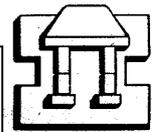




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y COMPARATIVO DE LAS
MUERTES EN SERIE DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS EN
DOS CASAS HOGAR DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL PERIODO
1992-2002.**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

**IVÁN PUENTE PÉREZ
LAURA ROBLES FLORES**

**ASESORES:
MTRO. FERNANDO QUINTANAR OLGUÍN
LIC. CARLOTA J. GARCÍA REYES-LIRA
M.C. LAURA A BAZALDÚA MERINO**

TLALNEPANTA, EDO. DE MÉXICO.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

De >Laura<

Gracias a mi amor, Iván, por que con tu amor y cariño me diste una visión diferente del sentido de la vida, me enseñaste realmente a disfrutar y sentir, además de contagiarme el empuje y esfuerzo que pones para conseguir tus sueños y metas. Te amo por siempre.

*Quiero agradecer a mi **Madre** por darme la vida y apoyarme siempre para salir adelante. Soy afortunada por tener a una mamá como tú, ya que gracias a tu entrega y dedicación he aprendido a ser una persona responsable, que lucha por ser mejor cada día y se preocupa por ayudar a los demás.*

*También Gracias a **Chatita** por su ejemplo, sus ganas de vivir y de conocer todo lo que le rodea. Por eso, sólo espero llegar a ser como tú, para buscar y aprovechar al máximo todas las oportunidades que me de la vida. Tal y cómo tú lo haces.*

*Gracias a toda mi familia (**Tía, Tío Toño y Ely**) por que siempre han estado para acompañarme y escucharme, dando consejos y consultas que me han ayudado y por que siempre tendrán un lugar importante en mi corazón.*

*Gracias a **Carlota** y a mi tocaya **Laura** por brindarnos siempre su tiempo y disposición para la realización de este trabajo.*

Gracias a Fernando por compartir su experiencia y conocimientos. Por contagiarme esa forma particular que tiene de ver los acontecimientos de la vida y por enseñarme lo que realmente significa trabajar con abuelos.

De >Iván<

A una sorprendente mujer. Quien me ha apoyado durante casi siete años, disfrutando conmigo millones de alegrías y tristezas, de quien siempre he recibido un consejo y dulces caricias. Y a quien deseo que envejezca a mi lado le agradezco este logro. A TI LAURA.

A MI MADRE: Tan luchona, trabajadora y con una alegría constante, quien siempre me ha dado un ejemplo puesto que ella es una triunfadora. Como un homenaje en vida este trabajo es para ti MAMA.

A MI PADRE: Quien es una muestra de energía, juventud, coraje y amor por la vida. Gracias por estar a mi lado en estos momentos, recuerda que nunca es demasiado tarde.

A MIS HERMANOS: De quienes siempre recibí ayuda y consejos, quienes marcaron mi vida y a quienes llevo en el corazón. Gracias a ustedes este trabajo se completo. (MIMI, FABY, BERNARDO, ISIDRO, MAURICIO, GABY, JULIO).

A MIS SOBRINOS: GRACIAS ¡ SE QUE AUN MUCHOS NO SABRAN PORQUE, PERO HAN SIDO FUNDAMENTALES EN MI VIDA! (Faby, Pepe, Tony, Kevin, Anmy, Paloma, Isaac, Montse, Quique y Jorge)

A MI COLEGA. Agradezco tus enseñanzas, paciencia y confianza, gracias por creer en mí y ser cómplice de este trabajo. GRACIAS POR MOTIVARME A CRECER. Mayela.

A MIS PROFESORES Y TUTORES; QUIENES ME ENSEÑARON UNA NUEVA FORMA DE VER Y ENTENDER LA VIDA, CULTIVANDO EN MI CONOCIMIENTO Y AMOR POR LA PSICOLOGÍA . EN MI TRABAJO PROFESIONAL SIEMPRE HABRA UNA HUELLA DE USTEDES.

CARLOTA Y FER: GRACIAS POR SER UNAS EXCELENTES PERSONAS Y PROFESIONALES, GRACIAS TAMBIEN POR ENSEÑARME LA HUMILDAD EN EL SER HUMANO Y POR CREARME UN INTERES EN PERSONAS NECESITADAS COMO SON LOS ABUELOS, SU AMISTAD Y EJEMPLO SERAN UNA INSPIRACIÓN Y EJEMPLO CONSTANTE PARA MI.

INDICE

	Pág.
Introducción	7
Capítulo I	
Atención institucional a la vejez.	11
Capítulo II	
Causas de muerte en la vejez.	15
Capítulo III	
Patrones de comportamiento de la muerte y el morir.	20
Capítulo IV	
Metodología.	26
1. Objetivo General.	26
2. Tipo de Investigación.	26
3. Método.	27
3.1. Sujetos.	
3.2. Aparatos.	
3.3. Procedimiento.	

	4
Análisis de Resultados	30
1. El caso de la Casa Hogar para Ancianos Vicente García Torres.	30
1.1. Resultados de las muertes en serie.	
1.2. Resultados sobre el fenómeno de inclinación de la muerte	
2. El caso de la Casa Hogar para Ancianos Marillac.	37
2.1. Resultados de las muertes en serie.	
2.2. Resultados sobre el fenómeno de inclinación de la muerte	
Discusión y Conclusiones.	41
Anexos	49
Bibliografía	97

RESUMEN

Objetivo. Identificar, en dos casas hogar de la Ciudad de México, mediante diferentes técnicas de análisis cuantitativo, si existen diferencias en las distribuciones de las muertes en serie reales contra las esperadas por azar y explorar el fenómeno de la inclinación a la muerte asociada a eventos significativos. **Material y métodos.** Se trabajaron con los expedientes de dos casas hogar para ancianos, una gubernamental perteneciente al Sistema Nacional DIF y otra institución de asistencia privada (IAP) de tipo religiosa; en estos expedientes se ubicaron las defunciones del año 1992 hasta el 2002 (ó los que lograran ser identificados). Se utilizó un formato computarizado donde se registraron los datos generales, fechas de ingreso a la institución, fecha de cumpleaños, fechas de defunciones, esto para identificar las muertes en serie como un fenómeno que se presenta en cada casa hogar, considerándose para este trabajo las muertes en serie desde cero días hasta siete días como criterio general. **Resultados.** Se analizaron once años de la casa hogar del DIF, cuantificándose la frecuencia de series de muertes reales contra las estimadas por azar. Se observó que en 1993 se dio una serie real contra dos por azar, en 1996 siete muertes reales y ocho series por azar; en 1997 se dieron ocho series reales y ocho también por azar y en el año 2000 se dieron tres series reales contra cuatro por azar. En los siete años restantes las series reales fueron mayores que las esperadas por azar. Para la casa hogar particular religiosa, se analizaron sólo cinco años y se observó que en todos los años las series de muertes reales fueron mayores que las esperadas al azar. También se observan indicios de que hay un relativo grado de control del momento de la muerte que coincide con lo reportado en la literatura por Baltes (1977). **Conclusiones.** La falta de literatura acerca de temas como, vejez, casas hogar y muerte como fenómeno psicológico, hace que esta parte de la población se encuentre olvidada dada la discordancia entre los objetivos médico-epidemiológicos y los psico-sociales. Dada la falta de información acerca de la muerte como un fenómeno que puede ser controlado por la misma persona, se demuestra la elección de las fechas de muerte conforme a fechas importantes para las personas. Existe dentro de personas institucionalizados fenómenos de encadenamiento de muertes por tiempos definidos.

El presente reporte forma parte del proyecto IN 309802 del PAPIIT en la línea de vejez.

INTRODUCCION

El envejecimiento en el mundo es una de las expresiones más notables de fenómenos sociales en aumento. En un principio este fenómeno era característico de los países industrializados, sin embargo en la actualidad los incrementos en la proporción de esta población tienden a ser más evidentes en los países en vías de desarrollo; esto podríamos atribuirlo a una mayor esperanza de vida y a los descensos de la fecundidad de estos lugares.

Uno de los problemas mas críticos de este tema es la gran cantidad de definiciones que existen, las cuales varían dependiendo el marco teórico de donde parta el interés, es decir; se puede definir a la vejez desde diferentes perspectivas teóricas, la primera podría ser la medico-biológica que define a este fenómeno como un proceso biológico universal, endógeno y progresivo, donde sus principales características son el deterioro bioquímico y fisiológico, que provocan una disminución de las capacidades del organismo y que inevitablemente llevan al destino final de la muerte, ésta, entendida como la cesación irreversible de la función cerebral, del aparato respiratorio y circulatorio. Una segunda perspectiva acerca de la vejez podría ser la postura histórico-social, que la define como el estado de una persona que por crecimiento en edad sufre un aislamiento en la actividad comunitaria debido a su disfuncionalidad orgánica, siendo esta un estado de muerte para el organismo. También existe la perspectiva psicológica de la vejez, a la cual se entiende como una etapa de la vida en una interacción organismo, sociedad e individuo que concluye dentro de un contexto de “perdidas”, desde la identidad hasta las ganas de seguir viviendo.

Ante esta condición de diversas perspectivas teóricas nos es difícil hoy en día hablar de vejez, ancianidad o de personas de la tercera edad, puesto que cada área trata de ofrecer una solución o una propuesta que sólo abarca una pequeña parte de este fenómeno social, sin permitir ser incluyentes entre una disciplina y otra.

Este tipo de situaciones pueden ser evidenciadas en las propuestas de apoyo que este grupo de personas reciben de las diferentes instancias encargadas de solucionar este fenómeno o de la misma sociedad en general.

En México una de las propuestas para atender este fenómeno fue la creación de instituciones que se encargarán de este tipo de personas, a las que hoy en día les llamamos casas hogar, las cuales si bien tienen la intención de solucionar esta problemática aun no lo han podido atender de manera eficiente pues carecen de muchos recursos, ya sean económicos, de personal, de métodos y procedimientos, estructura, etc.

La presente investigación se realizó en dos casas hogar de la ciudad de México y tiene como objetivo verificar las muertes en serie y el fenómeno de inclinación de la muerte asociada a eventos significativos, surgió como un tema de interés en primer lugar al observar que la mayoría de las investigaciones que se han realizado sobre muerte y vejez se realizan y analizan a través de técnicas medico-biológicas y no ante la presencia de casos reales, análisis cualitativos y cuantitativos. Otra condición por la cual nos intereso este tema, es provocado por el gran interés que el Maestro Fernando Quintanar Olguín muestra hacia el trabajo con personas ancianas en condición institucionalizada, su gran experiencia y práctica en estos lugares lo llevan a descubrir ciertos fenómenos que suceden en las casas hogar a los cuales nadie les ha puesto atención o interés; gracias a esto el Maestro Fernando nos invita a conocer estas instituciones de las cuales no teníamos ningún conocimiento, a partir de este primer contacto con éstas, nos empezamos a dar cuenta de dichos fenómenos y por lo cual nos interesamos en iniciar este proyecto.

El primer capítulo de este trabajo se refiere al origen de las casas hogar en México, las cuales surgen como una alternativa a un problema social dadas las condiciones demográficas y económicas de nuestra nación. Dentro de estos lugares como lo mencionamos anteriormente y a lo largo de este trabajo suceden una gran cantidad de situaciones que si bien para comentarlas necesitaríamos de otro espacio, en este trabajo si se mencionan algunas de las más relevantes; dentro de las cuales podemos mencionar; la falta de personal especializado para

la atención de este tipo de personas, lo excluyente que pueden ser estas instituciones al momento de recibir a una persona que necesita de su apoyo.

En el segundo capítulo mencionamos algunos de los principales factores de causas de muerte en la vejez dentro de las casas hogar. Los factores que se mencionan, son comentados por Seligman (1975) quien señala ocho categorías en su estudio realizado con 170 muertes a lo largo de seis años: la enfermedad o muerte de un ser querido, duelo agudo, amenaza de pérdida de un ser querido, defunción o aniversario de defunción, pérdida de estatus o autoestima, presencia de situaciones peligrosas, durante finales felices o procesos de rescate. Cabe señalar que también Bazaldúa (1995) reporta otros factores de riesgo relacionados con la calidad de vida: dependencia en las actividades de la vida diaria, limitaciones físicas, polipatologías y polifarmacia. A partir de esto es importante señalar, como lo hace Moragas (1991), que las causas de muerte no se identifican con una sola causa, si no más bien como causalidad múltiple.

A lo largo del tercer capítulo se establecen las diferencias que existen entre las causas de muerte y formas del morir, principalmente dentro de un contexto institucionalizado en personas adultas mayores. Dentro de estos lugares se observan ciertas condiciones características de muerte en los ancianos, a las cuales Quintanar (1994) les llama muertes en serie, es decir, son los fallecimientos que se presentan dentro de una misma población en forma simultánea o consecutiva a lo largo de un periodo máximo de siete días entre muerte y muerte. Otro fenómeno que se observa en estos lugares es, el reportado por Baltes (1977) y lo denomina el fenómeno de inclinación de la muerte alrededor de fechas significativas, en el que observa un patrón en forma de "U" en las fechas de muerte cercanas a la fecha de cumpleaños y Navidad.

Los objetivos de la presente investigación fueron registrar las muertes ocurridas en dos casas hogar del año 1992 al año 2002, para darles un seguimiento de series de tiempo a través de sus respectivos expedientes de defunciones en base a un formato computarizado (anexo 1).

Es importante señalar que este trabajo pretende dar una nueva visión acerca de temas como la vejez, muerte e instituciones asilares, concientizando al público interesado en estos temas la importancia de estos mismos, pues los que hoy niegan este hecho muy pronto se convertirán en parte de este fenómeno. Cabe decir que no intentamos criticar a las diversas instituciones, si no al contrario lo que buscamos es abrir una nueva brecha para el conocimiento de estos temas y reconocer su labor.

CAPITULO I

ATENCIÓN INSTITUCIONAL A LA VEJEZ

Al hablar de vejez hoy en día nos remite a términos como; adultos mayores y nos referimos con esto a todas aquellas personas que tiene mas de 60 años, según el Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores (INAPAM). Este grupo de personas constituye el 7.2 % de la población total del país del cual se estima que en un futuro y como en los capítulos siguientes se mencionan, el crecimiento de esta población será considerablemente mayor. Esto no sólo significa, que en el futuro habrá mas ancianos sino que también sus necesidades serán diferentes, por ejemplo: hoy en día gran parte de esta población es apoyada por su familia (hijos, hermanos, nietos, etc..) en el futuro el panorama será diferente debido a las características demográficas de la población de hoy (menos hijos, mayor numero de personas solteras, mayor cantidad de divorcios, etc..). Por tal motivo la consecuencia directa en este grupo de alto riesgo, es que los recursos que poseen difícilmente pueden crearles a si mismos una autosuficiencia económica. A partir de esto, podemos darnos cuenta que los ancianos constituyen el grupo de personas que mayor asistencia social requiere, no sólo en México, sino en el mundo entero y por los cuales se han creado instituciones asilares o casas hogar, aun cuando son minoría todavía dentro de la población, pero sin embargo sus necesidades son muchas.

El origen de los asilos de ancianos en México, como lo comenta el doctor Williams (citado en Quintanar, 2000) fueron creados al igual que como se crea en cualquier otra parte del mundo. Su aparición es el mismo en que el fenómeno social del anciano es significativo, como para atender las necesidades que ya no pueden ser cubiertas por la familia del adulto mayor. En un principio la persona desamparada era recibida por la parroquia de su residencia, era atendida por una familia con posibilidades o aparecía muerto en cualquier cuarto o rincón que encontraba. Conforme aumentaba el número de ancianos estos hechos se

multiplicaban y se tomaba conciencia social de su condición. (Quintanar, 2000). En el caso de México la figura religiosa es a quien más se dirigen en busca de ayuda y apoyo, así los primeros asilos en México se encontraban a cargo de órdenes religiosas y posteriormente pasan a manos de la asistencia social pues cada día eran menos las órdenes religiosas que podían mantener este problema social.

En la ciudad de México, existen más de 115 asilos registrados que cubren diferentes rangos de necesidades de los ancianos asilados (Gutiérrez, 1996), recientemente su número ha aumentado, pero lo ha hecho más lentamente que este grupo de población. Actualmente en el Distrito Federal se atiende al 0.5% de los ancianos (Gutiérrez, 1996). Esta población está dividida y ubicada en tres tipos de instituciones asilares destinadas a la tercera edad: las de gobierno, las religiosas y las particulares. Estas instituciones asilares como señala el doctor Williams (citado en Quintanar, 2000) son obras que se han duplicado copiando el mismo patrón que otras sociedades establecieron y bajo las mismas características de hace muchos años. Esta observación nos va a permitir comprender y comentar algunas de las condiciones de los tipos de asilos que existen en México.

De sus características y funcionamiento debemos señalar que se conoce muy poco, sin embargo los autores de este trabajo consideramos pertinente mencionarlas:

En un estudio realizado por Gutiérrez Robledo y colaboradores (1996), analizaron la infraestructura, el personal y la organización de las instituciones para ancianos en el Distrito Federal, los clasificaron en tres categorías. Instituciones privadas con fines lucrativos, instituciones de la Junta de Asistencia Privada y las gubernamentales. Dentro de los resultados obtenidos por esta investigación se encontró que los puntajes más altos a través de la encuesta de Firevicius (prueba para la evaluación de asilos), fueron las instituciones del DIF y las puntuaciones más bajas las obtuvieron las instituciones privadas con fines de lucro, mostrando que la calidad del servicio entre estas instituciones varía considerablemente entre una y otra, es decir, la calidad de la atención que se brinda en instituciones privadas con frecuencia es deplorable, a diferencia de las

gubernamentales, aun cuando el objetivo en teoría de estas instituciones es el mismo .

El trabajo que se realiza en cada institución para ancianos es muy diverso, tanto en servicio como en instalaciones y recursos humanos, por lo tanto la atención que se les brindan a los ancianos se vuelve poco digna y en lugar de mejorar su calidad de vida se empeora por estas condiciones institucionales.

A continuación mencionaremos la estructura de los asilos así como los servicios que brindan dentro de la Ciudad de México:

1. Una de las cuestiones mas importantes dentro de una institución asilar es el registro del establecimiento ante una institución gubernamental, es decir, un permiso validado por la Secretaria de Salud o por las instancias correspondientes, que les regule las mínimas condiciones tanto en infraestructura para su operación, ya que en ocasiones existen instituciones que no cumplen con ninguna normatividad.

2. Como segundo punto relevante se consideran los recursos materiales y la estructura física del lugar (dormitorios, pasillos, baños, cocina, etc.), en donde se evalúa la existencia de adaptaciones necesarias para la seguridad de los asilados y de facilidades para el traslado, la recreación, la atención médica o de rehabilitación. Es decir, en los asilos se busca el mayor nivel de seguridad posible para los abuelos. Aun cabe mencionar que gran parte de los asilos de la Ciudad de México no cuentan con esta característica mínima y corresponden principalmente a instituciones privadas, tal como lo señala (Gutiérrez, 1996).

3. En cuestión a los Recursos Humanos, muchas de estas instituciones no cuentan con el personal necesario o al menos indispensable para la atención de los pacientes, es decir, existen asilos en los que no existen médicos geriatras de planta para emergencia y menos aun algún psicólogo, trabajadores sociales y/o gericultistas que realice trabajo con los internos. Es importante mencionar que todas las instituciones pertenecientes al sector salud si cuentan con una adecuada distribución de recursos humanos, formada empíricamente en la mayoría de los casos.

4. Algo relevante que se debe mencionar de lo que carecen la mayoría de estas instituciones es de procedimientos para la realización de actividades propias de la institución, así como de la existencia de la normatividad necesaria para la operación (normas para dietas, traslados, higiene personal e institucional, salidas y visitas institucionales), las cuales serían indispensables para un buen funcionamiento. En cuanto a los mecanismos de interrelación y la coordinación de actividades de todas las áreas pasa exactamente lo mismo, no hay comunicación entre las diferentes áreas de la institución.

Estos cuatro puntos mencionados anteriormente nos llevan a pensar que como, comenta Gutiérrez (1996), la proporción de asilados en las instituciones no tienen ninguna relación con la capacidad asistencial de la estructura tanto física y administrativa que los contiene y viceversa, parece que las instituciones mejor organizadas no están dirigidas hacia la atención de los ancianos.

Si bien la calidad de la atención es uno de los aspectos de la asistencia social más complicados de entender y a su vez uno de los más importantes de la actualidad, esto principalmente por la repercusión directa que esta tiene en sus usuarios, pues en ocasiones mejora o empeora la calidad de vida de los mismos.

La atención proporcionada en las instituciones se refleja directamente en la esperanza de vida y la mortalidad de la población usuaria, aspectos no siempre considerados dentro de los programas de actividades institucionales.

Por lo anterior en este trabajo se mencionan dos casos de instituciones asilares de la Ciudad de México, una pública y otra privada de tipo religiosa, dentro de los cuales se trabajaron, se observaron y se revisaron algunas características particulares, de la mortalidad de usuarios, principalmente en cuestión del trabajo con los residentes.

CAPITULO II

CAUSAS DE MUERTE EN LA VEJEZ

El envejecimiento de la población en el mundo es un hecho bien documentado en los países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo (Lara y col.1996). Este fenómeno es denominado como “transición demográfica” que se caracteriza por el paso de un estado de alta fertilidad y baja mortalidad a un estado de baja fertilidad y baja mortalidad (Bazaldúa, 1995). Así mientras la población general crece a un ritmo de 1.7% anual, los individuos de 60 años y más experimentan un aumento de 2.5% (Ruiz y Rivera, 1996).

En el caso particular de México se plantea un escenario interesante. En 1950, el grupo de 60 años y más representaba el 5.6% de la población total; en 1990 la proporción llegó a ser del orden de 6.2%, en el 2000 fue 7.12% (INEGI 2003) y, según algunas estimaciones, se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6%, la variación de 6.4 puntos porcentuales en el periodo 1990-2030 significará, en cifras absolutas, pasar de 5 016 000 individuos a 17 404 000 (Gómez de León, 1993). Otro punto importante a considerar es la distribución de edades entre los ancianos ya que el índice de dependencia es mayor entre los “verdaderamente ancianos” que son los mayores de 75 años, que entre los “ancianos jóvenes”, que son los que tienen entre 65 y 74 años de edad. Esta tasa de dependencia puede variar considerablemente de una población a otra, según la calidad del envejecimiento (Mezey, D, 1984 citado en Bazaldúa, 1995).

De acuerdo con el contexto anterior el envejecimiento de los mexicanos cobra especial importancia para la investigación tanto en el área de la salud como en el área psicológica y social, ya que conforme este grupo aumente, los problemas de salud, los psicológicos y los sociales, se irán transformando, haciéndose más complejos. De hecho hoy en día las condiciones en las que vive este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad, limitación de actividades

de la vida diaria, pérdida de facultades, falta de asistencia social, abandono y soledad.

En base a esto se encuentra que el estilo de vida que corresponde a formas de comportamiento ligados con el tipo de alimentación, de higiene, al consumo de alcohol, drogas, tabaquismo y al ejercicio físico escaso entre otros, influye directamente en la poca calidad de vida y en la mortalidad de los adultos mayores (Ruiz y Rivera, 1996).

También existen otros factores de riesgo relacionados directamente con la calidad de vida y causa de muerte en lo ancianos Bazaldúa (1995) reporta los siguientes;

- a) Dependencia en las actividades de la vida diaria.
- b) Limitaciones físicas
- c) Polipatología
- d) Polifarmacia
- e) Tabaquismo crónico
- f) Otro

De esta manera se puede ver que vivir por más tiempo no es garantía de bienestar, ya que a pesar del incremento en la sobrevivencia de la población, las condiciones de salud, las condiciones psicológicas, económicas y sociales en lugar de mejorar podrían empeorar, debido a que no existe un trabajo preventivo en general, en el que se detecten y se modifiquen los factores de riesgo relacionados con cada una de estas áreas.

Tal como lo dicen Banda-Arévalo y Salinas-Martínez (1992) el crecimiento y los cambios demográficos han provocado que el contacto clínico entre los profesionales de la salud y el paciente anciano sea una situación cada vez más frecuente. En un estudio que estos autores realizaron en un asilo en Nuevo León detectaron en los ancianos que la carencia de seguridad social, un bajo nivel de escolaridad y un nivel considerable de pobreza, repercute directamente en la salud aumentando las posibilidades de padecer enfermedades crónicas, de ser funcionalmente dependientes y con una esperanza y calidad de vida notablemente disminuidas.

