

## Prácticas de atención utilizadas por adultos mayores con enfermedades crónicas

Roberto Campos Navarro\*, Elia Nora Arganis Juárez\*\*, Diana Torrez\*\*\*

### Resumen

Las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad de los adultos mayores, presentan graves problemas para su atención y control debido a los cambios que requieren en los estilos de vida del enfermo. *Objetivos:* describir las prácticas de atención que utilizan un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas en la ciudad de México. *Material y método:* se emplearon métodos cualitativos en una muestra de 50 adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Resultados:* los adultos mayores utilizan los servicios de la biomedicina de manera preferencial, recurriendo a otras opciones de manera complementaria. En esta elección intervienen factores como las condiciones socioeconómicas y la relación médico paciente. *Conclusiones:* es necesario tener una mejor relación médico-paciente que permita al enfermo expresar sus problemas con el tratamiento y buscar soluciones conjuntas con la familia y el equipo de salud para una mejor atención.

### Abstract

*The chronic illnesses that are the primary causes of mortality among older adults present a serious problem which requires attention and control. Chronic disease management requires changes in life style of the sick person. Objectives: To gain an understanding of the medical practices used by a group of older adults with chronic illnesses in Mexico City. Research methods: Qualitative methods were used to select a sample of 50 older adults who were clients of the Instituto Mexicano del Seguro Social. Results: The older adults preferred to first use medical services and complimented these with other alternative treatments. This decision was influenced by their socio-economic status as well as the relationship with their doctors. Conclusions: It is necessary to have a good patient-doctor relationship so that the patient may feel comfortable discussing problems they may be experiencing with the prescribed course of treatment. This will allow patients to seek other treatments with the help and support of their family and the medical technology. This should therefore result in better results or health outcomes from their treatment.*

**Palabras clave:** Prácticas de atención, enfermedades crónicas, adultos mayores.

**Key words:** Medical practices, chronic illnesses, older adults.

\* Coordinador de Investigación. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. UNAM, correo electrónico: rcampos@servidor.unam.mx.

\*\*Profesora e Investigadora del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. UNAM, correo electrónico: enarganis@yahoo.com.mx

\*\*\* Profesora e Investigadora en . Sociology Department and Gerontology Center, Universidad de Colorado en Colorado Springs. Estados Unidos de América, correo Electrónico: dtorrez2@uccs.edu

Fecha de recepción: mayo 8 de 2006  
Fecha de aprobación: marzo 1º. de 2007

## Introducción

En este trabajo describiremos las prácticas de atención utilizadas por un grupo de adultos mayores que viven en la ciudad de México. El término de adulto mayor es propuesto desde 1994 por la Organización Panamericana de la Salud, para denominar a la persona de 65 años o más. Sin embargo este criterio sólo es aplicable en países desarrollados donde se tiene una mayor esperanza de vida, en el caso de México, se estableció los 60 años como inicio de esta etapa.

Los datos demográficos muestran que está cambiando la pirámide poblacional, aunque México sigue siendo un país donde predomina la gente joven, se ha incrementado el número de individuos con 60 años y más; según estimaciones del Consejo Nacional de Población, para el 2010 podría llegar a cerca de 10 millones de personas en este grupo de edad (CONAPO, 1998).

Durante el proceso de envejecimiento se tiene un mayor riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas (Secretaría de Salud, 2001), padecimientos como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades osteoarticulares representan graves problemas por su cronicidad e incurabilidad. Para tratarlas no sólo se recurre a los medicamentos, sino que se recomiendan medidas que conllevan una gran variedad de cambios en el estilo de vida de los pacientes, por lo que frecuentemente se fracasa en su control, de allí que se necesita intervenir con programas multidisciplinarios para lograr una mejor calidad de vida. (Jáuregui, De la Torre y Gómez, 2002).

## Las prácticas de atención

Numerosos estudios señalan que las personas frente a la percepción de un padecimiento realizan diversas prácticas destinadas a cuidar, asistir o restaurar la salud, en un proceso dinámico conocido como la carrera del enfermo, que se caracteriza por emplear medidas de autoatención y recurrencia a especialistas de varios tipos (Campos, 1990). A largo de esta trayectoria, el primer nivel real de atención es la autoatención que incluye las acciones que lleva a cabo el enfermo o su grupo familiar antes de acudir con un curador especializado (Menéndez, 1984, 1990; Campos, 1990; Mercado, 1996, Arganis 1998, González, 1998).

