

Transición nutricional

Intolerancia nutricional

Pautas culturales y nutrición

Transición nutricional

Cambios económicos, sociales y demográficos ocurridos en la última mitad del XX, junto con la modernización y una creciente urbanización, alteran los patrones de estado nutricional de la población, generando el aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad y la disminución de la incidencia de la desnutrición.

Popkin (1994), “transición nutricional es un proceso de cambios secuenciales en el patrón de nutrición y consumo, que acompaña cambios económicos, sociales y demográficos, así como en el perfil de salud de las poblaciones”. La TN describe una tendencia en el consumo alimenticio, en la producción y comercialización de alimentos y en el estilo de vida, lo que viene ocurriendo principalmente en países capitalistas periféricos.

El proceso de Transición Nutricional (TN), que sucede en gran parte de las poblaciones humanas, está caracterizado o puede ser analizado en torno a tres ejes o componentes: **la disponibilidad y costo de los alimentos, los cambios demográficos y los estilos de vida**. Todos ellos atravesados por un cuarto componente, **el poder adquisitivo** (Lomaglio, 2012)

Ocurre, como resultado de una serie de cambios en la dieta y en la composición corporal de la población que están a su vez estrechamente asociados a cambios demográficos y epidemiológicos (Laurentin et al 2007).

Las transiciones:

En la actualidad se reconoce que desde el mediados del siglo XIX, hubo cambios en la mayoría de los países en la estructura de la población, incluyendo las principales causas de muerte y la composición de la dieta. Para analizar de forma sistemática este fenómeno se han acuñado los términos de **transición demográfica, epidemiológica y alimentaria y nutricional.**

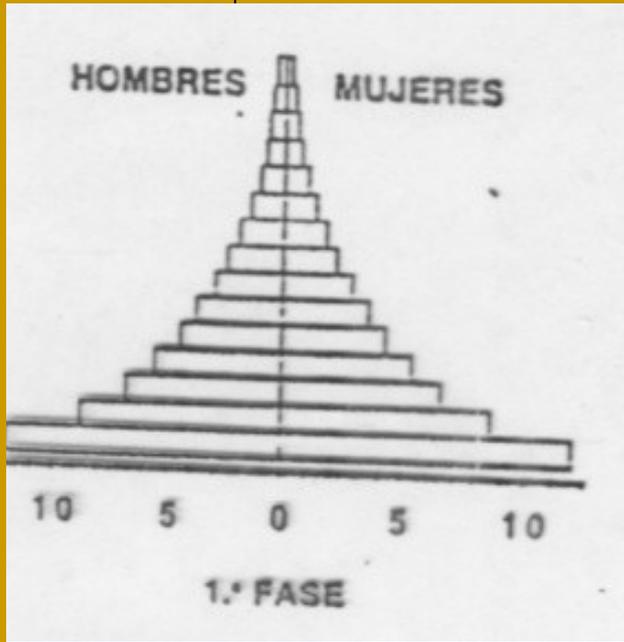
Popkin (1994, 1999) se pueden identificar fases o periodos experimentados por las sociedades caracterizados por patrones específicos de dieta, actividad física, tamaño y composición del cuerpo. Dichos patrones son paralelos a perfiles demográficos, socioeconómicos y de salud.

1.- Etapa de “recolección de alimentos” en donde la dieta era alta en carbohidratos y fibra, pero baja en grasa, en esta etapa los alimentos se obtenían a través de caza y recolección.

2.- La fase de las “hambrunas” ocurre con el inicio del desarrollo de la agricultura, cuando la alimentación comienza a ser menos variada y sujeta a periodos de extrema escasez de alimentos. **Corresponde a la Fase 1 de la TD: alta natalidad, alta mortalidad, con prevalencia de enfermedades infecciosas, mayor hacinamiento.**

