

# IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOCIOANTROPOLOGIA MEDICA PARA MEJORAR EL ESTADO INMUNOLOGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE ORIZABA 300700

Rocha-Manilla, Ramón C.; Valderrama-Abrego, Nora. Clínica Hospital ISSSTE Orizaba 300700

## RESUMEN

Algunas enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus 2 (DM 2) y la Hipertensión Arterial (HTA) al ser diagnosticadas elevan el nivel de estrés de sus pacientes debido a los conocimientos culturales establecidos que giran entorno a estas; por ejemplo: la DM 2 tradicionalmente se conoce que es el resultado de una vida desordenada, sin cuidado alimenticio y perezosa al ejercicio. La diabetes se considera mortal y sin cura, y este paradigma deprime a su portador. Como consecuencia de los conceptos culturales de estas enfermedades se presentan más intensos los síntomas de la misma, incidiendo en los reingresos hospitalarios y la mortalidad ya que a partir del diagnóstico empezaron a vivir su muerte. El objetivo del programa es estimular inmunológica a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas para elevar la calidad de vida por medio del reconocimiento de su enfermedad y de los factores sociales y culturales que la propician y la integración de los pacientes a trabajar por su sanación. Se usó el método de psico neuro inmunología del Instituto Mexicano de Inmunología General e Inmuno Oncología (IMIGIO) A.C. de Guadalajara, además técnicas de animación sociocultural y de sociología y antropología de la sanación. Se capacitó y orientó al personal de salud en psiconeuro inmunología, en etnoterapia, animación sociocultural trabajando con pacientes crónico-degenerativos (DM 2 e HTA) en actividades de estimulación inmunológica y de ayuda mutua coordinadas con el departamento de epidemiología en las cuales se desarrollaron encuestas, sesiones, talleres, pláticas y terapia, buscando como ejes principales: 1.-elevar la autoestima, 2.-disminuir los niveles de estrés; 3.-involucrar al paciente en el proceso de sanación; 4.-reconocimiento de la enfermedad; 5.-reconocimiento de los factores socio-culturales que deprimen inmunológicamente en la enfermedad. Los participantes se ubicaron en un grupo control y los no participantes de las actividades formaron el grupo testigo. A 6 meses el grupo control ha mantenido normales sus niveles de glucosa e hipertensión en comparación con el grupo testigo el cual se mantiene en un control irregular hormonal y tensional. Con respecto al grupo control, ha logrado reconocer su enfermedad y los factores socio culturales que la propician en su totalidad. El grupo control mejoró su autoestima hasta en un 85% y disminuyó su reinternamiento hasta en un 15%. Los Diabéticos controlan su glucosa por debajo de los 126 mg/dl (normal) en no menos del 80% y los hipertensos mantienen sus niveles de no +/- 120/80 ml/hg (normal) en hasta un 75%. Hemos visto los logros a través de actividades de socioantropología médica a pacientes crónico degenerativos, lo cual equivale a disminuir el internamiento, tan siquiera en esta muestra. Notamos que los beneficios van más allá de su padecimiento: influyen en su vida en general. La extensión del programa a mas pacientes con DM 2 e HTA logrará mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en la unidad ISSSTE de Orizaba.

## INTRODUCCION

El trabajo muestra en proyecto de socioantropología médica implementado en la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba 300700 en la región centro del estado de Veracruz la cual atiende a una población mayor a los 28,000 derechohabientes en los cuales sobresalen problemas de morbi mortalidad relacionados con DM2 e hipertensión arterial. El integrar actividades de socio antropología confiere implementar elementos de estudios sociales de los pacientes involucrados en el proyecto, además estudiar los elementos culturales que confieren la percepción sobre estas enfermedades. El objetivo principal es trabajar la percepción cultural de la DM2 y la HTA en este tipo de pacientes para descubrir en cada uno de estos los elementos socioculturales que lo deprimen ante esta enfermedad para ubicarlos y empoderarlos bajo el reconocimiento de los mismos y el trabajo comunitario y particular de los pacientes. Con esto lograr elevar sus niveles inmunológicos a través de técnicas socio antropológicas relacionadas con la animación socio cultural, las técnicas de psicología comunitaria y las técnicas

diagnósticas y terapéuticas de psico neuro inmunología.