Cuando los problemas de salud no se resuelven en el ámbito doméstico, el enfermo sigue buscando alivio a sus dolencias, así recurre a la biomedicina, la medicina oficial o "científica", que tiene como eje de su conocimiento y práctica la dimensión biológica de la enfermedad y que se ha consolidado en occidente desde el siglo XX como el modelo mé-

dico hegemónico (Menéndez, 1984), además los pacientes pueden emplear de manera simultánea una amplia gama de medicinas conocidas como alternativas o complementarias que ofrecen otros recursos terapéuticos.

Existen múltiples factores que interactúan en la elección individual de las modalidades de atención; así la decisión de acudir a solicitar un servicio y el cumplimiento de las prescripciones médicas en general, se han relacionado con aspectos tales como la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, el tipo de padecimiento, el conocimiento de la enfermedad, el grupo social de referencia, la estratificación social y las actitudes y creencias que suelen ser definitivas en el proceso de toma de decisiones. (Bronfman, *et al.*, 1997; Hawe y Shiell, 2000; Cattell, 2001).

Considerando lo anterior, el objetivo de este trabajo es describir las prácticas de atención utilizadas por un grupo de adultos mayores, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que padecen enfermedades crónicas y residen en la ciudad de México.

## Material y método

Esta investigación se llevó a cabo los años de 1998-2000, en una unidad de medicina familiar del IMSS, ubicada en el sureste de la ciudad de México. Se establecieron dos etapas, en la primera realizamos un muestreo sistematizado al azar de los expedientes computarizados que correspondían a pacientes adultos mayores de 60 años y más que tuvieran enfermedades crónicas, en este primer muestreo se seleccionaron 458 pacientes cuyos expedientes estaban completos. A partir de esta selección inicial, se estableció una segunda muestra aleatoria de 50 pacientes, 35 mujeres y 15 hombres, a los que se aplicó un cuestionario domiciliario, que contenía 85 preguntas abiertas y cerradas relacionadas con su enfermedad, situación socioeconómica, tratamientos utilizados y servicios de salud empleados.

**Criterios de inclusión.** Ser derechohabiente del IMSS mayor de 60 años, con enfermedad crónica degenerativa (hipertensión arterial, *diabetes mellitus* tipo II y/o enfermedad osteoarticular), que aceptara ser interrogado en su domicilio

**Criterios de exclusión.** No pertenecer al IMSS, menor de 60 años, sin enfermedad crónica degenerativa y que no accediera a ser interrogado en su propio hogar.

**Criterios de eliminación.** Cuando el derechohabiente seleccionado no se encontrara en el domicilio registrado por la unidad médica.

## Resultados

### Condiciones socioeconómicas de la población

Las características de la población fueron las siguientes: 35 mujeres y 15 hombres entre 60 y 78 años, tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial, *diabetes mellitus* tipo II y enfermedad osteoarticular. Su estado civil es casado o viudo, el nivel de escolaridad es primaria o primaria incompleta para los hombres y primaria o ninguna para las mujeres. Las mujeres se dedican al hogar, mientras que los hombres son jubilados o pensionados.

### La atención biomédica

La biomedicina es la práctica curativa más usada por estos enfermos, encontramos que acuden a dos tipos de atención biomédica, la que se desarrolla en la medicina privada y la que se ofrece en las instituciones de salud, en este caso nos referiremos a la atención otorgada por la Secretaría de Salud en el Distrito Federal y el Instituto Mexicano del Seguro Social. La elección del tipo de servicio dependió de la condición socioeconómica del paciente, la accesibilidad del servicio y la aparición de las complicaciones.

### La atención biomédica privada

La medicina privada es bien valorada por los enfermos aunque se consideran caros sus servicios. La cercanía al domicilio y la disponibilidad de recursos económicos influyó para el acceso a los médicos privados, incluso se prefiere su atención en casos de problemas menores que pueden ser solucionados en este nivel. Dadas las condiciones económicas de los enfermos, muchas veces no concluyeron los tratamientos por los costos en medicamentos que esto implicó, esto es muy claro en el caso de las mujeres que son quienes han seguido los tratamientos de la medicina privada por menos tiempo. El 46 % del total de la población interrogada contestó que acude a los servicios de la medicina privada generalmente en caso de urgencia o complicaciones, señalan una asistencia de dos a cinco veces, hace uno a cinco años, los lugares donde asisten a la consulta se ubican en su mayoría en las colonias cercanas al lugar donde viven. Estos tratamientos consisten en medicamentos y en algunos casos, dieta y ejercicio, en general se sí-guieron por uno a cinco meses por las mujeres y entre los hombres se dividen en menos de un mes y por más de cinco años.