% población

Tasa de natalidad
Tasa de mortalidad



Tasa de natalidad
Tasa de mortalidad

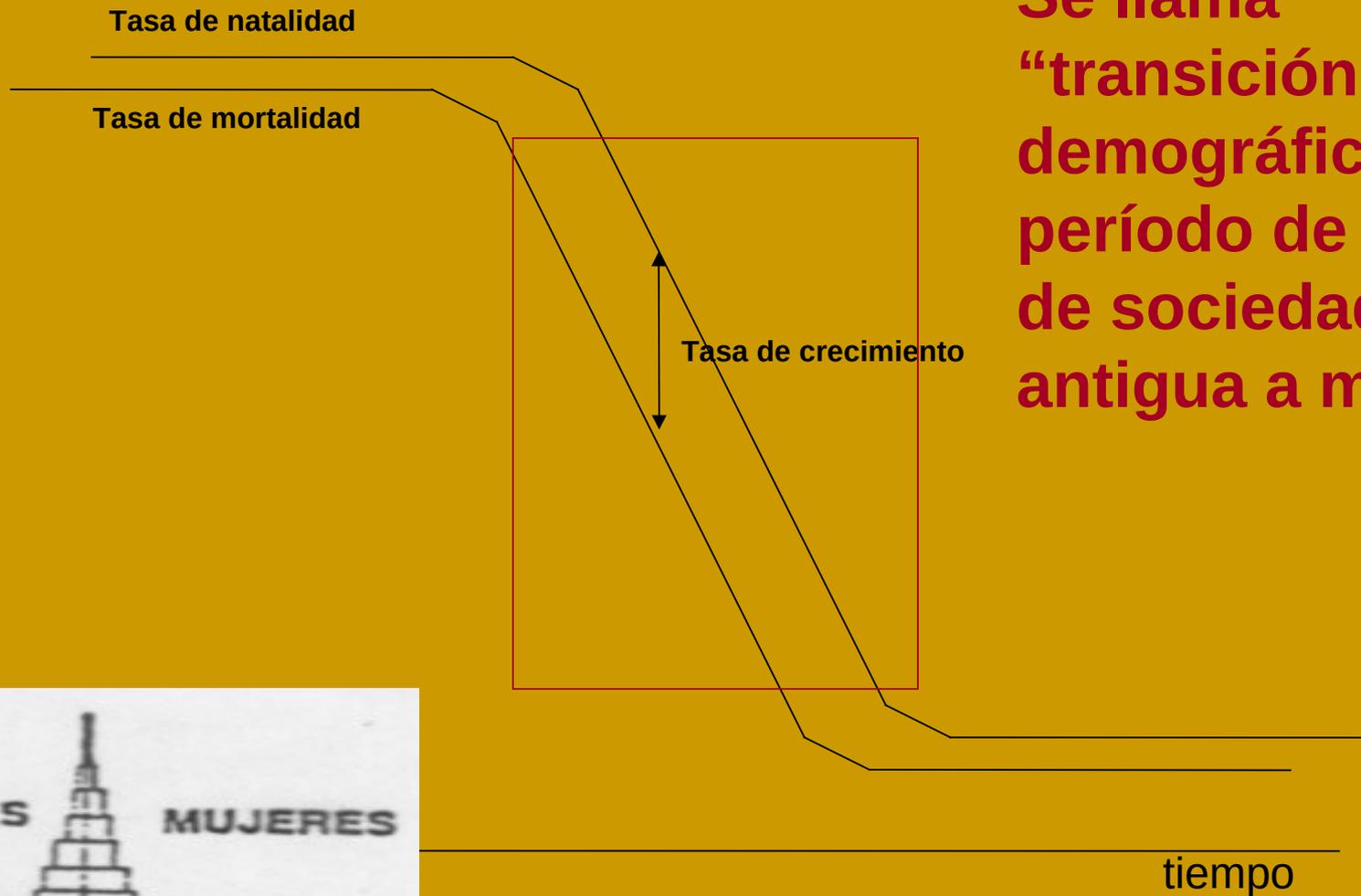
tiempo

Fase 1: Sociedades neolíticas, agrarias, con modelos demográficos antiguos o del “viejo régimen”; las tasas de natalidad y mortalidad muy altas, población estable. Pirámide progresiva o expansiva (Torre Eiffel)

Fase 4: En las sociedades modernas, las tasas de natalidad y mortalidad son muy bajas, y la población es estable pero con crecimiento cero o negativo en algunas regiones. Pirámide regresiva (urna funeraria o barril)

3.- En la “disminución de las hambrunas” se incrementa el consumo de frutas, verduras y productos de origen animal, al tiempo de que los almidones comienzan a ser menos importantes en la dieta básica; esta etapa corresponde a la revolución industrial y a la segunda revolución agrícola (e.g. rotación de cultivos y uso de fertilizantes). **Entramos en la fase 2 de la TD: desciende la mortalidad, se mantiene alta la natalidad; predominio todavía de las enfermedades infecciosas**

