

Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

HABITOS ALIMENTARIOS EN LA CUENCA DEL CARIBE Y LAS REGIONES CENTRO- Y SURAMERICANA.

Richard Visser.¹

RESUMEN

Numerosas organizaciones sanitarias, cuerpos de expertos y nutricionistas asisten preocupados al auge de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ella en la cuenca del Caribe y el Centro y Suramérica. La región ha conocido un esplendor económico sin precedentes, gracias a la llamada “economía sin humo”: el alza del turismo internacional, junto con el desarrollo sin paralelo de las comunicaciones y los servicios altamente especializados. El auge económico de la región ha traído consigo la introducción de nuevos hábitos alimentarios, propios de las sociedades del denominado Primer Mundo, y con ello, el abandono de las tradiciones dietéticas regionales. La obesidad resultante de la “hiperalimentación” coexiste con graves deficiencias nutrimentales, que recorren desde la franca desnutrición hasta déficits especificados de micronutrientes, como el hierro y la vitamina A. El autor examina esta situación, y propone políticas y recomendaciones con un claro afán intervencionista. Solo la acción mancomunada de las autoridades políticas, sanitarias, profesionales, y la propia población, podrá traer consigo un cambio significativo en este estado de cosas. *Visser R. Hábitos alimentarios en la Cuenca del Caribe y las regiones centro- y suramericana. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2007;17(2):174-85. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Descriptor DeCS: Obesidad, Hábitos alimentarios, Enfermedades crónicas no transmisibles, Cuenca del Caribe, Centroamérica, Suramérica.

¹ Médico. Máster en Nutrición en Salud Pública.

Recibido: 18 de Abril del 2007. Aceptado: 16 de Agosto del 2007.

Richard Visser. Secretaría de Salud. Aruba.

Correo electrónico: drvisser@simplyh.com

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es uno de los factores más importantes en la determinación del estado de salud de la población.^{1,2} El estado nutricional está en correspondencia directa con el grado de seguridad alimentaria que poseen los integrantes de la misma, que se alcanza cuando todas las personas tienen, en todo momento, un acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer debidamente sus necesidades nutricionales y sus gustos y preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida activa y sana.³ Sin embargo, el mejor estado nutricional que una población puede alcanzar no depende solamente de la disponibilidad global de alimentos que en la práctica posibiliten cubrir sus necesidades energético-nutrimientales, independientemente de los diversos factores económicos, geográficos, sociales y culturales que puedan afectar negativamente el acceso físico a los alimentos y la capacidad de las familias para comprarlos o producirlos.⁴⁻⁷

La salud física, psicológica, mental y espiritual del ser humano está en dependencia del entorno económico, político, social, cultural y educacional en el cual éste se mueve existencialmente y en cuyo contexto desarrolla un determinado estilo de vida, condicionado en última instancia por tales múltiples factores.⁸

Uno de los aspectos más importantes del estilo de vida sano de una población es el desarrollo de costumbres, hábitos y conductas alimentarias a través de un proceso educativo correcto, que posibiliten, en su conjunto, lograr y mantener el estado nutricional normal de los individuos.^{9,10}

Actualmente se acepta que, para buscar una solución lo más adecuada posible a los problemas alimentarios y nutricionales que afectan a la población, es necesario identificar correctamente los factores condicionantes, para concentrar los esfuerzos en aquellos con posibilidades de ser atendidos por la comunidad. El factor educativo alimentario-nutricional figura entre aquellos, y tiene como propósito (a la vez que objetivo) aliviar, al máximo, los efectos negativos de un acceso disminuido a los alimentos, por un lado, y por el otro, minimizar tanto como se pueda las consecuencias que pueda tener el acceso desequilibrado a determinadas fuentes de alimentación en situaciones particulares de libre disponibilidad y adecuada capacidad individual de compra.¹¹ En consecuencia con ello, las intervenciones educativas destinadas a solucionar los problemas alimentario-nutricionales que afectan a la población son reconocidas hoy como un complemento esencial de las acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria familiar e individual, y representan la estrategia principal en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta, en base del desarrollo y consolidación de hábitos, costumbres y conductas correctas de alimentación.^{9,11}

Algunas consideraciones sobre hambre, apetito e ingesta alimentaria.