*Como me sentí muy mal fui a ver al médico en la Colonia del Mar, me dio pastillas y me mandó análisis, me dijo que tenía muy alta la presión.*

### La atención biomédica en la Secretaría de Salud

Las condiciones socioeconómicas y la accesibilidad del servicio son factores que intervinieron para atenderse en la

Secretaría de Salud, el 20 % de los pacientes acudió a ésta instancia antes de pertenecer al IMSS, por urgencias o control de la enfermedad. La última vez que asistieron a los servicios fue hace trece meses a cinco años en el caso de las mujeres y más de cinco años para los hombres. El promedio de visitas era de dos a cinco ocasiones.

Los centros de salud se encuentran en las colonias alejadas a sus domicilios, en el caso de complicaciones y ante la presencia de otras enfermedades se recurrió a hospitales como el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Nutrición y el Instituto de Enfermedades Respiratorias. Los tratamientos consistieron en medicamentos, estudios de laboratorio y en dos casos internamiento y cirugía, duraron menos de un mes para las mujeres y de uno a cinco meses entre los hombres, un 65 % consideraron que la atención fue buena.

*También fui al Centro de Salud de La Nopalera (colonia cercana al domicilio del informante), iba a tomarme la presión, ya que por acá me cobraban cinco pesos por tomármela, allí al ver que la tenía alta me recetaron el captopril.*

### La atención biomédica en el Instituto Mexicano del Seguro Social

La decisión de las personas adultas mayores por recurrir al IMSS dependió precisamente de que son derechohabientes y el Seguro Social es un servicio al que tienen acceso. El tiempo de permanencia al IMSS varía: un 22 % de los interrogados tiene de uno a cinco años, mientras que el 26 % tienen 40 años o más, aunque la permanencia al IMSS no se da de manera continua, ya que se señalan interrupciones por cambios de trabajo.

Existen situaciones diferenciales por género: los hombres son pensionados o jubilados por lo que reciben ingresos que aunque mínimos les permiten cierta independencia, mientras que las mujeres, sólo son beneficiarias por ser las esposas o madres del trabajador, por lo que ante un problema de salud tienen que recurrir a los servicios institucionales del IMSS ya que no disponen de recursos propios para su atención en la medicina privada.

Los pacientes valoran como buena la atención que reciben del IMSS, acuden a la unidad de medicina familiar en promedio desde hace tres o cuatro años, la mayoría señaló que asisten con regularidad a sus citas.

*En la clínica 160 nos tratan bien, hay buen servicio, pero en otras están mal, cuando estaba en la 31 me tardaban hasta tres días en ir a cobrar mi pensión llegaba desde las 7 y para las 12 no había dinero y había que ir de nuevo*

*al otro día, aquí estamos bien, ojalá todas las clínicas fueran así.*

Los medicamentos más utilizados de acuerdo a cada enfermedad son los siguientes: Glibenclamida y Tolbutamida para la diabetes, Captopril y Nifedipina para la hipertensión y en el caso de la artritis, el Naproxen; este último además se receta con frecuencia para el control de las molestias de otras enfermedades.

El 32% ha tenido problemas de gastritis con los medicamentos. Las respuestas que han tenido son dejar de tomar los medicamentos, pedir a su médico que se los cambiaran por otro, y también se les ha sugerido tomar los medicamentos con los alimentos.