Prueba de esto lo encontramos al revisar en la República Mexicana las 10 principales causas de defunción de la población de 65 años y más; en el 2001 se observa que las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con un 23.1%, le siguen los tumores malignos con un 13.4%, la diabetes mellitus 13.3 %, enfermedad cerebrovascular 8.6%, en quinto lugar las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 4.3%, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 4.0%, neumonía e influenza 2.9%, accidentes 2.9%, deficiencias de la nutrición 2.8%, bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma 2.5% (INEGI 2003). Si se comparan estas causas de defunción con las 3 principales causas presentadas durante 1990, encontramos en primer lugar las enfermedades del corazón, después los tumores malignos y la diabetes mellitus (Lara y col.1996). Con esto comprobamos que después de 10 años la población mexicana sigue presentando la misma causa de defunción.

Aquí podemos considerar tres aspectos. El primero es el reportado por Lara y colaboradores (1996) en el cual se refiere a que la atención proporcionada por las diferentes instituciones se ha enfocado a la restauración del daño y se ha subestimado la importancia de la identificación oportuna de factores de riesgo a pesar de que esta estrategia ha mostrado beneficios en la población mejorando las condiciones de vida de los adultos mayores, logrando un impacto económico y social, como sucede en algunos países desarrollados como EUA y Finlandia en donde gracias a que se han efectuado programas eficaces de nutrición antiarterioesclerosis y a que se ha adquirido mayor toma de conciencia de la causalidad, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas con la arterioesclerosis ha disminuido. A partir de esto y debido a la similitud demográfica, cada vez mayor, entre los países en vías de desarrollo y las potencias actuales, valdría la pena considerar esta opción en México.

Como segundo punto Moragas (1991) afirma que la clasificación de las causas de muerte resulta equivocada, pues el identificar una sola causa como determinante de la muerte no es correcto, la causalidad de la muerte es siempre múltiple y en el propio certificado de defunción se admite de modo tácito la causa múltiple, al utilizar términos: causa inmediata, causa intermedia y causa inicial. En

el caso de las personas añas la situación se complica pues soportan condiciones patológicas múltiples y el identificar una sola causa constituye una simplificación de la realidad.

Como un ejemplo de lo anterior se puede ver el estudio de Alcántara-Vázquez y colaboradores (1992) respecto de la mortalidad de pacientes geriátricos del Hospital General de México. De 1211 protocolos considerados se investigó edad, sexo, y diagnóstico anatómo-patológico y se compararon diez padecimientos que se repitieron diez o más veces en los periodos 1960-1965 y 1981-1985. Se analizó el comportamiento de los padecimientos en cada uno de los dos periodos y se logró identificar que hay un comportamiento diferencial de causas de mortalidad, más no de formas de mortalidad.

La tercera consideración al respecto es la planteada por Seligman (1975) quienes coinciden en que el traslado a un ambiente institucional es la causa de este fenómeno. En su libro "Indefensión", Seligman reporta el estudio de Engel y sus colaboradores, quienes presentan pruebas de 170 casos de muertes repentinas durante estados de alta tensión psicológica recopilados a lo largo de seis años, clasifica los conceptos psicológicos de estas muertes en ocho categorías, las cinco primeras implican indefensión o desamparo aprendido:

- a) la enfermedad o muerte de un ser querido,
- b) duelo agudo,
- c) amenaza de pérdida de un ser querido,
- d) defunción o aniversario de defunción,
- e) pérdida de estatus y/o autoestima,
- f) presencia de situaciones peligrosas,
- g) durante un proceso de rescate,
- h) durante finales felices.

Aunque la causa inmediata de muerte finalmente era un fallo cardíaco, este puede ser precedido tanto por un estado de sometimiento como por la agitación, pero el reporte del estado psicológico muestra que el desamparo aprendido y la desesperanza eran las emociones más extendidas.

Con estos tres aspectos podemos ver que la muerte no es un hecho determinado solamente por una parte biológica, médica, un diagnóstico en sí, que sólo permanezca en las estadísticas. Más bien está rodeado por múltiples factores, entre ellos el psicológico, que deben ser considerados para poder cambiar el panorama que le espera a la vejez en México, sino pasarán otras diez años en donde la muerte de los anciano sólo se plasme en las estadísticas y no funcione como un experiencia para generar conocimiento.

Aun cuando en el presente trabajo no se tiene la intención de analizar los datos de los padecimientos, si es necesarios resaltar y considerar que el establecer medidas, que incidan en las frecuencias de los diferentes tipos de enfermedades y formas de muerte en personas ancianas, es fundamental para planear su prevención e intentar el descenso del número y gravedad de los enfermos. Logrando al mismo tiempo que las personas mayores no sólo cuenten con más tiempo de vida, sino que también gocen de una óptima calidad de vida hasta el momento de su muerte.

CAPITULO III

PATRONES DE COMPORTAMIENTO DE LA MUERTE Y EL MORIR.

Al hablar de muerte hay que señalar que no es lo mismo investigar causas de muerte que formas de morir. Las causas parecen ser más evidentes y tangibles, las formas suelen estar rodeadas de cierta necesidad de aclaración y motivos de la muerte

Lo mismo sucede en el caso de la muerte de los ancianos, principalmente dentro de los asilos, en los que generalmente se han resaltado los aspectos epidemiológicos sobre la frecuencia de casos y motivo de la muerte. Prácticamente el trabajo de Sudnow es el único que ha hecho estudios antropológicos mediante observaciones de campo para estudiar las condiciones de la muerte, ya desde 1962 Sudnow, D. analizó algunas implicaciones que la recolección de la información estadística tiene en el trabajo de los médicos y personal técnico de los hospitales, señalando que se ha prestado muy poca atención a la condición metodológica de la investigación empírica de las circunstancias que rodean el acto de morir en la sociedad occidental contemporánea, además, las recientes recopilaciones de artículos sobre la muerte contienen casi exclusivamente ideas filosóficas e investigaciones sobre actitudes, pero son muy pocos los estudios que abordan, y menos aún cuestionan, los aspectos metodológicos y básicamente estadísticos utilizados en los reportes de mortalidad que se tienen.

Partiendo de los usos de la información estadística de los datos en los hospitales Sudnow piensa que en el mundo médico la frecuencia de encuentros con un acontecimiento, tipo de enfermedad, grupos de síntomas, etc. sirve para aumentar notablemente la competencia y autoridad del médico y fundamentar sus opiniones. Señala que en cuanto acontecimiento de hospital, las muertes son consideradas según encajen dentro de una categoría de diagnóstico, y esta clasificación se da, sea en el hecho en sí, en la especialidad de la sala, o en el

resultado de alguna operación clasificatoria de propiedades de salud y enfermedad.

Como se vio en el capítulo dos, con las muertes se realizan muchas operaciones estadísticas y de contabilidad: la suman, extraen promedios, las dividen en categorías, las manejan en los informes demográficos mensuales, y otras. La muerte entonces se convierte en cifras o en un dato, generalmente correlacionadas con algún tipo de diagnóstico y con plena ignorancia de los aspectos sociales y psicológicos que rodearon la presencia de las muertes reportadas, y con una completa negación de la participación de la institución en esas muertes, algunas de las cuales se pueden deber al desamparo aprendido propiciado por la misma institución, tal como se demostró en los estudios de Seligman (1975).

Las afirmaciones “está muerto” y “se está muriendo” sociológicamente significan ser considerados así por aquellos que rutinariamente y legítimamente se hallan implicados en la determinación de esos estados y establecen cursos de acción, tanto para sí mismos como para otros, sobre la base de tales determinaciones. Las muertes ocurren dentro de un orden social y psicológico. Los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculados a la persona que muere y al hecho de su muerte.

En resumen, según Sudnow las muertes se presentan dentro de un marco médico organizacional o contexto y para él las muertes ocurren dentro de un orden social y psicológico, dando origen a la llamada muerte social.

Un ejemplo de las circunstancias que plantea Sudnow lo encontramos en el trabajo de Súchel, L. y colaboradores (1991) quienes con el propósito de evaluar el error en la precisión del diagnóstico de cáncer del registro de muertes intra-hospitalarias del Instituto Nacional de Cancerología compararon 154 casos en 1985 y 111 en 1987 con el diagnóstico obtenido en la autopsia. Registraron edad, sexo, lugar de residencia, nivel socioeconómico, y localización topográfica del tumor. Sus resultados demuestran que la población de autopsia del Instituto Nacional de Cancerología es similar a la de los pacientes que fallecen en el

hospital a quienes no se les practica el estudio post-mortem. Por último reportan que estudios anteriores corroboran las discrepancias entre los diagnósticos clínicos principales y los diagnósticos de la autopsia, con lo cual se pone en entredicho la certeza de las estadísticas de mortalidad publicadas.

Después de casi veinte años de recolectar información sobre diferentes casos y circunstancias de muerte Andréu, M. (1992) escribe que en las muertes llamadas “naturales” el responsable parece ser un proceso mecánico o fisiológico y que hay dos clases de muertes naturales. La primera es la que ocurre simplemente por desastre, poniendo un término al “mecanismo humano”. La segunda clase de muerte natural, corresponde en apariencia a las enfermedades que explican algunas muertes a medio camino de una “esperanza normal” de vida.

Pero Andrau se intrigó por cierto número de coincidencias, de encadenamientos imprevistos, y tuvo la idea de reunirlos y clasificarlos, encontrando una serie de patrones lo suficientemente interesantes para ser considerados, pues reflejaban que esas muertes por la forma en que sucedían, parecían ser gobernadas y distribuidas por una “voluntad” exterior sin que nos diéramos cuenta.

Se observó que a veces la muerte parece hacer por anticipado una señal que debería prevenirnos si estuviésemos atentos, tal advertencia se dirige la mayor parte de las veces a los allegados antes que al directamente amenazado. De todas maneras queda la pregunta ¿aun con todo lo anterior se podría cambiar el suceso?. No lo parece, pues según Andrau la anunciada muerte se presenta a pesar de las precauciones tomadas.

Para llegar a una conclusión acerca de la razón de estas muertes no existen estadísticas serias en las que se hubiese almacenado y seriado los casos vinculándolos incuestionablemente con lo que pudiera ser una causa general.

A pesar de todo, los descubrimientos de su trabajo brindan la oportunidad de detenerse en ellos, de reflexionar y de comprender un poco su razón de ser, y son unos de los pocos indicadores de que las muertes no necesariamente son independientes entre sí.

Andrau también comenta que se vive solo, se muere solo. En el instante del gran paso, aun el ser querido que sostiene la mano nos acompaña hasta el final, pero no hace el viaje con nosotros. Pero no se muere necesariamente solo, al menos físicamente. Hay muertes que se producen simultáneamente, o una después de otra, como formando una serie, independientemente de que nadie escapa a la muerte a través del tiempo y del espacio. Andrau propone que las series comienzan de dos personas que mueren y reporta casos que difieren desde instantes hasta tres meses o un poco más. Estas series reportadas, incluyen tanto a jóvenes como ancianos y no necesariamente a personas de una misma generación.

Hay en realidad series de muertes que podrían calificarse como “familiares”, muchas veces debidas a una enfermedad hereditaria. Sin embargo, en ciertas familias suele presentarse la muerte sin que tome parte en ello alguna enfermedad común. Por último, Andrau comenta dos aspectos que son centrales para los resultados de este trabajo. El primero es que en aldeas o lugares pequeños se dan muertes consecutivas ahí donde todo el mundo se conoce y donde pueden morir varias personas nada más de viejos y la experiencia de él director de este proyecto en trabajo comunitario confirma esta observación. El segundo es que la muerte avisa a través de sueños, presentimientos, comentarios o sucesos poco comunes; sin embargo no profundiza más al respecto, ni proporciona datos estadísticos confiables, pero brinda información que puede ser de utilidad.

Diversos autores han explorado el fenómeno de “inclinación a la muerte” asociada a eventos significativos tales como cumpleaños y días festivos. Sin embargo, al realizar un estudio más detallado con métodos más sensibles para el análisis, se encontró que la relación había disminuido o desaparecido. Greiner y Pokorny (1989) estudiaron a 4800 pacientes psiquiátricos hombres, durante 1978 y parte de 1979, en un estudio prospectivo en el cual sucedieron 877 muertes, compararon cinco causas de muerte (suicidio, homicidio, accidente, enfermedades circulatorias y otras causas) con tres datos significativos (cumpleaños, Año Nuevo y Navidad); compararon las frecuencias de muerte cinco semanas antes y cinco semanas después.

De los cinco grupos de las causas de muerte se encontró que la frecuencia de los accidentes antes y después eran significativamente diferentes en la fecha de cumpleaños, mientras que los datos para el suicidio eran significativamente diferentes antes y después de Navidad y Año Nuevo.

A partir de esto, no se encontró diferencia según el tipo de diagnóstico de los pacientes, pero en sus discusiones reportan estudios en los que en un análisis día a día no se encontró una relación entre las tasas de suicidio y las fiestas navideñas lo cual pone en duda la idea de “depresión navideña”, para la cual según otros autores no existe suficiente base estadística.

También se ha estudiado la relación entre eventos significativos y el momento de morir. Se ha argumentado que el momento de muerte está determinado no sólo biológicamente sino también psicológicamente. En la literatura psiquiátrica se han acuñado términos tales como el síndrome de la fiesta, neurosis de verano y reacción de aniversario, para describir la coincidencia de enfermedad mental y/o muerte con otras fechas importantes en la vida de la persona.

Baltes, M. (1977) realizó un estudio en el que comparó la frecuencia de muertes de 991 sujetos en el cumpleaños y de 932 para Navidad. Todos fueron niños y adolescentes que clasificaron en seis grupos de edad, se especificaron ocho intervalos semanales comparando cuatro semanas antes y cuatro después de Navidad o cumpleaños, de los grupos de edad se tomaron a los más jóvenes y a los más viejos y se graficaron los resultados. Se encontró que, los dos grupos graficados para cumpleaños y Navidad formaban una línea en forma de “U”, más acentuada para Navidad y menos marcada para el cumpleaños. Comenta que este patrón no se encuentra en poblaciones de más edad, adultos y ancianos, pero se aclara que hay diferencias metodológicas entre los estudios realizados, y que la posible explicación para este patrón en forma de “U” debe considerar las concepciones que los niños y adolescentes tengan del tiempo y los vínculos con eventos significativos según la teoría de Piaget.

Por lo anterior y a partir de la observación del comportamiento de los datos y tipos de información reportada acerca de la muerte en ancianos en diferentes asilos, Quintanar (1994) se refiere a un fenómeno de la muerte en ancianos institucionalizados que a falta de un concepto mejor lo llamó “Las Muertes en Serie”, coincidiendo también con el trabajo de la Bazaldúa (1995) un estudio sobre la mortalidad en casas hogar interesándose en conocer las causas de la muerte por grupos de enfermedades. Se observó, que en ambos estudios, había una condición sobre la muerte de los ancianos que casi nunca se toma en cuenta, pues los reportes institucionales suelen hacerse en tablas totales y gráficas de barras tomando los datos en conjunto y no se identifican las particularidades de la forma de morir tales como los factores de riesgo, el impacto que tiene la muerte de un anciano entre sus compañeros y la falta de orientación al personal de asilos y casas hogar para prevenir las condiciones de muerte de los residentes.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

Por lo revisado hasta el momento la investigación se desarrolló de la siguiente forma.

1. Objetivo General.

La finalidad de este estudio es la de identificar, en dos casas hogar de la Ciudad de México, mediante diferentes técnicas de análisis cuantitativo:

- a) Si es que existen diferencias en las distribuciones de las muertes en serie reales contra las esperadas por azar.
- b) Si hay diferencias entre las casas hogar según la distribución de las muertes en serie que se identifiquen en ellas.
- c) Explorar el fenómeno de inclinación a la muerte asociada a eventos significativos.

2. Tipo de investigación.

Esta investigación es de tipo exploratoria, descriptiva, retrospectiva, no manipulativa, y se consideran algunos datos de tipo epidemiológico tales como: historia clínica médico psicológica y las causas particulares de la muerte.

Para fines de este trabajo, las muertes en series se definen como aquellos fallecimientos que se presentan, dentro de una misma población, en forma simultánea o consecutiva a lo largo de una semana o con siete días como máximo entre muerte y muerte independientemente de la causa del fallecimiento; y la mortalidad como el número proporcional de muertes de una población en un tiempo determinado y se le considera como el indicador de daño extremo que permite conocer el nivel de salud alcanzado en forma general por una población determinada, grupo social, comunidad o país.

El criterio temporal es arbitrario y parte de la observación clínica en diferentes asilos y hospitales, los autores lo proponen como un punto de referencia para el análisis de los datos, dado que las muertes en serie no se han reportado como tales en la literatura aun cuando es posible observarlas bajo ciertas condiciones institucionales, como lo mencionó el trabajo de Quintanar (1994) y Bazaldúa (1995).

3. Método

3.1. Sujetos.

Se trabajaron con los expedientes de dos casas hogar, una gubernamental perteneciente al DIF Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres”, en la que se revisaron los expedientes de archivo muerto que correspondían a las defunciones del año 1992 hasta el año 2002. La segunda casa es de asistencia privada de tipo religiosa “Marillac” donde sólo se pudo localizar las defunciones del año 1998 al año 2002, ya que en esta institución no existe el manejo de archivo muerto y sólo se registran las muertes en una libreta.

3.2. Aparatos.

Se utilizó un formato de registro en el que se incluyó: número de expediente, nombre, sexo, edad, estado civil, estudios, ocupación, fecha de ingreso a la casa hogar, fecha de defunción, hora de defunción, lugar de defunción, problemas de demencia, diagnóstico de muerte y observaciones. Se formó una base de datos computarizada para cada Casa Hogar (ver tabla 1 y 2). Para el registro de la información se llevó a cabo un formato de registro con la siguiente estructura (ver anexo I) y se respetaron las condiciones de intimidad y anonimato de los casos analizados

3.3. Procedimiento

La investigación se inició una vez que fue aprobado este reporte por las autoridades de las casas hogar y se consideraron las observaciones, sugerencias o indicaciones planteadas.

Se realizó una revisión de expedientes, en el archivo muerto de cada institución, durante dos días a la semana, buscando el lugar y las fechas de muerte de los ancianos, registrando simultáneamente las muertes que se presentaron a lo largo del periodo considerado.

Simultáneamente se apoyó a la población y se asignaron tiempos para trabajar con ellos escuchándolos y acompañándolos en diferentes momentos, contando con la colaboración del área de psicología y trabajo social.

Para poder identificar si existían algunos conjuntos de datos que pudieran ser considerados como series, y además identificar si su presencia se debía o no al azar, se graficó día a día los reportes de las muertes conforme se presentaban, de cada casa por separado, considerando un mínimo de cero días a un máximo de siete días, este criterio se eligió y definió a partir de observaciones clínicas, a estos datos se les consideró como muertes reales.

Una vez obtenidas las muertes reales se calculó el número de muertes totales por cada año y se comparó la distribución real que tenían con la distribución esperada por azar. Para hacer esto se sorteó por separado, según el número de muertes correspondientes, el día y el mes en cada año en que de manera aleatoria se presentaban las muertes a las que se les llamó muertes al azar. A la distribución real y a la obtenida por sorteo se les graficó en dendogramas con el número de día en el eje Y el mes en el eje X. se representaron con el símbolo "o" las muertes reales y con el símbolo "x" las muertes por azar. Las series reales se identifican con líneas continuas y con líneas punteadas las esperadas por el azar. Con el símbolo (oo) se representan las muertes reales que se presentaron de forma simultánea las cuales se consideran una serie en sí misma.

Se compararon los comportamientos de ambas, muertes reales y las obtenidas por el azar, analizándolas con las diferentes técnicas y comparando la información obtenida con cada uno de ellas. Cabe señalar que esta forma de análisis se retoma de lo propuesto por Quintanar (1994) y Bazaldúa (1995), con el método de análisis día a día.

Para poder analizar el fenómeno de inclinación a la muerte asociada a eventos significativos se retomó la forma de análisis propuesta por Baltes (1977), clasificando los datos de las muertes en intervalos de cuatro semanas antes y cuatro semanas después de la fecha de cumpleaños, fecha de ingreso a la casa hogar (esto sólo en los casos de defunción de la casa hogar DIF), Navidad y Año Nuevo. Posteriormente fueron graficados de forma global, incluyendo todas las fechas significativas en una misma, así como los casos de muertes dentro de las clasificaciones antes mencionadas.

Sin embargo, y por cuestiones políticas, en la casa hogar Vicente García Torres se dieron cambios de tipo laboral y administrativo que interfirieron con la revisión de expedientes y la obtención de datos significativos.

En función de la información obtenida se plantearon diferentes propuestas para que las autoridades de las casas hogar las hagan llegar a las instancias que consideren importantes.

ANALISIS DE RESULTADOS

1. El caso de la Casa Hogar para Ancianos Vicente García Torres.

Esta casa hogar fue inaugurada el 28 de noviembre de 1934 y llegó a atender 500 personas por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Las instalaciones fueron una donación de la Hacienda Torre Blanca en Tacuba, por el señor Vicente García Torres. En 1982 la Asistencia Social pasa a responsabilidad del DIF por lo cual esta casa hogar cambia a una nueva organización y visión (Quintanar, 2000).

Esto se ve reflejado hasta la actualidad, en donde la casa hogar tiene aproximadamente 124 residentes y se han desarrollado programas como la asistencia de día, el fomento de relaciones intergeneracionales, la modificación de hábitos alimenticios, paseos programados, talleres de manualidades, entre otros; también se impartía la especialidad de postgrado en gerontología y geriatría en forma conjunta. Además cuenta con los servicios de Psicología, Medicina, Odontología, Trabajo Social, Gericultura, Rehabilitación, Nutrición y Enfermería. Los requisitos para ingresar son: ser mayores de 60 años, valerse por sí mismos, carecer de familiares cercanos o presentar rechazo familiar y falta de recursos económicos.

La casa hogar para ancianos Vicente García Torres cuenta con la infraestructura que permite otorgar servicios de calidad a los usuarios, apegándose tanto los servicios como las instalaciones a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, para el funcionamiento de Casas Hogar Para Ancianos, respondiendo de esta manera a las necesidades de atención que demandan las personas mayores de 60 años. También cuenta con el recurso humano necesario para cubrir las necesidades básicas de los ancianos (Bazaldúa, 1995)

En base a los resultados obtenidos en este reporte de investigación, se encontraron 195 casos de defunciones durante un periodo de once años (1992–2002). Dentro de los cuales se arrojan los siguientes resultados acerca de los datos de la población.

De los 195 casos antes mencionados el 57% eran mujeres y el 43% eran hombres, existiendo un mayor número de casos de muerte para las mujeres durante el año 1996 y en el caso de los hombres en el año 1994; contrariamente a lo anterior los años en los que se presentaron menor número de casos de muerte para las mujeres fue en el año 2001 y para los hombres fue en el año 1993 (ver figura uno y dos)

Por otro lado, en lo que respecta al número de casos de muerte por horarios de defunción, se encontró que un mayor número de casos acontecen entre las 06:00 a.m. y las 16:00 p.m. para los hombres y entre las 06:00 a.m. y las 21:00 p.m. para las mujeres (ver figura tres). Considerando que el número de casos de las mujeres son mayores.

Con respecto a las defunciones en base al estado civil, se encontró que el 52% de los casos eran solteros, de los cuales el 24.7% eran del sexo femenino y el 27.2% eran del sexo masculino. En el caso de los que habían perdido a su pareja (viudos), se encontró un 42% de los cuales el 29.4% eran mujeres y el 12.6% eran hombres, y en el caso de los casados sólo se presentaron un 6% de los cuales el 2.7% eran mujeres y el 3.3% eran hombres (ver figura cuatro).

En lo referente al nivel máximo de estudios de los casos de defunciones, en donde se categorizaron a las personas de acuerdo a su grado de estudios por: (analfabetas, nivel primaria, nivel secundaria, nivel bachillerato y profesionistas). Se encontró que en el caso de los hombres el 21% eran analfabetas, el 51% tenían el nivel primaria, el 8% tenían el nivel secundaria, el 8% tenían el nivel bachillerato y sólo el 2% eran profesionistas. Para el caso de las mujeres el 46% eran analfabetas, el 37% tenían únicamente la primaria, el 5% tenían nivel secundaria, el 4% nivel bachillerato, el 3% eran profesionistas y de un 5% más no se obtuvo ningún tipo de registro (ver figura cinco).