En el ser humano, los factores que intervienen en la determinación de la elección e ingestión de los alimentos constitutivos de la dieta son múltiples, y pueden responder a eventos tanto fisiológicos como psicológicos.¹² El sustrato material y funcional de tales procesos es el cerebro, quien se comporta

como un gran integrador de señales de distintas naturalezas, y que, en definitiva, equilibra el gasto y almacenamiento de energía con la ingesta de alimentos.¹³

La cantidad de alimentos que ingiere el ser humano depende esencialmente de la integración de respuestas sensitivas y cognoscitivas del individuo, y están en relación directa con el contenido energético y nutritivo de las sustancias alimentario-nutrientales consumidas.¹²

En el hombre, las experiencias sociales y culturales actúan modificando, de manera importante, el efecto de señales directamente relacionadas con estados fisiológicos y metabólicos. Asimismo, factores puramente psicológicos, como la presencia de otros comensales, situaciones sociales específicas, la ocasión, el acervo cultural, las creencias religiosas, y los factores hedonistas, contribuyen de manera importante al desarrollo de la sensación de saciedad.^{12,14} A un nivel descriptivo más simple, se plantea que cuando el organismo necesita con toda inmediatez de energía y nutrientes, las sensaciones que en lo fisiológico identifican a la sensación de hambre aumentan en intensidad hasta que tal necesidad sea debidamente satisfecha. Si la persona ha comido recientemente, las sensaciones que se tendrán serán débiles, pero las mismas serán relativamente fuertes y desagradables si no lo ha hecho desde algún tiempo antes.^{13,14}

La presencia simultánea de elementos cognoscitivos o sensoriales que resulten placenteros tenderá a aumentar la ingesta de alimentos. En caso contrario, ni siquiera las señales activadoras del reflejo del hambre resultarán lo suficientemente fuertes como para obligar al individuo a consumir alimentos desconocidos, desagradables, o aquellos

prohibidos por una creencia religiosa, o que proporcionen una visión, sabor u olor inapropiados.¹⁴

Desde puntos de vista metodológico y conceptual, los términos “hambre” y “apetito” deben ser debidamente diferenciados. Si bien con el primero de los dos se refiere a la conciencia de la necesidad de ingerir alimentos (sensación prepotente), el segundo se corresponde con el “deseo de comer”, y en virtud de tal, se asocia a los aspectos más placenteros de la elección e ingestión de los alimentos. No hay que olvidar tampoco que ambos términos pueden ser interdependientes: el apetito puede verse acentuado por el hambre *per se*.¹²

El término “apetito” se emplea con frecuencia para identificar las señales que guían o conducen al individuo a la elección y consumo de alimentos y nutrientes específicos, y se puede expresar a través de conductas tales como la elección de componentes de la dieta con una densidad energética elevada, la preferencia por aquellos que permitan satisfacer necesidades de nutrientes especificados en un momento tan particular (como la pica alimentaria), o simplemente dar rienda suelta a un deseo hedónico a través de la percepción gustativa de un sabor dado.^{12,14}

A partir del momento en que aparecen las señales de saciedad derivadas de los factores cognoscitivos y sensoriales, las diferentes categorías químicas alimentario-nutrientales comienzan a generar sus propias señales de saciedad postingestivas y postabsortivas.¹³ En definitiva, el volumen, la composición, la velocidad de absorción y las consiguientes respuestas metabólicas que se desencadenan, influyen en el intervalo que marca el comienzo de la aparición de la sensación

de saciedad, mientras que la duración de la misma y el espacio de tiempo transcurrido hasta la próxima ingestión de alimentos dependen, en su esencia, del complejo sistema de respuestas neuronales integrado en el subsistema nervioso central.^{14,15}

Aspectos geopolíticos, económicos y sociales relacionados con la alimentación y nutrición.