### DESCRIPCION DE LA UNIDAD MEDICA

La clínica hospital 300700 Orizaba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se encuentra ubicada al norte de la ciudad de Orizaba en la zona centro del estado de Veracruz. Es una de las 5 unidades que dan servicio de 1º. y 2º. nivel del ISSSTE en Veracruz teniendo una certificación como Hospital amigo del niño y de la madre en el año 1994 otorgada por la UNESCO y recertificada en ese mismo rubro en el año 2000; tiene una certificación de calidad otorgada por el Consejo General de Salud en el año 2001 y obteniendo su recertificación en el año 2004; tiene una certificación como hospital ambientalmente sustentable otorgada por el nivel central de ISSSTE en el año 2005. Atiende a una población derechohabiente de 27,159 personas de la cual solo 24,646 está adscrita a la unidad<sup>1</sup>, la mayoría perteneciente al magisterio la cual proviene de la zona centro de Veracruz sobresaliendo los municipios de Orizaba, Córdoba, Zongolica, Tequila, Huatusco, Coscomatepec y algunos limítrofes en el estado de Puebla como Esperanza. Tiene una capacidad para 30 camas en hospitalización y 5 en urgencias. Da servicio con 5 consultorios de medicina familiar, uno de odontología, uno de medicina preventiva y 4 de especialidades. Los servicios que ofrece son las 4 especialidades básicas como medicina interna, cirugía, pediatría y ginecobstetricia, además de oftalmología, neurología, nefrología, otorrinolaringología, angiología, traumatología. Tiene servicio de urgencias las 24 horas; otorga el servicio de consulta externa y medicina familiar de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs. Cuenta con departamentos de apoyo médico como medicina preventiva, auxiliares diagnósticos, fisioterapia y el de enseñanza e investigación. La pirámide poblacional muestra un aumento en la población masculina de entre 20 y 24 años (1284) mostrando lo mismos para población femenina mayoritaria entre los 20-24 años de edad (1229), no siendo similar la frecuencia a partir de los 35 años, en la cual la pirámide poblacional muestra mayor prevalencia de mujeres contra hombres en una proporción de 1:2 hasta llegar a la sexta década en que la proporción de hombres y mujeres se hace similar, teniendo un aumento a partir de los 60 años a favor de las mujeres en una proporción de 1:1.2<sup>2</sup>. La prevalencia de alcoholismo en la derechohabiencia es de 27.6% para hombres y de 15.3% para mujeres, mostrando una mayor incidencia entre los 15 y 54 años<sup>3</sup>. El tabaquismo muestra una incidencia de 22% en hombres y de 17% para mujeres denotando una mayor incidencia entre los 15 y 54 años<sup>4</sup>. De la derechohabiencia profesionista el 25% de hombres y el 22% son mujeres; de la derechohabiencia con carrera técnica el 16% son hombres y el 13% son mujeres; el 18% de los hombres son administrativos mientras que el 21% son administrativas mujeres (tabla 1).

ACTIVIDAD	HOMBRES	MUJERES
Profesional	25%	22%
Técnico	16%	13%
Administrativo	18%	21%
Estudiante	31%	15%
Hogar	4%	20%
Otros	6%	9%

Tabla 1.- Ramas de actividades de población asegurada a la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba<sup>5</sup>.