*Al principio las medicinas que me habían dado me estaban afectando, pero me las cambiaron y ahora no he tenido problema.*

La dieta es el gran dilema en que se encuentran los enfermos, debido a que su seguimiento implica diversas condicionantes tanto socioeconómicas como ideológicas, que implican cambiar de estilo de vida, algo muy difícil de seguir. Otro tanto sucede con la indicación de hacer ejercicio, ya que los enfermos aún los que tienen vida físicamente activa, entienden que la prescripción implica esfuerzos adicionales y disposición de tiempo extra, los pacientes sedentarios ven en ello un complejo cambio de hábitos. Los médicos reconocen la falta de seguimiento de la dieta y la ausencia del ejercicio cotidiano, como los obstáculos más importantes del tratamiento

El 34% de los interrogados expresó que el médico no les había hecho ninguna indicación sino que los había enviado con la experta en nutrición, la que les dio la hoja de dieta. El 46% ha tenido problemas con el seguimiento de la dieta ya sea por cuestión de gustos en primer lugar y en segundo lugar por cuestiones económicas ya que consideran que seguir la dieta sale caro.

*Cuando fui a las pláticas me di cuenta que lo querían matar de hambre a uno, quieren dejarlo a uno como palillo.*

*Pues a veces ya no sé ni que hacer de comer, uno no puede hacer comida sólo para uno, tengo que hacer para todos.*

Los cuidados recomendados por los médicos se refieren a la higiene y el ejercicio, pero 34% de los enfermos contestaron que los médicos no les habían dado una indicación sobre los cuidados. Casi todos dijeron que no habían tenido problemas en el seguimiento del tratamiento, el 18% ha comentado con su médico ciertas dificultades con la dieta y los medicamentos.

Se señalan diversas quejas referidas a la relación médico-paciente siendo la principal, la falta de comunicación con los médicos. Algunos usuarios mencionan que los han tratado diversos médicos por lo cual no tienen la seguridad de quién va a estar en el consultorio cuando ellos asisten a la consulta, por lo que en los casos de que quieren cambiar de médico, prefieren a aquellos que los atendían con anterioridad. Sólo el 16% ha tenido el mismo médico, a los demás los han atendido de dos a cuatro médicos. El 24% de los enfermos no considera adecuado su tratamiento y un 20% de ellos quisieran cambiar de médico ya que se sentían mejor con el que tenían anteriormente, valorando de manera significativa el aspecto de la interrelación.

*No creo que el médico me haya explicado bien, no le hacen caso a uno.*

*Los del seguro no le dicen a uno nada de los cuidados, fui al particular.*

*Le he comentado al médico que me sentó mal la medicina, que me dio mucho dolor.*

*Me gustaría cambiar de médico, que me tocara con una doctora porque habla uno con más confianza.*

*Que no fueran tan inhumanos que atendieran un poco mejor. Unos son muy déspotas, otros por tantos pacientes que tienen que atender ni lo revisan a uno.*

El 60% de los enfermos han sido enviados al Hospital de Especialidades y al Centro Médico Nacional Siglo XXI. Las especialidades más utilizadas son Medicina Interna y Cardiología. Incluso en el momento de la encuesta algunos estaban siendo atendidos de manera simultánea en la unidad de medicina familiar y en especialidades.

*Creo que la atención que tienen en el Seguro es buena, estuve en el Centro Médico y en la Clínica 47 y me han atendido bien, en realidad no me quejo.*

La atención biomédica en los servicios de nutrición y trabajo social del IMSS.

Además de recibir atención médica, los enfermos han acudido a las pláticas de Trabajo Social y Nutrición. Asistieron por última vez hace un año, si bien tienen conocimientos sobre los temas de las pláticas, señalan que no los llevan a cabo por sus condiciones económicas y personales. El 68% asistió a los servicios de Nutrición y Trabajo Social desde hace uno a cinco años y de dos a cinco veces. En general consideran que la información que les dieron fue positiva, si bien se hicieron algunos comentarios negativos.

*Las pláticas me han ayudado, pero es decisión de uno que lleve las cosas como le dicen.*

*Me han dicho lo que me hace daño, que no debo tomar café sino té, pero no me gustaría ir de nuevo, me aburro.*

*También que las recepcionistas sean más amables, lo quieren regañar a uno de todo. Vive uno lejos y ya se le puso la cita porque a veces hay un tráfico y no lo quieren atender.*

Entre los temas que proponen para estos servicios son implementar actividades de apoyo como reuniones y ejercicios, aunque muchos de ellos dicen no tener tiempo para asistir.