En los países en vías de desarrollo (aunque también en los considerados como ricos, desarrollados, o del “Primer mundo”) existen imágenes familiares bien conocidas que reflejan un estado nutricional inadecuado, pero cuyas consecuencias tienen una dimensión social. Así, por ejemplo, es frecuente observar en las sociedades donde la desnutrición es endémica que la curiosidad no se manifiesta en los ojos de muchos niños por estar afectados nutricionalmente, que un número crecidos de ellos presentan una estatura mucho menor que la correspondiente a la edad, que existen jovencitos sin el aliento suficiente para espantar las moscas que pululan en las llagas de sus rostros, que hay adultos que cruzan por las calles con una lentitud exasperante, y que las madres de 30 años representan más de 60. Estas imágenes contrastan con las de hombres, mujeres, niños, jóvenes y adultos, que contienen en sus cuerpos una cantidad de grasa excesiva que termina por comprometer, de forma inexorable, la calidad de vida y desempeño de los mismos. Y todo ello ocurre en el mismo espacio geográfico y tiempo histórico, fenómeno que ha sido acuñado recientemente como la “Obesidad en la pobreza”.¹⁶

Se acepta en la actualidad que el ser humano es el factor más importante

del desarrollo, y que la calidad de la existencia humana es, precisamente, la medida última de ese desarrollo, y que el más trascendente de los factores que afectan las condiciones y el estado existencial general de los individuos es la alimentación correcta. Por lo tanto, el estado nutricional, individual y poblacional constituye el más determinante y decisivo de todos los involucrados en el desarrollo.¹⁷

La mala nutrición, ya sea por exceso o por defecto, influye de manera desfavorable en el desarrollo mental y físico del ser humano, en la productividad, y en los años útiles de una vida laboral activa, todo lo cual repercute de manera adversa sobre el potencial económico del hombre como ser social.

Recientemente el concepto de capital ha sido extendido a los seres humanos. El desarrollo de esta nueva teoría fue alentado, en su esencia, por el descubrimiento de que “es mayor el incremento en la producción nacional en comparación con el incremento de tierras, de horas-hombre y del capital que se puede multiplicar en forma física. Tal vez la mejor explicación para esta diferencia la constituya la inversión en el capital humano”.¹⁸

En parecidos intentos para determinar los innegables beneficios económicos de la inversión en la salud, el costo de la prevención de una muerte se compara con los futuros ingresos del trabajador si hubiese vivido.¹⁹ Algunos también han explicado importancia de la inversión en el capital humano al relacionarla con las pérdidas que se producirían debido a la muerte en cualquier momento anterior a la jubilación del trabajador. Ese capital abarca la salud, los alimentos, el vestido, la vivienda, la educación, y otros gastos necesarios para proporcionarle a una

persona la educación imprescindible para que desarrolle al máximo su capacidad particular. Tales costos también pueden ser evaluados en comparación con la debilidad, cuando la muerte no es precisamente un factor.²⁰ Ya sea que la enfermedad tenga su traducción concreta en la pérdida de días laborables, o en la reducción (temporal o permanente) de la capacidad de trabajo, la pérdida calculada en la producción, aunada al costo de la atención médica, puede compararse con los gastos propuestos para evitar, en primer lugar, la aparición de la enfermedad.²¹

De manera semejante, también se pueden comparar las ganancias que se obtendrán de los gastos en la alimentación de las colectividades humanas y el consiguiente mejoramiento del estado nutricional. Un estado nutricional mejorado, sin lugar a dudas, eleva el flujo de ganancias por encima de lo que las mismas hubieran sido en el caso de una falta de incremento en el estado general de bienestar (individual o colectivo), sobre todo si gracias a dicha mejoría un trabajador ausente se reintegra rápidamente a la fuerza laboral activa, se alarga el lapso de vida laborable, se supera un decaimiento que reduce su capacidad productiva, se logra que un niño vuelva a la escuela, o mejore su grado de comprensión y retención de lo aprendido, y cuando se permite que un adulto asimile de manera más eficaz cualquier tipo de adiestramiento laboral o de capacitación en ese sentido.¹⁸⁻²¹

Toda vez que el bienestar de una persona se estabiliza, los costos de alimentación y nutrición se convierten de inmediato en gastos de sostenimiento. Así las cosas, una mejoría en tal sentido, y su mantenimiento ulterior, puede contribuir a elevar (o por lo menos mantener) el nivel de productividad de un miembro

activo de la fuerza laboral, o puede adoptar la forma de un fondo de inversión para ayudar a incrementar las ganancias esperadas en el transcurso de la vida activa futura de un niño de 2 años. De aquí la incuestionable importancia y trascendencia que tiene para el desarrollo económico de la sociedad, en un contexto del más pleno disfrute de felicidad de sus integrantes, el hecho de que se garantice debidamente, en cantidad y calidad, un flujo alimentario que asegure el mejor estado nutricional posible de ésta.^{22,23}

