

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,
alqada9@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