La mortalidad hospitalaria muestra como primera causa las complicaciones de la DM 2 ocupando el 13.9%, siendo su mayor complicación la insuficiencia renal crónica (IRC) con un 2.7% de mortalidad, observando que la complicación mas frecuente de la IRC es la desnutrición por depresión en hasta un 70% de los casos de IRC<sup>6</sup>. En la población de la jurisdicción sanitaria No. VII de Orizaba refiere que la 1ª. causa de mortalidad en edad

<sup>1</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>2</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>3</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>4</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>5</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>6</sup> Comité de Diálisis Peritoneal. C.H. ISSSTE Orizaba. Febrero 2006.

productiva laboral (15-64 años de edad) es la enfermedad hepática (17%), seguida en 2º. lugar por la DM2 (14.6%), en tercer lugar se ubican los tumores malignos (13.2%), los accidentes ocupan el 4º. lugar, las enfermedades cardiacas el 5º., la enfermedad vascular cerebral el 6º., la IRC (complicación de la DM2) ocupa el 7º. lugar, las complicaciones por VIH-SIDA el 8º., la tuberculosis pulmonar el 9º. y el síndrome por dependencia al alcohol el 10º. Tabla 2.

No. Progresivo	CAUSAS	Número	Porcentaje
1	Enfermedad hepática	222	17.9
2	Diabetes Mellitas 2	179	14.6
3	Tumor maligno	163	13.2
4	Accidentes	107	8.6
5	Enfermedad del corazón	95	7.7
6	Enfermedad vascular cerebral	54	4.4
7	IRC	32	2.6
8	VIH/SIDA	22	1.8
9	Tuberculosis pulmonar	11	0.9
10	Síndrome de dependencia al alcohol	32	2.6

Tabla 2.- Mortalidad general en edad productiva (2004) Jurisdicción sanitaria VII Orizaba<sup>7</sup>.

Dentro de los motivos más frecuentes de consulta subsecuente en medicina general se encuentra en 1er. lugar la hipertensión arterial (HTA), seguida de DM2 y en tercero las artropatías. En los motivos más frecuentes de atención de urgencia se encuentra en 1er. lugar la infección respiratoria aguda, en 2º. la descompensación metabólica por DM2, en 3ª. la HTA, en 4º. lugar infección de las vías urinaria. Tanto la epidemiología local como regional enmarca como factor importante de morbi mortalidad la DM2, la HTA y sus complicaciones mas frecuentes, entre las que se encuentran la IRA.

### DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La prevalencia de enfermedades crónico – degenerativas como la DM2, la HTA y la cardiopatía refieren como de mayor frecuencia en la morbi mortalidad en hospitalización y consulta externa. Este fenómeno está relacionado con los niveles sociales de los derechohabientes del ISSSTE Orizaba ubicados en labores profesionales como la docencia o las administrativas en puestos burocráticos en los cuales los niveles de estrés son altos, al igual que presenta hábitos culturales urbanos relacionados a la mala alimentación. Tan siquiera el índice de masa corporal (IMC) de los trabajadores de la clínica rebasa en promedio el percentil 26, denotando un sobre peso de los trabajadores de la unidad (DE LA ROSA-ROCHA, et al 2006)<sup>8</sup>. Los niveles de internamiento obedecen más a problemas crónicos degenerativos en los cuales, sus pacientes muestran mayor ansiedad y depresión debido a las ideas culturales que existen en base a estas enfermedades.

Según un estudio sobre mortalidad de DM2 realizado por MELENDEZ y VASQUEZ (2005) en la unida ISSSTE Orizaba, el 35% de los pacientes fueron mujeres de las cuales todas presentaban complicaciones tardías de la DM2 que incluían: nefropatía (IRC), neuropatía, microangiopatía, oftalmopatías y solo una reporta cardiomiopatía. En los hombres se reportaron muertes en el 65% de los casos, la mayor complicación encontrada en este grupo fue como en el sector femenino la IRA secundaria a nefropatía debido al descontrol metabólico. Tres presentaron neuropatía diabética, uno presentó ceguera secundaria a oftalmopatía y el resto con daños a la córnea<sup>9</sup>. De esta manera se observó que la DM2 y la HTA representa un problema de salud en la morbi mortalidad de la

<sup>7</sup> Diagnóstico situacional clínica hospital ISSSTE Orizaba (2005).