En resumen, la alimentación y nutrición inadecuadas no sólo representan una consecuencia del subdesarrollo, sino también un factor que contribuye a él, una verdadera traba de la expresión del potencial del que se puede derivar un mejoramiento global para toda la sociedad, un verdadero “lastre” para aquellos grupos humanos en los cuales se ha logrado ya un desarrollo científico y tecnológico notables, pero que han puesto poca atención al cuidado debido del aspecto alimentario-nutricional. Si no se mejora la alimentación y la nutrición de las dos terceras partes menos favorecidas de la población mundial en estos momentos, puede retrasarse no sólo el desarrollo de los recursos humanos de estas naciones, sino el desarrollo mismo de ellas como tales. Debe aclararse que en esta discusión no sólo se habla en términos de la calidad de vida de las personas, sino también de la calidad intrínseca de ellas por su condición humana. A menos que los niveles actuales de mala nutrición no sean controlados en forma notable, ello puede representar, en un breve lapso de tiempo, un gran detrimento para el desempeño, el aspecto, el bienestar físico e incluso de la capacidad mental de gran parte de la población mundial.²⁴

En estos momentos en los que la Globalización Neoliberal avanza en forma galopante, la prevención de tales cicatrices requerirá de nuevos puntos de vista y enfoques, más investigaciones, nuevas entidades organizadoras en el contexto de una nueva disciplina, y, lo que es más importante, una nueva preocupación por el problema, y una nueva escala de acción concomitante a nivel planetario. Es realmente triste disponer de la información necesaria que justifique las asignaciones requeridas de recursos para dar solución a la problemática alimentaria y nutricional expuesta, y no implementar las acciones correctas, al menos en una escala básica, a sabiendas que los esfuerzos aislados siempre serán una respuesta insuficiente e inaceptable, porque este es el momento de pensar en que, a pesar de que algunos proyectos en el campo de la alimentación y nutrición humanas consigan algunos resultados positivos y útiles, el objetivo final debe estar dirigido mucho más allá: a conquistar, precisamente, metas más trascendentales.²⁵⁻²⁷

Algunas generalidades sobre los hábitos alimentarios de personas y colectividades.

Sin lugar a dudas, las características organolépticas de los diferentes componentes de la dieta (léase régimen alimentario), esto es, las referidas al color, sabor, olor y textura, y que los identifican según su palatabilidad e influyen en su aceptación, intervienen, de manera importante, en el desarrollo y consolidación de costumbres, conductas y de los llamados hábitos alimentarios,²⁸ conjuntamente con factores (elementos) bien establecidos y reconocidos de la cultura local, tales como creencias y tradiciones, medio geográfico,

disponibilidad alimentaria, recursos económicos, religión, y distintivos psicológicos y pragmáticos.^{29,30}

Estos factores evolucionan a lo largo de los años en amplios espacios y constituyen, precisamente, la respuesta a los nuevos estilos de vida que siempre están acompañados de nuevos productos con los cuales se confeccionan las dietas dirigidas a satisfacer las reales necesidades de energía y nutrimentos de cada individuo (en lo que debería conformar una dieta sana, saludable, normal o balanceada), pero que desgraciadamente en la actualidad no se logra las más de las veces.³¹

Los hábitos alimentarios se relacionan directamente con los recursos económicos de cada persona, o de las colectividades humanas (y responden sensiblemente a variaciones en los mismos); pero también se modifican significativamente con el contacto entre representantes de culturas alimentarias diferentes. Esta circunstancia puede explicar los cambios experimentados en regímenes alimentarios ancestrales, como sucedió en los hábitos propios de las comunidades indoamericanas en las etapas posteriores al descubrimiento del continente americano.^{32,33}

Aspectos importantes de la dieta saludable.

En la práctica no resulta nada fácil lograr que el ser humano construya una régimen alimentario en base a los requerimientos de energía y nutrimentos que necesita para mantener las estructuras y funciones normales de las diferentes células de los distintos tejidos y órganos que componen el cuerpo y, por ende, desarrollar así la capacidad para integrar una función corporal total normal.

