

CARTAS AL EDITOR

Prácticas alimentarias de mujeres rurales

Señor editor: el motivo de mi carta se relaciona con la lectura del artículo "Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo?", publicado en *Salud Pública de México*, 49(1), 52-62 de 2007. En ese texto se consigna cierta información que no es del todo precisa y que me gustaría aclarar.

En el segundo párrafo de la introducción se asevera lo siguiente: "Para el caso de México no existe información sobre la prevalencia o incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los escasos datos con los que se cuenta mencionan que para la Ciudad de México, 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres sufren de estos padecimientos".

En realidad, sí se dispone del dato acerca de la prevalencia de anorexia y bulimia nerviosas de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, publicado en *Salud Mental* 26(3), 1-16, por Medina-Mora y colaboradores en 2003.

Se mencionan también algunas cifras pertenecientes a la Ciudad de México, para las cuales no hay referencia bibliográfica. Sin embargo, por los porcentajes informados, puedo inferir que son los de la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 publicados en la *Revista de Investigación Clínica* 52(2), 140-147 por Unikel y colaboradores en 2000. Si en verdad se trata de estos datos es importante señalar que son exclusivamente de la población estu-

diantil de nivel medio y medio superior, y que los porcentajes anotados se refieren al número de indicadores clínicos y no a los trastornos de la conducta alimentaria.

Le solicito de la manera más respetuosa que tome en cuenta mis comentarios para futuras revisiones de manuscritos sobre este tema de investigación.

Claudia Unikel-Santoncini
unikels@edu.mx

Respuesta de las autoras

Señor editor: en relación con la carta que le remite la Dra. Unikel Santoncini, queremos agradecerle a la doctora las aclaraciones que hace acerca de la prevalencia en México de los trastornos de la conducta alimentaria. Fue una omisión... En este momento ya tenemos en nuestro poder los artículos sugeridos por la Dra. Unikel, que serán considerados en los próximos trabajos.

Sin más por el momento, quedan de ustedes muy atentamente.

Sara E Pérez-Gil R,
Amaranta Vega-G,
Gabriela Romero-J.
seperegil@laneta.apc.org

Subregistro de desnutrición en la consulta externa pediátrica de un hospital general

Señor editor: la desnutrición es un síndrome caracterizado por el deterioro de

la composición corporal consecutivo al balance energético/proteico negativo. Asimismo, se relaciona con cambios fisiológicos, bioquímicos e inmunitarios que incrementan el riesgo de morbimortalidad.¹

En México se encuentra entre las primeras causas de mortalidad;^{2,3} 90% de los casos se debe a la subalimentación y 10% a infecciones, prematuridad, defectos congénitos, etcétera.⁴

A pesar del sencillo y bien definido diagnóstico, y dado que puede estandarizarse en cualquier consultorio, se notifica con poca frecuencia. Por ese motivo, el Banco Mundial de Desarrollo y la Unicef calculan que la mortalidad secundaria a desnutrición puede ser casi el doble de lo informado.⁵

El subregistro de la desnutrición podría introducir modificaciones en las enfermedades por las cuales buscan atención los pacientes. En consecuencia, se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo y abierto para identificar la frecuencia de la enfermedad y determinar la proporción en que el diagnóstico se omitía en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital Juárez de México. Se incluyó a todos los pacientes pediátricos evaluados durante un mes, de cualquier sexo, menores de 18 años, cualquiera que fuera el motivo de la consulta. No se consideró a los individuos con afecciones agudas o crónicas que modificaran el peso o la talla.

Las características antropométricas medidas fueron peso, talla y, en menores de cinco años, circunferencia de brazo y perímetro cefálico. La medición de estos

parámetros se estandarizó para el equipo de trabajo antes del estudio.

La proporción de desnutrición se analizó a través de intervalos de confianza (IC) a 95% en el total de la muestra, por sexo y grupos de edad (menores de cinco años, 5 a 11 años y 12 años o mayores).