Por otro lado, en la figura seis se representa lo correspondiente al tipo de ocupación de cada uno de los 195 casos, se clasificaron seis apartados para las mujeres (empleada doméstica, algún oficio, actividades varias, hogar, profesión, comercio y ninguna actividad) y en el caso de los hombres se clasifican cuatro

(sólo eliminándose hogar y empleada doméstica). En base a lo anterior se encontró que el 29% de las mujeres en su vida productiva se habían dedicado al trabajo doméstico, el 12% ejercía algún oficio, el 4% se desempeñaba como profesionista, un 5% eran comerciantes, un 34% se dedicaban a las actividades del hogar y están aquellos que la institución categorizó su ocupación, basándose sólo en el momento del registro, denominándolos como ninguna actividad; de estos casos fueron un 4%. Existieron un 5% del total de los casos se encuentra sin ningún tipo de registro. En lo que respecta a los hombres se encontró que el 46% de la población se dedicaba a un oficio, el 21% realizaba actividades varias, el 11% se dedicaba al comercio, sólo un 5% ejercía alguna profesión y el 15% se categoriza como ninguna actividad. Solamente el 2% no mostró ningún tipo de registro.

En lo que respecta al lugar donde fallecieron estos 195 casos se encontró que el 53% de los casos fallecieron dentro de la casa hogar “Vicente García Torres”, un 34% murió en hospitales y solo el 1% murió en otros lugares (con algún familiar, carretera, etc.) cabe señalar que el 12% no tuvo ningún tipo de registro (ver figura siete).

Otro de los resultados obtenidos fueron los padecimientos demenciales reportados, de los cuales sólo el 12% presentó este padecimiento, de estos casos el 1% presentó Alzheimer, el 1% delirium, el 1% deterioro cognitivo, el 1% psicosis, el 1% desubicación mental, en el 7 % sólo se especifica la demencia sin ninguna clasificación, el 28% de los casos no presenta ningún tipo de registro y el 60% de la población total de esta investigación no reporta ningún tipo de registro en base a este padecimiento (ver figura ocho).

1.1. Resultados de las muertes en serie.

Los 195 casos de defunción se representaron en seis gráficas tipo dendogramas, una tabla de frecuencias y una gráfica de barras.

En la figura nueve se representan las series para los años de 1992 y 1993; para el año de 1992 se obtuvieron una serie en febrero, otra más en julio y dos series consecutivas en octubre, formada por una serie con dos muertes el mismo

día, que se unen con otra muerte dos días después. Respecto de las series de muertes obtenidas por azar se encontró sólo una serie en enero. En total se tuvieron cuatro series en la distribución real y sólo una en la distribución al azar de las muertes.

En el año de 1993 existen cinco casos reportados en los que no se cuenta con la fecha exacta de la muerte, sólo se conoce el año. Con respecto a la distribución real de las muertes se tuvieron solamente una serie durante el mes de abril. En el caso de la distribución por azar se tuvo dos series consecutivas en el mes de enero, de esta forma se encontró una serie en la distribución real de las muertes y dos en la distribución al azar. Siendo este el primer caso en el que la distribución aleatoria supera a la distribución real de las muertes.

En la figura diez se representan las distribuciones de las muertes reales y por azar para los años 1994 y 1995. Durante el año de 1994 se encontró dos series de muertes reales en el mes de enero y en el mes de abril. También una serie en marzo y dos series consecutivas los primeros días de mayo, para los meses de agosto y noviembre se tuvo una serie independiente en cada uno. En las series correspondientes a la distribución por azar se obtuvieron una en abril, dos consecutivas en julio y octubre y una serie mas en noviembre formada por dos del mismo día. En total se obtuvieron nueve series de muertes reales y seis series de muertes por azar.

Para el año de 1995 se tuvieron una serie de muertes reales en enero, dos series consecutivas en abril, que incluye una serie de muertes del mismo día, una serie más en julio, dos series consecutivas en noviembre y por último una serie consecutiva que se forma con una muerte real del 30 de noviembre y una del 3 de diciembre. En este año existe un caso del que no se cuenta con la fecha exacta de la muerte, sólo se conoce el año. Para las series formadas por la distribución aleatoria de las muertes se obtuvieron solamente una serie en junio, agosto y septiembre. De esta forma se encontraron siete series de muertes reales contra tres series por la distribución al azar.

En el caso de la figura once se muestran los datos para los años 1996 y 1997. En el año de 1996 se encontró una serie de muerte en distribución real en

los meses de enero, marzo, abril, mayo, julio, agosto y noviembre, la serie de enero es una serie de dos muertes el mismo día. Respecto a la distribución de las series de muertes por azar se obtuvo una serie en enero, febrero, marzo y septiembre y tres series consecutivas en abril. Existe un caso en el que no se cuenta con la fecha exacta de la muerte, sólo se conoce el año. En este caso se tuvo un total de siete series de muertes con distribución real y siete series en distribución al azar.

Para 1997 se obtuvieron dos series consecutivas en el mes de febrero, en el mes de junio se tuvo una serie con dos muertes el mismo día, en los últimos días de octubre se encontró otra serie, y en noviembre dos series consecutivas incluida una serie de dos muertes el mismo día, y otra serie consecutiva en diciembre. Existe un caso en el que no se cuenta con la fecha exacta de la muerte, sólo se conoce el año. En el caso de las muertes obtenidas por distribución al azar se obtuvieron una serie en enero, julio agosto y septiembre y dos series consecutivas en abril y septiembre. En total se obtuvieron un total de ocho series por distribución real de las muertes y ocho por distribución al azar.

En la figura doce se presentan los datos para los años 1998 y 1999. Para el año de 1998 en el mes de enero se encontraron tres series consecutivas, y otra mas formada por una serie con dos muertes el mismo día, en el mes de abril se forma una serie, para el mes de noviembre encontramos una serie independiente y dos series consecutivas, por último en el mes de diciembre encontramos tres series consecutivas, una esta formada por una serie con dos muertes el mismo día, el 31 que se une a una muerte del seis de enero del siguiente año para formar la otra serie. En relación a las series obtenidas por la distribución al azar de las muertes encontramos que solamente hubo tres series dos consecutivas en febrero y una en marzo. Con esto se obtiene un total de once series por la distribución real de las muertes contra solamente tres por la distribución al azar.

Durante el año de 1999 se encontró una serie de muertes reales en el mes de enero y en el mes de febrero, en este mismo mes se encontró una serie de dos muertes el mismo día y otra igual en el mes de junio. Se encontró cuatro series consecutivas en el mes de septiembre. En las series correspondientes a la

distribución por azar se obtuvieron dos consecutivas en enero, una formada por dos del mismo día, y otra serie independiente en febrero. En total se obtuvieron ocho series de muertes reales y tres series de muertes por azar.

En la figura trece se presentan los datos correspondientes a los años 2000 y 2001. Para el año 2000 se tuvieron una serie de muertes reales en marzo, y dos series independientes en junio. Para el caso de las series formadas por la distribución aleatoria de las muertes se obtuvieron dos series consecutivas en enero y una serie en marzo y otra en julio. De esta forma se encontraron tres series de muertes reales contra cuatro series por la distribución al azar. Siendo este el segundo y último caso en el que la distribución aleatoria supera a la distribución real de las muertes.

En el año 2001 se encontró una serie de muerte en distribución real en los meses de enero, agosto, octubre y diciembre, la serie de este último es una serie de dos muertes el mismo día. Respecto a la distribución de las series de muertes por azar no se obtuvo ninguna serie. En este caso se tuvo un total de cuatro series de muertes con distribución real contra cero series en distribución al azar.

De la figura catorce se representan los datos del año 2002, en el que no se encontró ninguna serie de muerte ni en distribución real, ni en distribución al azar.

En la tabla tres se analizan los once años en que se cuantificó la frecuencia de series de muertes reales comparándolas con las series estimadas por la distribución al azar, calculadas a partir de las frecuencias de muertes en cada año. Se observa que en el año 1993 se dio una serie real de muertes y dos por azar, en 1996 se dieron siete series reales y siete series por azar, en 1997 se dieron ocho series reales y ocho series por azar, y en el 2000 se dieron tres series reales contra cuatro por azar. En los siete años restantes las series de muertes reales fueron mayores que las esperadas por el azar; tuvieron un promedio de 5.6 series reales y 3.3 series por azar al año.

1.2. Resultados sobre el fenómeno de inclinación de la muerte.

El análisis gráfico de los datos muestra que las frecuencias de muerte alrededor de fechas importante se presentan de la siguiente forma:

La figura 15 representa las frecuencias de muerte alrededor de la fecha de ingreso a la casa hogar, muestra un aumento significativo una semana antes de la fecha de ingreso, con siete casos de muerte, disminuyendo en la fecha de ingreso a un caso de muerte y aumentando gradualmente con tres casos de muerte la primer semana posterior a la fecha de ingreso y con seis casos en la segunda.

En la figura 16 se muestra las frecuencias de muerte alrededor de la fecha de nacimiento, y se observa que existe un aumento considerable en el número de muertes una semana antes y en la tercera semana después de la fecha de nacimiento. En el periodo intermedio entre estas semanas existe un decremento de los casos de muerte significativo, disminuyendo hasta un caso de muerte en la primera semana posterior a la fecha de nacimiento.

La figura 17 presenta las frecuencias de muerte alrededor de la Navidad y se encontró que existe un aumento significativo dos semanas antes de la fecha de Navidad de cuatro casos de muerte, disminuyendo la primera semana anterior y en la Navidad a uno, aumentando a dos en la primera semana posterior a la fecha significativa.

En la figura 18 se muestra las frecuencias de muerte respecto al Año Nuevo y se observa dos casos de muerte en la fecha significativa y un aumento considerable la primera semana posterior a la fecha de Año Nuevo llegando hasta seis casos de muertes.

Debido a la cercanía existente entre las fechas de Navidad y Año Nuevo se diseñó una gráfica, figura 19, en la que se refleja ese periodo de tiempo, y se encontró que existe una ligera tendencia a disminuir el número de muertes sobre todo en Navidad.

Toda esta información se agrupó y se representó en la figura 20 y se encontró que tanto en la primer semana anterior y posterior a la fecha importante existe un aumento considerable de 16 y 12 casos de muerte respectivamente y una tendencia a disminuir el número de casos de muerte a seis en la fecha significativa

2. El caso de la Casa Hogar para Ancianos Marillac.

Esta casa hogar funciona desde hace 40 años y está a cargo de la Congregación de las Hermanas de la Caridad, quienes organizan al personal que ahí labora. Mantiene su funcionamiento a través de cuotas de los residentes y donativos. Proporciona servicios de primera necesidad como alimentación, agua y luz.

Actualmente da servicio a 155 residentes aproximadamente, en su mayoría mujeres. La condición de ingreso es que las personas sean mayores de 70 años, se valgan por ellos mismos y acudan a una entrevista. Cuenta con la visita semanal de dos médicos que sólo dan servicio a los residentes que no puedan pagarse o asistir a una consulta médica. Como actividades extras, se organizan juegos de bingo dos o tres veces a la semana, se realiza una ceremonia religiosa diaria y se permite la visita a escuelas que lo soliciten.

Debido a las restricciones presupuestales, la casa hogar para ancianos Marillac no cuenta con el personal especializado para atender al tipo de personas que alberga, tampoco con programas variados para cubrir sus necesidades. Esto se ve reflejado en la falta de registro de la información de los residentes, ya que no se elaboran expedientes, sólo se escribe en una libreta los nombres de las personas que ingresan y las que se dan de baja ya sea por defunción o por reintegración familiar.

En base a los resultados obtenidos, se encontraron 139 casos de defunciones durante un periodo de cinco años (1998–2002). Dentro de los cuales se arrojan los siguientes datos acerca de la población.

De los 139 casos el 73% eran mujeres y el 24% eran hombres, existiendo un mayor número de casos de muerte tanto para mujeres como para los hombres en el año 2001; contrariamente a lo anterior los años en los que se presentaron menor número de casos de muerte para las mujeres fue en el año 2000 y para los hombres fue en los años 2000 y 2002 (ver figura 21 y 22)

2.1. Resultados de las muertes en serie.

Los 139 casos de defunción se representaron en tres gráficas tipo dendogramas, una tabla de frecuencias y una gráfica de barras.

En la figura 23 se representan los datos correspondientes a los años 1998 y 1999; para el año de 1998 se obtuvieron una serie independiente en enero, cinco series consecutivas, que inician con dos series en los últimos días de enero, que se unen a una muerte del día dos de febrero y que continua con otras dos series más los primeros días de febrero obteniéndose tres series en este mes. En febrero se encontró otra serie más, una serie en abril y otra más en noviembre. Respecto a las muertes obtenidas por azar en este año se encontró una serie de muertes el mismo día en enero, una serie independiente en marzo, otra en abril, una más en mayo y una última en agosto, se obtiene así un total de nueve series reales contra cinco por azar.

En el año 1999 se obtuvieron una serie real en el mes de enero, dos series consecutivas en el mes de febrero, una serie independiente en julio y otra más en septiembre, durante los primeros días de noviembre encontramos otra serie y una serie de cuatro días que se forma al unir una muerte del día 29 de noviembre con otra del tres de diciembre, y otra serie independiente en diciembre. En las series obtenidas por la distribución al azar se encontró que hubo una serie en el mes de febrero dos series continuas en mayo, una serie en septiembre y otra para octubre y noviembre. Con esto se obtiene un total de ocho series por la distribución real de las muerte contra seis por la distribución al azar.

En el caso de la figura 24 se muestra los datos de los años 2000 y 2001. Durante el año 2000 se encontró una serie por distribución real en enero, dos series consecutivas en febrero y otra serie independiente en este mismo mes. Para los meses de marzo, septiembre, octubre se obtuvo una serie independiente. Con respecto a las muertes formadas por el azar se obtuvieron una serie para el mes de febrero, abril, junio y noviembre. En total se obtuvieron siete series en la distribución real y cuatro en la distribución al azar de las muertes.

Para el año 2001 se obtuvieron nueve series consecutivas de muertes por distribución real en enero, donde dos están constituidas por series de dos muertes el mismo día. En el mes de febrero se dan tres series consecutivas, en marzo dos series consecutivas y una serie independiente. En el mes de abril encontramos una serie independiente y una serie de dos muertes el mismo día, en los meses de junio y agosto también se encontró una serie de dos muertes el mismo día. En el mes de julio se dan dos series consecutivas, para los meses de octubre y noviembre se encontró una serie independiente. Por último en el mes de diciembre se encuentra dos series consecutivas, donde una de ellas es una serie de dos muertes el mismo día. Respecto a las muertes obtenidas por azar en este año se encontró tres series consecutivas en enero, dos series independientes en abril, y otras dos en julio. Se encontró una serie independiente en agosto y otra en noviembre. En septiembre se encontró dos series consecutivas, al igual que en octubre, se obtiene así un total de 25 series reales contra 13 por azar.

La figura 25 representa los datos del año 2002 y se obtuvieron una serie real de dos muertes el mismo día en el mes de enero, dos series consecutivas en el mes de abril, una de las cuales es una serie de dos muertes el mismo día. Se encontró una serie independiente en los meses de marzo, septiembre, octubre y diciembre, en el mes de agosto se encontraron tres series consecutivas, donde una serie es de dos muertes el mismo día. En las series obtenidas por la distribución al azar se encontró que hubo una serie en el mes de febrero y otra en el mes de julio. Con esto se obtiene un total de diez series por la distribución real de las muerte contra dos por la distribución al azar.

En la tabla cuatro se analizan los cinco años en que se cuantificó la frecuencia de series de muertes reales comparándolas con las series estimadas por la distribución al azar, calculadas a partir de las frecuencias de muertes en cada año. Se observa que en todos los años las series de muertes reales fueron mayores que las esperadas por el azar; tuvieron un promedio de 11.8 series reales y seis series por azar al año.

2.2. Resultados sobre el fenómeno de inclinación de la muerte.

El análisis gráfico de los datos muestra que las frecuencias de muerte alrededor de fechas importante se presentan de la siguiente forma:

La figura 26 presenta las frecuencias de muerte alrededor de la Navidad y se encontró que existe un aumento significativo dos semanas antes de la fecha de Navidad cinco casos de muerte, disminuyendo la primera semana anterior a dos y en la navidad a uno, aumentando a dos en la primera semana posterior a la fecha significativa.

En la figura 27 se muestra las frecuencias de muerte respecto al Año Nuevo se observa un caso de muerte una semana antes de la fecha significativa, disminuyendo a cero casos en la fecha de Año Nuevo. Aumentando a tres muertes la primera semana y a cinco muertes la segunda semana posterior a la fecha de Año Nuevo.

En este caso también se incluyó la gráfica (figura 28) que muestra el periodo de tiempo entre las fechas de Navidad y Año Nuevo, se encontró que existe una tendencia a disminuir el número de muertes en Navidad a uno, aumentando los casos de muerte en la semana intermedia entre estas fechas a tres, disminuyendo nuevamente en Año Nuevo a cero casos y finalmente aumenta el número de casos a tres en la primera semana posterior al Año Nuevo

Esta información se agrupo y se representó en la figura 29, se encontró que tanto en la primera semana anterior y la segunda semana posterior a la fecha importante existe un aumento considerable a cinco casos de muerte y una tendencia a disminuir el número de casos de muerte a uno en la fecha significativa.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A partir de la información y resultados obtenidos en esta investigación y la experiencia de los autores en dos instituciones asilares en México, nos percatamos de fenómenos muy interesantes dentro, fuera y en los mismos internos, que consideramos pueden revolucionar la percepción de todos los interesados en este tema.

Al momento de iniciar esta investigación nos encontramos con una primera dificultad, la falta de literatura en México acerca de temas como vejez y sobre los fenómenos psicológicos del morir. La poca información que existe se reduce a aspectos epidemiológicos y filosóficos, encontrando solamente como apoyo bibliográfico para realizar este proyecto la investigación del profesor Quintanar quien a través de ello nos motivo a retomar y trabajar sobre estos temas. El se atreve a comentar y comprobar algo que muchos autores en México no les ha interesado, como son el fenómeno de la inclinación de la muerte alrededor de fechas significativas y las muertes en serie, como él les llama, principalmente observadas en casas hogar para ancianos.

Estas instituciones que si bien tienen como objetivo brindar y procurar el cuidado de los ancianos parece que aun no lo consiguen debido a lo comentado por Banda-Arévalo y Salinas-Martínez (1991) quienes afirman que la falta de conocimiento especializado y compromiso con este tipo de personas acarrea un gran número de dificultades. Esto lo pudimos observar en nuestras visitas semanales a lo largo de dos años, en donde tuvimos la oportunidad de platicar con los internos, los cuales comentan la falta de actividades y disposición del personal que los atiende. Así como con los empleados de estas instituciones los cuales muestran cierto desconocimiento y fastidio al trabajo con estas personas, esto lo observamos a través de algunos comentarios despectivos sobre los ancianos, falta de agilidad en los servicios, poca actitud de servicio y la falta de comunicación, ya que el personal que labora el fin de semana no está enterado de programas y eventos que se realizan de lunes a viernes. Este tipo de comportamiento del

personal se puede relacionar a la falta de estructura, administración y organización dentro de estas instituciones, tal como lo mencionamos en el capítulo uno, en donde Gutiérrez y colaboradores (1996) manifiestan que la mayoría de las instituciones no cuentan con los recursos necesarios y adecuados para su funcionamiento. Su distribución esta formada empíricamente en la mayoría de los casos. Así mismo se refieren a la falta de comunicación en los mecanismos de interrelación y en la coordinación de actividades de todas las áreas.

Esta falta de estructura y organización también la pudimos ver reflejada al realizar la revisión de expedientes del archivo muerto, el cual encontramos en una completa desorganización y abandono, esto para el caso de la casa hogar gubernamental del DIF. En el caso de la casa hogar de asistencia privada Marillac este tipo de documentación no existe, sólo se registran los ingresos y las bajas en una libreta, sin considerar los antecedentes de los usuarios.

Otra prueba de ello son las diferencias encontradas en los expedientes revisados, en donde, algunos datos de los usuarios varían de una expediente a otro, es decir, existían expedientes de un mismo usuario pero de diferente servicio (medicina, trabajo social y psicología) en los que el diagnóstico de muerte o datos como la escolaridad, fecha de nacimiento, etc. eran diferentes. Existían casos en los que el expediente carecía de datos como fecha, lugar y hora de defunción, diagnóstico, fecha de nacimiento. Todo esto se puede verificar al revisar la existencia en las figuras de la tres a la ocho, la categoría s/datos, lo que marca una falta de control epidemiológico. Otra inconsistencia encontrada fue en las actas de defunción, en las que se observó que en muchos casos no se especificaba tipo de ocupación o en su caso se clasificaba como ninguna, pero es importante hacer la aclaración, ya que el hecho de no tener ocupación no quiere decir que no tuvieran actividad laboral cuya naturaleza determina el estilo de vida y las condiciones de salud presentes de lo adultos mayores.

En base a lo anterior podemos señalar que existe una falta de normatividad y supervisión para llevar a cabo el control de información de los usuarios de las instituciones asilares en México. Aunque debemos aclarar que la casa hogar perteneciente al Sistema Nacional del DIF si cuenta con un registro ante una

institución gubernamental que regula sus condiciones de funcionamiento, proporcionado un mayor número de servicios, contando con personal especializado e instalaciones adecuadas. A diferencia de la casa hogar perteneciente a la asistencia privada Marillac, la cual no cuenta con ningún registro, ni supervisión, lo que propicia la carencia de todo tipo de servicios y de personal multidisciplinario, así como de instalaciones adecuadas, haciendo más marcada la falta de organización que se vive en estas instituciones. Pero hay que señalar que esto se debe a la distribución de recursos que este tipo de casas hogar debe hacer constantemente.

Por lo tanto, podemos afirmar que observamos dos tipos de casas hogar con diferentes formas de organización y estructura en cuanto a instalaciones y servicios que proporciona. Sobre esto podemos analizar que el tipo de atención proporcionada se ve reflejada en la esperanza de vida y la mortalidad de los residentes. Así encontramos que existe un mayor índice de mortalidad en la casa hogar Marillac ya que en un periodo de cinco años se dieron 139 casos de muerte, es decir, por año existen un promedio 27.8 muertes, mientras que en la casa hogar del DIF en un periodo de once años se dieron 195 casos, un promedio de 17.7 muertes por año.

A pesar de las inconsistencias encontradas en los expedientes de archivo muerto de la casa hogar del DIF se logró hacer un análisis sobre el tipo y condiciones de la población que se encuentra dentro de esta casa, corroborando lo dicho por Banda-Arévalo y Salinas-Martínez (1992) quienes mencionan que el bajo nivel de escolaridad, un nivel considerable de pobreza y la falta de seguridad social repercuten directamente en la salud aumentando las posibilidades de padecer enfermedades crónicas y de ser funcionalmente dependientes. Estas características las encontramos en los casos revisados ya que el 21% son analfabetas y el 51% sólo cuentan con nivel primaria (ver figura cinco) y en cuanto a la ocupación encontramos que el 46% de los hombres se dedicaban a un oficio, mientras que el 63% de las mujeres eran empleadas domésticas o se dedicaban al hogar (ver figura seis).

Si a estas condiciones de vida, en las que prevalecen los abuelos, le sumamos las situaciones antes mencionadas de muchas de las casas hogar, podemos afirmar que los asilados pueden encontrarse en niveles de tensión y nerviosismo que pueden pasar desapercibidos, que como dice Seligman (1975) los orillan a una condición de desamparo, que los lleva a pasar momentos de su vida en una condición de incertidumbre, con una baja dignidad que facilita el lugar a ciertas formas del morir.

Para abordar este tema nos remitimos al trabajo de Quintanar (1994) sobre las muertes en serie, que él ha observado mediante la experiencia dentro de los asilos, hospitales psiquiátricos e institutos de salud; nosotros también hemos podido verificar que las muertes en serie existen y podemos afirmar que no es una condición debida al azar pues dicho patrón se da en ambas casas hogar y prueba de ello son las tablas tres y cuatro en las que se observa claramente como las muertes en serie reales supera a las estimadas por el azar.

A pesar de que este fenómeno es observable y esta presente en las gráficas y en las estadísticas, aun no se puede explicar su causalidad, ésta pertenecería a otro tipo de investigación, lo que sí podemos señalar en este trabajo es que las muertes en serie se presentan con mayor frecuencia los primeros cuatro meses del año, ya que encontramos, que en ambos asilos, el 52% de las series de muertes reales se presentan durante este periodo (ver figura 30). Para comprobar que este hecho no se debiera al azar, se realizó la gráfica de las series de muertes distribuidas al azar (figura 30-A) y observamos que las series tienden a distribuirse proporcionalmente a lo largo de los 12 meses del año

Nosotros podemos deducir que esta condición se enmarca de esta manera debido al significado de alta importancia que las personas occidentales dan a este periodo de tiempo, posterior a las fiestas decembrinas, tiempo en el que generalmente se hace una reevaluación sobre el año anterior, las pérdidas que se han sufrido y el sentido que se da y se tiene de la vida.

