida, la leche materna es generalmente suficiente para proporcionar a las necesidades energéticas del lactante (Whitehead, 1985) que se beneficia de esta forma de una importante inmunidad pasiva (Rahman *et al*, 1987). Ésta declina rápidamente a partir del nacimiento, tandis que la inmunidad activa debida a la exposición a los agentes infecciosos aumenta.

En los países en desarrollo, el crecimiento de los niños alimentados en el seno es más rápido que el de los niños al biberón (Offringa et Boersma, 1987), algunos factores presentes en la leche materna que tiene un efecto protector contra los episodios de diarreas e infecciones respiratorias agudas (Rogers et al, 1997). En los países industrializados, la lactancia materna procede más de una elección de la madre y su ambiente social. Pero se constata una gran disparidad de comportamientos, que no deja de tener consecuencias sobre el crecimiento y la salud de los niños. En efecto, si en la Francia 60% de las madres amamantan a la maternidad, los bebés son desiguales, ya que esta práctica varía en función del origen geográfico de la madre (Tabla 2).

Origen de los padres	Lactancia materna al nacimiento (%)	Duración lactancia materna en Francia	Duración lactancia materna al país
Origen francés	51	3 meses	-
Origen vietnamita	8	1 mes	9 meses
Origen chino	1	1 semana	14 meses
Origen magrebi	79	3 meses	4 meses
Origen subsahariano	89	6 meses	18-24 meses

Tabla 2. Porcentaje de niños alimentados en el seno al nacimiento, duración media de la lactancia materna en Francia y en el país de origen.

Las madres asiáticas amamantan poco su lactante cuando viven en Francia, cambio comportamental que se encuentra en Europa y los Estados Unidos (Romero-Gwynn, 1989; Ghaema-Ahmadi, 1992). Piensan que la leche de vaca es más nutritiva. Mucho Chinas declaraban también tener demasiado trabajo y carecer de tiempo. Las madres Africanas que no amamantan (del Magreb o de la región subsahariana) tienen más bien una razón médica o una insuficiencia de leche (Rovillé-Sausse, 2006).

La duración de la lactancia materna exclusiva tiende a disminuir con relación al país de origen. Este fenómeno es especialmente evidente en las madres Asiáticas que amamantaron a sus niños más viejos, nacidos al país de origen, durante varios meses. Ahora bien, numerosos análisis médicos avanzan que la leche humana tendría un efecto preventivo sobre el exceso de peso y la obesidad, así que sobre las enfermedades respiratorias y las enfermedades cardiovasculares durante la infancia (la leche humana contiene ácidos grasos poli-insaturados a larga cadena - AGPILC - y reduce significativamente la presión arterial).

Alimentación y exceso de peso del niño de origen magrebi

Algunos recientes estudios conducidos simultáneamente a Magreb (Amor et al., 2001) y en tres países europeos de inmigración (Rovillé-Sausse, 2001) permitieron poner de relieve la evolución de los comportamientos alimentarios y ritmos de crecimiento (Tabla 3).

País de estudio	Lactancia materna	Alimentación diversificada	Desarrollo corporal
Francia, Bélgica	Duración reducida	Occidentalizada	Aumento del exceso de peso
España, Túnez	Estable	Tradicional	% sobrepeso reducido
Marruecos	CM : Duración reducida CD : estable	Tradicional+ Occidental.	Sobrepeso
Argelia	Prolongada	Tradicional	% sobrepeso reducido

Tabla 3. Alimentación y crecimiento del niño magrebi en función del lugar de residencia. (CM: clase media, CD: clase desfavorecida)

En Francia y Bélgica, donde la implantación magrebi es ya antigua, se observa una semejanza de los comportamientos: edad al destete más precoz que en el país de origen, presentación de una alimentación de tipo "occidentalizado" en el momento de la diversificación

(en particular más rico en glúcidos simples), y se observa un aumento del predominio del sobrepeso. La inmigración magrebí en España es reciente y las prácticas alimentarias de los niños no tuvieron tiempo de cambiar. Se observan semejanzas con los usos tunecinos: la duración de la lactancia materna es estable (alrededor de 6 meses), la alimentación después del destete es tradicional, no se observa aumento de sobrepeso. En Marruecos, la clase media adopta algunas prácticas occidentales y el crecimiento de los niños es próximo a la de los niños así mismo origen que vive en Francia o en Bélgica. Para las clases desfavorecidas, que carecen de medios económicos para obtenerse nuevos productos (yogures aromatizados, por ejemplo), los aportes nutricionales después del destete son insuficientes; se observa el aumento de la tasa de insuficiencias ponderales. En Argelia, la edad al destete (a 20 meses en medio) es retrasado, debido a las dificultades económicas.