*Me gustaría que hubiera ejercicios, pero el problema es que para mí es difícil ir, tengo que tomar dos peseras (transporte colectivo) para llegar.*

*La información que nos dan es muy constructiva, pero somos mal organizados. Las pláticas me han ayudado, he caminado como me recomendaron.*

*La convivencia con otros enfermos sería buena para personas que están más decaídas, nos podemos explicar más que con el médico, me parece importante que pudiera platicar con otros enfermos, cuando una plática con otros enfermos se siente uno mejor.*

### La autoatención

La autoatención es una práctica constante en la carrera del enfermo, que se lleva a cabo desde que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. Se establece a partir de lo que se denomina un sistema profano de referencia donde interviene la cultura y el conocimiento particular que tiene la gente acerca de la salud y las interrelaciones de las personas a quienes se les solicita consejo y referencia (Freidson, 1978).

Encontramos que a nivel popular se comparten ideas sobre la causalidad de las enfermedades y se intercambia información sobre una variedad de tratamientos que refieren en su mayoría al uso de plantas medicinales preparadas y consumidas en formas diversas; además se recomiendan acciones particulares de acuerdo a cada padecimiento: restricciones del consumo de alimentos azucarados para el paciente con diabetes, disminución de la sal para el enfermo de hipertensión, masajes y baños en aguas termales o sulfurosas para quienes padecen de enfermedades osteoarticulares.

Las medidas realizadas al inicio del padecimiento dependieron de la intensidad y duración de la sintomatología, debemos tener en cuenta que debido a la evolución de la enfermedad, los primeros signos y síntomas se presentaron en promedio cinco años antes, por lo que los recuerdos que tienen de ellos están mediados por la experiencia presente con su padecer.

El papel de la red social en las prácticas de autoatención es muy importante ya que el 52% de los interrogados ha

recibido recomendaciones por familiares y amigos para el uso de tratamientos de plantas medicinales.

*Una hermana me dijo del nopal con zanahoria o del nopal con apio y un té (infusión de plantas medicinales) que me compraron. Actualmente no lo uso: me aburrí de tomarlo.*

*Una vecina me recomendó el alpiste, la hoja de zapote blanco y el agua de alpiste con hoja de higo. No sé que me puede resultar con la medicina. He utilizado el azahar en té y lo compro en el mercado.*

El tiempo que se siguen estos tratamientos es variable, desde un mes hasta cinco años. Aunque un 24% ya no los usa por sus costos elevados o los efectos secundarios que les provocaron, la mayoría consideró que se obtuvieron buenos resultados con los remedios herbolarios.

*Pues sé que a algunas personas les han servido (las plantas medicinales), a mí en lo personal no me sirvieron mucho.*

Las plantas medicinales más utilizadas fueron: el nopal y la zábila para la diabetes, el zapote blanco, el ajo y el alpiste para la hipertensión; el ajo para la artritis.

### El uso de la medicina popular y otras alternativas

La medicina popular así como la medicina natural conocida como naturismo, fueron las opciones menos utilizadas, únicamente un 12 % de los interrogados asistió con especialistas de estas medicinas: hierberos, curanderos y naturistas. Asistieron de 2 a 5 veces con estos especialistas buscando alivio y disminuir el consumo de fármacos.

Los tratamientos tuvieron una duración promedio de uno a seis meses y la mayoría se atendieron en colonias cercanas a sus domicilios. Las medidas terapéuticas se basaron en la herbolaria, en un caso se habló de vitaminas y restricciones alimenticias y sólo uno refiere aspectos rituales como el levantamiento de sombra para el caso de la diabetes.

Dos de los pacientes ya no piensan seguir con los tratamientos debido a que no les sirvieron y se señalaron algunos efectos secundarios como diarreas o problemas estomacales, asimismo se indicó que eran muy costosos.

*No he consultado con ninguna persona que cure independientemente de los médicos, no creo que me curen, sólo me quitan los dolores, pero esto es crónico, sólo se controla.*

*Fui con el naturista hace como dos años, me mandó el licuado de nopal y tés. Sí me bajó el azúcar, pero me*

*cayó mal al estómago, me cobraron a 100 pesos la consulta y 150 la medicina. no pienso volver porque no tengo dinero.*

### Discusión y conclusiones

A pesar de las variaciones individuales, la carrera del enfermo mostró la alta valoración del diagnóstico y el tratamiento médico, de allí que la biomedicina es indudablemente la principal forma de atención que emplean los adultos mayores con enfermedades crónicas.