Con lo que respecta al fenómeno de inclinación de la muerte alrededor de fechas significativas hemos verificado la presencia de éste, sobre todo en la casa hogar Marillac, ya que a pesar de la poca información obtenida pudimos observar

claramente este fenómeno durante el periodo de las fiestas decembrinas (ver figura 28). Para la casa hogar del DIF este fenómeno también se presenta claramente alrededor de la fecha de ingreso (ver figura 15). Al realizar el análisis gráfico englobando los datos de las fechas significativas en una sola gráfica (ver figura 20 y 29), pudimos observar la presencia del fenómeno en “U” reportado por Baltes (1977), en donde se advierte que cuatro semanas antes y cuatro semanas después se incrementan los casos de defunción disminuyendo drásticamente en la fecha significativa. Para comprobar que este patrón de los casos de muertes en “U” alrededor de fechas importantes no se debiera al azar se graficaron las muertes por distribución aleatoria, de cada casa hogar, que se presentaron alrededor de la Navidad y Año Nuevo (ver figura 19-A y 28-A) y se encontró que este patrón no se da, es decir, el fenómeno de inclinación de la muerte alrededor de fechas importantes no se debe a circunstancias azarosas.

Este fenómeno se ve relacionado con lo expresado por Seligman (op.cit) quien afirma que el traslado a un ambiente institucional provoca en algunas personas un estado de sometimiento y en otras un estado de agitación, esto debido por lo general, al aislamiento social, rechazo y abandono de que son objeto. Estas condiciones se pueden agudizar durante algunos eventos, como en las fechas significativas (Navidad, Año Nuevo y cumpleaños) provocando un estado de indefensión que predispone al asilado a morir antes o después de estas fechas.

Estos sucesos comentados a lo largo de este trabajo nos llevan a concluir una serie de aspectos para valorar y redefinir nuestra perspectiva acerca de estos temas, dadas las condiciones en México.

Una de las condiciones más urgentes que requiere este tema que se analice es la capacitación del personal y autoridades institucionales, no sólo en el ámbito administrativo, sino más bien, en el actitudinal, el cual requiere de un trabajo arduo y profundo para la atención de los ancianos, que cambie la perspectiva médica y numérica a una de dignidad más humana y realista. Esta capacitación debe considerar que no cualquier persona puede trabajar con

ancianos, debe existir un perfil para gente que atiende viejos, que pueda tolerar, desarrollar y proponer alternativas para la atención.

Otro punto relevante que consideramos dentro de estas instituciones que también se analice, es la necesidad de una re-evaluación de la misión institucional, en donde absolutamente todas estas instituciones sea del origen que sea, sigan los mismos lineamientos y objetivos, supervisadas o regidas estrictamente por instituciones responsables y expertas en estos temas.

También es importante considerar que toda la población de ancianos es de alto riesgo en relación con su deterioro funcional, por lo tanto, deben de acarrear estos un compromiso, no sólo con el estado, sino también con la sociedad, en donde se defina y establezca claramente la labor de cada uno y asegurar la participación obligatoria de todos.

Así mismo es importante y urgente establecer programas y vínculos con empresas, escuelas o instituciones que permitan reactivar a la persona asilada (con estado de salud en buenas condiciones) en diversas actividades, en lugar de marginarlas de la sociedad.

Antes de terminar el presente reporte debemos señalar los siguientes puntos que consideramos importantes para resaltar el trabajo aquí realizado y los resultados obtenidos. Los estudios realizados por Quintanar y Bazaldúa tienen un momento de coincidencia cronológica pero difieren metodológicamente hablando, ambos reconocieron la importancia de retomar las índices de mortalidad de la población anciana tratando de identificar lo que ahí se presentaba; sin embargo la formación que cada uno de ellos tiene los induce a pensar de formas distinta un mismo fenómeno, de ahí la importancia de trabajar en equipo. Esto nos hace pensar que falta mucho por clarificar en el trabajo que se realiza en el campo de la vejez y la tanatología. Las condiciones en las que se encuentran las casas hogar, tanto públicas como privadas, no permiten realizar más trabajos con este enfoque, en algunos casos se crean temores infundados que no permiten avanzar en el desarrollo de estrategias de la vejez.

La mortalidad institucional no es un tema que sea considerado con agrado, pero siempre está presente y reclama ser investigado. Por lo anterior

consideramos que los futuros estudios que se puedan realizar a partir del presente reporte consideren que:

- 1) El estudio de la mortalidad institucional de los ancianos se ha visto sesgada por las perspectivas médica y epidemiológica. Esto obliga a ver los datos con un enfoque orientado a la estadística descriptiva y pocas veces se consideran otras formas estadísticas de análisis como las aquí planteadas.
- 2) Al análisis de la mortalidad institucional no solamente se debe orientar a la morbilidad y causas de mortalidad, sino también a las formas y momentos de morir.
- 3) La mortalidad institucional no solamente se puede entender partiendo de padecimientos crónico degenerativos entendidos con un enfoque clínico.
- 4) La muerte de un sujeto toma otro sentido cuando se le ve en contexto y en conjunto. Los patrones aquí identificados de mortalidad muestran que algo está sucediendo pero debemos reconocer que no podemos explicar satisfactoriamente lo que sucede. Más vale un análisis descriptivo y realista que un análisis interpretativo sin referencia a la realidad de los ancianos institucionalizados. Hay un riesgo en tratar de entender lo que sucede, se le suele interpretar de manera simplista y nada profesional aun cuando así lo parezca.
- 5) Las autoridades o responsables de las instituciones gerontológicas podrán desarrollar una política de atención a los procesos de muerte de sus usuarios.

Para finalizar los autores de este trabajo deseamos agradecer y reconocer el trabajo de cada una de las personas que laboran dentro y fuera de estas instituciones, quienes realizan una actividad difícil pero loable y maravillosa que cada uno de los abuelos y la sociedad les agradecerá. Esperamos que esta investigación permita mejorar la atención tanto al usuario anciano como al personal que lo atiende. La gerontología y la tanatología son unas ciencias y como tal son autocorregibles para su propio avance, no pueden estar sujetas al capricho, gusto y preferencia de los especialistas, de lo contrario nunca aportarían

conocimiento sólido. Esperamos que nuestro trabajo aporte algo más a lo realizado hasta el momento por el bien de nosotros y nuestros viejos.

ANEXOS

I. Formato de Registro Control de Información del Análisis de Expedientes.

	No.EXP	NOMBRE	SEX	EDO.CIVIL	ESC.	OCUP.	F.NAC.	F.INGR	F.DEFUN	HORA	LUGAR	DEMEN.	DIAGNOS.MUERTE	OBSERV
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

ESC. = Escolaridad
 OCUP = Ocupación
 F.NAC. = Fecha de Nacimiento
 F.INGR. = Fecha de Ingreso
 F.DEFE. = Fecha de Defunción
 DEMEN. = Problemas de Demencia
 OSERV. = Observaciones

**TABLA 1. Control de Información del Análisis de Expedientes
de Casa Hogar par Ancianos Vicente García Torres en el Periodo 1992-2002.**

	No.EXP	SEX	EDO.CIVIL	ESC.	OCUP.	F.NAC.	F.INGR	F.DEFUN	HORA	LUGAR	DEMEN.	DIAGNOS.MUERTE	OBSERV
1	1384	M	SOLT.	ANALF	COMERCIO	1908	180684	260192		C.H.	NO		
2	374	F	VIUDO	ANALF	HOGAR	210717,	181074	60292	03:45	HGM	NO	CHOQUE CARDIOGENICO	HIPOACUSIA BI
3	782	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	150400,	240982	270292	09:00	HRL		CHOQUE SEPTICO	
4	375	M	VIUDO	ANALF	OFICIO	151207,	10875	280292	16:10	C.H.	NO	INSUF RENAL° ENF.VASC.CEREBR	DIABETES MELL.
5	470	M	SOLT.	SEC	OFICIO	280603,	210370	310592		C.H.	NO		
6	9199	F	SOLT.	PROF.	PROFESION	220738,	1999	170792	20:25	RAZA	NO	PROBLEMA DE MUCOSAS,	
7	1086	M	VIUDO	ANALF	ACT.VAR.	290603,	281086	180792	05:00	C.H.	NO		
8	881	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	300713,	20781	81092	22:10	C.H.	NO	PARO CARDIO RESP., INSUF. CARD.	INSUF RENAL
9	774	F	VIUDO	ANALF	ACT.VAR.	151115,	291074	81092	23:30	HRL	NO	BRONCONEUMONIA, INSUF.RENAL	EPILEPSIA
10	389	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	060498,	60493	101092					
11	581	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	241001,	51081	121192		HRL		BRONCOASPIRACIO,UROSEP.NEFROESCL IAM,ARTEROESCLE,SINDR.ACIDO PEPTICO	FRACTURA FEMUR.
12	166	M	SOLT.	BACH.	ACT.VAR.	170822,	71266	41292	10:20	C.H.	NO		
13	790	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	120428,	200690	121292	09:25	HGM	NO	DESEQ.HIDOELECT,INSUF.RENAL	DIABETES MELL
14	170	F	SOLT.	ANALF	ACT.VAR.	200910,	41176	1993					PARKINSON
15	683	F	VIUDO	ANALF	ACT.VAR.	060498,	60486	1993		C.H.	NO		
16	S/N	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	1911	231188	1993		C.H.	NO		
17	691	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	1909	200991	1993		C.H.	NO		
18	S/N	M	CASADO	PRIM	OFICIO	100107,	120887	1993		C.H.	NO		
19	793	M	VIUDO	BACH.	ACT.VAR.	1923	50984	230193		C.H.	NO		PARKINSON
20	S/N	F						40393					
21	S/N	F	SOLT.	PRIM	COMERCIO	160400,	80987	110493					
22	S/N	F	VIUDO		ACT.VAR.	280106,	20687	270693					
23	1093	M	VIUDO	PRIM	OFICIO	160193		190793		C.H.	SI	TROMBOSI MESENER.DESEQ.HIDROE.	
24	S/N	M	VIUDO	PROF.	OFICIO	130524,	240791	91293					
25	S/N	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA	1910	40754	170493					
26		F	SOLT.	ANALF	NINGUNA	280208	30692	30194	07:40	HGM	NO	DIABETES.ACIDOSIS METABOL.	AMPU. MIEM. IZQ
27	S/N	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	311021,	121292	50194	08:00	HGM	NO	CHOQ.MIX,SINDR.UREM NEFROPATIA	DIABETES
28		M	SOLT.	ANALF	NINGUNA	40212	Jul-41	240194	16:25	HGM	NO	HIPERTEN.ART.ENF VASC.	

29		F	SOLT.	PRIM	HOGAR	90694	150689	260194	06:15	HGM	NO	NEUMO.FOC.MULT.INSUF.RESP	
30		F	VIUDO	ANALF	HOGAR		300893	20394	23:10	HGM	NO	CHOQ.HIPOVOL.	ENFERM. CRANEO
31		F	VIUDO	ANALF	HOGAR	121203	170375	30394	14:15	C.H.	NO	INSUF.RESP.NEUMO ENF.PULMO	
32		F	SOLT.	PRIM	HOGAR	200404	260892	170394	06:45	C.H.	NO	HIPER.TENS.ART.IAM	
33		F	SOLT.		HOGAR	290103	280483	10494	21:45	HGM	NO	IAM.INSUF.RENAL CARDIOPAT.ARTEREO.	
34		M	SOLT.	PROF.		190419	30990	120494	04:30	HGM	NO	TROMBO.EMB.PULMO.HIPERTEN.ART.	
35		M	CASADO	ANALF	NINGUNA	50805	10879	180494	06:45	C.H.	NO	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR	
36		M	SOLT.	ANALF	NINGUNA	70612	201176	250494	06:30	HGM	NO	INSUF.RESP.EDEMA.PULMO. INSUF.CARDIACA	
37		F	VIUDO	ANALF	HOGAR	220206		300494	06:50	C.H.	SI	IAM,CARDIOPATIA,INSUF.RESP.	
38		M	SOLT.	PROF.		21106	290992	40594	15:35	C.H.	SI	IAM,CADIOPAT.ISQ	
39	1491	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA	141211	171091	10594	11:55	C.H.	NO	ADENOCARCINOMA PROSTATICO	
40		M	CASADO	PRIM	NINGUNA	30318	110687	60594	19:55	HGM	NO	ACIDOSIS METABOL. INSUF.HEPAT.	
41		F	SOLT.	ANALF	HOGAR	50603	40785	250394	07:00	C.H.	NO	ULCER/PESION CHOQUE SEPTICO	
42		M	VIUDO	PRIM	OFICIO	160196	190793	200794	23:45	C.H.	NO	TROMBOSIS MESENTERICA DESEQ.HIDROELEC.	
43	994	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	110804	210794	290794	15:45	C.H.	NO	DESEQ.HIDROE.DESNUTRICION	
44	179	M	VIUDO	ANALF	OFICIO	010306,	191779	170894	11:10	HGM	NO	INSUF.RESP° NEUMONIA BILAT	
45	894	M	SOLT.	SEC	ACT.VAR.	030595,	160594	220894	12:00	HRL	NO	CHOQ.HIPOVOL,HEPATITIS FULMIN	
46	191	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.	240118,	280191	131194	14:08	HRL	NO	ACIDOSIS METABOLICA DESCOMP.	DIABETES
47	882	F	SOLT.	SEC	EMP.DOM	210608,	240582	161194	14:50	C.H.	NO	INSUF.RENAL, DIABETES CRONICA	
48		M	SOLT.	PRIM	OFICIO	170807	230394	281194	07:03	HGM	NO	CHOQ.HIPOVOL.SANGR.TUBODIGEST	
49	1392	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.	150915	91292	291294	05:50	IMSS		EVC.HEMORRAGI.ARTEROESCLEROSIS MULT.CRISIS HIPERTEN.	
50	S/N	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA	010918,	220677	1995					INVIDENTE
51	390	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	1924		250195		HGM			
52	178	M	SOLT.	SEC	COMERCIO	121208	140778	290195	19:30	HRL	NO	ENF.VASC.SANGR.TUBO DIGEST.ULCERA.	
53	695	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	130208,	130395	140395	05:45	C.H.	NO	COMA HIMERSOMOTOR.INSUF.REN	DIABETES
54	273	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	20809	111073	240495	01:50	C.H.	SI	DESEQ.HIDROE.OBSTRUC.INTES.HIPERT	
55	S/N	F	CASADO	ANALF	EMP.DOM	1924	120887	300495		C.H.			
56	995	F	VIUDO	PRIM	OFICIO	1913.	281292	240495	02:30	HGM		NEUMONIA BASAL ANEMIA 2°GASTR	
57	295	F	SOLT.		HOGAR	140510,	20295	150595		C.H.	SI	EDO.SEPTICO,ULCERAS/PRESION	
58	367	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.	111217,	80867	300695		HGM	NO	INSUF.RENAL,TUBERCULOSIS PULMONAR.	
59	192	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA	170428	150792	10795		HGM	NO	PROBLEM.CARDIACOS	
60	277	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	41125	220677	50795	12:00	HGM	NO	CHOQ.SEPT.PERITONIT.SEPT.	
61	2095	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	60606	80895	200895		C.H.			
62	1894	M	VIUDO	PRIM	OFICIO	190306	201094	30995	21:30	C.H.	NO	INSUF.RESP.NEUMO.FOCOS MULT-	PARKINSON

63	992	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	050903,	60592	270995	22:20	HGM	NO	INFAR.TROMBOTICO DE ARTE.CEREB	HIPERTEN.
64	584	M	SOLT.	PROF.	PROFESION	1903	150384	81195	07:50	C.H.	NO	INFAR° MIOCAR.CARDIOP.ISQ.	
65	2592	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	200294	290992	141195	06:45	HGM	NO	CARDIOPAT IZQ.NEUMO FOCOS MULT.	
66	2595	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	71215	230895	201195	13:15	HGM	NO	ENCEFALOPAT.HEPATIC.SHOCK HIPOVOL.DESHIDRA.	
67	288	F	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.		210388	301195					
68	488	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	210525	190188	1996		C.H.	NO		
69	2187	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	060607,	180292	30196	20:15	C.H.	NO	NEUMO.FOCOS MULT.DESQ.HIDROE	
70	492	M	VIUDO	ANALF	COMERCIO	060607,	180292	30196	20:15	C.H.	NO	NEUMO.FOCOS MULT.DESEQ.HIDROE	CANCER PROST
71	267	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	300895,	140569	110296	04:20	C.H.	NO	DESEQUILIBRIO HIDROELECT.ANEMIA,	INSUF.RENAL.CRO
72	287	F	SOLT.	PRIM	OFICIO	151206	250887	20396	19:00	C.H.	NO	INFAR. MIOCAR.CARDIOP.ISQ.	
73	696	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	1900,	190296	110396	16:00	HRL	NO	INSUF.RESP.BRONCONEUMONIA	FRAC.CADERA
74	S/N	F	SOLT.	PRIM	NINGUNA	050622,	240387	180396,	18:06	C.H.	NO	DESEQ.ELCT.EDO SEPTICO	SINDROME.INMOV
75	585	F	VIUDO	PRIM	OFICIO	201089.	250585	90496	06:30	C.H.		CHOQ. HIPOVOL.IAM.	
76	384	F	SOLT.	ANALF	OFICIO	1886	90584	120496					AMP.INF.IZQ.
77	199	F	VIUDO	BACH.	HOGAR	150809,	30199	120596	12:30	IMSS	NO	FIBRILACION,INSUF.CARD.SANGR.TUBODIGEST	
78	1296	M	SOLT.	PROF.	PROFESION	1920	190496	170596	20:15	IMSS	NO	ENF.VASCULAR CEREBRAL	
79	676	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	060594,	60976	260596	23:45	C.H.	SI	DESEQ.ELECT,TROMBOSIS	MESENTERIA
80	489	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	150809.	170389	80696	06:30	C.H.	NO	DESEQ.HIDROE.DESHIDRATAACION	
81	1196	F	VIUDO	ANALF	HOGAR	210114,	150496	190696	10:25	C.H.	NO	FALLA ORG.MULT.SEPSIS,INSUF.RENAL	
82	883	M	VIUDO	SEC	OFICIO	270597.	290483	70796	00:50	C.H.	NO	INSUF.RESP.BRONCONEUMONIA	
83	194	F	VIUDO	BACH.	HOGAR	260416.	30194	120796	12:30	IMSS	NO	FIBRILA.AURICULAR.INSUF.CARDIAC.	NEUMONIA
84	1292	M	VIUDO	BACH.	COMERCIO	240909	80692	10896	14:20	C.H.	NO	DESEQ.HIDROE.EDO.SEPTIC.DESNUT.	
85	1195	F	SOLT.	ANALF	OFICIO	051110.	170991	270896	21:30	RAZA	NO	SANGRADO TUBO DIGESTIVO	
86	1895	F	VIUDO	BACH.	OFICIO	271209,	180795	310896	06:25	HGM	NO	ENF.VASC.CEREB,FIBRILA,AURICULAR	HIPERTENSION
87	3088	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	300794,	70888	40996	21:35	C.H.	NO	INSUF. RESP.METASTA.CARDIOPUL	CANCER MAMA
88	2888	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	150800,	231188	240996	16:10	C.H.	NO	INSUF.CORONARIA,CARDIOPA.ISQ.	HIPERTENSION
89	2196	F	VIUDO	ANALF	COMERCIO	240608,	200896	101096	16:00	C.H.	NO	INSUF.RESP.INSUF.CARDIACA	
90	396	F	VIUDO	SEC	HOGAR	41122	300196	41196	09:30			INSUF.RESP. NEUMONIA	
91	158	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	100517,	80458	181196	12:00	C.H.	NO	DESEQ. HIDROE.SANGR.TUBO DIGEST.	
92	485	M	VIUDO	ANALF	ACT.VAR.	201220	121191	241196					
93	S/N	F	SOLT.	ANALF	HOGAR	160613,		1997					MUERTE SUBITA
94	591	M	VIUDO	ANALF	OFICIO	1913	290491	300397	11:00	HGM	NO	INFART. RESP.°NEUMONIA,DIABETES	
95	472	F	VIUDO	PRIM		1911	30472	30297	08:20	C.H.	INSUF.CERE	INF.MIOC.CARDIOPA.BRONQ.INFEC.VIASU	SINDROME.INMOV
96	195	M	VIUDO	PRIM	ACT.VAR.	151198,	140195	90297	17:00	C.H.	DELIRIUM	PARO RESP. (APNEA).GASTRITIS.	DELIRIU A PRO.INFEC

97	2492	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	240811,	280992	120297		HNEUMO		NEUMO FOCOS MULT.DERRAME PEURALDER	
98	471	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	1908	240271	260297	11:00	C.H.		ARRITMIA,I.C.CARDIOP.SINDR.MILDEPLATIC	SINDROME.INMOV
99	694	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	250502,	260494	70397	17:30	C.H.	NO	INFARTO AL MIOCARDIO	caida en el baño
100	495	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.		160195	130497		H.1ºOCT			
101	388	F	SOLT.	BACH.	PROFESION	120100,	290188	40697	10:20	C.H.	NO	INSUF.RESP. NEUMONIA EDO. SEPTICO	AMP.INF.IZQ.
102	1395	F	VIUDO	ANALF	COMERCIO	150906,	60695	160697	18:30	C.H.	NO	FALLA ORG.MULT.EDO.SEPTICO	TOMBOSISI
103	687	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	210828,	160687	160697	18:30	C.H.	SI	INSUF.RESP. NEUMONIA BASAL	
104	1596	F	VIUDO	PRIM	ACT.VAR.	1917	260696	60897	21:00	HJUAREZ		INTERVENCION QUIRURGICA DE CADERA	
105	486	M	SOLT.	PRIM	OFICIO		310386	220397	20:15	C.H.		CHOQ.HIPOVOLEM.SANGRA.TUBO DIGEST	
106	595	M	SOLT.	SEC	ACT.VAR.	300136.	100495	271097	10:15	C.H.	NO	CHOQ. HIPOVOLEMICO,HEMATURA	CANCER PROSTA
107	693	F	VIUDO	SEC	OFICIO		170593	291097	11:30	HTACUBA	NO	CHOQ,SEPTICO,PICOLECISTIO	
108	175	F	SOLT.	PRIM	EMP.DOM	1905.	60875	71197	12:30	C.H.	SI	SEPSIS,ULCERAS/PRESIÓN,DESNUT	SINDROME.INMOV
109	884	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.	100110,	130684	71197	12:10	C.H.		INSF.RESP NEUMO.FOCOS MULT.	AMP.EXT.INF.
110	292	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	41020	230192	141197	12:25	C.H.	DETOR.COGE	EDO. SEPT.INFEC.VIAS URINARIAS	SINDROME.INMOV
111	1887	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	1919.	270187	251197	05:00	C.H.	NO	PARO RESP.IRREVER.INF.CERB.EXT	13 DIAS EN COMA
112	572	F	SOLT.	ANALF	NINGUNA	1912	70672	91297	21:20	C.H.	NO	PARO RESP.SEPSIS,DESEQ.HIDROE.INSUF.REN	
113	497	M	CASADO	ANALF	OFICIO		60697	191297	07:10	C.H.	NO	IAM,CARDIOPATIA ISQ.HIPERTENSION	
114	1089	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	1901	270889	241297	19:03	C.H.		PARO RESP. PARO CARDIA,DESNUT	NO PERM.ATENC
115	995	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	120212	240395	281297	02:20	HGM		INSUF.CARDIAC.ENF.PULM.CR.OBS.	
116	1294	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	1928	290794	70198	21:30	C.H.	NO	EVC.OCLUSIV,PARO RESP.ENF.VAS.C	
117	s/n	F	CASADO	SEC	HOGAR	1918	190188	120198	09:15	C.H.	NO	GASTROENTERITIS INFEC.DESEQ.HIDROE.	
118	991	F	VIUDO	PRIM	HOGAR		90791	110198	14:30	HGM	NO	INSUF.RESP. NEUMONIA.ENF.PULMO	
119	2297	F	CASADO	ANALF	HOGAR		121197	170198	11:50	HGM	NO	DESEQ.HIDROE.HEMIPARECIA	
120	S/N	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	1917	120678	260198	07:40	C.H.		INFART.MIOCARDIO,BRONQUITIS C.	EN SU CAMA
121	S/N	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	1912	260796	280198	10:15	C.H.		INFART. MIOCARDIO,CARDIOPA.ISQ	
122	1094	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	1922	300694	120298	14:30	AMBUL	NO	INSUF.RESP.TRAST.HIDROELEC.NEUMO	
123	688	F	SOLT.	PRIM	HOGAR		20288	60498	10:15	C.H.	NO	INSUF.RESP.CARDIOPATIA	CACER MAMA
124	193	F	SOLT.	ANALF	COMERCIO	081208.	150393	10498	12:40	HGM	NO	CHOQ. HIPOVO.SANGR.TUBO DIGEST	
125	2191	M	VIUDO	BACH.	OFICIO	121202,	110391	250598		C.H.	NO		
126	s/n	M	SOLT.	PRIM	OFICIO			150698	12:35	C.H.	NO	INSUF.RESP SINDRO.MIELIPIROLIFEACTOR	
127	1297	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM		200597	100898	05:45	C.H.	NO	INSUF.RENAL	
128	885	F	SOLT.	ANALF		1911	80885	220998	01:15	C.H.	DESUB.MENTAL	INSUF.CARDIACA,CARDIOPATIA,PAROCA	SORDOMUDA
129	3095	M	SOLT.	SEC	NINGUNA		71295	51198	15:08	C.H.	NO	ANEMIA, INSUF.RESPIRATORIA	
130	1687	M	VIUDO	SEC	OFICIO	070507.	180387	101198	02:20	HRL	NO	INFARTO AGUDO MIOCARDIO	