% población



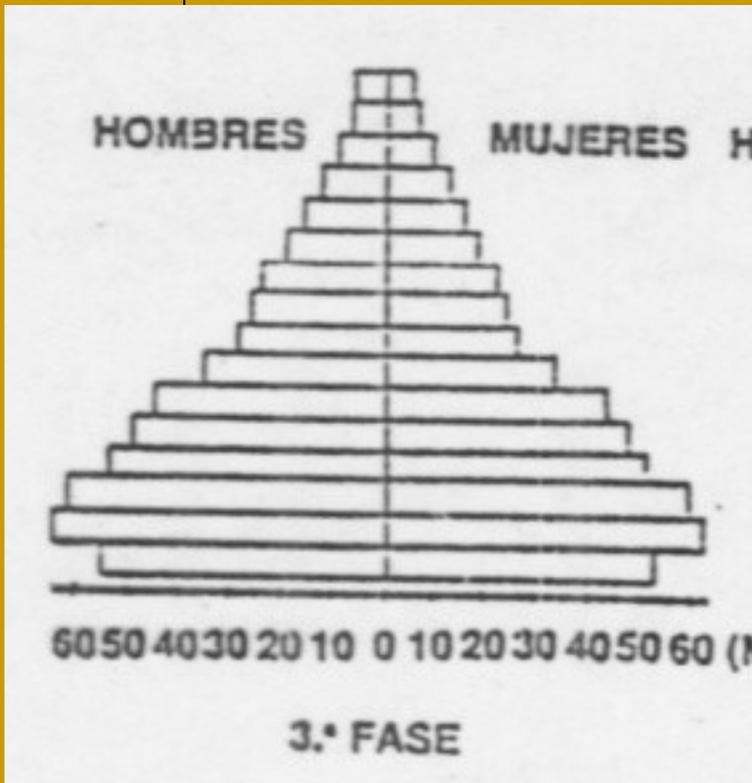
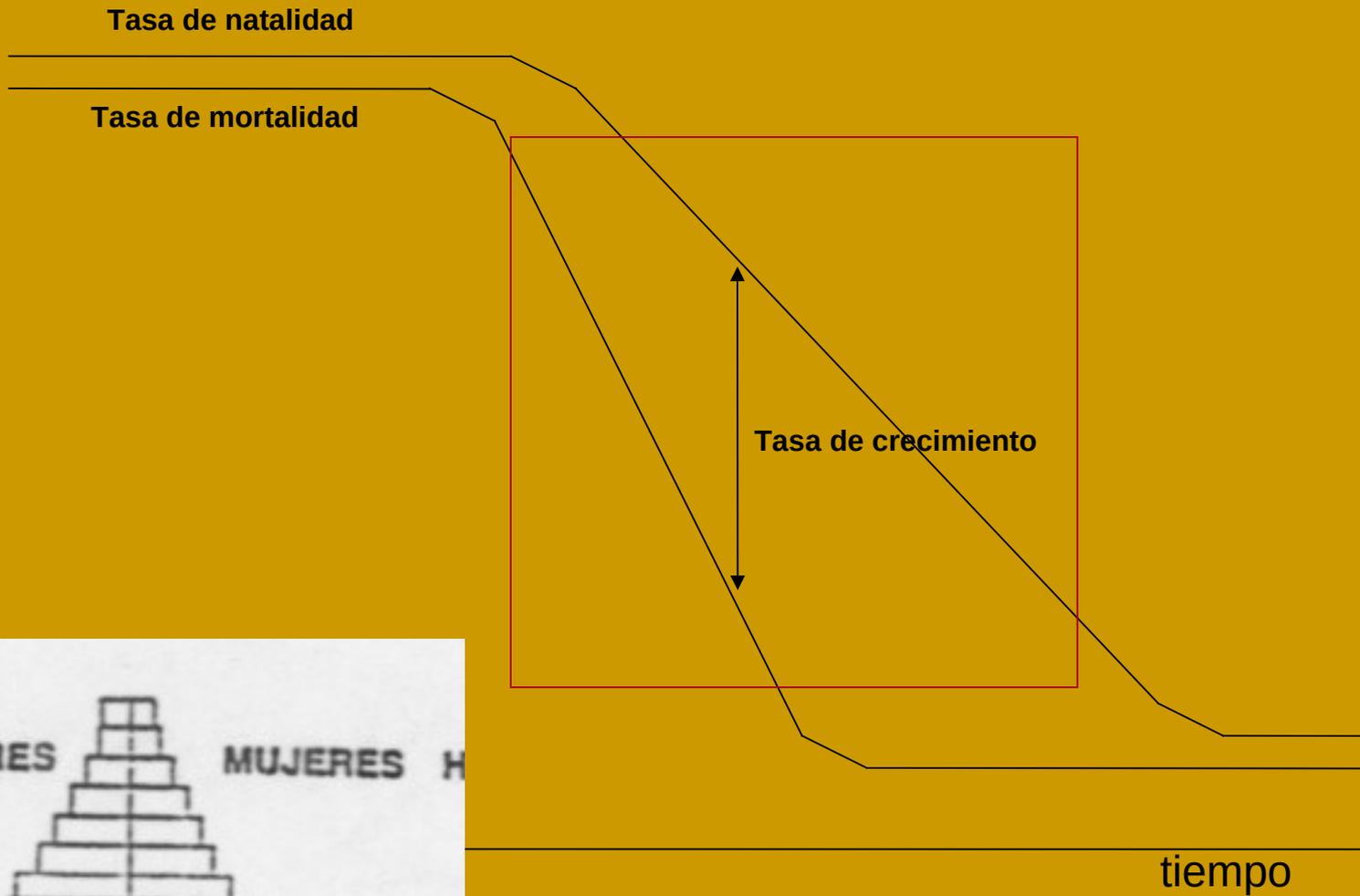
Se llama “transición demográfica” al período de cambio de sociedad antigua a moderna.