La edad de los pacientes con desnutrición diagnosticados se comparó mediante U-Mann-Whitney. Todos los datos se almacenaron y analizaron en el programa Stata versión 4.0.

Se evaluó a 365 pacientes; 118 (32.3%, IC95% 27.5-37.1) presentaron desnutrición por alguno de los criterios de evaluación.

Entre los menores de cinco años ($n=148$), 65 pacientes revelaron desnutrición (43.9%, IC95% 35.9-51.9): 27.8% por peso/edad, 22.3% por talla/edad, 15.5% por peso/talla, 16.2% por perímetro cefálico y 6% por circunferencia del brazo.

Entre los pacientes de 5 a 11 años ($n=133$), 23.3% (IC95% 16.1-30.5) tenía desnutrición: 11.3% por peso/edad, 17.3% por talla/edad y 6.1% por peso/talla.

Entre los sujetos de 12 a 17 años ($n=84$), 26.2% (IC95% 16.8-35.6) mostró desnutrición: 11.9% por peso/edad, 22.7% por talla/edad y 1.2% por peso/talla.

La desnutrición se comunicó como diagnóstico sólo en 13 pacientes (3.6%, IC95% 1.7-5.5) que representaron 11.01% (IC95% 7.8-14.2) de los pacientes que cumplían algún criterio para diagnosticarla.

La proporción encontrada fue mayor que la notificada y la tercera parte de los casos presentaba al menos un criterio para el diagnóstico; el estándar de oro (peso/edad) detectó menos de 30% de los casos.

La desnutrición en México será aún un problema de salud pública debido a la pobreza, dispersión de la población, escasa infraestructura sanitaria, financiamiento insuficiente para la atención en salud y otros factores.

La detección estandarizada de desnutrición permitiría reducir la aparición de complicaciones relativas a ella a cualquier edad y facilitar la atención simultánea de la enfermedad por la cual

acuden. En condiciones ideales, el médico debe incluir una metodología estandarizada para que la atención sea integral y posibilite un diagnóstico y tratamiento oportunos, de tal forma que se eviten complicaciones y repercusiones del subdiagnóstico en la sociedad.

Dra. Dulce Milagros Razo-Blanco Hernández,
M en C. Virgilio Lima-Gómez.

Dra. Glenda Fabiola Hernández-Juárez,

Dra. Alma Rosa Quezada-García,

Hospital Juárez de México/Escuela de Medicina,

Universidad Justo Sierra.

alqzada9@hotmail.com

Referencias

1. Martínez R, Martínez. La salud del niño y del adolescente. Crecimiento y desarrollo. 4ª ed. México: Manual Moderno, 2000:30-78, 605-618.
2. Calvillo GJ, Valencia AF. Incidencia de la desnutrición en la población infantil del Hospital Militar Regional de Irapuato, Gto. Rev Sanid Milit Mex 2005;59:93-100.
3. INEGI. Estadísticas de mortalidad en niños menores de 5 años. 2005. Disponible en: www.inegi.org.mx.
4. Gómez SF, Aguilar PR, Muñoz TJ. La desnutrición infantil en México. Bol Med Hosp Infant Mex 1997;54(7):345-351.
5. Thompson CO. La desnutrición infantil como un problema de salud. Rev Hosp Gral Dr M Gea González 2000;3:35-38.

Psicoanálisis y epidemiología del suicidio en Guanajuato de 1997 a 2001. Reflexiones sobre jóvenes