131	1798	F	VIUDO	ANALF	HOGAR		200898	121198	20:20	C.H.	NO	INF.AGUDO MIOCARDIO,	MUERTE SUBITA
132	1186	F	VIUDO	ANALF	HOGAR	110106	300986	211198	17:20	C.H.	NO	IAM.CARDIOP.ISQ.SANGR.TUBO.DIGEST.	INMOVILIDAD
133	296	M	SOLT.	BACH.	NINGUNA		260196	241198	13:40	C.H.	NO	INFARTO, INSUF RESP.	AMP.INF.IZQ.
134	797	M	VIUDO	PRIM	NINGUNA		140497	121298		FAMILIA	NO	ACCIDENTE	CARRETERO
135	898	M	SOLT.	PRIM	OFICIO		150598	281298	13:15	C.H.	SI		
136	984	F	VIUDO	PRIM	HOGAR	1922	240899	311298	15:00	HGM	NO	HEMORRAGIA CEREB,BRONCO	
137	791	F	SOLT.	PRIM	EMP.DOM		160791	311298		HGM	NO		
138	787	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	120316	300187	60199	02:00	HVILLA		IAM	
139	2298	M	SOLT.	ANALF	COMERCIO	260129	131198	60299		C.H.		ENCEFALOPAT.HEPATIC. CIRROSIS.	
140	1583	F	VIUDO	PRIM	ACT.VAR.	220116	30383	60299	06:30	C.H.		IAM.CARDIOP.ARTEROESCLE.DEFICIT.VISUAL	SIEMPRE CAS ASISTEN
141	1924	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	1924	160796	170299	23:40	HGM		CHOQUE HIPOVOLÉMICO	
142	1397	M	SOLT.	PROF.	PROFESION	101015	120697	220299	14:03	C.H.		CHOQ.HIPOVOL.SANGR.TUBO DIGEST.	
143	888	M	VIUDO	PRIM	OFICIO	90712	240288	140399	16:50	C.H.		INSUF.RESP.TROMBOEM.PULMO.ENF.PULMO.	
144	1697	F	CASADO	PRIM	HOGAR	220522	311297	220599	07:00	HGM		DESEQ.HIDROE. DIABETES	
145	499	F	VIUDO	ANALF	OFICIO	10711	40199	230699	04:40	C.H.		CHOQ.SEPT.SEPTICEMIA.BROMQUITIS	
146	2695	M	VIUDO	ANALF	ACT.VAR.	171203	290895	230699	06:35			NEUMONIA CARDIOPA.ISQ	PARKINSON.
147	274	M	VIUDO	ANALF	OFICIO	271207	90474	50799	06:15	C.H.		DESEQ. HIDROE.DESNUTRICION	CANCER PROSTA
148	482	F	VIUDO	PRIM	NINGUNA	70517	180282	130799	22:20	C.H.	PSICOSIS	PARO RESP.BRONQUITIS.ULCERAS P	ALZHAIMER
149	498	F	SOLT.	PRIM	OFICIO		20398	310899		HNTUT	NO	SUBCOLIION INTESTINAL	
150	699	M	CASADO	PRIM	OFICIO	70834	160299	20999	12:40	C.H.		NEFROPATIA DIABET.DESEQ ELECT.	CANCER PROST
151	1998	M	SOLT.	PROF.	PROFESION	190634	240998	60999	12:00	C.H.		CETOASIDOSIS DIABET.DIABET. ENF.VASC.CEREB.	SIDA 3 DIAS
152	998	M	CASADO	PRIM	ACT.VAR.	160116	150698	100999	12:40	C.H.		CHOQ.SEPT.URETRIT.HIPERTROF.PROST.	
153	1387	M	SOLT.	ANALF	OFICIO	10115	110587	120999	13:30	RAZA		CRISIS CONVULSIVAS NEUMONIA	DIABETES
154	1793	F	VIUDO	ANALF	OFICIO	190303	261093	180999	12:30	C.H.	ALZHAIMER	IAM.	SINDROME.INMOV
155	392	F	SOLT.	PRIM	OFICIO	181104	110292	301299	06:35	C.H.		IAM.CARDIOP.ISQ.FIBRILACI.AURICULA	CANCER UTERO
156	1987	M	SOLT.	PRIM	OFICIO	201110	260687	80100					
157	1298	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	70107		210100		HGM		ENF.VASC.CEREB.	
158	1198	F	VIUDO	SEC	COMERCIO	251230		30300					
159		F	SOLT.	ANALF		280817	110393	40300			PSICOSIS		EPILEPSIA
160	269	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA	80712	260569	130300					INVIDENTE
161	2195	F	VIUDO	PRIM	EMP.DOM	160614	Sep-95	40400			SI		
162		M	SOLT.	BACH.	OFICIO	130525	300494	300500					
163	2192	F	VIUDO			1922	30992	30700	18:50	C.H.	NO	CHOQ.SEPTICO, ULCE/PRESIO.DIABET	
164	1899	M	VIUDO	SEC	COMERCIO	1901	230799	160700	23:50	HGM	NO	INSUF.RESP.NEUMONIA DE FOCOS	

165	1497	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM		30797	180700	10:00	HJUAREZ	NO	CHOQ.SEPTICO,NEUPATIA,OBST.	
166		F	VIUDO	ANALF		250708	300596	280700			SI		
167	1293	M	VIUDO	PRIM	ACT.VAR.	1924	130893	300700		C.H.	NO		AMP.EXT.INF.
168	1693	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	1915	191093	300800	14:45	C.H.	NO	INF.AGUDO MIOCARDIO,DIABETES,	MUERTE SUBITA
169	2188	F	SOLT.	PRIM	EMP.DOM	1903	20488	91100	12:30	HGM	SI	TROMBOEMBOLIA PULMONAR,	AMP.INF.IZQ.
170	1699	F	SOLT.	ANALF	HOGAR	1907	80799	191100	02:30	HGM	NO	EDEMA CEREBRAL,HIPERTENSION,	
171	1796	M	SOLT.	PRIM	ACT.VAR.		190796	81200	14:25	C.H.	NO	IAM,INSUF CARDIACA,INSUF.VASCU	
172	197	F	SOLT.	PRIM	COMERCIO		140197	70101	20:30	HMILITAR	NO	BRONCOESPASMOS,IAM,ENF.PULMO	
173	S/N	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	1924	230891	100101	11:00	C.H.		IVU.CRONICA ULCE/PRESION,DESNJ	DIABETES
174	400	M	SOLT.	ANALF	ACT.VAR.	90732	40200	160301	22:30	HGM		ENCEFALOPAT.HEPATIC. CIRROSIS.	
175	2792	M	SOLT.	PRIM	NINGUNA		91192	280101		C.H.	NO	INSUF.CARDIA,MICOSIS UROPESIS NEUMONIA	
176	1194	M	SOLT.	PRIM	COMERCIO		210794	290301	19:40	C.H.	NO	CIANOSIS,INFARTO,INSUF CARDIACA	
177	893	M	SOLT.	SEC	OFICIO		120793	60801	09:15	HVILLA	NO	CHOQUE HIPOVOLEMICO,GASTRITIS,DIABETES	AMPU. D PIE.
178	1096	M	VIUDO	ANALF	OFICIO	1904	290296	280801	12:50	C.H.	NO	CHOQ.SEPTICO,ULCER/PRESION	2M SIN ALIMENTO
179	2193	F	SOLT.	PRIM	HOGAR	1914	211293	50901		C.H.	NO	TRAS. VASC.CEREBRAL.	EDO.COMA
180	2092	F	SOLT.	ANALF	HOGAR	1920	310892	100901	10:35	C.H.	NO	SANGRA.TUBO DIGEST,DESNUT,SEPS	1M FASE TERMINAL
181	2293	F	VIUDO	PRIM	OFICIO	1925	201293	221001	10:30	C.H.	NO	PARO CARDIORESP.INFART.LAC.IZQ.	
182	S/N	F	VIUDO	ANALF	HOGAR		290193	241001	11:35	C.H.	NO	INSUF.RESP,HERNIA HIATAL, C.H.	
183	189	M	SOLT.	PRIM	COMERCIO		070198	91201	16:00	C.H.	NO	PARO CARDIORESP.HIPERTEN.ANEMIA	
184	189	M	SOLT.	PRIM	COMERCIO		170189	091201,	16:00	C.H.	NO	IAM. HIPERTEN.ARTERIAL. CADIOP.MX	ANEMI CRONICA
185	1301	F	SOLT.	ANALF	ACT.VAR.	1904	81101	180102	10:30	RAZA	SI	INFART.CEREB.DESEQ.HIDROELEC	NO ADAPTACIO
186	1197	F	VIUDO	PRIM	OFICIO	160716	260595	10202	21:55	HGTICOMAN	NO	NEUMO.INSUF.RESP.DIABETES	
187	188	M	SOLT.	BACH.	ACT.VAR.		170588	100202	03:10	HGM	NO	NEUMO.FOCOS ESPACIO. MULT.INSUF	
188	1184	F	SOLT.	ANALF	EMP.DOM	60124	240484	140302	10:30	C.H.	NO	SEPTISEMIA NEUMO DESNUTRI.	CANCER
189	687	M	SOLT.	ANALF	OFICIO	1933	1997	160602					
190	1791	F	VIUDO	ANALF	HOGAR	210806	201191	30702	04:20	C.H.		IAM.DESEQ.HIDROE.ULCER/PRESION	
191	999	F	CASADO	PROF.	PROFESION	220738	170399	170702	16:30	RAZA	NO	CHOQ.SEPT.INSUF.RENAL DIABETES	
192	2799	F	VIUDO	ANALF	EMP.DOM	180541	221099	70802	10:20	C.H.	NO	IAM.DESEQ.HIDROE.	
193	1498	M	VIUDO	PRIM	OFICIO	160927	210798	290802	01:10	HGM	NO	EDEMA CEREB.HEMORRAG.CEREB	PARKINSON
194	1600	M	SOLT.	SEC	OFICIO		40900	80902	14:15	RAZA	NO	ACIDOSISMETABO. SINDRO.UREMICO	
195	397	F	VIUDO	PROF.	PROFESION	300712	120297	190902					

TABLA 2. Control de Información del Análisis de Expedientes de Casa Hogar para Ancianos Marillac en el Periodo 1998-2002

	NOMBRE	SEX	EDO.CIVIL	ESC.	OCUP.	F.NAC.	F.INGR	F.DEFUN	HORA	LUGAR	DEMEN.	DIAGNOS.MUERTE	OBSERV
1	SEBASTIAN	M						130198					
2	MA. ANGELES	F						170198					
3	MANUEL	M						250198					
4	ANTONIO	M						270198					
5	SABINO	M						300198					
6	CARMEN	F						30298					
7	BENITA ANA	F						50298					
8	MA. LUISA	F						80298					
9	MA. DE JESUS	F						190298					
10	CRISTINA	F						260298					
11	EPIFANIA	F						80398					
12	MA. DE LA LUZ	F						10498					
13	MARIA	F						170498					
14	ROSA	F						100498					
15	JUANA	F						270498					
16	RAFAELA	F						290698					
17	RICARDO	M						190798					
18	FLORENCIA	F						280798					
19	ELENA	F						300898					
20	MA. LUISA	F						60998					
21	ISABEL	F						300998					
22	ANGELA	F						101098					
23	QUINTILA	F						121198					
24	CANDELARIA	F						161198					
25	GEORGINA	F						201298					
26	ROSARIO							281298					
27	MA. CONCEPCIÓN	F						70199					
28	ANGELICA	F						310199					
29	MAGDALENA	F						150299					
30	ANA MA.	F						80299					
31	OFELIA	F						240199					

32	FELIX	M						130299					
33	CONCEPCION							250299					
34	MANUEL	M						40499					
35	ALTAGRACIA	F						150499					
36	ISIDRA	F						40599					
37	JOSEFINA	F						200599					
38	JOSEFINA	F						240799					
39	JOSEFINA	F						310799					
40	DAVID	M						130999					
41	MARIA	F						190999					
42	JUANA	F						121099					
43	ROSA	F						21199					
44	ELENA	F						91199					
45	MARIA	F						291199					
46	MARIA	F						31299					
47	MA. CARMEN	F						121299					
48	JUANA	F						161299					
49	OFELIA	F						241299					
50	CATALINA	F						70100					
51	GUILLERMO	M						130100					
52	CARLOS	M						40200					
53	MA. ELENA	F						110200					
54	ERASMO	M						130200					
55	JUANA	F						240200					
56	BELEM	F						280200					
57	LAURA	F						130300					
58	CARMEN	F						190300					
59	ALBERTO	M						40400					
60	MA. GUADALUPE	F						310500					
61	MA. TERESA	F						120600					
62	ENRIQUE	M						20700					
63	CATALINA	F						230700					
64	NATALIA	F						120900					
65	JOSEFINA	F						130900					
66	JUANA MA.	F						210900					
67	CARLOS	M						71000					
68	ESTEBAN	M						251000					
69	DELFINO	M						271000					
70	CARMEN	F						161100					

71	MA. DEL CONSUELO	F					281100					
72	CATALINA	F					201200					
73	MA. LUZ	F					60101					
74	ELENA	F					90101					
75	SALUD						12 0101					
76	RAQUEL	F					12 0101					
77	MA. ISABEL	F					170101					
78	ESTELA LAZO	F					180101					
79	AURORA	F					200101					
80	RAFAEL	M					250101					
81	JOSE	M					250101					
82	MA. CARMEN	F					310101					
83	ADELA	F					90201					
84	MERCEDEZ	F					130201					
85	JESUS	M					180201					
86	CONCEPCION						210201					
87	PILAR	F					20301					
88	LUCRECIA	F					160301					
89	JESUS	M					170301					
90	CECILIA	F					190301					
91	MARINA	F					280301					
92	TERESA	F					300301					
93	TEOFILA	F					40401					
94	A. MARGARITA	F					40401					
95	JOSEFINA	F					220401					
96	MA. INES	F					270401					
97	TIBURCIO	M					130501					
98	GILBERTO	M					290501					
99	FAUSTINA	F					110601					
100	ALICIA	F					110601					
101	MARIA	F					210601					
102	LUICINA	F					30701					
103	ARTURO	M					70701					
104	ELENA	F					100701					
105	MA. DE JESUS	F					30801					
106	ELISA	F					30801					
107	SIMONA	F					120801					
108	JOAQUIN	M					51001					
109	FRANCISCO	M					291001					

110	CARMEN	F						11101					
111	MARIA. LUZ	F						281101					
112	MA. TERESA	F						02 1201					
113	ICELA	F						141201					
114	CARMEN	F						141201					
115	MA. JESUS	F						161201					
116	RAYMUNDO	M						280102					
117	FAUSTO	M						280102					
118	JOSE	M						05 0202					
119	EUSTOLIA	F						130202					
120	ANTONIA	F						260402					
121	JULIA	F						290402					
122	RAUL	M						03 0502					
123	ROSENDO	M						290402					
124	CARMEN	F						70502					
125	VICTORIA	F						210502					
126	AMALIA	F						100602					
127	MA. LUZ	F						120802					
128	MA. FLORENCIA	F						170802					
129	CONSUELO	F						170802					
130	ELENA	F						190802					
131	ESPERANZA	F						50902					
132	LEON	M						60902					
133	DOMINGO	M						131002					
134	MA. GUADALUPE	F						191002					
135	OFELIA RIVERA	F						71102					
136	MA. ANGELES	F						291102					
137	BERNARDA	F						31202					
138	GRACIELA	F						61202					
139	JUAN	M						291202					



Celdas sin datos ya que no existen registros en la Casa Hogar Marillac

TABLA 3. Distribución de muertes reales y al azar de Casa Hogar para Ancianos Vicente García Torres del periodo 1992-2002.

AÑO	MUERTES REALES POR AÑO	MUERTES ESTIMADAS AL AZAR
92	4	1
93	1	2
94	9	6
95	7	3
96	7	7
97	8	8
98	11	3
99	8	3
2000	3	4
2001	4	0
2002	0	0

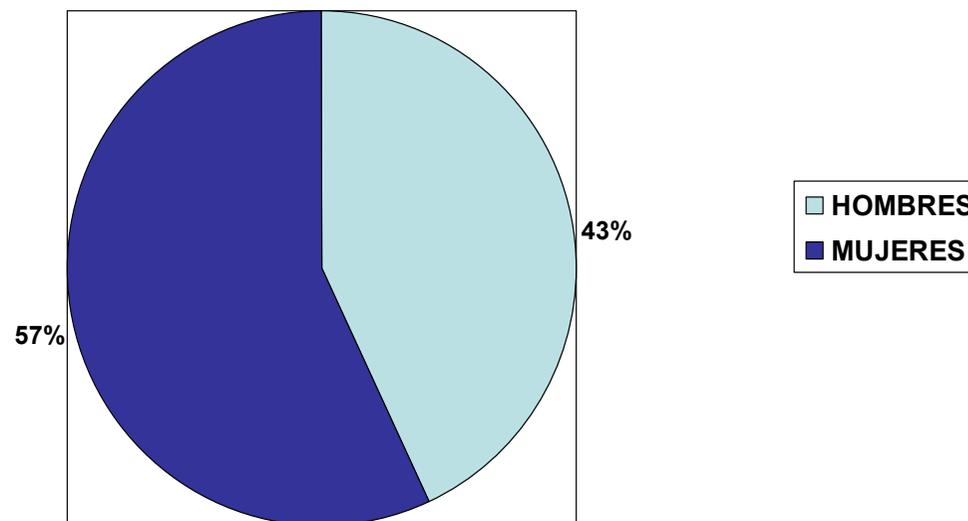
SUMA	11	62	37
PROMEDIO		05.6	03.3

TABLA 4. Distribución de muertes reales y al azar de Casa Hogar para Ancianos Marillac del periodo 1998-2002.

AÑO	MUERTES REALES POR AÑO	MUERTES ESTIMADAS AL AZAR
98	9	5
99	8	6
2000	7	4
2001	25	13
2002	10	2

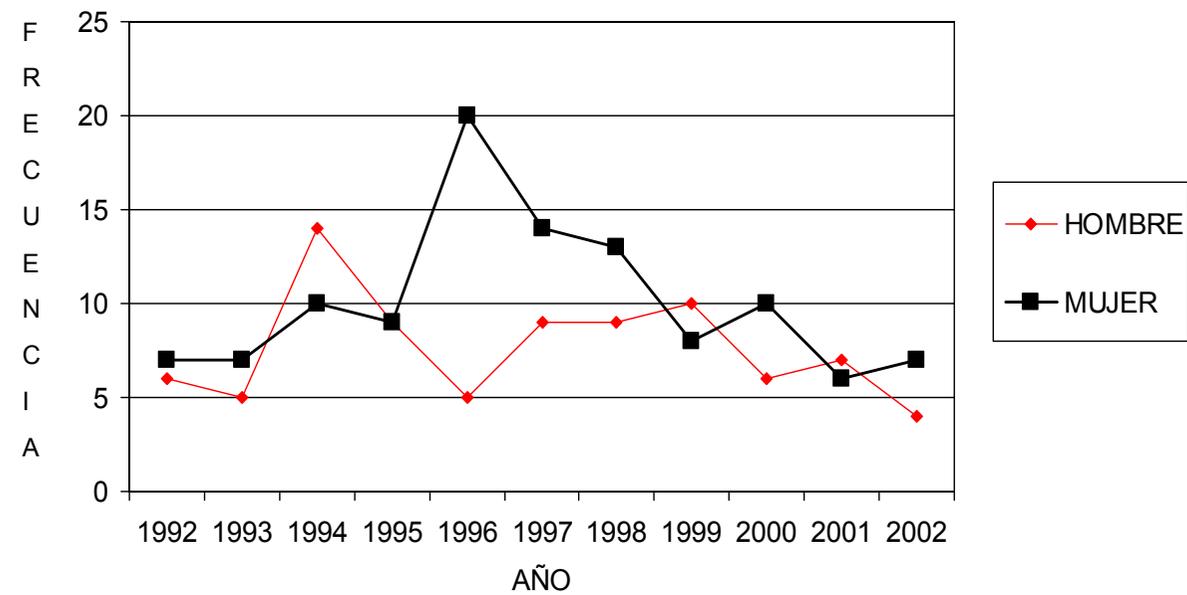
SUMA	5	59	30
PROMEDIO		11.8	06

Fig. 1 Porcentaje de hombres y mujeres ancianos difuntos en Casa Hogar Vicente García Torres.



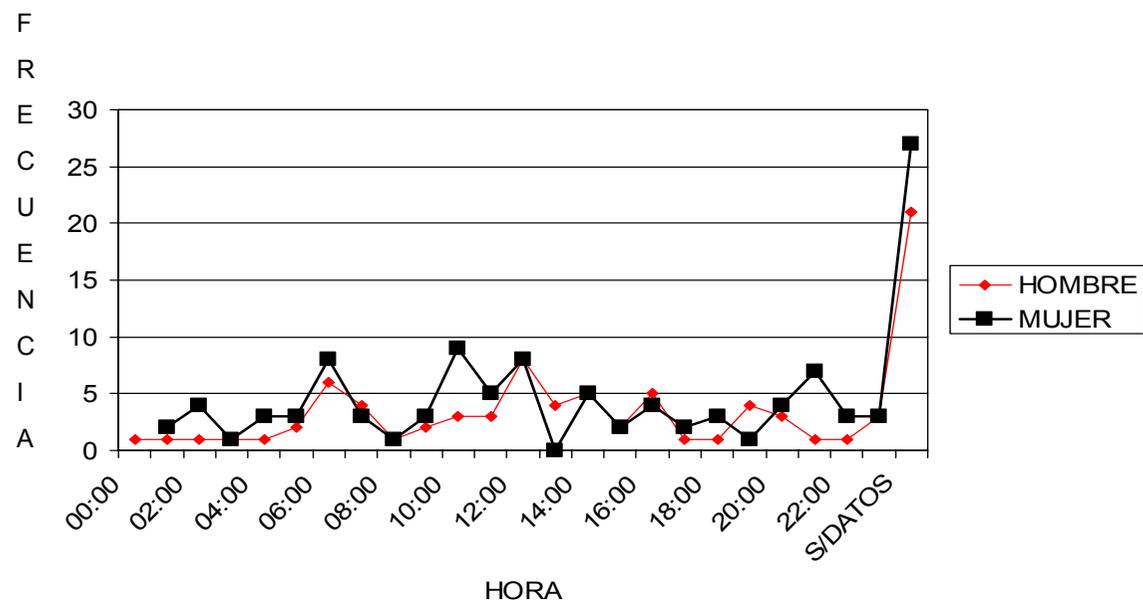
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 2 Frecuencia de mortalidad por sexo de personas ancianas en Casa Hogar Vicente García Torres.