<sup>8</sup> DE LA ROSA-ROMERO, Olivia; ROCHA-MANILLA, Ramón; ALFARO; JUAREZ; BORROMEO (2005). Estudio de obesidad en trabajadores de la clínica hospital ISSSTE Orizaba 300700.

<sup>9</sup> MELENDEZ-RIOS, Mario; VASQUEZ-CABRERA, Eric (2005). Causas de mortalidad secundaria a complicaciones por diabetes mellitus en la clínica hospital ISSSTE de Orizaba.

clínica hospital ISSSTE Orizaba 300700. A través de entrevistas realizadas por las historias clínicas aplicadas a este tipo de pacientes, observamos que los factores culturales influyen en la forma de vivir la enfermedad, las cuales existen debido a la difusión de los medios masivos, de la información popular y de las experiencias vecinales, ideas relacionadas con la DM2 y la HTA, vistas desde el colectivo como efectos de la “diabetis” como ordinariamente se le nombra en el medio popular. Según encuesta realizada (ROCHA-MANILLA et al 2006) para conocer las principales ideas difundidas culturalmente sobre la DM en población no médica de la región de Orizaba fueron encontradas percepciones de malignidad determinantes de la enfermedad, mal pronóstico, culpabilidad por los hábitos tenidos en la vida, como a continuación presentamos 8 códigos in vivo más frecuentes sobre esta enfermedad:

- 1.-Es una enfermedad mortal.
- 2.-Causa la amputación de las piernas.
- 3.-Produce ceguera.
- 4.-Es incapacitante.
- 5.-Se sufre mucho con ella.
- 6.-Se da por no cuidarse.
- 7.-Se da por comer mucho.
- 8.-Es una enfermedad de familias.

Este tipo de ideas son frecuentes para la representación cultural de la enfermedad, son ideas por las cuales las personas construyen la enfermedad y se desmotivan cuando la tienen. Influyen en el proceso para abordar el duelo de la misma influyendo así a su depresión y el abordaje tanto personal como familiar de la misma. A partir de esto, consideramos importante trabajar en la población este tipo de ideas con respecto a la DM 2 con el fin de deslegitimizarlas en el colectivo popular de nuestra población derechohabiente enferma o no enferma para que estas ideas no repercutan en la construcción cultural de la enfermedad de quien la padezca, influyendo hipotéticamente en el estado anímico e inmunológico de los enfermos.

### **DESCRIPCION DE LAS ESTRATEGIAS Y TECNICAS APLICADAS**

Determinamos nuestro universo en base a los pacientes con DM2 e HTA que acuden a servicio de consulta externa y hospitalización de la unidad médica, tomando como muestra aquellos cuyos internamientos coincidieran con las fechas de nuestras actividades y aquellos pacientes integrados a los grupos de ayuda mutua. Este conformó nuestro grupo control, mientras que los pacientes con DM2 e HTA atendidos en la consulta externa y que no pertenecieron a las actividades de los grupos de ayuda mutua, conformaron el grupo testigo en los que se midió el avance y evolución de su enfermedad sin haber sido sometidos a las actividades del grupo control. Los pacientes internados recibieron apoyo por parte de personal en formación en el área de psicología a través de actividades de risoterapia, las cuales estaban conformadas por la entrevista inicial al paciente y determinar con estas las actividades que le causan bienestar, las cuales eran recurrentes: Los juegos con baraja, los juegos de meza, la lectura.

La risoterapia tiene como base principal el mejorar el estado inmunológico de los pacientes a través del buen humor; no es exclusivamente hacer reír contando chistes o haciendo gestos graciosos; la risoterapia la incluimos con la compañía a los pacientes integrándolos a juegos y lecturas. Esta actividad fue reproducida por algunos otros trabajadores de salud del hospital, los cuales sin estar incluidos en el programa, fueron motivados para acompañar a los pacientes.