Dos estudios longitudinales hechos en Francia a 20 años de intervalo (Rovillé-Sausse, 1999) pusieron de manifiesto que el predominio de las obesidades precoces (IMC > P97) prácticamente había duplicado a partir de la edad de 24 meses. El rebote de adiposidad, que aparece normalmente hacia 6 años (Rolland-Cachera et al, 1996) se da por predictivo de un sobrepeso persistente a la edad adulta, cuando ocurre antes de 6 años. Aquí, es precoz en un 45% de los casos. Entre los padres de estos niños, observa una frecuencia de diabetes de tipo II del 9%: es del 4,5% en la población mayor de 20 años en los países del Magreb, esto que ya es una cifra en aumento con una previsión del 6,4% de la población alcanzada en 2025.

Comportamiento alimentario diario después del destete:

Un 81% de los niños magrebíes toman 5 comidas al día (un 90% de los Franceses toman 4). En este caso, la quinta comida es una minicomida todavía tomada en el medio de la mañana, y a menudo está formada por leche y galletas. Un 100% consumen al menos 2 productos lácteos (59% > 4). Un 96% consumen al menos una fruta. Un 100% consumen de las verduras una o dos veces y carne. Casi todos consumen muchos cereales y azúcares. Un 25% sino de estos niños solo beben agua; un 17% beben cada día zumos de frutas concentrados y un 58%: sodas. Un 31% comen dulces y es importante constatar que el 31% de consumidores diarios de dulces son todos bebedores de sodas. Hay pues cúmulo de productos azucarados.

A partir de la investigación alimentaria de tipo "recall", Es posible evaluar los aportes nutricionales medios de los niños magrebíes de 4 a 6 años de edad y compararlos a los ANC (aportes nutricionales aconsejadas para la población francesa).

Los aportes energéticos medios son satisfactorios (Tabla 4) y no son estadísticamente diferentes de los valores aconsejadas (Martin, 2001).

Los aportes en proteínas representan un 14% en media de los aportes energéticos totales, y se ajustan a las recomendaciones. Los aportes glucídicos representan un 61% de los aportes energéticos diarios. Estos valores medios son superiores significativamente a los valores recomendados.

	Aportes evaluados	Aportes aconsejados (ANC, 2001)
Energía (kcal)	1812 (200)	1610 ^{ns}
Proteínas (%)	14 (2)	12-14 ^{ns}
Glúcidos (%)	61 (7) Simples : 33% del aporte energetico total	50-55 ^(p<0,04)
Lipidos (%)	25 (6)	30-35 ^(p<0,04)

Tabla 4. Aportes nutricionales medios evaluados para el niño de origen magrebí de 4-6 años, que vive en Francia.(ns: diferencia no significativa; p<0,04: diferencia significativa al límite máximo del 4%; entre paréntesis: SD)

Una distribución precisa entre glúcidos complejos y glúcidos simples es difícil de discutir científicamente, pero se aconseja generalmente limitar los azúcares y los productos azucarados al 10% del aporte energético total, la gran mayoría de los aportes energéticos debiendo proceder de los glúcidos complejos. Ahora bien, los niños de origen magrebí que viven en Francia tienen un

sólo un consumo de glúcidos superior a las proporciones aconsejadas, sino que el equilibrio azúcares simples (33%) / glucidos complejos no se realiza, puesto que los primeros son preponderantes en su alimentación. Los alimentos que contienen azúcares deben consumirse con moderación por tres razones: algunos alimentos elaborados ricos en glúcidos simples aportan también una gran cantidad de lípidos, los azúcares refinados perdieron suyo micronutrientes, las características de algunos productos azucarados conducen de un riesgo comportamental, ya que son prácticos y agradables para las minicomidas. Una alimentación con un elevado índice de glucemia favorece varias patologías en aumento constante en los países desarrollados: obesidad, diabetes de tipo 2 (no dependiente insulino) de enfermedades cardiovasculares.