La tendencia de la mortalidad de jóvenes por suicidio en México y concretamente en Guanajuato¹⁻³ se ha vuelto un problema de salud pública acuciante, pues ya para 2001⁴ el suicidio estaba en onceavo lugar entre las causas de mortalidad de niños de 5 a 14 años, y en el cuarto lugar en personas de 15 a 25. Según datos del INEGI, en 2001⁴ ocurrieron 3 089 suicidios en todo el país, lo cual representó un incremento de 12.9% en relación con 2000. En Guanajuato ocurrieron 175 casos, lo

que coloca a la entidad como el cuarto estado en este indicador en el ámbito nacional, y con un incremento de 6.7% en relación con el año anterior.⁴ El objetivo de este trabajo fue hacer una aproximación desde el marco psicoanalítico a la epidemiología del suicidio en Guanajuato, para lo cual se realizó el análisis de las estadísticas oficiales para ese estado de 1997 a 2001. Los resultados del análisis arrojaron un perfil epidemiológico para el periodo estudiado, en el que, en la categoría de tiempo, los suicidios se incrementaron en los meses de abril, mayo y agosto, con una tasa de 3.89, 3.74 y 3.49 por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

En cuanto a la variable de lugar, se encuentra que 79% de los casos se realizó en casa habitación, 5.67% en la vía pública y 3.56% en el campo. Por lo que respecta a la persona, se encontró que la tasa de mortalidad general por suicidio para el periodo fue de 3.15; pero al comparar el número de casos con la población media se obtuvo una tasa de 5.09 para hombres y 1.31 para mujeres. La razón entre la población suicida masculina y femenina fue de 3.71, mientras que la tasa general, por sexo, de suicidio en personas de 15 a 24 años fue de 6.11 y 9.87 para hombres y 2.48 para mujeres, dando una razón de 3.84. La tasa general, por sexo, de suicidio en el grupo de edad de 25 a 34 años fue de 4.85, y estuvo conformada por una tasa de 8.41 para hombres y de 1.68 para mujeres; lo que da una razón de 4.47 veces más suicidios en hombres que en mujeres. Según la causa que motivó el acto suicida, en 64% de los casos se desconocía; del 36% restante, el disgusto familiar tuvo 8.63%, la causa amorosa 7.64%, las enfermedades graves o incurables 4.08%, las enfermedades mentales 3.95% y el remordimiento 1.45 por ciento. Si se observan las tasas para el estado civil, la unión libre tuvo una tasa de 10.06, los solteros de 5.58 y los divorciados/separados de 4.44. En el caso de la escolaridad, las tasas encontradas fueron de 3.10 para los que no tenían o tenían primaria incompleta y de 5.26 para los que tenían de primaria completa en

adelante. En el caso del suicidio según ocupación se observó que 65.66% era parte de la población económicamente activa, y 28.95% pertenecían a la población económicamente inactiva o menores de 12 años.

Dentro del análisis psicoanalítico, el comportamiento social del suicida está asociado a la falta de elaboración de conflictos no resueltos, que se unen a sucesos o experiencias relacionadas con la estructura de personalidad y situaciones estresantes. Tiene que ver con una intención de descarga de una emoción reprimida o con su dirección consciente, que busca destruir o culpar de su muerte a otra persona o imaginario social.⁵ Entender qué está llevando a un aumento de casos y tasas de suicidio, sobre todo en los jóvenes, no tiene una respuesta única, pues es un problema multidimensional. Lo cierto es que la muerte por suicidio en este grupo de edad representa 65% de todas las muertes por esta causa para el periodo en Guanajuato. Al observar la tendencia a través de los años del comportamiento suicida en los meses de abril, mayo y agosto, se abre la posibilidad de preguntarse ¿qué es lo que provoca dicho aumento? Una posible explicación la encontramos en la confrontación con la Semana Santa, la cual devuelve a algunos creyentes a la reflexión sobre los actos realizados en el año, y se puede sumar a esta experiencia las peregrinaciones y “mandas” que realizan, lo cual, desde el análisis de la psicología, nos acerca a las ideas que describen cómo el suicidio tiene que ver con los impulsos autodestructivos que se realizan para compensar los actos considerados culposos; es decir, a través del castigo físico. Cuando estas prácticas no son suficientes o no se realizan, el suicidio puede entenderse como “un conflicto impensable, que tampoco puede ser expresado a través del cuerpo como una manifestación somática de enfermedad (o autoagresión) y que es expulsado de una manera violenta”.⁶ Otra posible explicación del aumento de suicidios es el hecho o la idea de no tener dinero para hacer frente a la “necesidad” de recreación, que ha sido impuesta a través de la