También fueron realizadas historias de vida y de enfermedad dirigidas para descubrir con el paciente y sus familiares las ideas propias que tenían de la enfermedad y en que les afectaba estas mismas<sup>10</sup>. Las visitas con los

---

<sup>10</sup> MENESES Antonio, MENESES Xochitl (2005); Historias de vida y enfermedad. Arana editoriales – IMIGIO pp. 63-67.

pacientes eran en el turno vespertino integrando en estas también a médicos y enfermeras de los cuales, algunos de ellos dedicaban algún tiempo para jugar con los enfermos. En dichas reuniones se realizaban actividades de animación sociocultural abordando el empoderamiento de la enfermedad con el objetivo de que los pacientes la redefinieran y lograran con esto reconocer los factores culturales que le conllevan a deprimirse.

En base al convenio que tiene el hospital del ISSSTE con el IMIGIO integramos estrategias relacionadas con la psiconeuroendocrinoinmunología a través del adiestramiento de los médicos internos de pregrado para la aplicación de las historias de vida y las actividades de esta disciplina encaminada al aumento inmunológico por medio de la sugestión y el trabajo personal con el paciente<sup>11</sup>.

El cuerpo humano ha sido objeto de diversas significaciones a través de los tiempos. El proceso de simbolización corporal esta relacionado íntimamente con el contexto sociocultural y el universo ideológico particular, por ello el concepto de cuerpo sintetiza la comprensión del universo de una cultura. En el caso de las sociedades complejas, divididas en clases y etnias, el concepto de cuerpo varía en razón de cada una de ellas<sup>12</sup>. En base a la construcción corporal que hace cada persona de sus órganos y partes del cuerpo, se trabajó en las sesiones con los pacientes descubriendo cuales son las características como construyen culturalmente su cuerpo y que significados da la ideología que se le da al órgano enfermo. En base a la experiencia obtenida en un trabajo sobre los efectos que da la conformación cultural del seno materno en madres lactantes hacia la si o no lactancia para sus hijos (ROCHA-MANILLA; 2000) consideramos importante encontrar cuales son los significados que dan los pacientes a los órganos mas vulnerables a los efectos secundarios de la DM2 como son: ojos, riñón, uñas, dedos del pié, pies, hígado entre otros<sup>13</sup>. En base a esa construcción trabajamos en los pacientes cuales son los temores de perder dicho órgano en base a la experiencia comunitaria de haber visto a familiares, vecinos o amigos perder la vista, padecer IRC o padecer amputaciones de ortijos o pies a consecuencia de la DM2. La simbolización que se da a las partes del cuerpo humano obedece en gran parte a las relaciones de producción apoyadas básicamente en la cosmovisión de la comunidad<sup>14</sup>, siendo que esta cosmovisión ha sido influenciada de manera importante por las concepciones capitalistas de producción, por tal motivo era importante en las intervenciones con los pacientes percibir la devaluación en producción económica que sentían al verse con DM2 o HTA y al sentir en riesgo ciertas partes de su cuerpo relacionadas con la producción como son los ojos, los pies, entre algunos mas.

Se midieron los resultados por medio de encuestas, incluyendo también la bitácora Coll. Se estuvieron haciendo evaluaciones de las intervenciones con la bitácora Coll. Los pacientes fueron registrados y anexados sus comentarios. Recurrimos a la etnoterapia identificando por medio de las historias de vida las creencias y las afinidades de los pacientes a la medicina tradicional. Por las restricciones intrahospitalarias no pudimos incluir todas las requeridas, sin embargo fueron aplicadas algunas. Otra técnica utilizada era la de la fe estimulando las visitas a la capilla de la unidad, sugerencias proporcionadas en base a la historia de vida.

