

53.8% para vitamina B12, 46.2% para calcio, 8% para vitamina C y 51.3% para hierro.

En cuanto a la cobertura de programas de desarrollo social, *Desayunos Escolares* del DIF fue el de mayor demanda con 79.4% (n=31), mientras que el *Programa de Desarrollo Humano* de Prospera presentó una cobertura de 59% (n=23). El 48.7% (n=19) pertenece a ambos programas y solamente 12.1% no tiene cobertura de ninguno. A pesar de que la mayoría de los niños se encuentra dentro de algún programa que brinda apoyo para combatir la malnutrición, se observó que la prevalencia de anemia fue mayor en comparación con las cifras reportadas a nivel nacional (23.3%), estatal (18%) y de la población rural estatal (15.4%) en Ensanut 2012.<sup>3</sup> En relación con lo anterior, se esperaba que los beneficiarios de estos programas no presentaran anemia, baja talla o bajo peso y que cumplieran con el consumo diario recomendado para algunos micronutrientes asociados con estados de malnutrición como el hierro, zinc y vitamina B12.

Aunque este estudio tiene varias limitaciones, como el número reducido de participantes y que no se conoce el tiempo que llevan como beneficiarios de los programas, es preocupante que la prevalencia de anemia de los niños de esta comunidad sea más alta que la nacional y la estatal, y que además tengan un consumo deficiente de hierro, vitamina B12 y zinc. Dado el panorama anterior, es importante llevar a cabo programas de intervención y estrategias educativas que contribuyan a mejorar el estado nutricional de esta población.

### Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Fernando Díaz Barriga su apoyo para la realización del estudio.

Alejandra Castañeda-Díaz de León, L en Nut,<sup>(1)</sup>  
Celia Aradillas-García, D en C Med,<sup>(1)</sup>  
Claudia Luevano-Contreras, PhD,<sup>(2)</sup>  
c.luevanocontreras@ugto.mx

<sup>(1)</sup> Centro de Investigación Aplicada en Ambiente y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

<sup>(2)</sup> Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Guanajuato. León, Guanajuato, México.

<https://doi.org/10.21149/9108>

### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Longitud/ estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Métodos y desarrollo [documento en internet]. Geneva: OMS [citado 2016, junio]. Disponible en: [http://www.who.int/childgrowth/standards/tr\\_summary\\_spanish\\_rev.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary_spanish_rev.pdf?ua=1)
2. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia y evaluar su gravedad [documento en internet]. Geneva: OMS, 2011 [citado 2016, junio]. Disponible en: [http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf)
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, San Luis Potosí. Cuernavaca: INSP, 2012.

### Feasibility study of a cell phone intervention to promote mental health among deported Mexican migrants

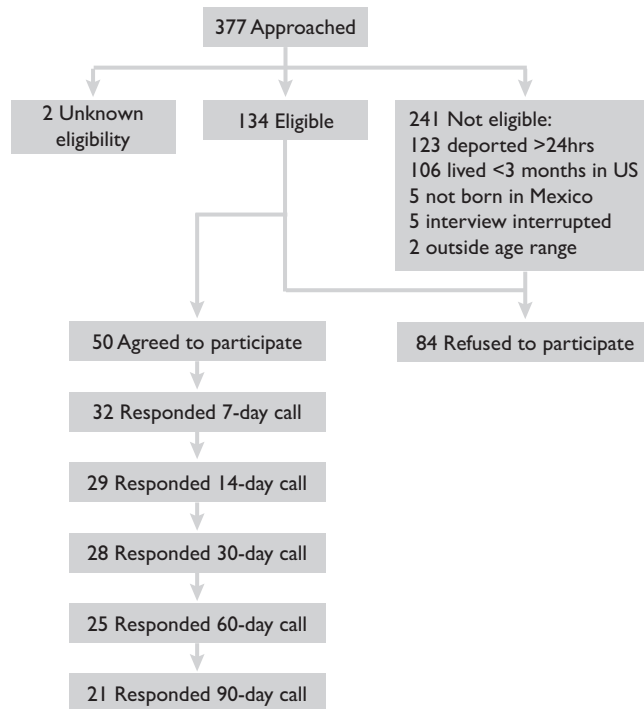
*Dear editor:* Deported migrants experience mental health problems,<sup>1</sup> and mobility and returning to places with limited services complicate their access to care. Mobile technologies can be useful in this context.<sup>2</sup>

We conducted a feasibility study<sup>3</sup> of a cell phone-administered intervention to promote mental health in deportees. We recruited participants (n=50) in Tijuana, Mexico, from 2015 to 2016, at the point of deportation and in shelters. Eligibility criteria

were: 1) <=24 hrs deported; 2) >=3 years in the US; 3) age 20-65 years; 4) Mexico-born; 5) Spanish speaker. Participants received a phone, answered a baseline questionnaire, and were called at 7, 14, 30, 60 and 90 days. During the calls, participants with depressive symptoms received a cognitive-behavioral therapy-based intervention: 1) accepting negative emotions; 2) reflecting on thought patterns accompanying emotions; 3) inventorying resources and making an action plan; 4) relaxation exercise. The caller asked about experience with the intervention (or the phone call). After each follow-up, ≈US\$11 were added to phone credit, and there were raffles of gift cards (≈US\$28). Our main feasibility outcome was 90-day retention, and we evaluated acceptability and barriers with qualitative data from the calls.

