

SECCION ESPECIAL

PROBLEMAS DIETETICOS EN EL AREA DEL CARIBE

Dra. Corina de Jesús de Ramírez

Conferencia publicada en el "World Book of Diabetes", puesto en circulación durante el XIII Congreso Mundial de Diabetes, Australia, 1988

Parecería extraño iniciar un tópico médico discutiendo la influencia que ciertos grupos étnicos han tenido sobre nuestro territorio; pero es sólo dando este tipo de información que podremos comprender, en parte, los problemas que confrontamos con la dieta en nuestros pacientes diabéticos.

El Caribe representa la región localizada entre América del Norte, Centro América y América del Sur; está compuesta por un grupo de islas, las cuales por sus dimensiones han sido divididas en Antillas Mayores y Antillas Menores.

Las Antillas Mayores son Cuba, La Española, Puerto Rico y Jamaica. Las Antillas Menores están representadas por las islas de Sotavento, Islas de Barlovento y las islas al norte de Venezuela.

Descubiertas por Cristóbal Colón en 1492, sobre todo lo que es hoy la República Dominicana, sirvió como base para los planes del descubrimiento y la conquista. Hasta tal punto llegó en ella a florecer la cultura y las artes, que se funda en ésta la primera Universidad del Nuevo Mundo. Es

interesante señalar que debido a los trabajos forzados a que fueron sometidos los indios nativos, los españoles se vieron obligados a importar esclavos africanos para que ayudaran en el cultivo de la caña de azúcar; consecuencia esta que determina grandes influencias sobre sus hábitos dietéticos. De esa época data la elaboración de un pan especial en que se usa la yuca, llamado cassava; única industria nativa encontrada por los españoles, y que más tarde conocería como el "pan de las Indias".

Con el paso de los años la conquista por diferentes naciones dio lugar a que diferentes grupos étnicos se establecieran en las diversas islas. De ahí nacen, precisamente, las divergencias en razas, costumbres, hábitos alimenticios, con sus consecuentes problemas.

Siendo naciones todavía muy jóvenes y perteneciendo a los países del tercer mundo, el Caribe está formado por regiones diversas. Algunas islas totalmente industrializadas, otras viviendo en época de menos desarrollo, con un índice de desnutrición que en ocasiones resulta alarmante y con un alto porcentaje de analfabetismo.

De acuerdo a Skrabalo y Katona (World Book of Diabetes in Practice, 1982), los pueblos en desarrollo están habitados por gentes de razas, tradición y religiones diferentes, por lo cual no pueden ser considerados como un grupo homogéneo y es muy posible que de acuerdo a la clasificación expuesta por ellos y dada a conocer por las Naciones

(*) Profesora de Endocrinología, Escuela de Medicina Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. (UNPHU), Endocrinóloga del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN), Santo Domingo, R.D.

Unidas, el Caribe pertenece a los grupos de:

1. Pueblos menos desarrollados
2. Los más pobres y menos desarrollados, tomando en cuenta el ingreso anual per cápita.

Se considera que en el área del Caribe la prevalencia de Diabetes Mellitus es de un 2 a un 6%, calculándose por tanto que deben existir unos 600,000 diabéticos, con predominio del sexo femenino 2:1. De acuerdo a las estadísticas publicadas por Morrison et al, entre el inicio del primer síntoma y el diagnóstico de la enfermedad transcurren unos 10 años. No en vano es por esto que en la práctica hospitalaria la gangrena diabética es la complicación más frecuente, alcanzando un 7%. El porcentaje de diabéticos juveniles es de un 25 a 30%, con un 70, 75% para el tipo II.

Perteneciendo pues a un grupo de islas en pleno desarrollo: ¿Cuáles son los principales problemas relacionados con la dieta en nuestros dietéticos? Claro está que esto varía de una isla a otra, pero en general es probable que el mayor esté representado por la ignorancia de nuestra población y la falta de comprensión de los principios básicos de dieta. Quizás empezando por algo tan simple como que "dieta" no significa un grupo especial y costoso de alimentos, hechos exclusivamente para diabéticos.

Debido al alto grado de analfabetismo, en muchas zonas se pierde la información entre el educador, el intérprete y el paciente. Y confrontamos la difícil situación en que hay una bajísima ingesta de elementos proteicos frente a una desmesurada ingesta de carbohidratos.

Si nos fuera dado examinar cada región en particular, encontraríamos por ejemplo que en Cuba la desnutrición infanto-juvenil está notablemente disminuida, por no decir ausente, y si algo ha confrontado en los últimos años es precisamente problemas de sobrepeso, la cual es otra forma de malnutrición.

Puerto Rico es un Estado Libre Asociado de Estados Unidos. La alfabetización sobrepasa el 90%. La agricultura representa sólo el 5% de la renta neta del país. Con un alto índice de tecnificación e industrialización, el estándar de vida es mucho más elevado que en otras islas; hay muchas más posibilidades de adquirir alimentos de mejor calidad y nos impresiona que probablemente sea más fácil llevar una dieta equilibrada.

En 1955 y desde Jamaica surgen los primeros informes publicados por Hugh-Jones sobre un tipo especial de Diabetes Mellitus: la Diabetes J o Tropical, provocada en parte por la alta ingesta de casabe, el famoso pan de la India. Este tubérculo contiene cianuro, y se cree que éste es capaz de dañar las células B del páncreas con el eventual desarrollo de Diabetes. Esta variante se presenta en pacientes malnutridos, resistentes a desarrollar cetosis, y con relativa resistencia a la insulina. Hay una fuerte historia de desnutrición en los primeros años de vida.