influencia cultural y los medios masivos de comunicación, lo que hace buscar una respuesta violenta y que anuncia su enojo contra el sistema. Otra respuesta a la variable del tiempo está relacionada con el día de las madres, donde los sujetos que no han separado de sí mismos la imagen materna pueden ver acentuado y/o activado su conflicto por la falta de individuación, lo que los puede llevar al intento o acto suicida en los días cercanos a esta fecha. La idea de la desesperanza, la dificultad de prever una respuesta a los problemas en el futuro y pensar que no se cuenta con recursos interiores para el desarrollo de capacidades de enfrentar los conflictos internos y externos pueden ser explicaciones al acto suicida, como en el caso de los conflictos de ingreso y rechazo a las instancias de educación, que pueden ser motivos para el incremento de casos de suicidio en agosto.

La variable de lugar tiene una significación psicoanalítica particular, pues el lugar donde se realiza el acto suicida tiene relación con el destino de la pulsión de muerte y con el sentido de los actos fallidos, los cuales son la expresión de un conflicto no resuelto conscientemente;⁷ así, 79% de los casos se llevó a cabo en casa habitación, un acto de elección que “está particularmente relacionado con los conflictos familiares y está expresando una denuncia de los mismos. Cuando estos jóvenes atacan su cuerpo, atacan lo que es fruto de la unión de sus padres”;⁶ y está simbolizando la actuación (*acting out*) del sentimiento de enojo reprimido, en donde el deseo egoísta es que algún miembro de la familia cargue con la culpa de su muerte.

En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, una posible explicación podría tener que ver con la estructura de personalidad del suicida, como es el caso de las personalidades paranoides, que podrían utilizar métodos agresivos como el ahorcamiento y armas de fuego, en tanto las personalidades maniaco-depresivas podrían usar la intoxicación.

El conocimiento generado a través del canal endémico permite planear accio-

nes preventivas y además visualizar una respuesta ante el incremento de los casos esperados. Crear, por ejemplo, antes de los meses críticos, programas de atención psicológica y/o intensificar las campañas y programas existentes en los diferentes organismos del sector salud para llegar a la población de riesgo.

Dr. en C. José María de la Roca Chiapas.
Instituto de Física de la Universidad de Guanajuato
joseroca@fisica.ugto.mx

Referencias

1. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38:197-206.
2. Chávez-Hernández AM, Macías-García LF, Palatto Merino H, Ramírez L. Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental* 2004;27:15-20.
3. Torres-Hernández BA. Características epidemiológicas del suicidio en el estado de Guanajuato durante el periodo de 1985-1993 (tesis). León, México: Universidad de Guanajuato, 2000.
4. Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales. Estadísticas vitales, suicidios e intentos de suicidio. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2002.
5. Freud S. Duelo y melancolía. En: Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1979;14.
6. Frioni de Ortega M. La problemática del suicidio en El Uruguay de hoy: Ed. Roca Viva; 1993;1:1:133.
7. Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana, en Obras Completas de Freud; Buenos Aires: Amorrortu editores, 1979;8.

Prevalencia del polimorfismo 677T del gen MTHFR en una muestra de la población de Nuevo León, México