El atributo más valioso de la Naturaleza es la energía. Esta categoría física puede definirse como la medida de la capacidad que posee un sistema para realizar trabajo útil, en el seno del mismo o respecto a su entorno. Así, gracias a la disponibilidad energética de que disfruten los sistemas u organismos vivientes, éstos podrán realizar una determinada cantidad de trabajo biológico, con una potencia (velocidad) determinada, y que les permitirá, en definitiva, adaptarse a las condiciones cambiantes del ambiente.

Desde el punto de vista alimentario y nutricional, la necesidad energética es la más importante que la dieta debe satisfacer. Las necesidades de energía de un organismo vivo está condicionada por el gasto energético del individuo, el que, a su vez, está determinado tanto por la tasa metabólica en el estado de reposo, como por la actividad física que realice.

Las necesidades energéticas del individuo se satisfacen mediante la ingestión de las llamadas categorías químicas alimentarias energéticas, o simplemente, alimentos energéticos, a saber: los carbohidratos (también conocidos como azúcares) y las grasas neutras. Estas categorías alimentarias deben ocupar proporciones fijas y constantes en una propuesta de dieta saludable: carbohidratos: entre 55 y 60% del contenido energético total de la dieta; y grasas neutras: entre un 25 – 30%. Las proteínas deben ocupar el 10 – 15% restante del contenido energético total, si bien debe alertarse que estas categorías alimentarias no se incluyen en la dieta para aportar energía, sino para satisfacer las necesidades plásticas del crecimiento y desarrollo de los organismos vivos.

La dieta saludable sería entonces aquella que provee al individuo con la energía alimentaria suficiente y las

cantidades de las diferentes categorías químicas nutrimentales necesarias para la realización de los diferentes tipos de trabajo biológico. Ello se logra cuando la misma resulta adecuada, suficiente, variada y equilibrada (léase balanceada). Una dieta saludable debe proporcionar también determinadas cantidades y tipos de fibra dietética, y otros nutrientes como vitaminas, minerales, oligoelementos y elementos traza, todos indispensables para el mantenimiento del estado de salud del individuo.

La energía que aporta la dieta debería ser consumida en forma de “paquetes discretos”, esto es, nunca de golpe, sino distribuida en varias comidas a lo largo del día, con una frecuencia nunca menor de 6 ingestas parciales, y donde cada una de las cuales ha de representar, en términos energéticos, la satisfacción de un porcentaje especificado respecto del consumo energético total del sujeto. Así, se ha recomendado la siguiente distribución: desayuno: 20%; merienda matutina: 10%; almuerzo: 30%; merienda vespertina: 10%; comida: 20%; y cena: 10%. Siempre y cuando los hábitos alimentarios del ser humano sean correctos, éste podrá lograr, en la práctica alimentaria y nutricional, una dieta saludable, sana, normal o balanceada, que es en definitiva el objetivo supremo de la Alimentación, Nutrición y Dietética como ciencias particulares que son.

Hábitos alimentarios generales en las regiones de Centroamérica, América del sur y la Cuenca del caribe.

En el conjunto de los pequeños países centroamericanos, de la cuenca caribeña y en la extensa área geográfica que integran las naciones sudamericanas se han identificado, un tanto esquemáticamente, los llamados

“principales factores condicionantes de la conducta alimentaria”, o para hacerlo más corto, “hábitos alimentarios regionales”. Entre éstos figuran las características geográficas, la disponibilidad y elección de alimentos, la disponibilidad económica, el nivel cultural, el marco educativo, la publicidad o “marketing”, el marco social con su alta carga de costumbrismo, los tabúes religiosos, el marco familiar, las preferencias alimentarias, la educación nutricional, el resultado de los estudios de salud realizados, la infraestructura social, las comunicaciones, la política, lo económico y los importantes aspectos tradicionales.^{28,29}

En el Caribe y la América del Centro y el Sur una gran parte de la población sufre, en estos momentos, las consecuencias biológico-funcionales negativas de la mala nutrición por defecto, mientras que otra parte también importante está indudablemente sobrealimentada, y por lo tanto, expuesta a las enfermedades debidas a la “hiperalimentación”. En ambos casos se observa un sobredimensionamiento de los factores tradicionales, míticos y simbólicos que influyen en la construcción del régimen alimentario de cada día, con una presencia tan fuerte en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos por los alimentos, que han llegado a constituirse en los elementos primordiales definitorios de las formas de preparación, distribución y de los servicios alimentarios.³⁰