Alimentación y sobrepeso del niño de origen chino en Francia

Recordemos que un 27% de los que viven en Francia tienen un sobrepeso antes de 3 años. La lactancia artificial (para 99% de los niños de origen chino) es responsable de un desarrollo ponderal más rápido. Este método de alimentación del recién nacido revela un cambio de comportamiento considerable, comparativamente al país de origen donde la duración de la lactancia materna es de 14 meses. Pero la diversificación es más tardía: los nuevos alimentos se introducen casi también tarde que en China (Rovillé-Sausse, 2005). La diversificación progresiva, que comienza hacia 5-6 meses en los niños franceses, es más tardía en las familias de origen chino. Los niños chinos consumen verdura por primera vez a 10 meses. Consumen solamente leche y arroz entre 5 y 10 meses. Consumen carne, pescado, huevos, solamente a partir de un año y la diversificación está completa a 26 meses. En ese momento, 75% de los niños toman 3 comidas al día: no hay merienda, que debería permitir equilibrar mejor la distribución de las comidas del día, y favorece una alimentación más próxima a las recomendaciones alimenticias. Este momento es la ocasión, en los más jóvenes niños, de consumir un producto lácteo suplementario. Ahora bien, los niños chinos disminuyen el consumo de lácteos en el momento de la diversificación: solamente un 72% de los niños consumen un producto lácteo al día y 8% no consumen más después de la diversificación. Como en el país de origen, los Chinos no tienen la práctica de beber leche; se le considera como un fortificante para los ancianos, los bebés, los enfermos y las mujeres embarazadas; para una persona en buena salud, no merece la pena de beber. Los productos lácteos son la principal fuente de calcio y una disminución de consumo tiene por consecuencia, una reducción de los aportes medios en de calcio, que pasa (entre 1-3 años y 4-6 años) de 534 mg a 497 mg/j en el momento en que las necesidades aumentan. Además, un 33% de los niños no consumen frutas, y los aportes en vitamina C son muy insuficientes. Pero un 84% beben sistemáticamente sodas (varios vasos al día). Ahora bien, no se menciona bastante a menudo el sodio contenido en las bebidas. Es necesario saber que la soda a la cola contiene 9 veces más sodio que las otras bebidas (Favier et al, 1995).

	Aportes evaluados	Aportes aconsejados (ANC, 2001)
Energía (kcal)	1307 (229)	1610 ^{ns}
Proteínas (%)	18 (2)	12-14 ^{ns}
Glúcidos (%)	58 (6) Simples : 17% del aporte energético total	50-55 ^(p<0,04)
Lípidos (%)	25 (6)	30-35 ^(p<0,04)

Tabla 5. Aportes nutricionales medios evaluados para el niño de origen chino de 4-6 años, que vive en Francia. (ns: diferencia no significativa; p<0,04: diferencia significativa al límite máximo del 4%; entre paréntesis: SD)

Se observa (Tabla 5) que los aportes energéticos totales son insuficientes significativamente. No se equilibra la distribución de las proteínas, lípidos y glúcidos. Los aportes en proteínas, superiores a las recomendaciones, no proceden generalmente de la carne, sino de la

soja frecuente en la alimentación de los Chinos. El contenido en proteínas para 100 g de soja es de 37,3 g. El contenido en proteínas para 100 g de carne de vaca es de 28 g, y la del pollo: 26,3g.

Los azúcares son demasiado importantes en la alimentación de los niños chinos.

En conclusión, los niños chinos nacidos en Francia se encuentran en una situación de transición cultural y cambios progresivos de los comportamientos alimentarios. Algunas prácticas persisten (diversificación relativamente tardía, composición de las comidas, consumo reducido de productos lácteos), mientras que se observa la adopción de algunos nuevos comportamientos (abandono de la lactancia materna, consumo abusivo de bebidas azucaradas de tipo soda, por ejemplo).