Señor editor: la hiperhomocisteinemia se ha considerado un factor de riesgo para afecciones cardiovasculares, neoplasias, patologías neuropsiquiátricas y malformaciones congénitas, como los defectos del tubo neural.¹ Actualmente se conoce

que las mutaciones en los genes que codifican para las enzimas de las vías metabólicas de la homocisteína pueden ocasionar hiperhomocistinemia, por lo que diversos estudios se han enfocado en analizar la asociación entre los cambios en la secuencia del genoma como causa de hiperhomocisteinemia.² Entre ellos se encuentran las variantes en la secuencia del gen que codifica la enzima metilte-tetrahydrofolato reductasa (MTHFR). Hasta 2006 se habían descrito 29 variantes o polimorfismos, cuya funcionalidad varía de 13 a 149% de actividad enzimática.³ El primer polimorfismo identificado fue el cambio de citosina (C) por timina (T) en el nucleótido 677 del gen. Los individuos CC mantienen la secuencia original en ambos alelos; los TT muestran homocigocidad para la mutación y los CT son heterocigotos con un alelo silvestre y otro mutado. Este polimorfismo cambia el aminoácido alanina por valina, con lo que se genera una variante enzimática termolábil cuya actividad está disminuida en más de 50% en estado homocigoto, con la consecuente disminución de los niveles de 5-metilte-tetrahydrofolato en plasma y aumento de la homocisteína.² La actividad también está disminuida, aunque en mucho menor grado, en los individuos heterocigotos. Se ha reportado que la población mexicana es una de las de mayor prevalencia de la variante T y del genotipo TT en diversos grupos étnicos.⁴ La heterogeneidad en la frecuencia poblacional de nuestro país, y la importancia que esta variante tiene como factor de riesgo en enfermedades de alta morbilidad y mortalidad, nos llevó a analizar su prevalencia en hombres y mujeres sanos de Nuevo León. Se estudiaron 533 individuos –446 mujeres y 87 hombres–, de 12 a 93 años, aparentemente sanos, residentes de Nuevo León, México; previo consentimiento informado se obtuvieron 5 ml de sangre, se extrajo el ADN de los leucocitos, se realizó PCR y digestión con Hinf I. Los individuos con genotipo silvestre (CC) presentan un fragmento de 198 pb; los heterocigotos (CT) tres fragmentos, de 198, 175 y 23 pb, y el homocigoto (TT) dos fragmentos, uno de 175 y otro de 23 pb. La muestra

se encontró en equilibrio génico según la ley de Hardy-Weinberg ($\chi^2=2.40$, $p=0.1$), con una proporción de homocigotos TT de 19.7% y una distribución similar en ambos géneros ($p=0.99$). La proporción de heterocigotos CT y homocigotos CC fue de 54.2 y 26.1%, respectivamente. La frecuencia del alelo T en la población de estudio fue de 0.47, 0.46 en mujeres y 0.51 en hombres. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p>0.05$). La prevalencia de homocigotos TT en el mundo es variable; los estudios en población mexicana están encaminados a identificar la asociación de la variante 677T con la presencia de defectos del tubo neural, preclampsia, padecimientos cardiovasculares y cáncer de colon. Previamente se reportó, en una muestra integrada por 250 mujeres representativas de todo el país, una prevalencia del genotipo TT de 34.8% con una frecuencia alélica de 0.58; este estudio consideró que el grupo de mujeres del norte tenía la más baja prevalencia de la mutación.⁵ Posteriormente, González y colaboradores informaron en Yucatán, estado localizado al sur del país,⁶ de una frecuencia del alelo mutado de 0.54, la más elevada del país hasta ese momento; en otro estudio, se encontró que en la población mestiza de Chihuahua (localizada al norte de México) la frecuencia alélica fue de 0.38 y en la Tarahumara de la misma región de 0.39, lo que nuevamente sugería una frecuencia alélica menor en los grupos del norte del país.⁷ La muestra que estudiamos en el noreste del país mostró una prevalencia del genotipo TT de 19.7% y frecuencia del alelo mutado de 0.47, que son significativamente mayores que en individuos estadounidenses, japoneses y africanos.⁸ La variación en la frecuencia alélica en diferentes zonas de México refleja la heterogeneidad étnica de la población, donde el grado de mestizaje es variable. Analizando las frecuencias alélicas a lo largo de la República Mexicana, podemos postular que existe un gradiente, dado que la prevalencia más alta ha sido reportada en una población del sureste mexicano, Yucatán, con una prevalencia de homocigotos TT de 30%,