Fase 2: Alta natalidad, descenso paulatino de la mortalidad. La tasa de mortalidad suele descender antes que la tasa de natalidad, por lo que durante el período de transición, la tasa de crecimiento es alta y la población aumenta.

4.- El “predominio de las enfermedades crónico-degenerativas” ocurre debido a que se incrementa la prevalencia de obesidad como consecuencia del consumo de dietas con alto contenido en grasa total, colesterol, carbohidratos refinados y cantidades reducidas de ácidos grasos polisaturados y fibra; además de que es frecuente el sedentarismo; dicho panorama puede ser atribuido a que la mayoría de la población habita en ciudades y los empleos predominantes se ubican en el comercio y los servicios. **Fase 3 de la TD: Descenso de mortalidad, comienzo lento de descenso en la fertilidad. Comienza la TE**

% población



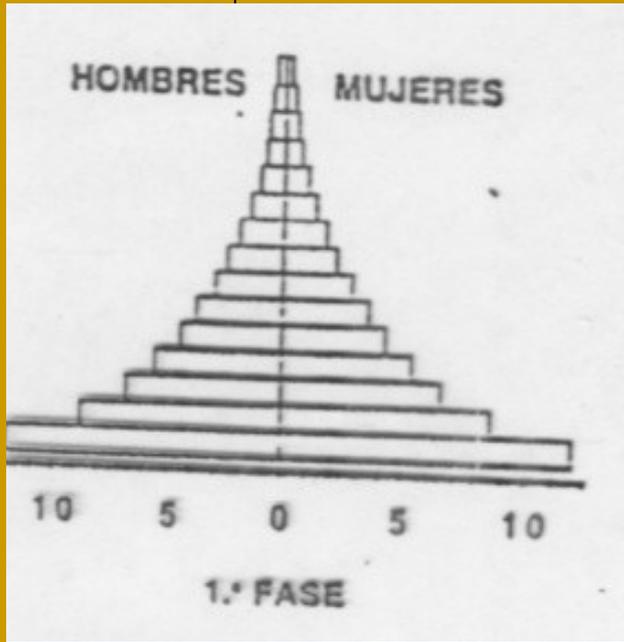
Fase 3: Al descenso de la mortalidad, se le suma ahora el descenso paulatino de la natalidad. El mismo no es homogéneo. Pirámide en forma de campana.

5.- La última etapa es el “cambio conductual”, que ocurre debido a acciones de los individuos y los gobiernos, que consiste en la adopción de dietas y niveles de actividad física similares a la de la etapa de “recolección de alimentos”. Otro elemento de la teoría de la transición alimentaria y nutricional es el reconocimiento de que desde la segunda etapa (hambrunas) las diferentes formas de estratificación socioeconómica se expresan en diferencias en el estado de nutrición de los grupos sociales. Los países pueden atravesar los periodos de la transición en diferentes momentos y con distintas velocidades.

Fase 4 de la TD: baja natalidad, baja mortalidad, poblaciones estables. Sigue la TE: cambio brusco del tipo de mortalidad.

% población

Tasa de natalidad
Tasa de mortalidad



Tasa de natalidad
Tasa de mortalidad

tiempo

Fase 1: Sociedades neolíticas, agrarias, con modelos demográficos antiguos o del “viejo régimen”; las tasas de natalidad y mortalidad muy altas, población estable. Pirámide progresiva o expansiva (Torre Eiffel)

Fase 4: En las sociedades modernas, las tasas de natalidad y mortalidad son muy bajas, y la población es estable pero con crecimiento cero o negativo en algunas regiones. Pirámide regresiva (urna funeraria o barril)

Cómo aumenta la población

Al mejorar las condiciones de vida, un país pasa por etapas sucesivas de un proceso denominado transición demográfica. Tras caer la tasa de mortalidad, transcurre algún tiempo para que suceda lo mismo con la de nacimientos. El resultado: la población se dispara. Cada etapa se caracteriza por una redistribución de los grupos de edad, como muestran las pirámides al calce.