Conclusiones

Parece que las necesidades alimenticias sean, universales, pero que el abandono de una alimentación tradicional a menudo cerca de las recomendaciones y la adopción de una alimentación occidental se acompaña de un deterioro de algunos indicadores de salud (Martin, 2001).

La inmigración no se acompaña de los mismos cambios comportamentales en todas las sociedades. La migración se traduce generalmente en un compromiso entre la persistencia de prácticas tradicionales y la adopción de nuevas prácticas, generalmente juzgadas como beneficiosas para la salud de los niños. Consecuencias positivas: ausencia de desnutrición protéino-energética y de retrasos de crecimiento vinculados a la insuficiencia de aportes energéticos, Consecuencias negativas: aparición de las patologías de los países industrializados, a menudo vinculadas a los excesos, que es una nueva forma de malnutrición.

Principal patología observada en los emigrantes, muchos científicos consideran la obesidad como un "marcador" epidemiológico de pobreza. La agravación de su prevalencia condujo la OMS a considerar que la humanidad está en una situación de tipo "epidémica". Eso significa la presencia duradera y creciente de factores que causan un aumento del número de personas alcanzadas. Este fenómeno se refiere pues doblemente a los emigrantes: en su país, debido a sus malas condiciones de vida y en el país de recepción, a causa del cambio brutal e incontrolable de estos métodos de vida.

Los grandes problemas de salud de los emigrantes: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, están siempre presente.

Referencias bibliográficas

- Amor H, Baali A, Rovillé-Sausse F, Crognier E, Boëtsch G., 2001. Croissance et état nutritionnel des enfants marocains d'âge préscolaire. *Biom Hum et Anthropol*, 19, 1-2: 63-70.
- Favier JC, Ireland-Ripert J, Toque C, Feinberg M, 1995. Répertoire général des aliments. Table de composition. INRA ed, CNEVA-CIQUAL, Tec-Doc Lavoisier.
- Ghaemi-Ahmadi S, 1992. Attitude toward breast-feeding and infant feeding among Iranian, Afghan and Southern Asian immigrant women in the United States: implications for health and nutrition education. *J Am Diet Assoc*, 92: 353-355.
- Martin A, 2001. Apports nutritionnels conseillés pour la population française. CNERNA-CNRS, 3^e Ed, Tec-Doc Lavoisier.
- Offringa PL, Boersma ER, 1987. Will food supplementation in pregnant woman decrease neonatal morbidity? *Human Nutr: Clin Nutr*, 41c: 311-315.
- Rahman MM, Yamauchi M, Hanada N, Nishikawa K, Morishima T, 1987. Local production of rotavirus specific IgA in breast tissue and transfer to neonates. *Arch Dis Childh*, 62: 401-405.
- Rogers IS, Emmet PM, Golding J, 1997. The growth and nutritional status of the breast-fed infant. *Early Hum Dev*, oct 29; 49 suppl: S151-174.
- Rolland-Cachera MF, Bellisle F, Fricker J, 1996. Obésité. In *Traité de nutrition pédiatrique*. Maloine, Paris.
- Romero-Gwynn E., 1989. Breastfeeding pattern among Indochinese immigrants in Northern California. *Am J Dis Child*, 143: 804-808.

- Rovillé-Sausse F, Vercauteren M, Prado-Martinez C., 2001. Croissance et alimentation d'enfants (0 à 18 mois) d'origine maghrébine dans trois pays européens (France, Belgique et Espagne). *Biom Hum et Anthropol*, 19, 1-2: 47-53.
- Rovillé-Sausse F., 1999. Evolution en 20 ans de la corpulence des enfants de 0 à 4 ans issus de l'immigration maghrébine. *Rev Epidém et Santé Publ*, 47: 37-44.
- Rovillé-Sausse F, 2005. Westernization of the nutritional pattern of Chinese children living in France. *Public Health*, 119, 726-733.
- Rovillé-Sausse F, 2006. L'alimentation des premiers mois en France. *Antropo*, 11, 7-14, www.didac.ehu.es/antropo
- Sempé M, Pédrón G, Roy-Pernot MP, 1979. *Auxologie. Méthode et séquences*. Théraplix, Paris.
- Whitehead RG, 1985. Infant physiology, nutritional requirements, and lactational adequacy. *Am J Clin Nutr*, 41: 447-458.