y la más baja en Chihuahua, al norte del país, al igual que Nuevo León. Dicho gradiente continúa hacia Estados Unidos, en donde la población caucásica de este país posee una menor frecuencia del polimorfismo. Por lo anterior, ciertos grupos de nuestra población podrían tener un alto riesgo para el desarrollo de enfermedades asociadas a hiperhomocisteinemia. Los niveles de folatos sanguíneos tienen un efecto inversamente proporcional con relación a los valores de homocisteína,⁹ por lo que es importante vigilar también los niveles de esta vitamina en pacientes con factores de riesgo. Lo anterior es importante, ya que tales incrementos son comunes y pueden corregirse en forma segura y económica con la administración de ácido fólico.¹⁰

QCB. Ana Alejandra Aguirre-Rodríguez,
Dra. Laura Elia Martínez-de Villareal,
Dra. María del Roble Velazco-Campos,
BQC. Ernestina Sampaño-Hernández,
Dra. María del Carmen Esmer-Sánchez
lealmar@yahoo.com.mx

Referencias

1. Martínez LE, Delgado I, Valdez R, Ortiz R, Rojas A, Limón C et al. Folate levels and N5, N10-methylenetetrahydrofolate reductase genotype (MTHFR) in mothers of offspring with neural tube defects: a case-control study. *Arch Med Res* 2001;32:277-282.
2. Goyette P, Summer JS, Milos R, Duncan AMV, Rosenblatt DS, Matthews RG, et al. Human methylenetetrahydrofolate reductase: isolation of cDNA, mapping and mutation identification. *Nat Genet* 1994;7:195-200.
3. Martin YN, Salavaggione OE, Eckloff BW, Wieben ED, Schaid DJ, Weinshilboum RM. Human methylenetetrahydrofolate reductase pharmacogenomics: gene resequencing and functional genomics. *Pharmacogenet Genomics* 2006;16:265-277.
4. Dávalos IP, Olivares N, Castillo MT, Cantú JM, Ibarra B, Sandoval L, et al. The C677T polymorphism of the methylenetetrahydrofolate reductase gene in Mexican mestizo and native populations. *Ann Gen* 2000;43:89-92.
5. Mutchinick OM, López MA, Luna L, Waxman J, Babinsky VE and the RYVEMCE Collaborative Group. High prevalence of the thermolabile methylenetetrahydrofolate reductase variant in Mexico: a country with a very high prevalence of neural tube defects. *Mol Gen Metab* 1999;68:461-467.

6. González L, García G, Castillo I, Canto J, Orozco L. Frequency of the thermolabile variant C677T in the MTHFR gene and lack of association with neural tube defects in the state of Yucatán, Mexico. *Clin Genet* 2002;62:394-398.
7. Chávez DV. Asociación de ácido fólico, homocisteína y polimorfismo genético de la MTHFR con DRN y labio hendido con y sin paladar hendido en Chihuahua (tesis). Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua, 2004.
8. Guéant RM, Guéant JL, Debard R, Thirion S, Hong LX, Bronowicki JP, et al. Prevalence of methylenetetrahydrofolate reductase 677T and 1298C alleles and folate status: a comparative study in Mexican, West African, and European populations. *Am J Clin Nutr* 2006;83:701-707.
9. Jacques PF, Bostom AG, Williams RR, Ellison RC, Eckfeldt JH, Rosenberg IH, et al. Relation between folate status, a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase, and plasma homocysteine concentrations. *Circulation* 1996;93:7-9.
10. Martin YN, Salavaggione OE, Eckloff BW, Wieben ED, Schaid DJ, Weinshilboum RM. Homocysteine lowering trialists collaboration. Dose-dependent effects of folic acid on blood concentrations of homocysteine: a meta-analysis of the randomized trials. *Am J Clin Nutr* 2005;82:806-812.