ETAPA 1: preindustrial

Ejemplo: ninguno desde que la guerra devastó Ruanda en los noventa

TASA DE NATALIDAD

Una tasa elevada de natalidad iguala a una tasa elevada de mortalidad.



TASA DE MORTALIDAD

Enfermedad, condiciones de vida y guerra llevan a una tasa elevada de mortalidad que, a veces, sobrepasa la de natalidad.

POBLACIÓN

Tasas elevadas de natalidad y mortalidad crean una población joven de un tamaño muy constante.



PIRÁMIDES POBLACIONALES

Más de 75 años

40-45

20-25

0-5

Una base ancha y una cúspide angosta caracterizan las poblaciones con tasas elevadas de natalidad y mortalidad.

ETAPA 2: comienza la explosión

Uganda, Nigeria, Angola

La tasa de natalidad permanece elevada

Mejores condiciones de salubridad, asistencia sanitaria y suministro de alimentos disminuyen la tasa de mortalidad.

La población se dispara al declinar la tasa de mortalidad.

Al mejorar las condiciones, la mortalidad comienza a disminuir y empiezan a llenarse los niveles de los grupos de más edad.

ETAPA 3: continúa el incremento

India, Brasil, Bangladesh, Estados Unidos*

La tasa de natalidad declina conforme las mujeres tienen acceso a la educación y se involucran en la planificación familiar.

La población aún se eleva con el boom de la etapa 2.

La tasa de mortalidad continúa a la baja.

La población tiene menos niños conforme cae la tasa de natalidad; aumenta la expectativa de vida.

ETAPA 4: nivelación

Japón, Rusia, Italia, China

La población se estabiliza cuando los nacimientos y las muertes se equilibran.

La tasa de natalidad desciende hasta el nivel de reemplazo o incluso más abajo.

La tasa de mortalidad permanece baja o se eleva ligeramente debido a una población de edad mayor.

Al envejecer la población, la mortalidad anual puede superar los nacimientos; la población puede disminuir sin inmigración.

*ESTADOS UNIDOS PRESENTA CARACTERÍSTICAS DE LAS ETAPAS 3 Y 4: UNA TASA DE NATALIDAD RELATIVAMENTE ELEVADA Y UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE MUY RÁPIDO.

MARIEL FURLONG

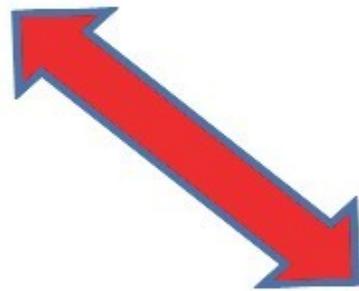
FUENTE: CARL HAUB, OFICINA DE REFERENCIA EN POBLACIÓN

1. Mejora en las condiciones económicas y sanitarias

Transición Demográfica,
Transición Epidemiológica,
Transición Nutricional.



2. Mercados
Globalización
Aculturación
Migraciones



3. Posición de género

Diferencias en el comportamiento alimentario observadas entre hombres y mujeres, relacionadas con diferencias en patrones estéticos y de satisfacción con la imagen corporal.

Incorporación al trabajo remunerado por parte de las mujeres sin pérdida de responsabilidades en el hogar



Urbanization, economic growth, technological changes for work, leisure, & food processing, mass media growth

Stage 3
Receding Famine

Stage 4
Degenerative Disease

Stage 5
Behavioral Change

- starchy, low variety, low fat, high fiber
- labor-intensive work/leisure

- increased fat, sugar, processed foods
- shift in technology of work and leisure

- reduced fat, increased fruit, veg, CHO, fiber
- replace sedentarianism with purposeful changes in recreation, other activity

MCH deficiencies, weaning disease, stunting

obesity emerges, bone density problems

reduced body fatness, improved bone health

Slow mortality decline

Accelerated life expectancy, shift to increased DR-NCD, increased disability period

Extended health aging, reduced DR-NCD

Características: la mayoría de los países de ingresos medios se encuentran en la transición de la etapa de recesión de las hambrunas al predominio de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición:

a.- Abandono de las dietas tradicionales que consistían en alto consumo de cereales y tubérculos.

b.- Adopción de la “dieta occidental” con la consecuente globalización de la dieta, es decir, comienza a existir una homogenización mundial del tipo de comida que más se consume caracterizada por su alto contenido de energía, grasa total, grasa saturada y azúcares simples.



c.- Disminución de la actividad física por cambios en la estructura ocupacional, y por actividades realizadas dentro de las ocupaciones y por las mayores facilidades para el transporte y otras actividades cotidianas.

d.- Los cambios en la dieta y la actividad física resultan en el incremento de las tasas del sobrepeso y de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (ECRN) como diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatía isquémica.