La situación socioeconómica del paciente, la accesibilidad del servicio y la relación con el personal de salud fueron aspectos determinantes en la elección del tipo de atención biomédica. Al ser derechohabientes se utilizaron con mayor frecuencia los servicios a los que se tiene derecho, cuando se contó con recursos económicos se acudió a la medicina privada, mientras que la asistencia a otras instituciones como los centros de salud del primer nivel, se relacionó con la cercanía a los domicilios y los bajos costos de los servicios.

En general se valoró positivamente la atención recibida en el Instituto Mexicano del Seguro Social, pero se señalaron las dificultades para seguir las indicaciones biomédicas de la dieta ante la situación socioeconómica y familiar así como los problemas para llevar a cabo los cambios en el estilo de vida que requiere el control de las enfermedades crónicas.

Un elemento central fue la falta de comunicación en la relación médico-paciente, los enfermos indicaron la necesi-

dad de un mayor conocimiento y comprensión de las condiciones particulares de cada uno, asimismo se reconoció la importancia de las pláticas de educación para la salud aunque no se lleven a cabo en su totalidad.

Las medidas de autoatención se realizan desde el inicio del padecimiento y a lo largo de toda la carrera del enfermo; dado que se recomiendan a través de la red social del paciente, es necesario identificarlas para establecer los beneficios o riesgos potenciales que conllevan. Lo mismo sucede con los tratamientos de otras medicinas, que se basan en la herbolaria medicinal, aspecto que debe ser evaluado por los médicos para evitar los efectos secundarios que pueden presentarse al ingerir plantas medicinales al mismo tiempo que los fármacos.

De acuerdo a nuestros resultados, dada la importancia de la atención recibida por el IMSS, sugerimos elevar la calidad y calidez de la relación médico-paciente que brinda la institución. Una mejor comunicación con el médico familiar permitirá que el enfermo exprese los problemas que tiene para seguir las indicaciones médicas e igualmente expresarle la utilización de otros elementos curativos no convencionales que pudieran complementar y ayudar el tratamiento biomédico. Una buena atención institucional buscará soluciones conjuntas que involucren al enfermo, la familia y al equipo de salud (médico, enfermera, dentista, trabajadora social, nutricionista, etc). Lo anterior permitirá optimizar los recursos disponibles, establecer diagnósticos a edades más tempranas para elevar la calidad de vida y disminuir las discapacidades que provocan las enfermedades crónicas.

## Bibliografía

- Arganis Elia Nora, *Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento*, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 36, núm. 5, septiembre-octubre, México, 1998, pp. 383-388.
- Bronfman Mario; CastroRoberto; Zúñiga Elena; Miranda Carlos; Oviedo Jorge. *Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios*, Salud Pública de México, 1997, vol. 39, núm. 5, México, 1997, pp.442-450.
- Campos Navarro Roberto. *Prácticas médicas populares: Algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa*, En: Roberto Campos-Navarro (Comp.), *La Antropología médica en México*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1990, pp. 186-210.
- Cattell Vicky., "Poor people, poor places and poor health: the mediating role of social networks and social capital." *Social Science and Medicine*, 2001, vol. 52, Gran Bretaña, pp. 1501-1516.
- Consejo Nacional de Población, *La población de la tercera edad en México 1950-1990*, México, CONAPO, Serie Sociodemografía del envejecimiento en México, 1998.
- Freidson Elliot, *La profesión médica*, Barcelona, Península, 1978.
- González Lilián, *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*, Barcelona, Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, 1998.
- Hawe Penelope ; Shiell Alan, "Social capital and health promotion: a review". *Social Science and Medicine*, vol. 51, 2000, pp. 871-885.
- Jáuregui Josefina Teresita; De la Torre Adan; Gómez Gilda. "Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial; Impacto de un programa multidisciplinario." *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 40, núm. 4, julio-agosto, México, 2002, pp. 307-320.
- Menéndez Eduardo, *Hacia una práctica médica alternativa*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata 1984.
- Menéndez Eduardo, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes." En: Roberto Campos-Navarro (Comp.), *La Antropología médica en México*, México, Instituto Mora -Universidad Autónoma Metropolitana, 1990, pp. 141-185.
- Mercado Francisco. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara. 1996
- Secretaría de Salud, Programa de acción "Atención al envejecimiento", México, Secretaría de Salud, 2001.

# Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

## PRESENTACIÓN

El desarrollo del conocimiento en el campo de la salud requiere en la actualidad de soluciones multi e interdisciplinarias para la generación de conocimientos innovadores que lleven a propuestas de solución en el ámbito social. Se trata de producir aportes que impacten la salud de las poblaciones y los grupos humanos, superando las limitaciones que presentan los campos disciplinarios dominantes.

## OBJETIVO

Formar investigadores de alto nivel en el campo de la salud colectiva que generen conocimientos innovadores a través de la investigación científica para el quehacer académico interdisciplinario en el análisis de las condiciones de salud-enfermedad, la formulación y conducción de políticas y la elaboración de programas de salud.

## ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

### **Seminarios Teóricos I, II, III**

Los dos primeros son escolarizados y comprenden la ubicación epistemológica, teórica y metodológica del campo de la salud colectiva. El tercero se centra en el tema de investigación y es desarrollado por cada alumno con la supervisión de su director/a de tesis.

### **Talleres Instrumentales I, II, III**

Los dos primeros detallan los métodos cuantitativos y el tercero ubica los métodos cualitativos para el trabajo de investigación

### **Seminarios de Investigación del I al VIII**

Son tutoriales, con la supervisión del director/a de tesis y dan seguimiento al desarrollo de la tesis del doctorado.

### **Perfil del egresado**

Al concluir el plan de estudios el alumno será capaz de:

- Desempeñarse como investigador/a en el campo de la salud colectiva.
- Dirigir grupos de investigación.
- Formar recursos humanos de posgrado en el campo de la salud colectiva.
- Formular y dirigir en el nivel estratégico, proyectos de gestión de sistemas y servicios de salud.
- Participar y dirigir grupos académicos en la educación superior, especialmente de posgrado.

Para mayores informes, contáctanos  
<http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/dcsc/>

# **Salud Problema**

## **PUBLICACIONES**

Con este número la revista **Salud Problema** continua su nueva época editorial abriendo sus espacios a colaboraciones de calidad enfocadas a temáticas de investigación sobre las relaciones entre la salud y la sociedad; es una publicación científica editada por el posgrado en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo los siguientes requisitos para facilitar su edición.

### **DATOS GENERALES PARA LA RECEPCIÓN DE ESCRITOS**

1. La revista **Salud Problema** publica artículos, reportes de investigación, ensayos, comentarios polémicos, noticias, información sobre nuevas publicaciones, reportajes, entrevistas y reseñas bibliográficas. Los textos que se envíen deberán ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. La revista no provee servicio de captura o corrección de textos, dibujos o arreglos de ilustraciones, es responsabilidad de cada autor llevar a cabo estas tareas, así como entregar los manuscritos de acuerdo a las normas editoriales que se establecen. El Consejo Editorial se reserva el derecho de regresar a sus autores los materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.
2. Los trabajos deberán ser elaborados en español, con un resumen (sinopsis) en inglés y español.
3. Las colaboraciones se deberán entregar en diskette 3.5; en procesador de textos Win Word, Word Perfect (5.0 o superior), anotándose sobre el diskette el título del artículo, nombre del autor y el programa en que fue capturado el texto, acompañado de tres copias impresas.
4. En caso de artículos o ensayos, la extensión del texto será hasta de 40 cuartillas escritas a doble espacio incluyendo carátula, resumen, agradecimientos, cuadros, gráficas, notas, dibujos, curriculum de los autores y referencias bibliográficas.
5. Siguiendo el criterio anterior; los reportes de investigación, los comentarios polémicos, las noticias, los reportajes, las entrevistas y las reseñas bibliográficas no deberán exceder de 10 cuartillas.
6. El curriculum (resumido) del autor y/o autores deberá contemplar: grados académicos, institución donde trabaja, líneas de investigación que desarrolla y experiencia laboral, en no más de 15 renglones y en hoja separada al final del texto.
7. Todos los trabajos incluirán en una hoja aparte (primera hoja), el nombre del autor y/o los autores, institución a la que pertenecen, domicilio, número telefónico, fax y correo electrónico, para su rápida localización.
8. Los trabajos deberán entregarse a los miembros del Consejo Editorial, o enviarse a: José Arturo Granados Cosme, Directora de la Revista **Salud Problema**, Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, CP 04960, México, DF.
9. La aprobación o no de los textos enviados a **Salud Problema** se basa en opiniones fundamentadas de dos dictaminadores.

