



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.

Ietza Bojorquez, PhD,⁽¹⁾
 ietzabojoquez@gmail.com
 Rosa María Aguilera-Guzmán, MSc,⁽²⁾
 Adrián Aguilera, PhD,⁽³⁾
 Silvia Mejía-Arango, PhD.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Department of Population Studies, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, Baja California, México.

⁽²⁾ Department of Epidemiological and Psychosocial Research, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

⁽³⁾ 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 *küme 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).¹

* 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”.

El *kütran* corresponde al desequilibrio existente entre la persona y su ambiente. Se manifiesta en el quiebre de las relaciones sociales mediante odio, miedo o mentira.² Estos aspectos se contagian a la comunidad y al ambiente hasta causar escasez de alimentos, enfermedad del ganado o las personas y desaparición de *lawen*.

Los mapuches destacan por respetar la naturaleza procurando no quebrantar el equilibrio.³ Este respeto promueve *küime mogen* (buen vivir), concepto que, en salud, considera un estado de relación horizontal hombre-naturaleza: el *che* es un complemento para el desarrollo armónico de ésta, donde la obtención de *lo justo* es clave para lograr salud. Esta situación resulta contraria al modelo actual de consumo y extracción, precursor de *kütran*.

El proceso terapéutico mapuche intenta restablecer el equilibrio,³ lo cual se contrapone con las políticas de salud vigentes, que principalmente focalizan sus esfuerzos en función de indicadores de cobertura. De esta forma, hasta que los encargados de generar políticas en salud no consideren la cosmovisión indígena, se mantendrá un estado de "pobreza",⁴ efecto que no sólo se asocia con lo social, sino también con lo ambiental y lo espiritual.

Elizabeth Meza-Calfunao, M en Educ,⁽¹⁾
Rolando Díaz-Fuentes, D en C Educ,⁽¹⁾
rolando.diaz@ufrontera.cl
Ana María Alarcón-Muñoz, D en Antrop.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

<https://doi.org/10.21149/8988>

Referencias

1. Caniullan V. Mundo mapuche y su medicina. Temuco, Chile: Centro de Estudios Socioculturales, Universidad Católica de Temuco, 2000.
2. Marileo A. Mundo Mapuche. Chile: Meridión Comunicaciones, 2002.
3. Viniegra-Velázquez L. El bien vivir: ¿cuidado de la salud o proyecto vital? Primera parte. Boletín Médico del Hospital Infantil de México.

2016;73(2):139-46. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.01.001>

4. Guardiola J, García-Quero F. Buen Vivir (living well) in Ecuador: community and environmental satisfaction without household material prosperity? *Ecological Economics*. 2014;107:177-84. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2014.07.032>

Dislipidemia aterogénica, factor subdiagnosticado para las complicaciones cardiovasculares

Señor editor: Actualmente, las complicaciones cardiovasculares están muy generalizadas en la población, ya que representan la primera causa de muerte a nivel global con 17.3 millones al año;¹ la dislipidemia aterogénica es uno de los principales factores que contribuyen a su progreso, inclusive en pacientes con valores normales de lipoproteína de baja densidad (LDL).² A pesar de esta realidad, la dislipidemia aterogénica es por lo general subdiagnosticada,³ debido a esto se determinó la frecuencia de dislipidemia aterogénica en pacientes que se hacen estudios bioquímicos de rutina.

Se seleccionaron 267 pacientes mayores de 18 años que acuden a consulta general y que se realizaron un control rutinario de sus valores bioquímicos en el Laboratorio Arriaga de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, en el primer trimestre del año 2012. Se consideró para este estudio como dislipidemia aterogénica valores de triglicéridos (TG) mayores a 1.14 mmol/L (150 mg/dL) y colesterol-HDL inferiores a 1.295 mmol/L (40 mg/dL). La tolerancia a la glucosa se midió mediante el índice de modelo homeostático de evaluación de la resistencia en insulina (HOMA-IR) con la fórmula descrita por Matthews, (HOMA-IR = insulina en ayunas x glucosa en ayunas / 405).

De los 267 pacientes, 159 son mujeres y 108 hombres. El 42% (n=46) de los hombres y 17% (n=27) de las mu-

jerer presentan dislipidemia aterogénica. Además, se encontró que dentro de los pacientes con dislipidemia aterogénica, 20% de los hombres y 25% de las mujeres presentaban normal tolerancia a la glucosa. Se observó un resultados similar en el estudio de González Chávez y colaboradores⁴ que incluyó 177 individuos de ambos sexos, donde 38.6% de los sujetos sin resistencia a la insulina presentaron relación TG/HDL-C elevada; es decir, que aun en ausencia de alteraciones en el metabolismo de glucosa, existe riesgo de dislipidemia aterogénica.

En la mayoría de los reportes clínicos no se incluye la dislipidemia aterogénica, ni se considera en el momento de evaluar presencia de riesgos de complicaciones cardiovasculares. Es importante realizar estudios sobre este tema para profundizar en el riesgo de su aparición en pacientes con tolerancia normal a la glucosa e incluirlos en el control rutinario y la intervención oportuna mediante dieta y ejercicios para prevención de complicaciones cardiovasculares.

María Magdalena Aray-Andrade, M en Bioc Aplic,⁽¹⁾
maray@uees.edu.ec

Edith Elizabeth López-Montanero, M en Anál Sanit,⁽¹⁾
Joselyne Ariana Preciado-Gómez.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina,
Universidad Espíritu Santo. Ecuador.

<https://doi.org/10.21149/9003>

Referencias

1. Laslett L, Alagona P, Clark B, Drozda J, Saldívar F, Wilson S, et al. The worldwide environment of cardiovascular disease: Prevalence, diagnosis, therapy, and policy issues. *J Am Coll Cardiol*. 2012; 60(25):S1-49. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.002>
2. De la Sierra A, Gorostidi M, Aranda P, Corbella E, Pintó X. Prevalencia de dislipemia aterogénica en hipertensos españoles y su relación con el control de la presión arterial y el daño orgánico silente. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(7):592-8. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2014.07.030>
3. Foro Dislipidemia Aterogénica. Consenso multidisciplinar sobre dislipidemia aterogénica.