- Un rasgo distintivo de la transición alimentaria y nutricional de los países de ingreso medio o bajo es que los cambios se dan con mayor velocidad respecto al ritmo de las transformaciones que ocurrieron en los países de altos ingresos, por lo que los cambios en la dieta inician con un crecimiento económico menor.
- En éstos últimos se observó relación del crecimiento económico (medido con el producto interno bruto –PIB) con la urbanización, sin embargo en los países de ingresos medios estas variables comienzan a comportarse de forma independiente.
- Otro rasgo de la transición en estos países es que la disponibilidad de grasa deja de relacionarse con el crecimiento económico, pero se asocia con el grado de urbanización; lo cual es producto de la mayor disponibilidad de aceites vegetales, lo que reduce su costo y por ende incrementa su accesibilidad (Drewnowski & Popkin, 1997).

Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano.

Barría & Amigo (2006)

Diagnóstico: La situación nutricional ha evolucionado en forma diferente en los países del continente.

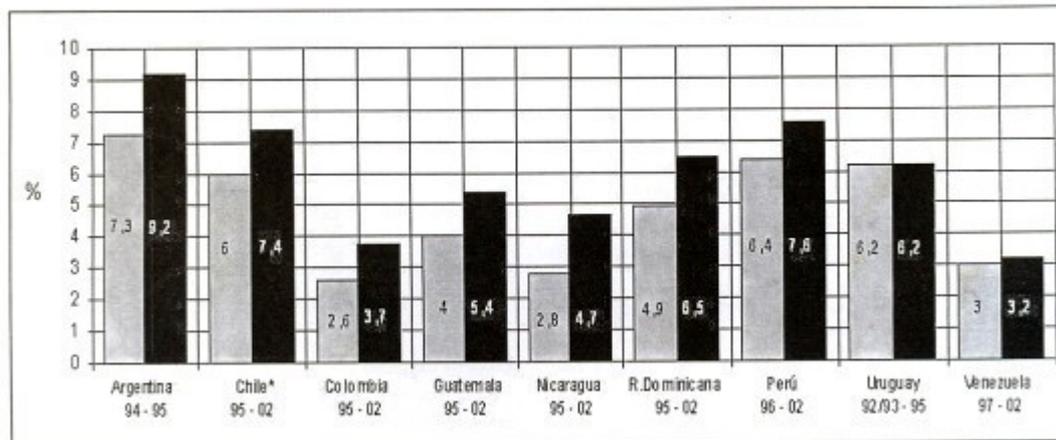
Objetivo: analizar los cambios del estado nutricional y algunos de sus condicionantes en América Latina en estos últimos años.

Metodología: Se realizó una búsqueda electrónica y manual de artículos publicados entre 1995 y 2005, seleccionándose los que abordaron la situación alimentario nutricional de países latinoamericanos. Adicionalmente, se obtuvieron datos de encuestas nacionales y reportes internacionales incluyendo fundamentalmente información a partir de 1990.

Resultados: Los países han evolucionado hacia diferentes estadios de transición, observándose un incremento de exceso de peso, particularmente en mujeres adultas, en que se supera el 30% y en algunos países llega al 70%. Igualmente preocupante es la situación infantil, donde cinco países superan el 6% de obesidad. Hay una tendencia a disminuir el déficit de peso, siete de nueve países presentaron una reducción de mujeres con bajo peso y el déficit de crecimiento disminuyó generalizadamente.

FIGURA 4

Prevalencia de obesidad en niños latinoamericanos de 0-5 años y variación para países seleccionados (27,36)



* Fuente: Ministerio de Salud de Chile, DEIS. <http://deis.minsal.cl/deis/nutricion/totIA.asp>