Como en muchos otros lugares del mundo, en el Caribe, Centro y Suramérica, los hábitos alimentarios distan mucho de aquellos que son necesarios para alcanzar, en la práctica, una alimentación sana. Si bien es preocupante la ausencia de conocimientos sobre el valor nutritivo de los alimentos,

este factor se une a otros que hacen aún más sombrío el panorama de bienestar y salud de la región a corto, mediano y largo plazo: la precariedad económica de las grandes mayorías, la inadecuada accesibilidad a los componentes de una dieta saludable, y la prevalente falta de disponibilidad de alimentos en los mercados locales.^{28,34,35}

En medio de tan compleja y a la vez caótica situación, se observan cada vez con mayor frecuencia nuevas tendencias negativas relacionadas con los hábitos alimentarios de las colectividades humanas en la América Latina. En primer lugar, la distribución y el consumo de alimentos, una forma muy expresiva para valorar el funcionamiento de la organización familiar, laboral y escolar, las propias relaciones sociales que se generan en relación con los alimentos, no son las más idóneas y se alejan sustancialmente de lo que deberían ser.³⁵ Algo semejante ocurre con las denominadas preferencias alimentarias, que identifican e integran a los individuos en diferentes grupos: los que se adhieren a la comida-basura (una correcta traducción del inglés “junk-food”); los que se decantan por las comidas rápidas, y en donde predominan los adolescentes; el grupo del tentempié o “snack”, integrado por muchos adultos; el “Sírvase-Usted-mismo” (peligrosa transposición del anglosajón “Self-service”), que ha transformado a las personas en camarero-comensales, son solo algunos ejemplos a mencionar.³⁶

Los caribeños y los centro- y sudamericanos sufren en estos momentos las consecuencias de una evolución notable en sus hábitos alimentarios, debido al impacto, por un lado, de los nuevos estilos de vida, condicionantes de cambios drásticos en la organización tanto familiar como social, y por el otro,

del desarrollo de avanzadas tecnologías en el área agroalimentaria que han puesto a disposición de los consumidores finales los llamados “alimentos-servicio”, especialmente concebidos para facilitar la preparación y consumo de los mismos sin tomar en consideración, las más de las veces, los reales valores nutritivos que deben poseer cada uno de los integrantes de la dieta ingerida.^{34,35}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce en la actualidad que el despliegue de un intenso trabajo educativo en temas higiénico-dietéticos, el mejoramiento de las condiciones generales de vida, y la ampliación del acceso de grandes sectores poblacionales a espacios socioeconómicos de trabajo y producción (y que son muy reducidos en estos momentos) son acciones intervencionistas necesarias para toda la Cuenca del Caribe, Centro- y Suramérica. En un contexto de una estabilidad política a largo plazo y una mayor gobernabilidad, estas acciones deben posibilitar el rescate de las mejores costumbres alimentarias de las personas y poblaciones, y a su vez, provocar cambios subsiguientes de los hábitos y conductas dietéticas. Todo ello, en última instancia, deberá repercutir en la forma de operar de los servicios primarios y secundarios de asistencia médica, los que, de continuar sin ser modificados proactivamente, solo harán sumar cada día más muertes, sobre todo en las etapas vitales más vulnerables: los primeros 5 años de vida de un lado, y la llamada “edad mayor”, del otro, y que ya se cuentan por decenas de millares en esta (nuestra) región geográfica. La OMS se pronuncia, al mismo tiempo, en el sentido de que “ello sólo será posible aunando voluntades, con la participación consciente de los gobiernos y de la población en general”.³⁷⁻³⁹