En tanto que los pacientes del grupo control fueron atendidos los días jueves en que se desarrollan los grupos de ayuda mutua por parte del servicio de medicina preventiva en los cuales se realizaron actividades de animación sociocultural<sup>15</sup> trabajando con los factores culturales que promueven la construcción cultural y sociales de la enfermedad condicionando el estado inmunológico de los mismos. Entre las actividades realizadas se encontraron las priorizaciones, los cuadros analíticos teóricos conceptuales, la redografías, las objetivizaciones en plastilina de la enfermedad, entre algunos más.

<sup>11</sup> MENESES, Antonio (2005); El cáncer: mitos, realidades y retos, Arana editores – IMIGIO. PP. 123-132

<sup>12</sup> AGUADO VASQUEZ, José Carlos (2004). Cuerpo humano e imagen corporal, IIA UNAM – Facultad de medicina P. 31.

<sup>13</sup> ROCHA-MANILLA, Ramón (2000). Lactancia materna desde una perspectiva de género. ISSSTE.

<sup>14</sup> LOPEZ-AUSTIN, Alfredo (2004). Cuerpo humano e ideología, IIA UNAM. P. 13

<sup>15</sup> CEMBRANOS, Fernando; MONTESINO, David; BUSTELO, María (1989); la animación sociocultural: una propuesta metodológica. editorial popular S.A.

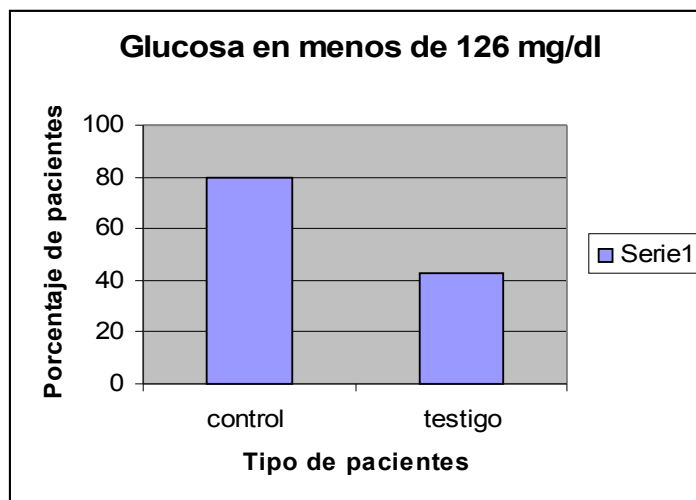
## RESULTADOS

Al finalizar el periodo, el grupo control ha mantenido normales sus niveles de glucosa e hipertensión en comparación con el grupo testigo el cual se mantiene en un control irregular hormonal y tensional. Un estado de normo tensión arterial está entre los 120/80 mm/hg., niveles mayores a los 140 mm/hg en la presión sistólica denotan un estado de hipertensión, de igual manera denotan hipertensión una presión diastólica en mas de 100 mm/hg. Este control metabólico disminuye los reinternamientos, tan siquiera en nuestro grupo control, pero el testigo se ha mantenido con variaciones en su control metabólico como lo han referido las evaluaciones de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, realizadas por el comité local de evaluación del expediente clínico o las evaluaciones periódicas del comité jurisdiccional de calidad de la cual, se ha referido en un 60% el control metabólico en estos pacientes según reportes de evaluaciones durante 2006.

Con respecto al grupo control, ha logrado reconocer su enfermedad y los factores socio culturales que la propician. El grupo control mejoró su autoestima hasta en un 85% y disminuyó su reinternamiento hasta en un 15%. Los Diabéticos controlan su glucosa por debajo de los 126 mg/dl (normal) en no menos del 80% y los Hipertensos mantienen sus niveles de no +/- de 120/80 mg/hg (normal) en hasta un 75%.