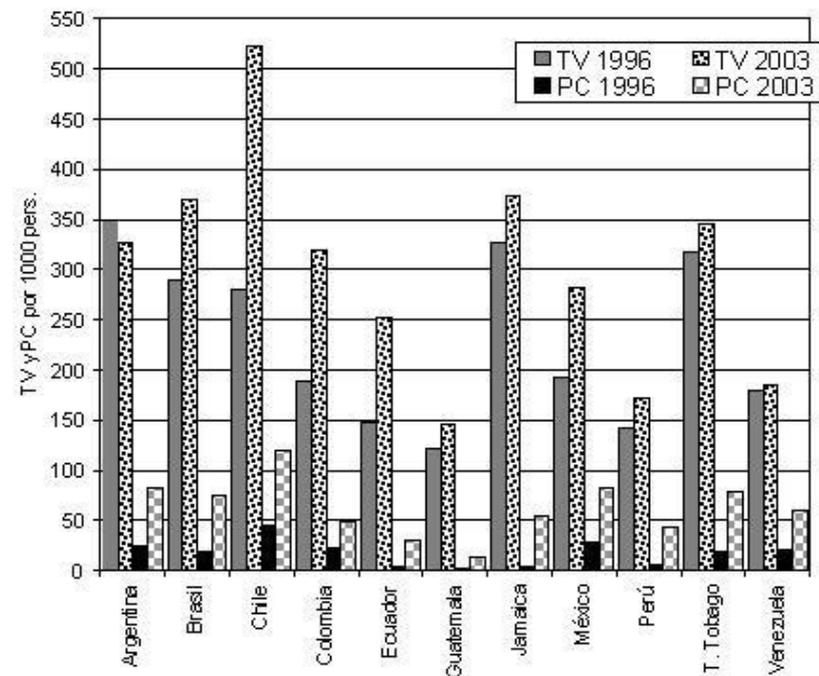


Figura 6. Televisores (TV) en uso y Computadores personales (PC) por mil personas en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe periodo 1996 - 2003. (39)(42)

Se observa un aumento de la disponibilidad calórica en 17 de 20 países. La población que vive bajo la línea de pobreza ha disminuido en 9 de 13 países, aunque hay algunos que superan el 60%. Los indicadores de sedentarismo han aumentado, el parque automotriz ha subido en todos los países y algo similar ocurre con televisores y computadores. La evolución del estado nutricional refleja una acción multifactorial donde destacan:

- Un aumento de la ingesta calórica "aparente" que se refleja en todos los análisis de disponibilidad de alimentos por países.
- Un aumento de la proporción de grasas en el total del consumo energético.
- Un incremento generalizado del sedentarismo por el uso de tecnologías que lo favorecen.
- Una disminución de la inseguridad alimentaria debido a un descenso de la población que vive en condiciones de pobreza y especialmente de indigencia, aunque las desigualdades sociales persisten en muchos lugares.

LOS FACTORES CONDICIONANTES DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL EN LA EUROPA OCCIDENTAL: BARCELONA, 1890-1936

Nos & Pujol Andreu (2008)

Objetivo: Analizar la incidencia que tuvieron los cambios en la renta en la evolución de la dieta, durante las primeras fases de la transición nutricional en la Europa occidental.

Metodología: Análisis de la evolución del consumo de proteínas animales en la ciudad de Barcelona entre finales del siglo XIX y 1936; los cambios que experimentó en este período el consumo de leche fresca y el consumo de carne.

Tratar de demostrar que la influencia de la renta en la composición y la evolución de la dieta se entiende mejor cuando se consideran otras variables: los progresos en los conocimientos científicos y técnicos, las condiciones ambientales, los cambios en la higiene pública y la estructura de edad de la población.

Resultados / discusión:

- 1.- Creciente consumo de carnes blancas y de alimentos semielaborados, desde la década de 1960, condicionado por la difusión de nuevas tecnologías en el tratamiento de los animales, la expansión de la industria alimentaria y la difusión de nuevas infraestructuras domésticas.
- 2.- Los problemas sanitarios que está generando el elevado consumo de proteínas animales, generan la difusión de nuevas dietas basadas en alimentos poco valorados en el pasado, como las frutas y verduras y una amplia gama de productos lácteos desnatados, como una amplia gama de alimentos tratados con diferentes aditivos, para mejorar sus propiedades nutritivas o ayudar a controlar los niveles de grasas en la sangre.
- 3.- Los cambios en la dieta no se pueden interpretar en función únicamente de los **niveles de renta**, puesto que el impacto de los ingresos en el consumo depende de otros factores: los conocimientos científicos en microbiología y nutrición, las infraestructuras técnicas existentes en la producción, comercialización y elaboración final de los alimentos, y los efectos de la urbanización en las condiciones de vida de la población.
- 4.- El impacto que han tenido en la evolución de la dieta dos grupos más de factores: la difusión de vacunas, sulfamidas y antibióticos en el tratamiento de las enfermedades, y los cambios en la mortalidad y en la estructura por edades de la población. Sumado a los actuales estilos de vida sedentarios.

Intolerancia nutricional

Intolerancia versus alergias

Intolerancia más comunes: fructosa, sacarosa, celiaca o intolerancia al gluten, los sulfitos, lactosa, histamina, al huevo.