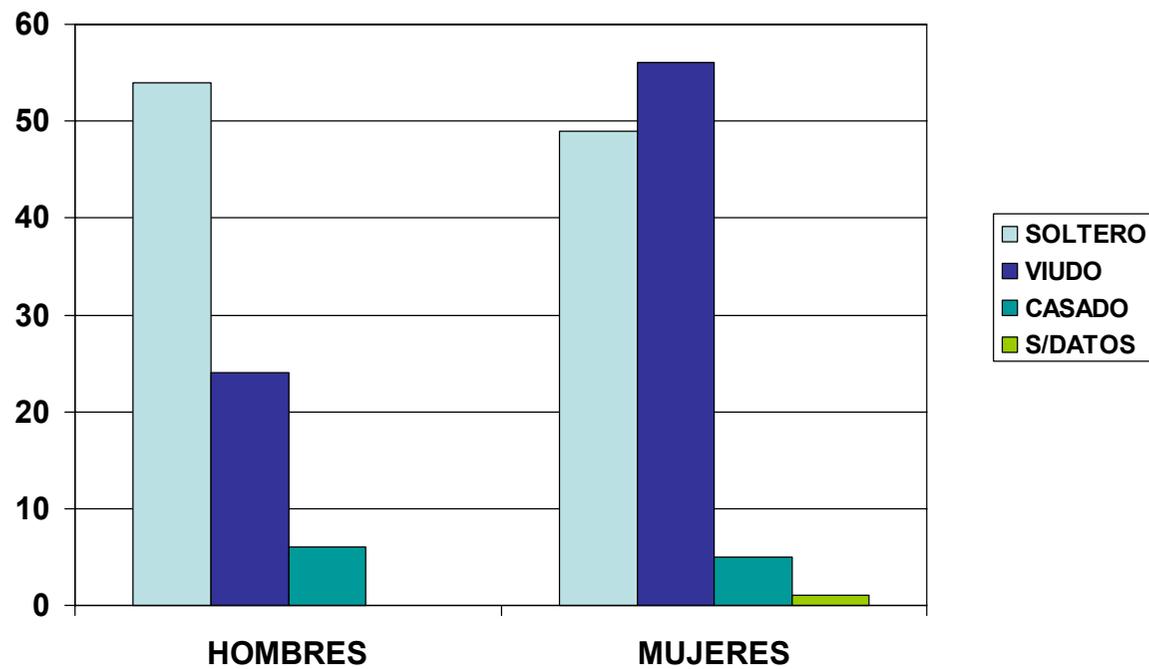
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 3 Frecuencia de mortalidad por sexo y horas de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres.



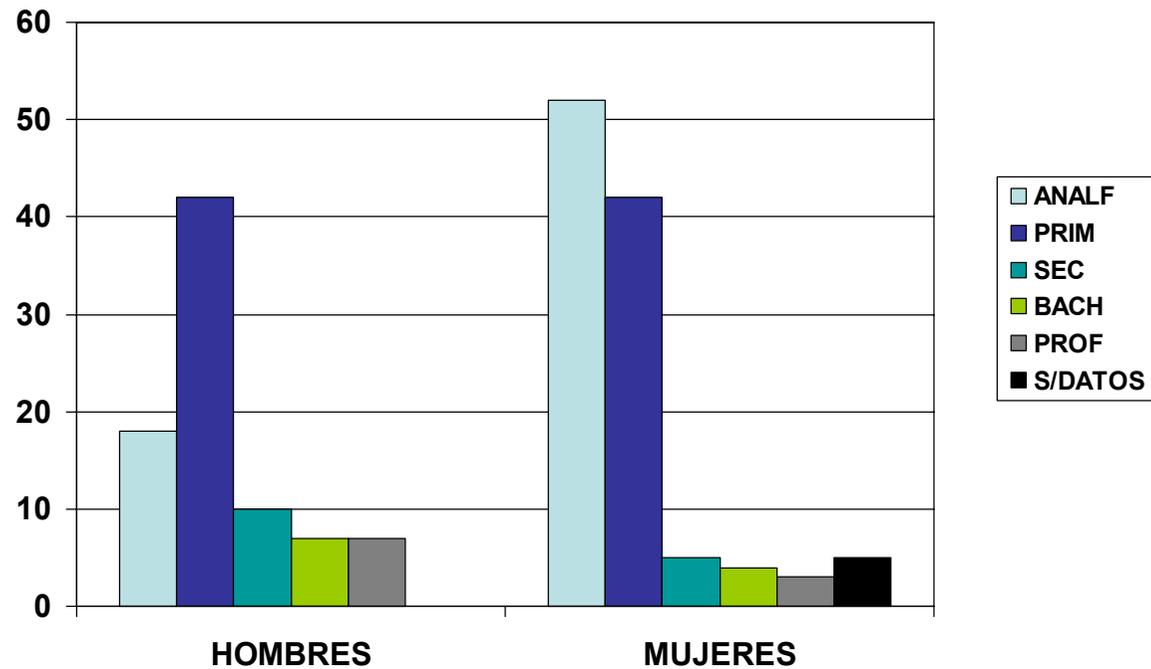
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 4 Estado Civil por sexo de ancianos difuntos en Casa Hogar Vicente García Torres.



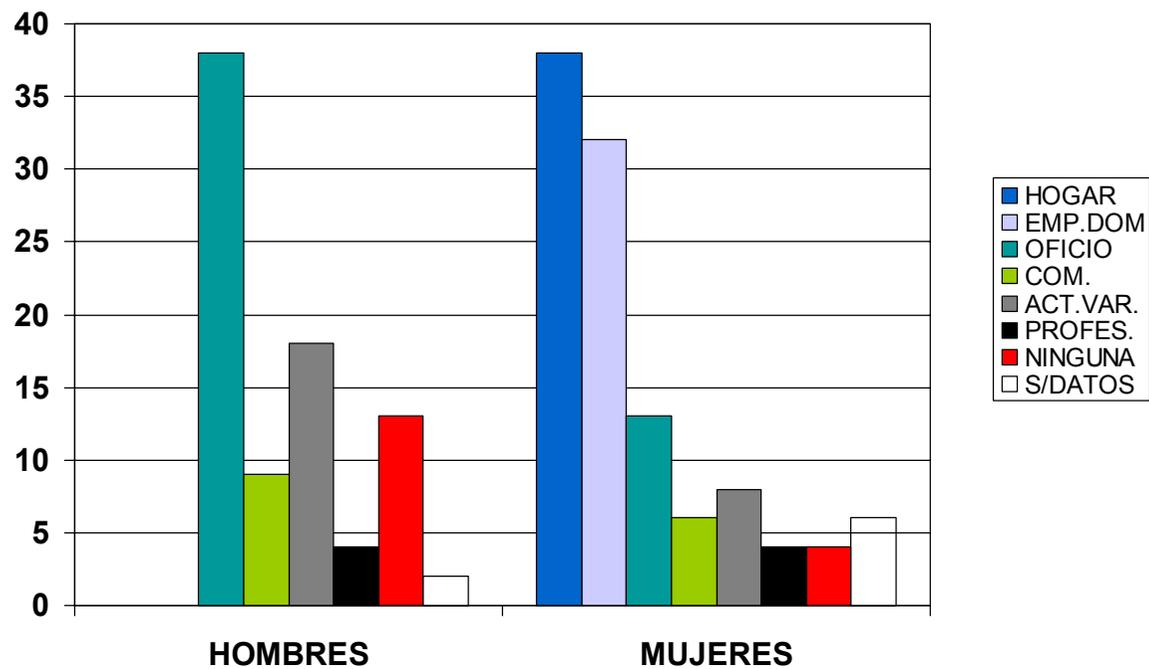
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 5 Grado de estudios por sexo de ancianos difuntos en Casa Hogar Vicente García Torres.



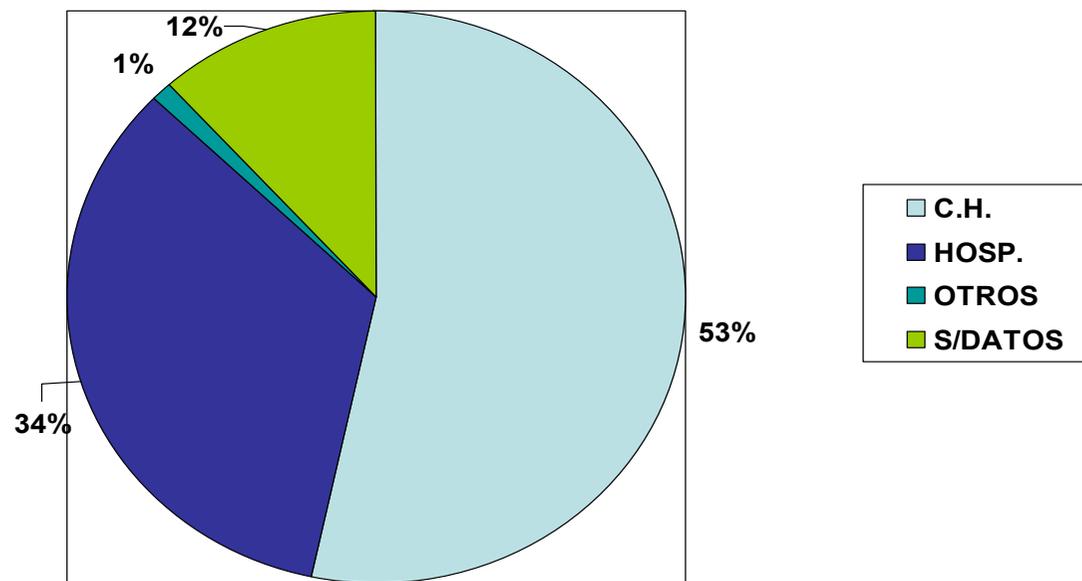
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 6 Ocupación de hombres y mujeres ancianos difuntos en Casa Hogar Vicente García Torres.



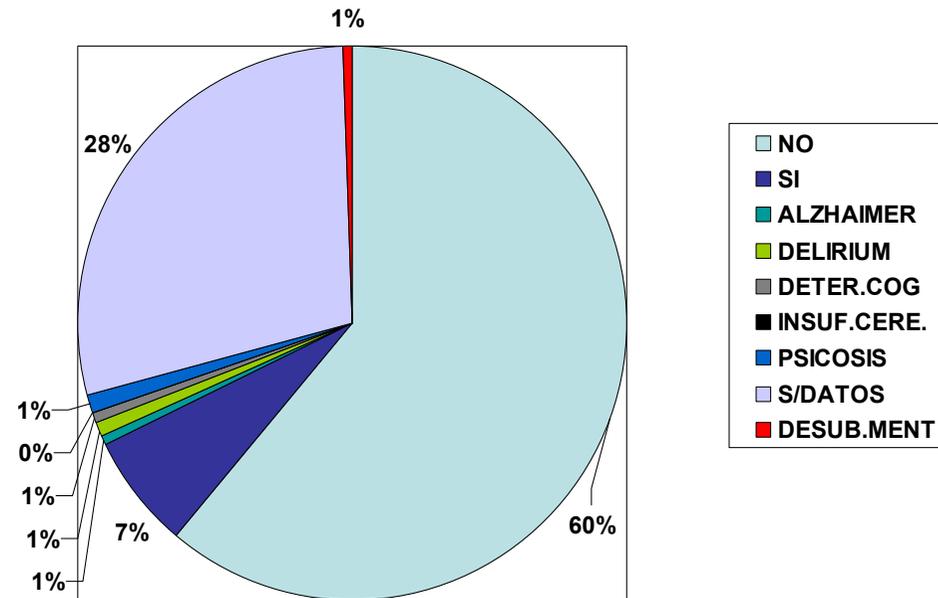
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 7 Lugar de defunción de personas ancianas en Casa Hogar Vicente García Torres.



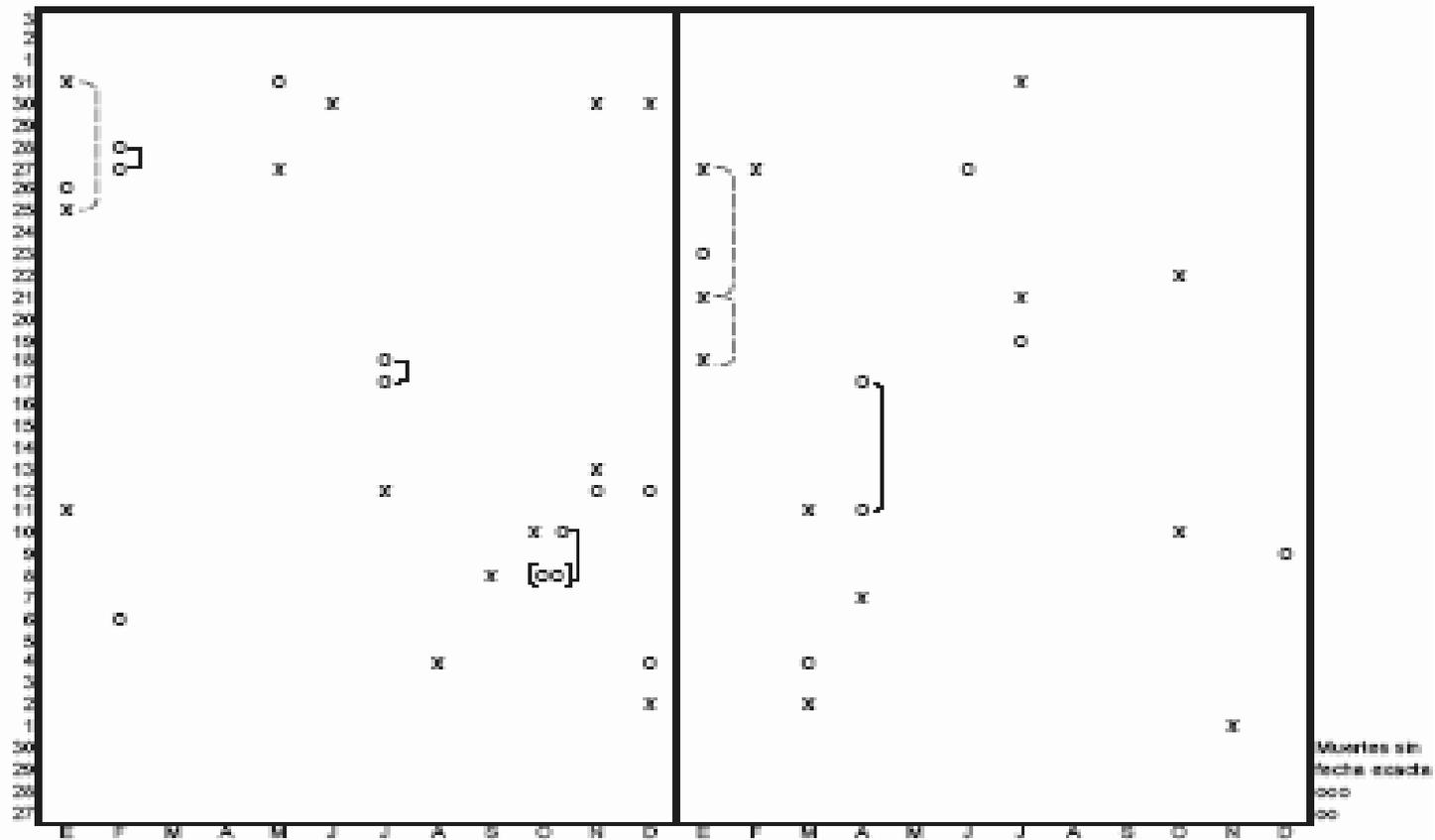
❖:FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 8 Problemas reportados de demencia de personas ancianas difuntas en Casa Hogar Vicente García Torres.



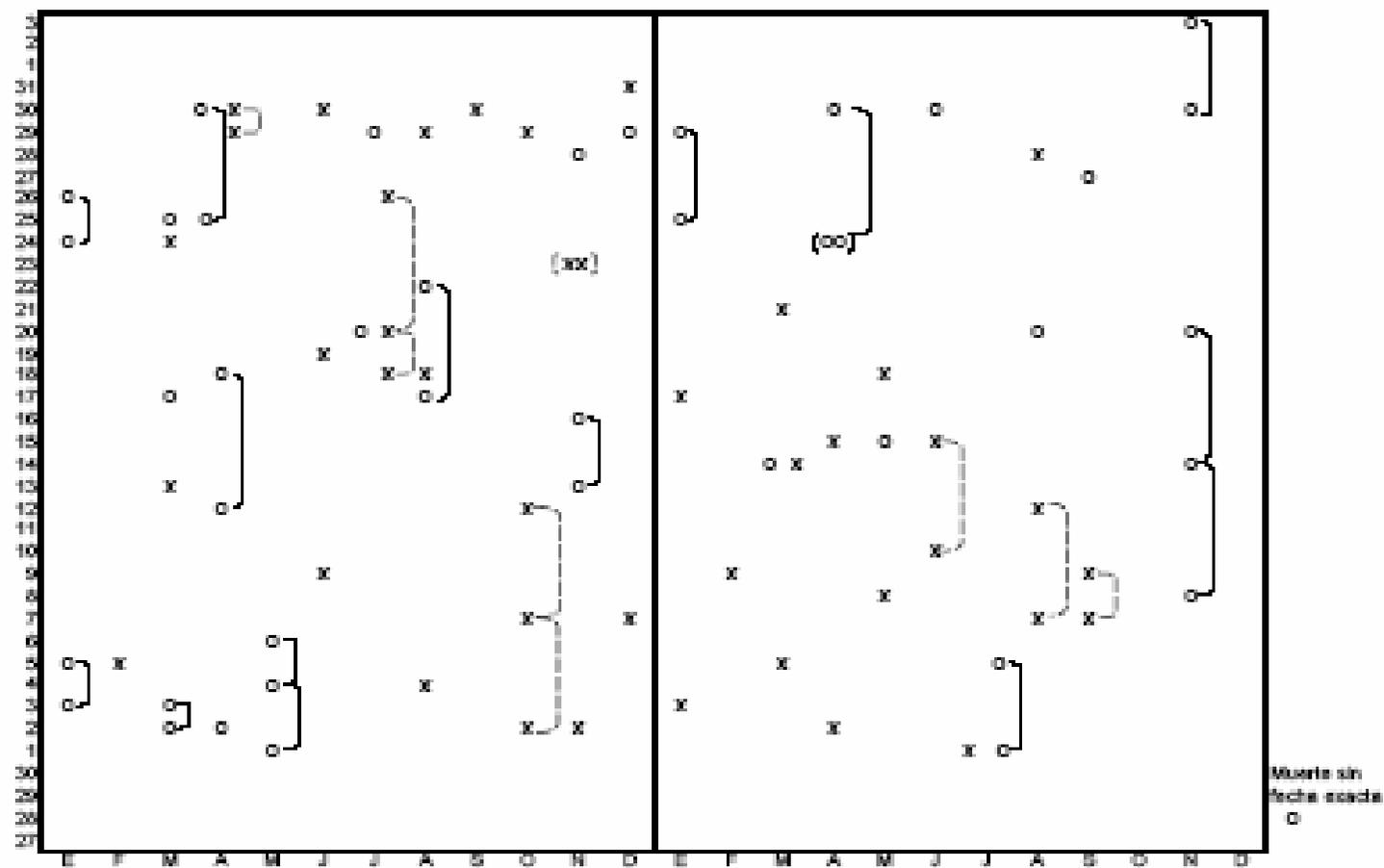
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

FIG. 9 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en los años 1992 y 1993.



FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF, México D.F., Enero 2003.

FIG. 10 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en los años 1994 y 1995.

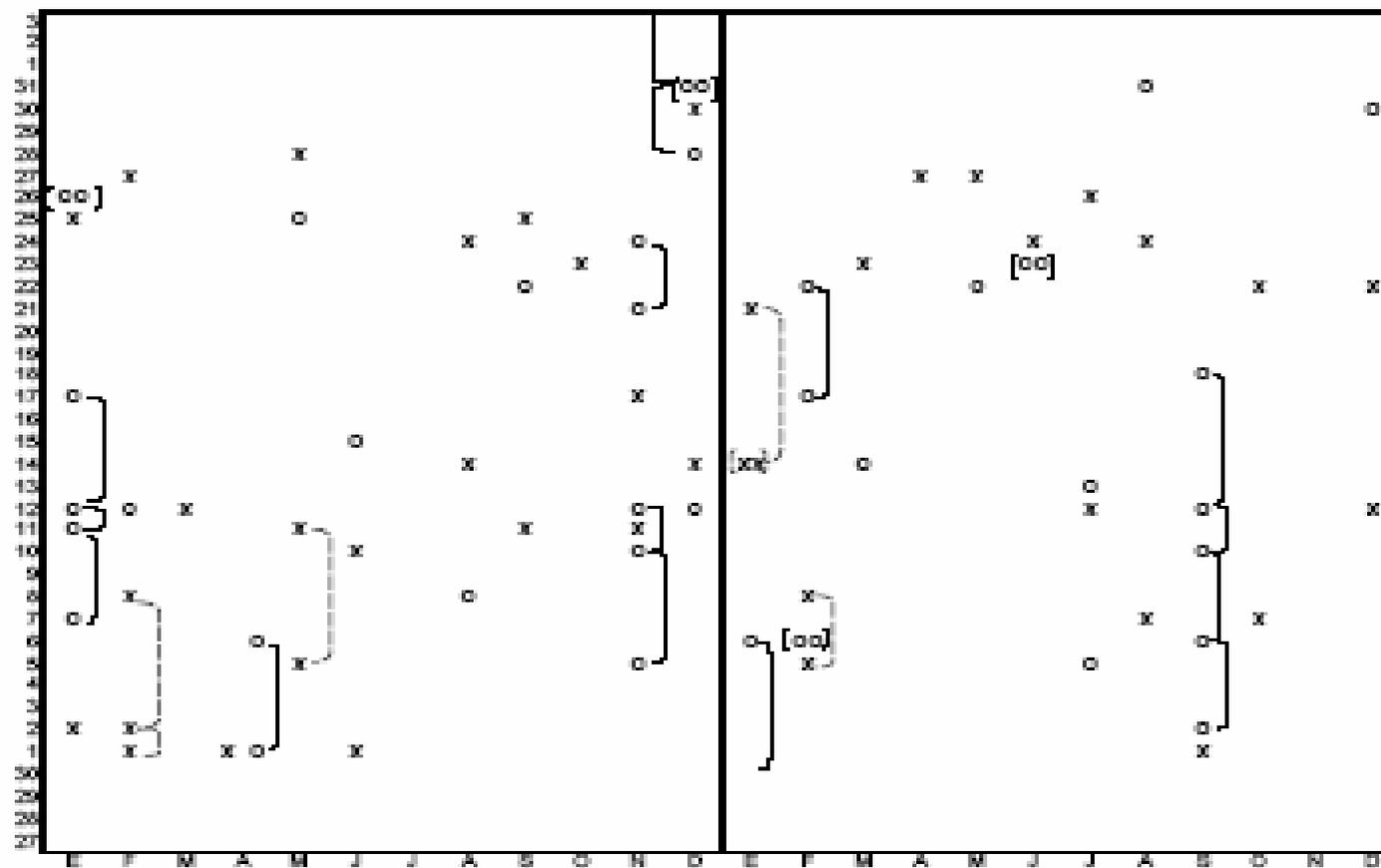


FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F., 2003.

FIG. 11 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en los años 1996 y 1997.