La OMS, conjuntamente con otras instituciones y cuerpos de expertos, plantea que hay que trabajar con el objetivo de lograr que las personas comprendan y pongan en práctica, tanto como les sea posible, que, en lo tocante a la alimentación, solo se podrán desarrollar hábitos alimentarios saludables en la misma medida en que se tengan conocimientos sobre el valor nutritivo de los alimentos y su inocuidad, siempre y cuando existan los recursos económicos requeridos para la adquisición de los mismos, y se tenga una adecuada disponibilidad de éstos en el mercado. No se trata de sugerir fríamente grandes cambios en las tendencias de consumo sino, más bien, reforzar las costumbres tradicionales de la población en su tránsito hacia un estado de progreso que no radica, precisamente, en un consumo excesivo de grasas saturadas, de carnes rojas, de sal, de los denominados azúcares refinados, y en el rechazo de la fibra dietética, el franco menosprecio del pescado, y un desinterés marcado por los vegetales y las frutas frescas, aspectos éstos que se han hecho extraordinariamente frecuentes en toda la región.³⁹⁻⁴¹

Cuando los hábitos alimentarios son inadecuados, la alimentación termina siendo deficiente, la resistencia a las enfermedades disminuye, se retrasa el crecimiento y desarrollo normales, se afecta la productividad laboral, y se reduce el rendimiento escolar y deportivo. Tampoco se debe olvidar que una alimentación excesiva, unida a una vida sedentaria, favorece la aparición de la obesidad, con su cortejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, aterosclerosis, diabetes, e incluso el cáncer.⁴⁰ Lamentablemente, estas situaciones se han hecho manifiestas de forma evidente en amplios sectores

poblaciones de los países de la cuenca del Caribe, Centro y Suramérica, tanto de bajos como elevados recursos económicos, en diferentes fases de desarrollo social, político y económico. La reconversión de los actuales hábitos alimentarios de la región en otros más saludables debería ir acompañada de las necesarias y correctas prácticas higiénicas de manipulación de los alimentos.³⁹

No se podría terminar este ensayo sin discutir el alcoholismo como un problema regional de salud. La ingestión de bebidas alcohólicas es una práctica inadecuada en todos los aspectos que es realizada por un número cada vez mayor de personas en la región. El alcoholismo, además de ser una conducta adictiva, determina que el bebedor desarrolle hábitos alimentarios inadecuados, coma a deshoras, o prefiera incluso la bebida a la comida. Similar razonamiento podría hacerse para otras adicciones como el consumo de drogas. Se ha demostrado exhaustivamente los efectos perniciosos del alcoholismo sobre el estado de salud del bebedor: personas como éste exhiben niveles séricos aumentados de colesterol y triglicéridos, predisposición a la obesidad, e importante disminución del aprovechamiento biológico de vitaminas y minerales especificados.^{40,41}

CONCLUSIONES

Es impostergable la necesidad de promover el desarrollo de adecuados hábitos alimentarios en el ámbito de la cuenca del Caribe, Centro y Suramérica, a pesar de los obstáculos de diverso tipo que ello conlleva, para así alcanzar metas nutricionales que promuevan un buen estado de salud, tanto individual como colectivo, que sea garante del desarrollo económico requerido para sustentar el bienestar social más pleno.

SUMMARY

Several health organizations, bodies of experts, and nutritionists are worried about the rise on Obesity and their associated non-communicable chronic diseases that are taking place in the Caribbean vessel, Central and South America. The subcontinent has witnessed an unprecedented economic boom, thanks to the so-called "smoke-less economy": the increase in international tourism, together with the unparallel development of communications and highly integrated services. The economic boom has brought about new alimentary patterns, reflecting those existing in the First World societies, and so, the abandonment of the region's dietetic traditions. Obesity resulting from "hyperalimantation" coexists with severe nutrients derangements, from overt undernutrition to specified micronutrients deficiencies, such as iron and vitamin A. The author examines this situation, and advances policies and recommendations with a clear interventionist goal. Only the joint action of political, health, and professional authorities, together with the human collectivities, could bring about a significant change in the current state of affairs. **Visser R.** Food habits in the Caribbean vessel and South and Central America. RCAN Rev Cubana Aliment 2007;17(2):174-85. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Obesity, Food habits, Non-communicable chronic diseases, Caribbean vessel, Central America, South America.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FAO. Guía metodológica de comunicación social en nutrición. Roma: 1996.