GRUPO DIABETICO	CONTROL	TESTIGO
Glucosa menor a los 125 mg/dl	80%	43%
GRUPO HIPERTENSO		
TA +/- 120/90 mg/hg	75%	39%

Los resultados demuestran como el grupo control mejora sus niveles metabólicos al doble que el grupo testigo quien no se sometió a las actividades socio culturales; mientras tanto el grupo control de hipertensos denota al doble mejorías en comparación con el grupo testigo ajeno a las actividades de este proyecto. Gráfica 1.



Gráfica 1.- Proporción de pacientes con control de sus niveles de glucosa.

Los pacientes en muchas ocasiones desconocían los elementos culturales que condicionan la construcción social de su enfermedad y en el reconocimiento a esta lograban empoderar su ansiedad y las ideas populares relativas con la enfermedad.

Hemos integrado nuevos elementos menos técnicos a las actividades de medicina preventiva, relacionados con la práctica socio antropo médica, estos elementos permiten trabajar con problemas comunitarios de los participantes

relacionados con la salud.

## CONCLUSIONES

Hemos visto los logros a través de actividades de socioantropología médica a pacientes crónico degenerativos, lo cual equivale a disminuir el internamiento, tan siquiera en esta muestra. Notamos que los beneficios van más allá de su padecimiento: influyen en su vida en general. La extensión del programa a más pacientes con DM 2 e HTA logrará mejorar la calidad de vida de estos y sus familiares en la unidad ISSSTE de Orizaba, sin embargo aun existen problemas de aceptación por parte de médicos y enfermeras hacia este tipo de actividades debido a la visión biologicista aun persistente en algunos profesionistas de la salud. También es importante notar la importancia de la multidisciplinariedad en los servicios de salud, sobre todo los de hospitalización ya que el modelo médico conlleva a la interdisciplinariedad en el cual el médico coordina las actividades diagnósticas y terapéuticas que recibirá el paciente y que se han integrado de más importantes aquellas relacionadas con los aspectos biologicistas y las menos aquellas relacionadas con lo socio-cultural.

El paciente tomará con estas actividades la responsabilidad de sanarse así mismo por lo que al tomar conciencia de la muerte se hace más consciente de la vida lo que como consecuencia da vivir: cada segundo, cada minuto, cada hora, cada día lo mejor posible. Ya que la muerte no es el resultado de la enfermedad sino la consecuencia de la vida.

## FUENTES

- 1.-AGUADO VASQUEZ, José Carlos (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal*, IIA UNAM – Facultad de medicina UNAM, P. 31.
- 2.-ARGUDIN-DIAZ, Augusto (2005), Diagnóstico situacional Clínica hospital ISSSTE 300700.
- 3.-ARGUDIN-DIAZ, Augusto (2006) Comité de diálisis peritoneal, febrero 2006.
- 4.-CEMBRANOS, Fernando; MONTESINO, David; BUSTELO, María (1989); la animación sociocultural: una propuesta metodológica. editorial popular S.A.
- 5.-DE LA ROSA-ROMERO, Olivia; ROCHA-MANILLA, Ramón; ALFARO; JUAREZ; BORROMEO (2005). Estudio de obesidad en trabajadores de la clínica hospital ISSSTE Orizaba 300700.
- 6.-LOPEZ-AUSTIN, Alfredo (2004). Cuerpo humano e ideología, IIA UNAM. P. 13
- 7.-MELENDEZ-RIOS, Mario; VASQUEZ-CABRERA, Eric (2005). Causas de mortalidad secundaria a complicaciones por diabetes mellitus en la clínica hospital ISSSTE de Orizaba.
- 8.-MENESES Antonio, MENESES Xochitl (2005); Historias de vida y enfermedad. Arana editoriales – IMIGIO pp. 63-67.
- 9.-MENESES, Antonio (2005); El cáncer: mitos, realidades y retos, Arana editores – IMIGIO. PP. 123-132
- 10.-ROCHA-MANILLA, Ramón (2000). Lactancia materna desde una perspectiva de género. ISSSTE.