Recruitment rate was 13.3% (50/377) (figure 1). Participation rate was 37.3% (50/134). As per design, 20% of participants were female. Mean age was 35.3 years, average education 8.4 years, and average time in the US 7.3 years. Eighteen percent had a previous diagnosis of depression, and 50.0% had depressive symptoms at baseline. The 90-day retention rate was 42% (21/50). Of the participants, 13/50 (26.0%) responded to five calls, 12/50 (24.0%) to four, 4/50 (8.0%) to three, 2/50 (4.0%) to two, 6/50 (12.0%) to one, and 13/50 (26.0%) to none.

Participants said the calls made them feel "like someone cared" and "optimistic." Those in rural areas had problems with phone reception. Noise and audition problems were also mentioned. A participant who was back in the US said the phone functioned only when close to the international border. Two mentioned that they had felt unsafe when approached by the researchers, but felt more confident with subsequent



**FIGURE 1. FLOW OF PARTICIPANTS IN THE STUDY. TIJUANA, MEXICO. SEPTEMBER 2015 TO FEBRUARY 2016**

calls. The relaxation exercise was not implemented, as conditions (people around, noise) were inadequate.

That 50% of participants responded to four to five calls in the midst of moving between states and countries shows that their experience was positive. A future evaluation study is feasible provided that other means of communication are added (to solve the problem of phone reception), and participation rates might increase if conducted in collaboration with the migrant shelters or Mexican personnel at the deportation points, so that potential participants feel safer.

Iletza Bojorquez, PhD,<sup>(1)</sup>  
 ietzabojoquez@gmail.com  
 Rosa María Aguilera-Guzmán, MSc,<sup>(2)</sup>  
 Adrián Aguilera, PhD,<sup>(3)</sup>  
 Silvia Mejía-Aranga, PhD.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Departamento de Estudios Poblacionales, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, Baja California, México.

<sup>(2)</sup> Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

<sup>(3)</sup> School of Social Welfare, University of California, Berkeley, California, USA.

<https://doi.org/10.21149/9040>

## References

- Bojorquez I, Aguilera RM, Ramirez J, Cerecero D, Mejía S. Common Mental Disorders at the Time of Deportation: A Survey at the Mexico-United States Border. *J Immigr Minor Health*. 2014;17(6):1732-1738. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0083-y>
- Burda C, Haack M, Duarte AC, Alemi F. Medication adherence among homeless patients: a pilot study of cell phone effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24(11):675-81. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00756.x>
- Orsmond GI, Cohn ES. The Distinctive Features of a Feasibility Study: Objectives and Guiding Questions. *OTJR*. 2015;35(3):169-77. <https://doi.org/10.1177/1539449215578649>

## ¿Qué es kúme mogen mapuche? Concepto e implicancias en salud pública y comunitaria\*

Señor editor: En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los principios para alcanzar salud, relaciones armoniosas y seguridad en la población. En este sentido, se deben considerar tres aspectos fundamentales para vivir y coexistir armónicamente: físico, psicológico y social.

La sociedad percibe la enfermedad como un hecho biológico desvinculado del entorno socioambiental y, para combatirla, promueve el uso de medicamentos de acción inmediata. En la cosmovisión mapuche, en cambio, existe una noción diferente: la espiritualidad del *che* (persona) y el *itro fill mogen* (biodiversidad) son elementos determinantes del *kütran* (enfermedad o desequilibrio espiritual), el cual se extiende a la familia y la comunidad.

Inicialmente, el *kütran* se manifiesta en *re kütran*, enfermedad causada por variables biológicas, como la gripe, y en *mapu kütran*, enfermedad sin causa aparente y de complejo diagnóstico, provocada por transgredir la naturaleza. Esta última surge cuando no existe respeto hacia el ambiente –espacios culturales como el *menoko* (fuente de agua natural), *lawen* (hierbas medicinales) o lugares de alto *newen* (energía)– y cuando éste es transgredido por contaminación o extracción indiscriminada sin permiso del *ngen* (espíritu guardián).<sup>1</sup>

\* Reflexión proveniente del Proyecto DIUFRO DI15-0082: “Factibilidad socio-educativa y ambiental para el establecimiento de las bases curriculares de un modelo de enseñanza-aprendizaje centrado en el ambiente natural, social y cultural para niños y profesores rurales. Énfasis en la reserva de biósfera Araucarias, región de la Araucanía, Chile”.