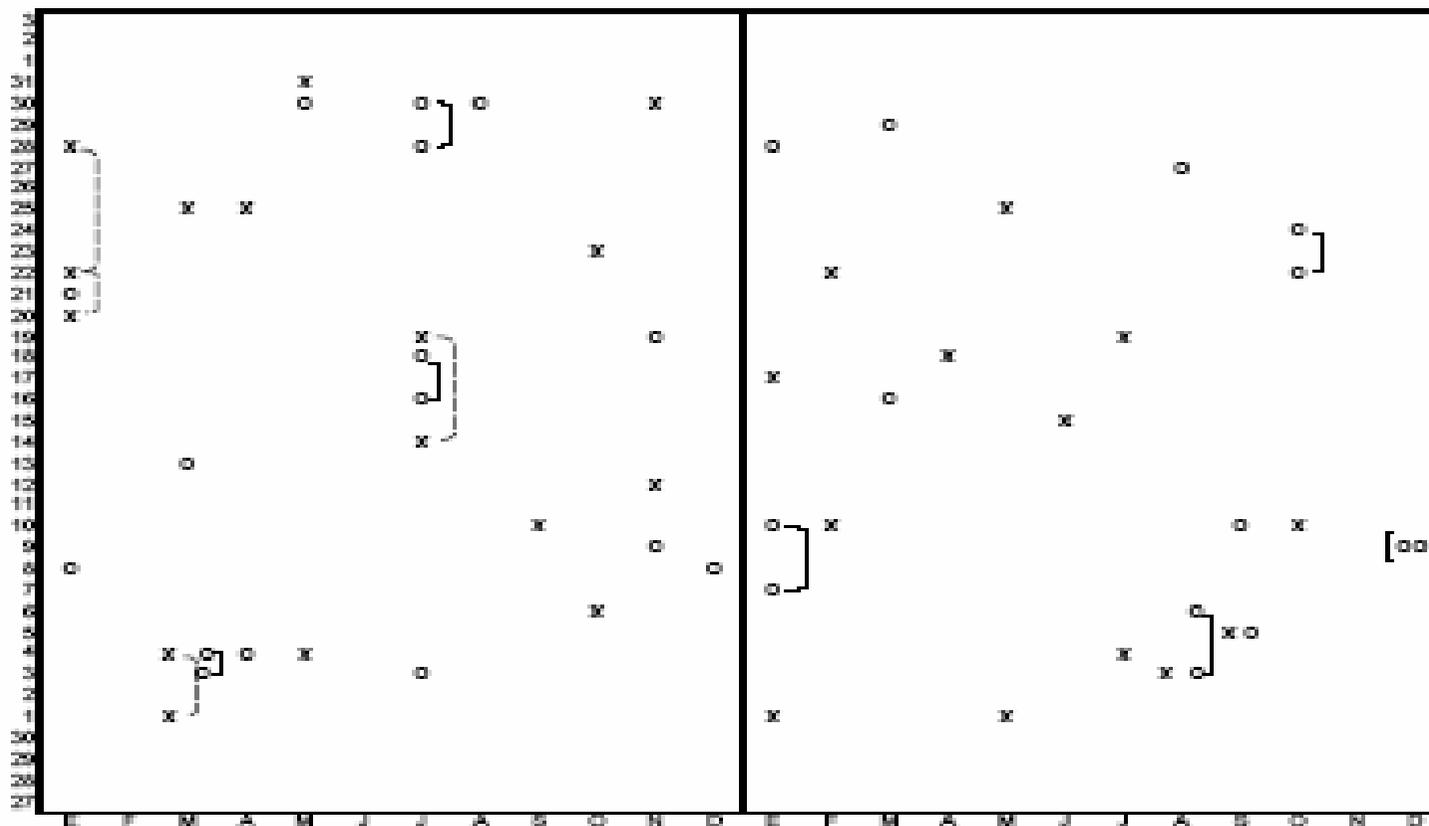


FIG. 12 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en los años 1998 y 1999.



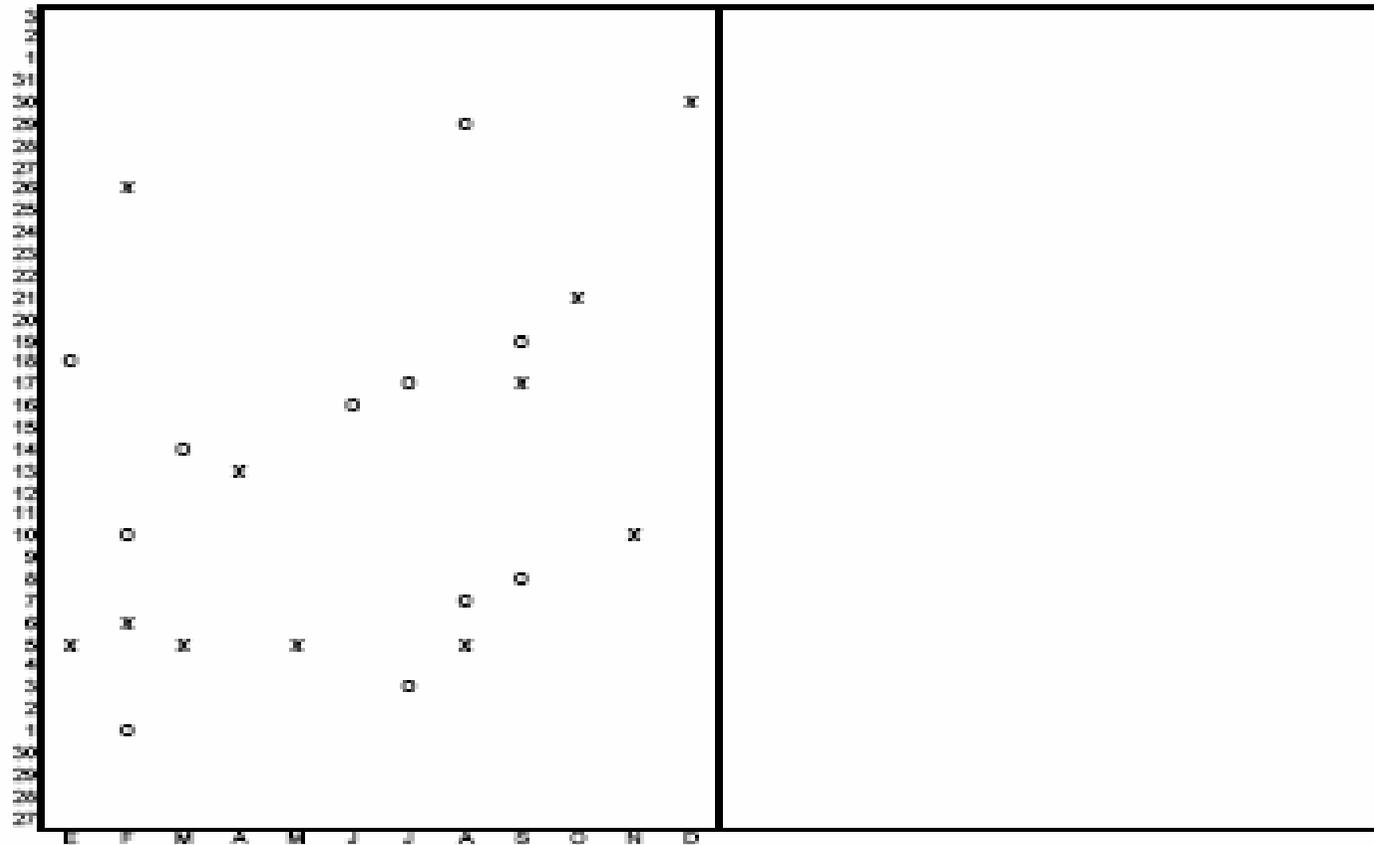
FUENTE: Datos obtenidos del Periodo 1993-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF, México D.F., 2003.

FIG. 13 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en los años 2000 y 2001.



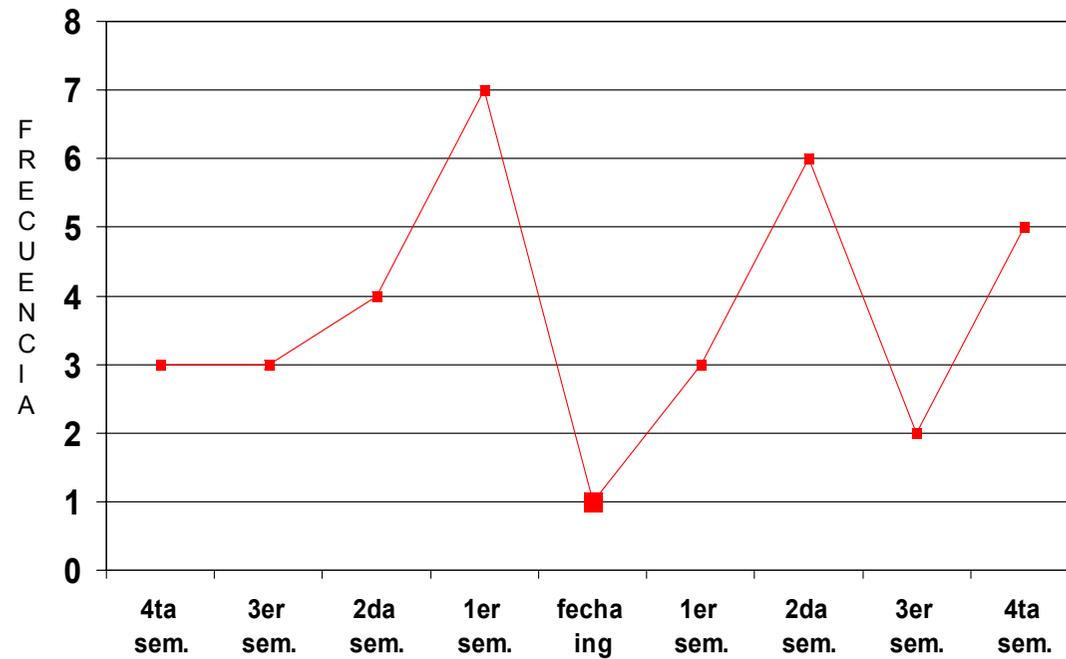
FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1993-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF, México D.F., 2003.

FIG. 14 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Vicente García Torres en el año 2002.



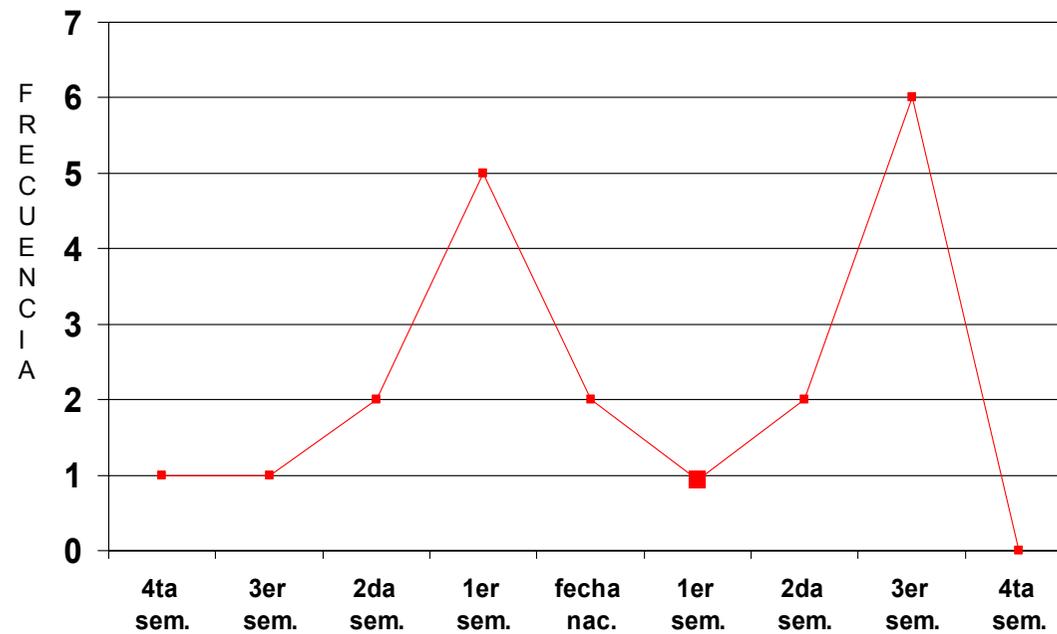
FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF, México D.F., 2003.

Fig. 15 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de ingreso en Casa Hogar Vicente García Torres.



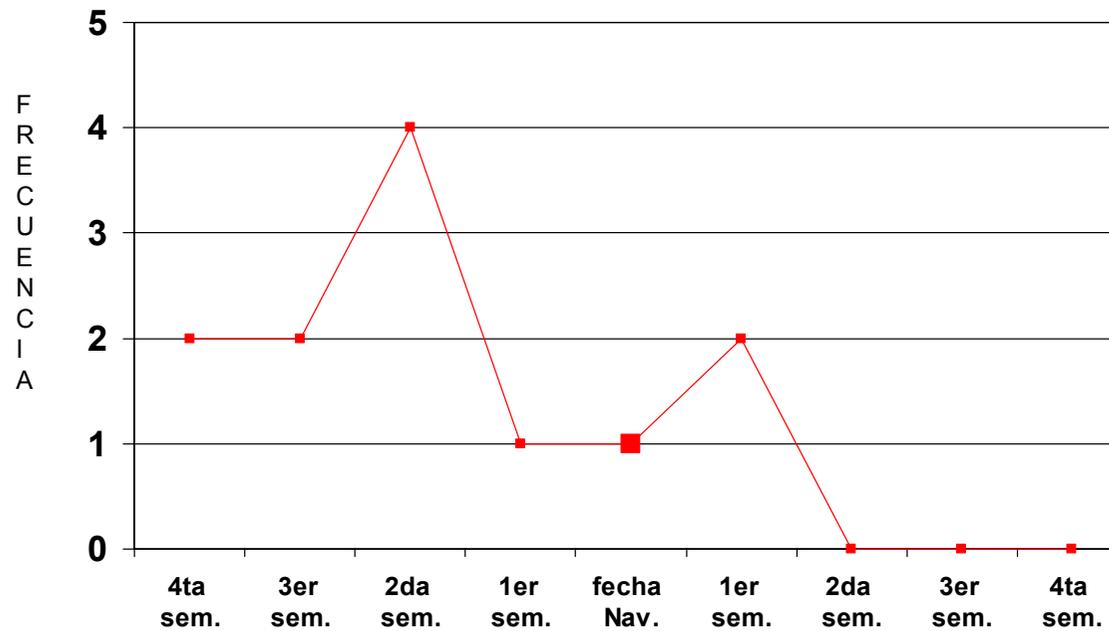
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 16 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de nacimiento en Casa Hogar Vicente García Torres.



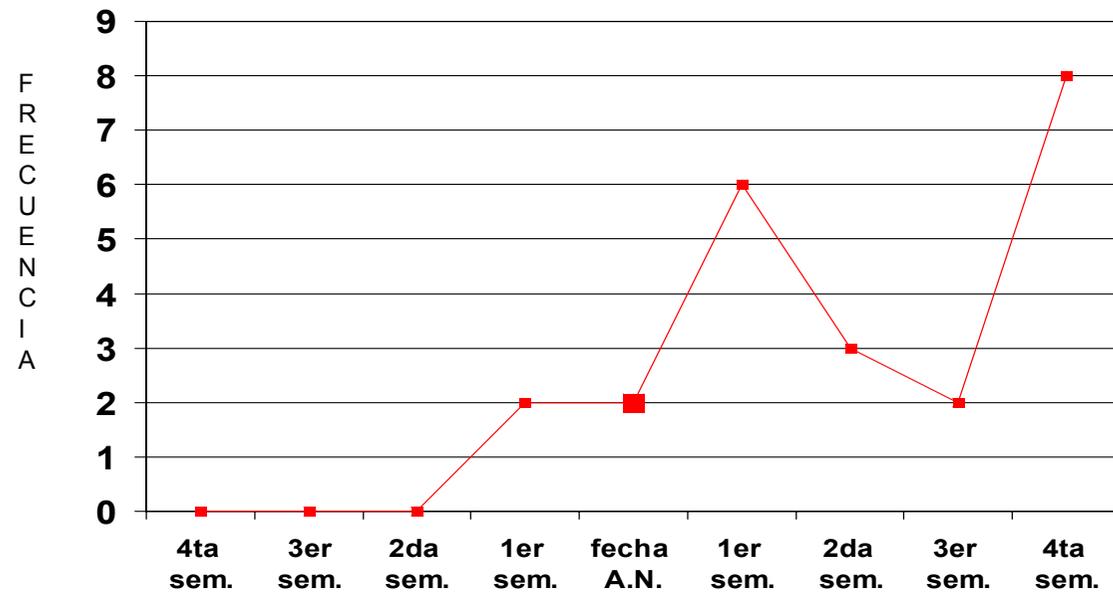
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 17 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de Navidad en Casa Hogar Vicente García Torres.



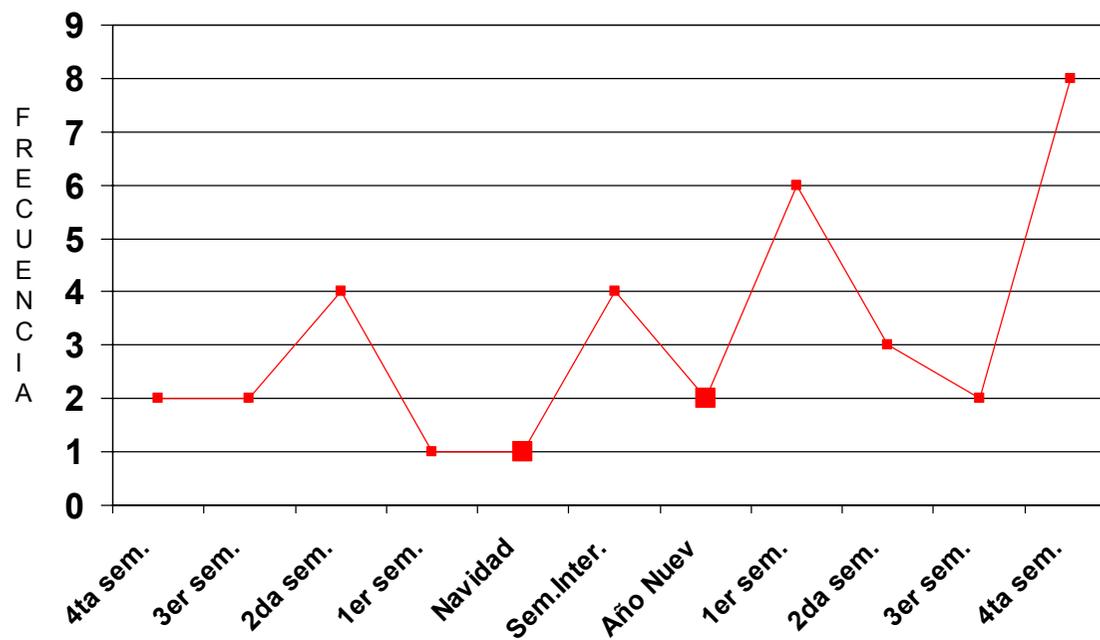
❖ FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 18 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de Año Nuevo en Casa Hogar Vicente García Torres.



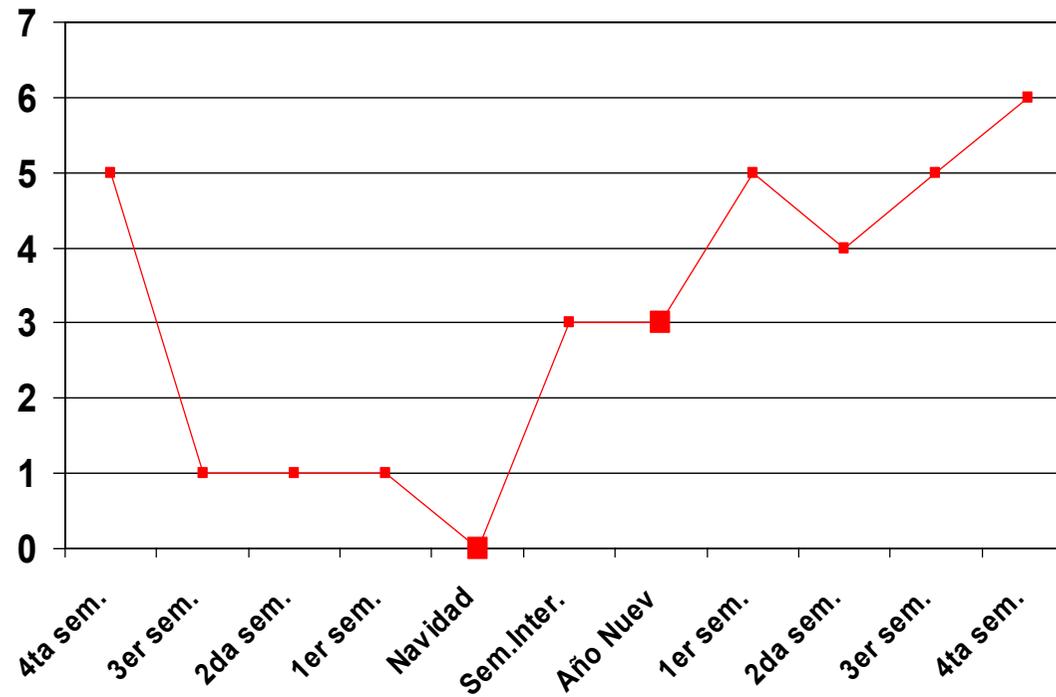
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 19 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto al periodo de Navidad y Año Nuevo en Casa Hogar Vicente García Torres.



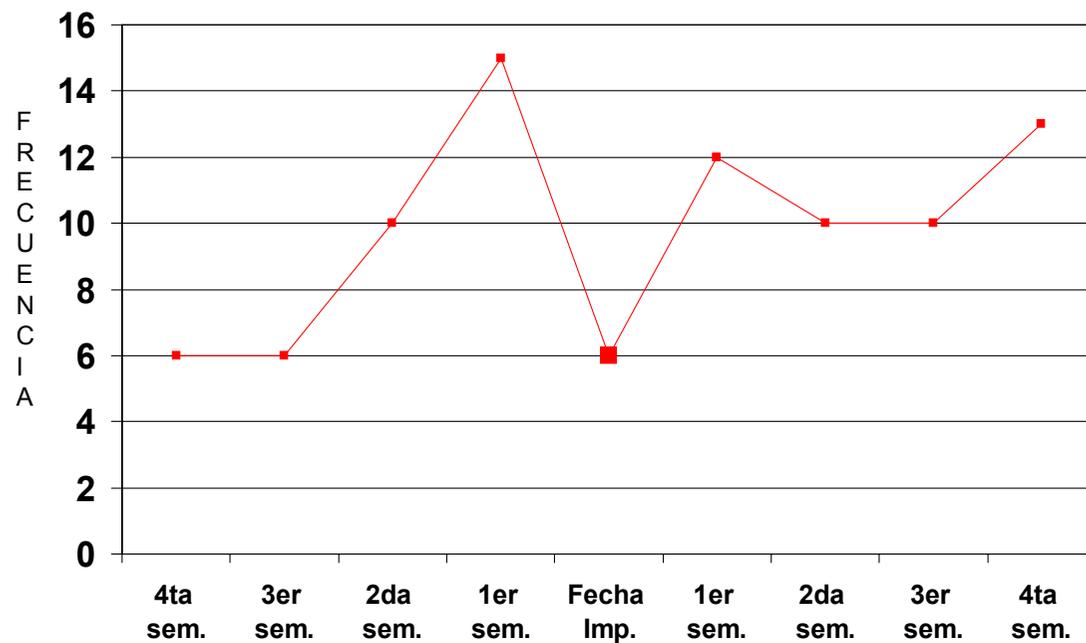
❖ FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 19-A Gráfica global de frecuencias de muertes al azar con respecto al periodo de Navidad y Año Nuevo.



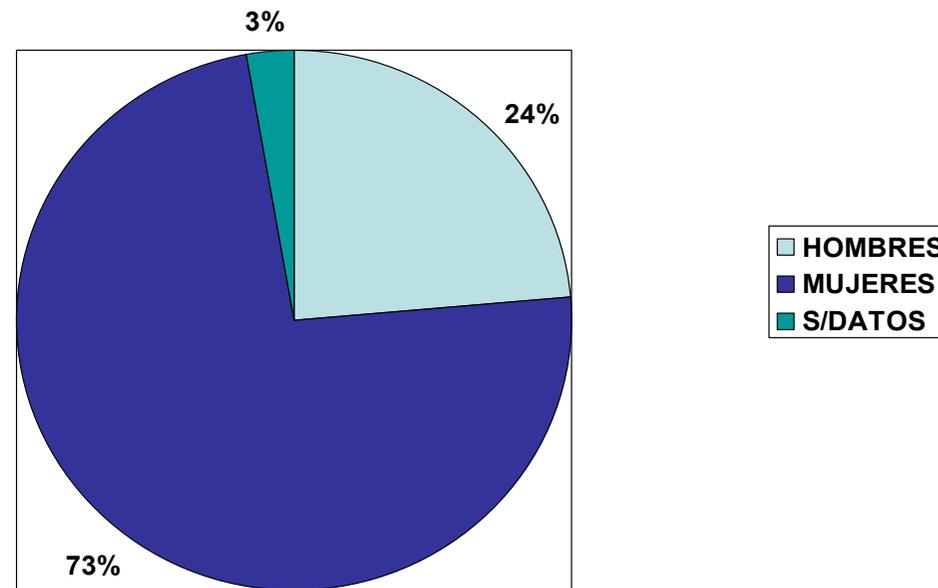
❖ FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción por distribución aleatoria de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 20 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a Fechas Importantes en Casa Hogar Vicente García Torres.