2. FAO. Informe de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma: 1996.
3. FAO. Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial y plan de acción. Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma: 1996.
4. Oshaug A, Benbouzid D, Gilbert J. Educational handbook for nutritionists. WHO. Ginebra: 1988.
5. FAO. Manejo de proyectos de alimentación y nutrición en comunidades. Guía didáctica. Roma: 1995.
6. Kennedy E, Haddad L. Food security and nutrition: 1971-91. Lessons learned and future priorities. Viewpoint on Food Policy. Roma: 1992.
7. FAO/OMS. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe final de la Conferencia. Roma: 1992.
8. FAO. Directrices para la formulación de planes nacionales de acción para la nutrición. Roma: 1993.
9. Cerqueira MT. Recent approaches to nutrition education in developing countries. En: Report on a FAO workshop on nutrition education through mass media. Roma: 1990.
10. Hornik R. Nutrition education. A state of the art review. ACC/SCN Nutrition policy discussion paper N° 1. FAO/UN. Rome: 1985.
11. Gallardo L, Praun A. Manual sobre metodología para la programación, desarrollo y evaluación de programas de educación alimentario-nutricional. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Publicación E-1166. Ciudad Guatemala: 1985.
12. Castonguay TW, Stern JS. Hambre y apetito. En: Conocimientos actuales sobre nutrición. 6^{ta} Edición. Organización Panamericana de la Salud e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. Publicación Científica 532. Washington, DC: 1990. pp. 16.
13. Anderson GH. Regulation of food intake. En: (eds), Modern nutrition in health and disease (Editores: Shils ME, Olson JA, Shike M). 8^{va} Edición. Lea & Febiger. Malvern: 1994. pp 524-536.
14. Rozin P, Vollmecke TA. Food likes and dislikes. Annu Rev Nutr 1986; 6:433-56.
15. Leibowitz SF. Specificity of hypothalamic peptides in the control of behavioral and physiological processes. Ann N Y Acad Sci 1994; 739:12-35.
16. Caballero B. A nutrition paradox-underweight and obesity in developing countries. N Engl J Med 2005;352:1514-6.
17. Sonia O. Intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Un enfoque municipal. En: Guía para la gestión municipal de programas de seguridad alimentaria y nutrición (Editor: Morón C). FAO. Santiago de Chile: 2001.
18. Schultz TW. Investment in human capital. American Economic Review 1961;3:1-4.
19. Correa H. The Economics of human resources. North Holland Publishing Company. Amsterdam: 1963.
20. Correa H. The Contribution of better nutrition and health to economic development: A comparative study of eighteen countries. Tulane University. New Orleans: 1965.
21. Berkowitz M, Johnson WG. Towards an economics of disability: the magnitude and structure of transfer costs. Journal of Human Resources 1970;4:271-97.
22. PAHO. Health in the Americas. PAHO Scientific and technical

- publication No. 587. Washington, DC: 2002.
23. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based non-communicable diseases interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull WHO* 2001;79:963-70.
 24. Puska P. Nutrition and global prevention on non-communicable diseases. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002;11(Suppl 9):S755-8.
 25. McMichael A, Beaglehole R. The changing global context of public health. *Lancet* 2000;356:495-9.
 26. Beaglehole R, Yach D. Globalization and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003;362:903-8.
 27. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127:1097-102.
 28. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: 2002.
 29. OMS. Macroeconomía y salud. Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra: 2001.
 30. Contreras J. Antropología de la alimentación. Editorial EUDEMA. Madrid: 1993.
 31. Contreras J. Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de Barcelona. Barcelona: 1995.
 32. Ruz J. Razón dietética: Gusto, hábito y cultura en la conducta alimentaria. Sociedad Navarra de Estudios Gastronómicos. Pamplona: 1999.
 33. Fischler C. El omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Editorial Anagrama. Barcelona: 1995.
 34. Harris M. Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura. Alianza Editorial SA. Madrid: 1998.
 35. French SA. Pricing effects on food choices. *J Nutr* 2003;133:841S-3S.
 36. Meyer D. What's eating Latin America? *Foreign Policy* Mar/Apr 2003:89-90.
 37. Posten W, Foreyt J. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis* 1999;146:201-9.
 38. WHO. Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva: 2001.
 39. FAO. World agriculture towards 2015/2030. Rome: 2003.
 40. Pollan M. The (agri)cultural contradictions of obesity. *New York Times Magazine*, October 12, 2003. pp 41-8.
 41. Nugent R. Food and agriculture policy: Issues related to prevention of noncommunicable diseases. *Food and Nutrition Bulletin* 2004;2:200-7.