Tipos de intolerancias:

- 1.- Primarias son aquellas que se heredan y suelen agravarse con el paso de los años y aparecer a cualquier edad. No existe una cura completa.**
- 2.- Secundarias no se presentan por ningún motivo relacionado con factores genéticos, y es posible revertirlas al atacar el problema de raíz con una alimentación adecuada y ayudar a la mucosa del intestino para que se recupere pronto.**
- 3.- Las deficiencias congénitas son intolerancias parecidas a las del primer grupo, pero, en este caso, el problema con la alimentación ocurre desde el nacimiento. No son las más habituales.**

Principales intolerancias:

Intolerancia a la lactosa: los orígenes de una mutación milenaria

Intolerancia al gluten: enfermedad celíaca

Intolerancia a la fructuosa

Intolerancia a la sacarosa

Intolerancia a la histamina

Síntomas principales:

- 1.- A nivel digestivo: vómitos, estreñimiento, hinchazón, dolores de estómago, gases, etc.
- 2.- El aumento de peso sin motivo aparente
- 3.- Enfermedades de la piel también pueden indicar que el organismo no está asimilando bien algunos alimentos
- 4.- Problemas asociados al sistema nervioso.
- 5.- Molestias musculares; el organismo no absorbe bien los nutrientes que este necesita y, por tanto, aparecer sensación continua de cansancio, dolores musculares o articulares, etc.
- 6.- Problemas respiratorios son en algunas ocasiones, causa de estas intolerancias a los alimentos.

Pautas culturales y nutrición: los tabúes alimenticios

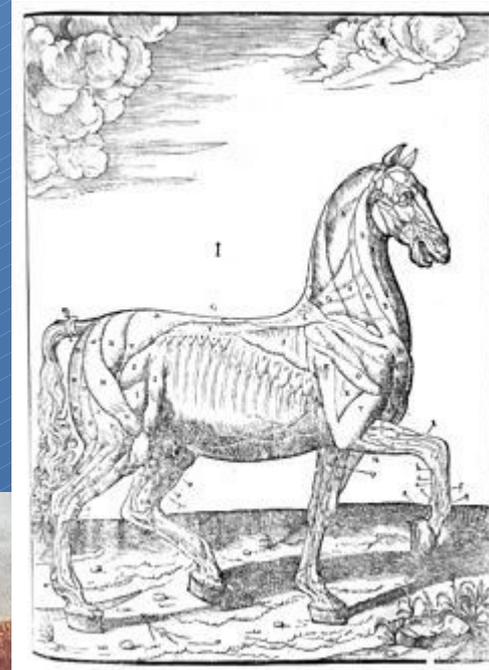
Modelos:

- 1.- Principio cultural – materialista o económico – racionalista**
- 2.- Principio socio – cultural o funcionalístico**
- 3.- Principio estructural / Principio etnosocial (comestibilidad)**
- 4.- Principio de emoción – psicológica**

1.- Prohibición de comer cerdo

2.- Las vacas sagradas

3.- ¿Carne de caballo?



4.- Mascotas

5.- Insectos

6.- Vísceras

7.- Sangre

8.- Lácteos

9.- Carne humana



Cuadro resumido sobre alimentos tabú

Alimentos	Algunas culturas en que son tabú o ilegal	Son alimentos aceptados en
Ranas	Estados Unidos, Inglaterra, judaísmo	Francia, Italia, Asia, Argentina, <u>Bolivia</u> , México, España
Perros	Gran parte de Europa, América	China, Corea, Congo y Suiza
Insectos	Europa y parte de América	Asia, África, tribus amazónicas, sur de México
Gatos	Europa y parte de América	China, Corea y Perú (principalmente en Cañete o barrios habitados mayormente por población <u>afrodescendiente</u>)
Caballo	Estados Unidos, Inglaterra, Australia, México	Francia, Italia, Alemania, Japón
Ratas	Europa y América	<u>Ghana</u> , <u>Tailandia</u> , España(las <u>ratas de agua</u>) y México (Ratas De Campo)
Vacas	<u>Hinduismo</u>	Cristianismo, Islam, América
Tortugas	Judaísmo	Asia, América
Iguanas	Europa, <u>Colombia</u> ,	<u>Centroamérica</u> Ajustar fila de tabla
Cerdos	Judaísmo, Islam	Cristianismo
Pájaros cantores	Europa, Argentina	<u>Bolivia</u> , Italia, Francia, México, Portugal
Arañas	Europa, América	<u>Laos</u> , tribus amazónicas
Lagartos	Gran parte de Europa, Asia y América	Asia, Panamá, algunas tribus australianas, y Caribe Colombiano (se consume la <u>iguana verde</u>)
Vísceras		Argentina, <u>Colombia</u> , Perú, España (riñones, hígado, estómago, testículos, pulmón)
<u>Morcillas</u> y otros alimentos preparados con sangre	Islam, judaísmo, Testigos de Jehová	Gran parte de América del Sur, México, España, Perú, Alemania, UK y Estados Unidos