

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.
sepereegil@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,
alzada9@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