Haití ocupa la parte Oeste de la isla La Española y se

considera ser la región más pobre de todas las Antillas. Con sobre un 85% de analfabetos, sus tierras son altas, montañosas y poco cultivables; las vías de comunicación deficientes, y una población numerosa con una densidad de 172 habitantes por Km.² la cual se considera elevadísima para América. El 90% de su población son descendientes de negros africanos, aclimatados durante la colonización francesa.

Con este alto grado de analfabetismo, la pobre comunicación entre sus provincias y el elevado porcentaje de sus habitantes que vive en el área rural (un 85%), la desnutrición en su población general alcanza niveles increíblemente elevados. En ellos el porcentaje de Diabetes Tropical es de un 80%.

La República Dominicana ocupa la parte Este de La Española. Con un índice de analfabetismo de 36% y una mortalidad infantil de 65 por mil debajo de los 5 años de edad, aun siendo un territorio relativamente pequeño, nuestros medios de comunicación internos y medios de transporte son limitados.

¿Cuáles son los principales problemas que confrontamos al manejar la dieta de nuestros diabéticos?:

1. La limitación en la educación de nuestra población.
2. La pobreza extrema en que vive gran parte de nuestros pacientes.

La atención médica a nuestra población diabética es dada principalmente por tres entidades: Salud Pública, el Instituto Dominicano de Seguro Social y el Instituto contra la Diabetes (INDEN).

Salud Pública, con sus limitaciones económicas, lucha por brindar un servicio que no siempre resulta efectivo. Sólo el 9% del presupuesto total del gobierno va a Salud Pública.

El Instituto de Seguro Social, con su programa establecido por sobre 14 años, de su residencia en endocrinología, tiene en la actualidad cubierto gran parte de nuestro territorio por jóvenes especialistas salidos de sus aulas.

El Instituto contra la Diabetes, consciente de las limitaciones nacionales, ha tratado de cubrir por lo menos parte de nuestras necesidades, dándoles enseñanza básica a nuestros pacientes, impartiendo cursos al personal médico y paramédicos; educadores de primer orden, visitadores sociales, enfermeras, odontólogos, farmacéuticos. En este sentido las recomendaciones dadas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Diabetes Mellitus se han tratado de cumplir. Los consejos sobre dieta dados al paciente diabético deben ser simples, prácticos, claros y repetidos. Tratamos en lo posible de no enseñar hablando de calorías, porque en la práctica para nuestra clase necesitada no es de utilidad.

Como sucede con todos los pueblos en desarrollo, tene-

mos una reducida clase alta y una gran masa baja, donde la información dietética es difícil de llegar. A menudo esa información básica entre el educador de primer orden, el intérprete y el paciente analfabeto se pierde. En muchas ocasiones hay ignorancia de conocimientos tan básicos como que al diabético no le está prohibido comer arroz o plátano. No pocos de nuestros diabéticos son cortadores de la caña de azúcar y tienen que comer al mediodía, como única ingesta, la misma caña que están cortando.

En 1972 la Dra. J. Coén publicó sus primeros artículos dando a conocer de un tipo especial de diabetes que correspondería a la descrita por Hugh Jones y en la que predominan: calcificación pancreática, inicio por debajo de los 10 años de edad, dolor abdominal, resistencia a la insulina, agrandamiento de parótidas, cara peculiar. En todos ellos era común la malnutrición. De acuerdo a trabajos posteriores publicados por ella, de nuestros diabéticos juveniles un 40% pertenece a este grupo.

En el INDEN la mayoría de las enseñanzas son de tipo prácticas, visuales; sobre la forma de cómo usar los alimentos disponibles en cada región y cómo hacer los intercambios adecuados. Tratar de darles a conocer que el diabético prácticamente puede comer de todo, excepto grasas animales y azúcares simples. Aún en nuestra población se sigue usando grasa obtenida del cerdo para cocinar y se recalienta el aceite con la consiguiente degradación.

En las zonas aisladas del país, tales como áreas fronterizas con Haití, zonas del Este y del Nordeste, nuestros diabéticos siguen muriendo por falta, en ocasiones, de dinero para pagar el transporte en que llegar al hospital y un buen número sigue economizando la insulina o el agente oral, con

tal que le dure más y no tener que asistir a la cita indicada.

En nuestro Instituto la población diabética juvenil recibe de manera gratuita la insulina a través del "Banco de Insulina". Por este programa instituciones, individuos o familias se comprometen a cubrir mensualmente las necesidades de insulina de un niño en particular. Esto ha hecho que las madres se sientan seguras del suplemento mensual de insulina y que no la economicen. Así se evita la posibilidad de descontrol de su enfermedad.

La creciente industria farmacéutica local, con la producción de hipoglicemiantes orales, ha permitido que se abarate considerablemente el precio de éstos. Desafortunadamente aún no producimos insulina.

Con esta nuestra cruda realidad, la única manera que podemos luchar es tratando de educar a nuestro pueblo.

Aún falta mucho que cubrir; formar a un buen número de educadores primarios, aquellos que puedan penetrar hasta los más apartados rincones del país y de los barrios marginados, para enseñar principios básicos de nutrición, de cuidados elementales, de prevención de complicaciones. Desafortunadamente, al igual que en otros pueblos en desarrollo, la Diabetes sigue siendo una enfermedad que a menudo es ignorada por las autoridades de Salud.

El futuro nos espera y tenemos la plena certeza de que no nos tomará mucho tiempo el que podamos decir que cubrimos todos los rincones de nuestro territorio. Mientras tanto, tomamos las palabras del poeta:

No podemos dormir porque
todavía tenemos millas que caminar
y millas que caminar. . .