### **DATOS PARTICULARES PARA LA PRESENTACIÓN DE UN ESCRITO**

1. Los manuscritos deberán presentarse en hojas blancas tamaño carta escritas por un solo lado, a doble espacio (incluyendo resumen, agradecimientos, notas y bibliografía), con márgenes de tres centímetros, cada página deberá contener 27- 30 líneas.
2. La primer hoja llevará la información requerida en el punto número 7 de los datos generales.
3. La segunda hoja, el resumen de 15 renglones con su traducción al inglés y de tres a cinco palabras clave.
4. A partir de la tercera se incorpora el texto, repitiendo sólo el título en la parte superior con un margen (colgado) de 9-10 líneas. Asignando a esta hoja el 1, numerar el resto.
5. En el cuerpo del texto y para referencias no textuales, incluir entre paréntesis el o los apellidos de los autores a que se hace referencia y el año de publicación. Ejemplos: (Gómez, 1996), (Gómez y Pérez, 1996) o (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996). En caso de que se trate de más de tres autores, sustituir los apellidos del segundo en adelante con la expresión et al. (sin cursivas y sin punto después de et). Por ejemplo: (Gómez et al., 1996). Para referencias textuales, incluir la o las páginas correspondientes: (Gómez, 1996:26), (Gómez y Pérez, 1996:26-27), (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996:26-28) o (Gómez et al., 1996:26).
6. Las citas textuales que ocupan menos de cinco renglones no se separan del texto y se entrecomillan, las de más de cinco

renglones se separan del texto dejando una línea en blanco antes y después, sangrando cinco espacios a la izquierda y a la derecha, además de escribirse a renglón seguido y subrayando para componer en cursiva. En este último caso, omitir las comillas.

7. Se utilizarán corchetes [], cuando se integre un dato agregado por el autor a una cita y tres puntos suspensivos a las omisiones hechas al texto original.
8. Al principio de cada capítulo así como resumen, introducción, títulos diversos, bibliografía y demás divisiones de la obra, el margen de la cabeza (colgado) deberá de ser de 9 -10 líneas, centrados y deberán escribirse en mayúsculas y minúsculas.
9. Al inicio de cada párrafo se dejará una sangría de cinco golpes. Pero se dejarán de sangrar los párrafos con que se inician cada capítulo y los que siguen a un subtítulo.
10. Llamadas y notas: Las llamadas de notas deben indicarse con números volados, sin puntos ni paréntesis. Si hace falta una segunda serie se señalará con asterisco y si se precisa todavía una tercera, puede usarse letras voladitas. En todo caso las llamadas irán después de los signos de puntuación. Las notas se harán en hoja aparte al final del texto y comenzarán con una sangría de tres golpes. No es aceptada la elaboración de notas para efectuar referencias bibliográficas.
11. La bibliografía se presentará en hoja aparte refiriendo solamente a los autores mencionados en el documento. Se alfabetiza por el apellido paterno del autor principal y del más antiguo al más reciente para dos o más títulos del mismo autor o autores. Las referencias deben ser elaboradas siguiendo este formato:

Libros:

Burín, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós.

Dos o más autores:

Burín, Mabel y Pedro López (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós. (Notar que en el segundo autor se menciona primero el nombre). En las referencias bibliográficas no se usa la expresión et al., se listan todos los autores.

Capítulos en libros:

López, Oliva (1993). "¿Desmantelamiento o modernización de la política social?", en S. Fleury (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Brasil, Fundación Osvaldo Cruz de la Escuela Nacional de Salud Pública, pp. 25-48.

Artículos en revistas:

Vega, Genaro (1994). "Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 283-287.

12. Cuadros y gráficas se pondrán por separado indicando claramente su lugar en el texto con la leyenda **insertar cuadro o gráfica núm. X** (cada tabla o gráfica debe estar impresa en una hoja separada, numeradas progresivamente, con título y la fuente). Los mismos criterios deben ser usados para las ilustraciones (dibujos y fotografías).
13. Siglas y abreviaturas: se escribirán con mayúsculas, sin puntos ni espacios.
14. En caso de ser aprobados para publicación, el Consejo Editorial, se reserva el derecho de llevar a cabo correcciones de redacción y estilo a los manuscritos, así como modificaciones al título de los trabajos.