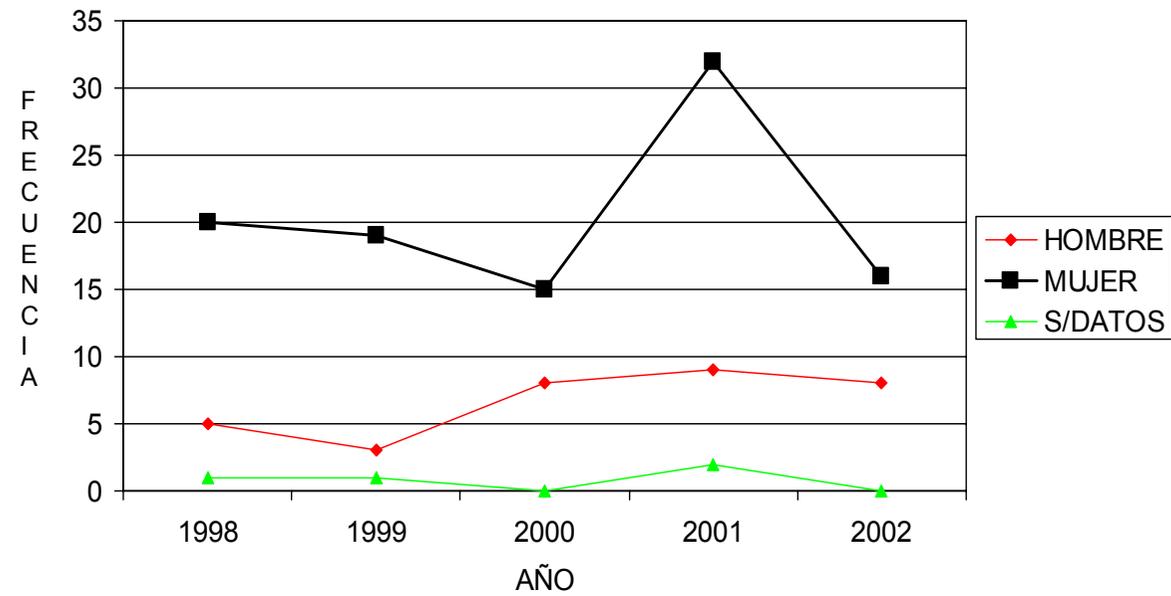
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción de la población de Casa Hogar DIF. México D.F. Enero 2003.

Fig. 21 Porcentaje de hombres y mujeres ancianos difuntos en Casa Hogar Marillac.



❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 22 Frecuencia de mortalidad por sexo de personas ancianas en Casa Hogar Marillac.



❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

FIG. 23 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Marillac en los años 1998-1999.

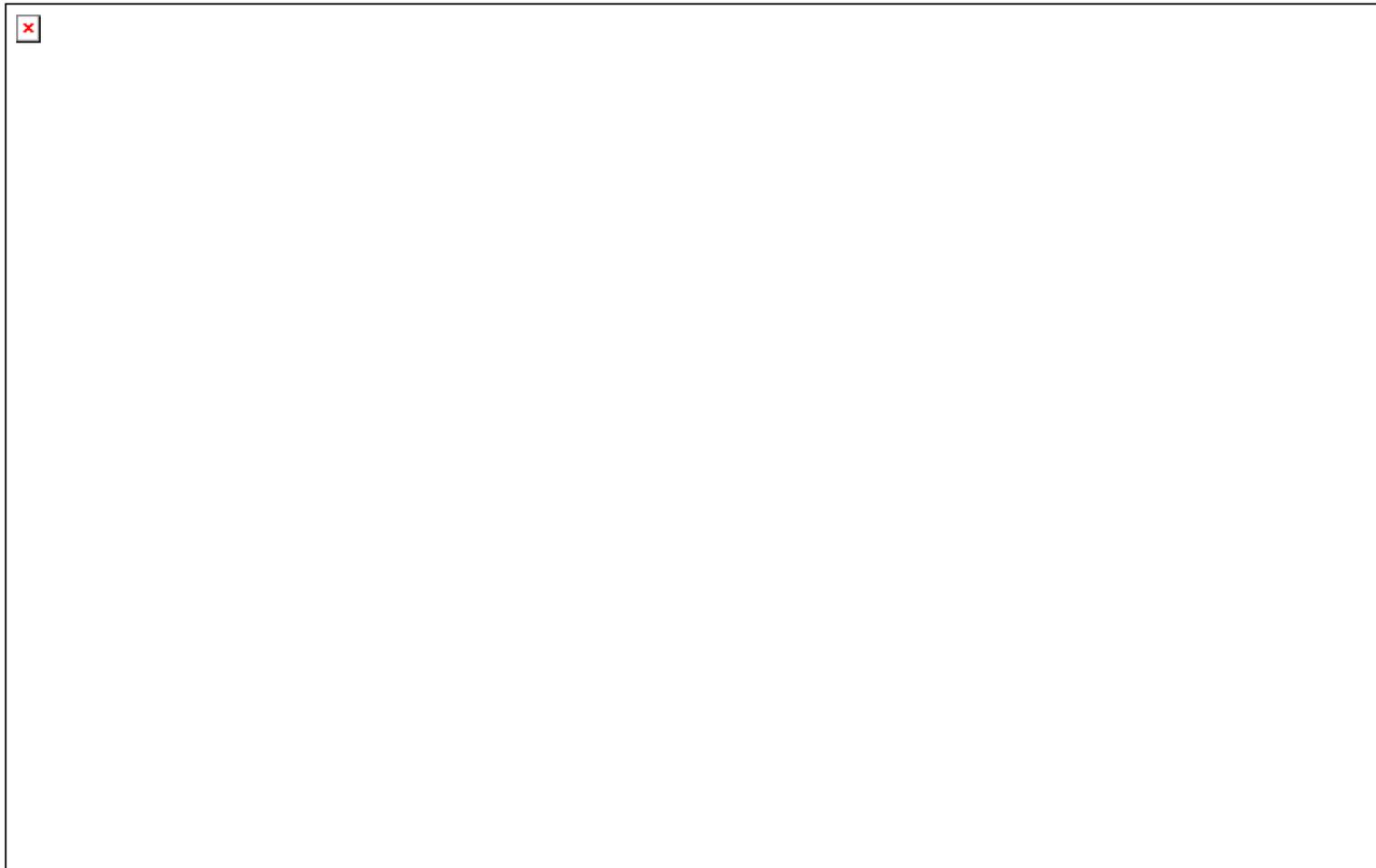
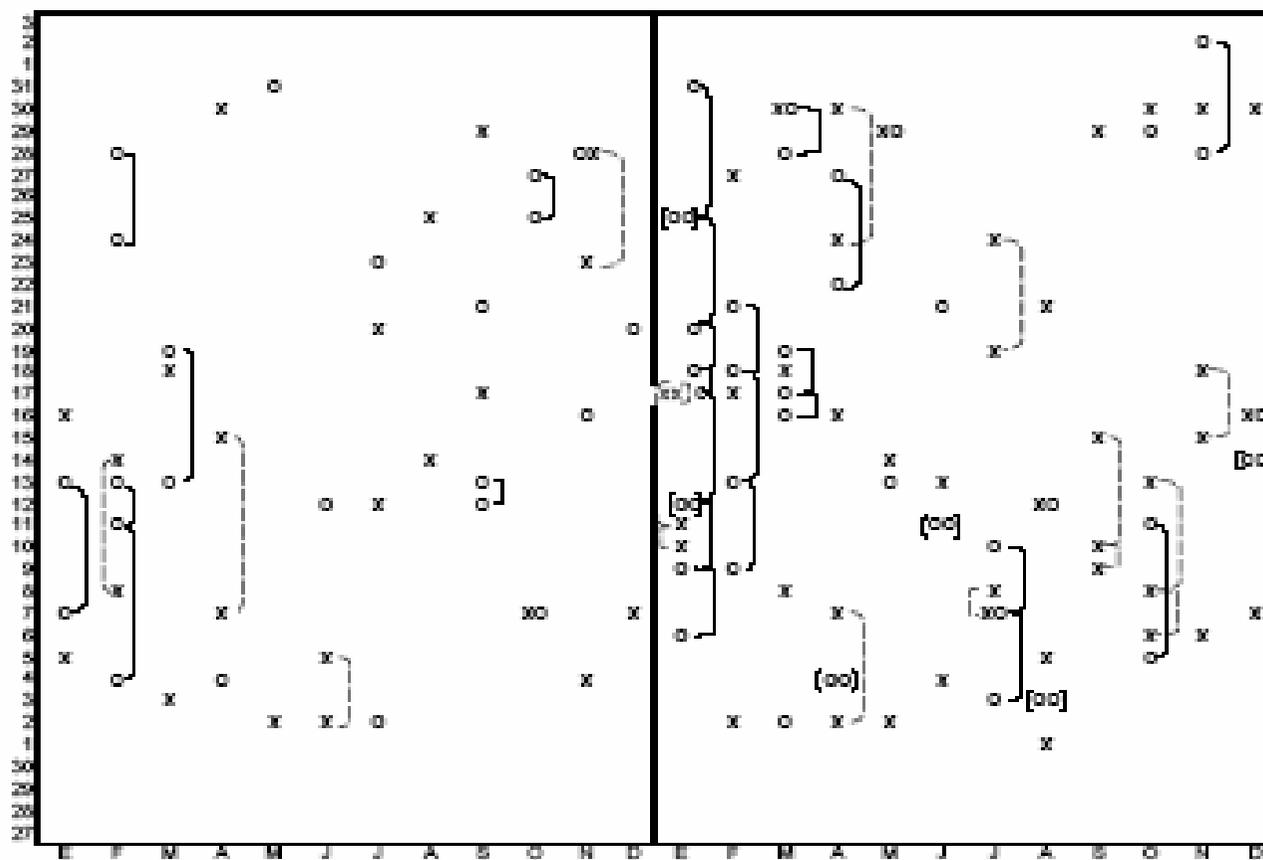
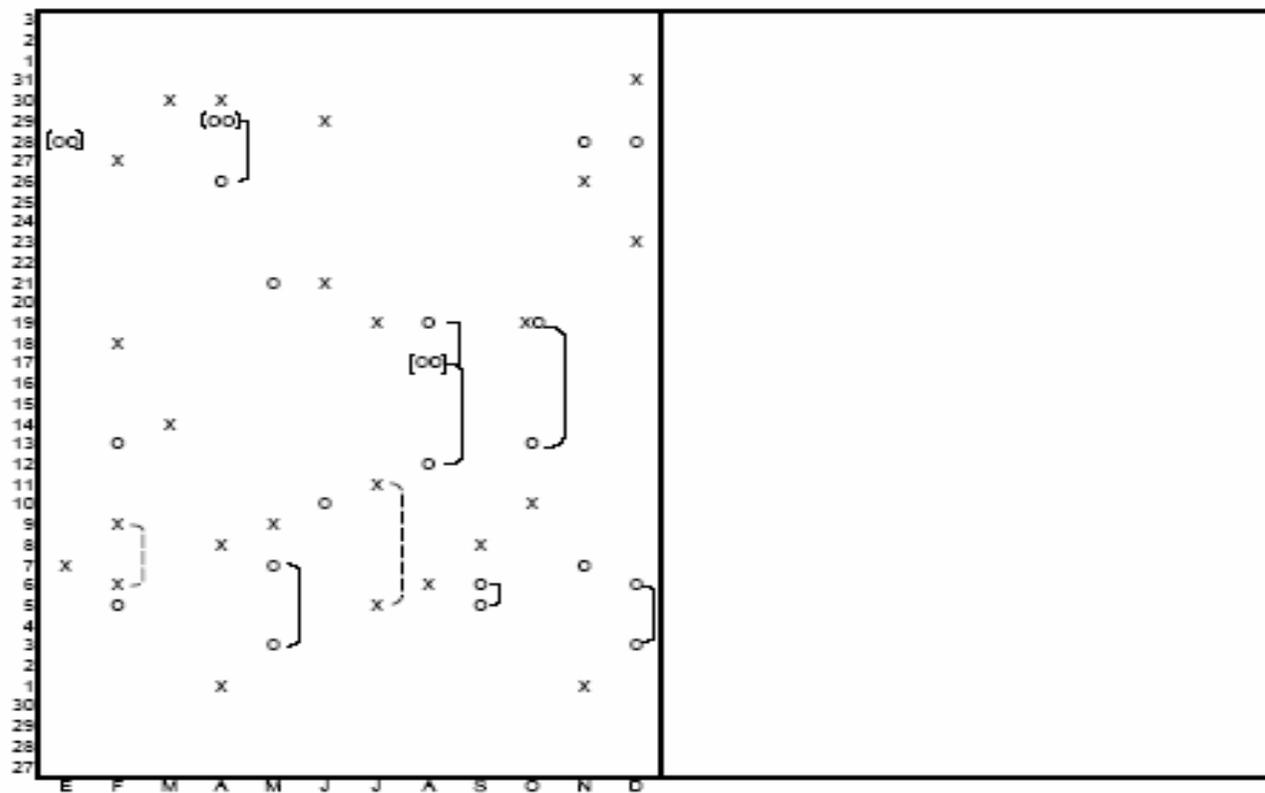


FIG. 24 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Marillac en los años 2000-2001.



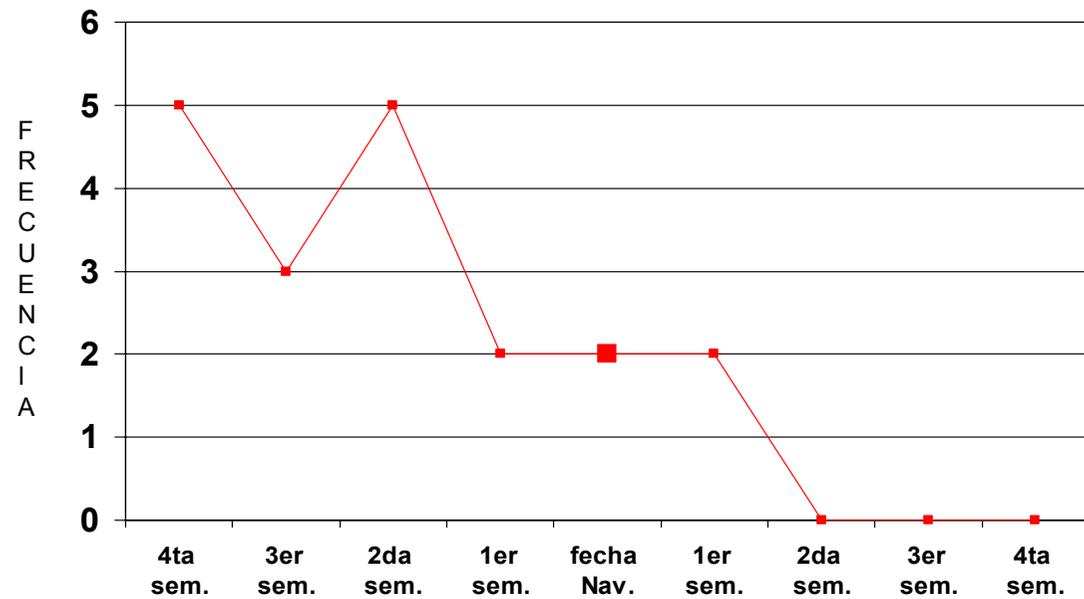
FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1995-2002 en 159 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

FIG. 25 Reportes de muertes reales y al azar de ancianos en Casa Hogar Marillac en los años 2000-2001.



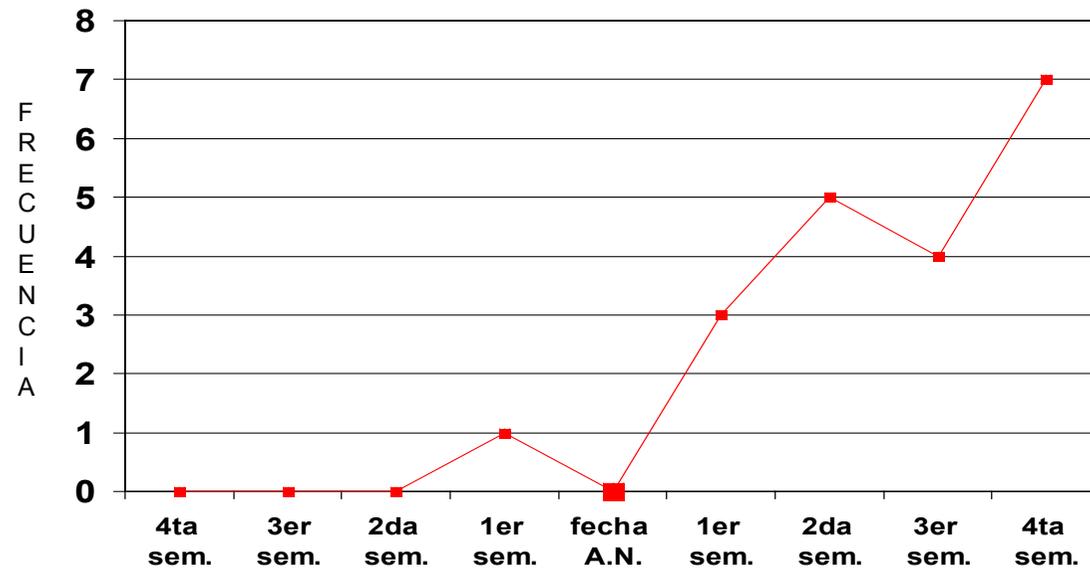
FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac, Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 26 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de Navidad en Casa Hogar Marillac.



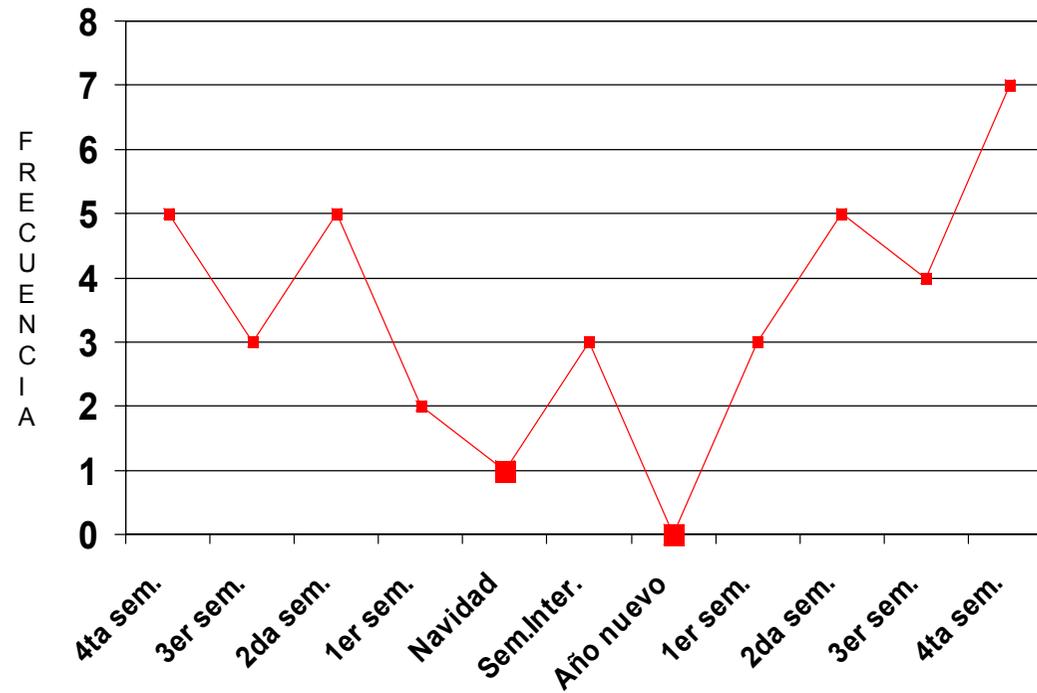
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 27 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a la fecha de Año Nuevo Casa Hogar Marillac.



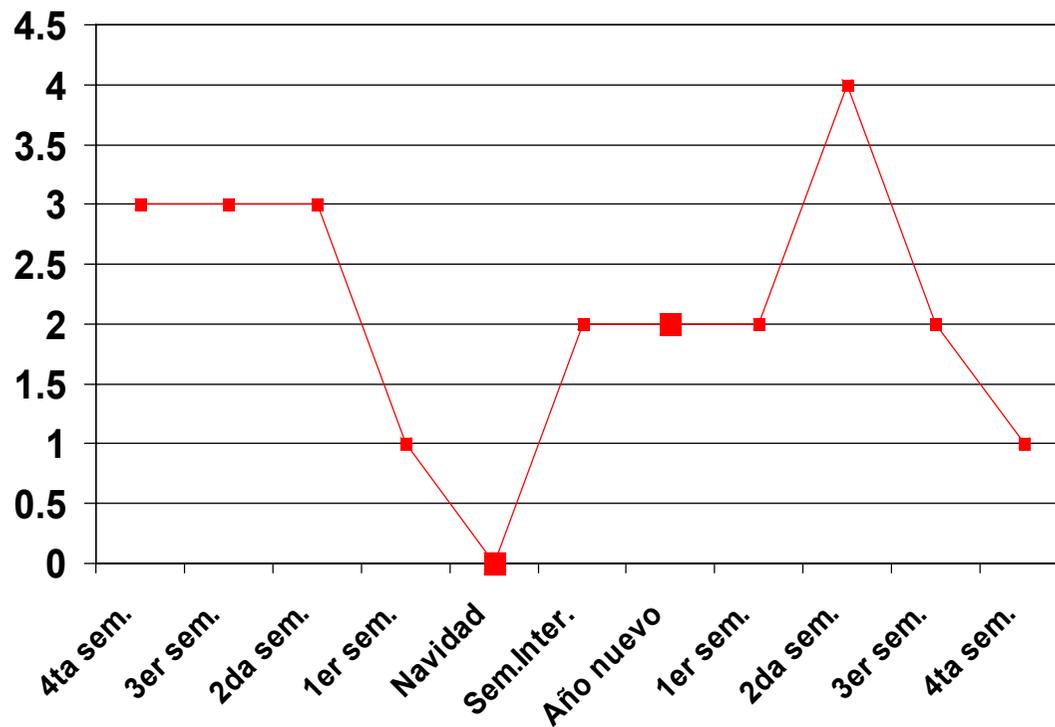
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 28 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto al periodo de Navidad y Año Nuevo Casa Hogar Marillac.



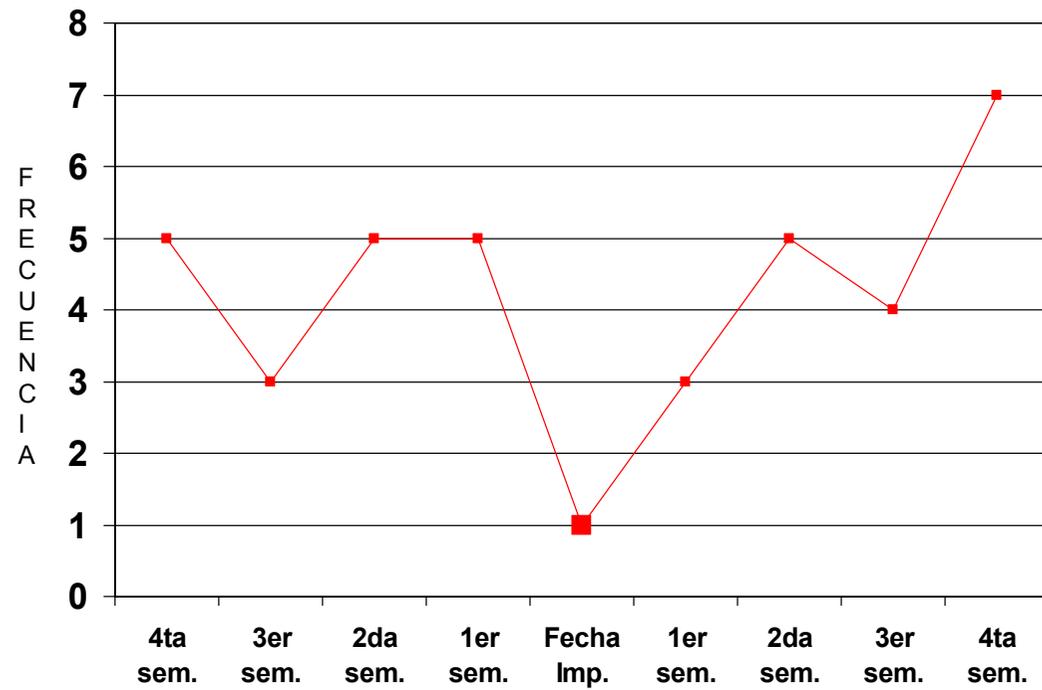
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 28-A Gráfica global de frecuencias de muertes al azar con respecto al periodo de Navidad y Año Nuevo.



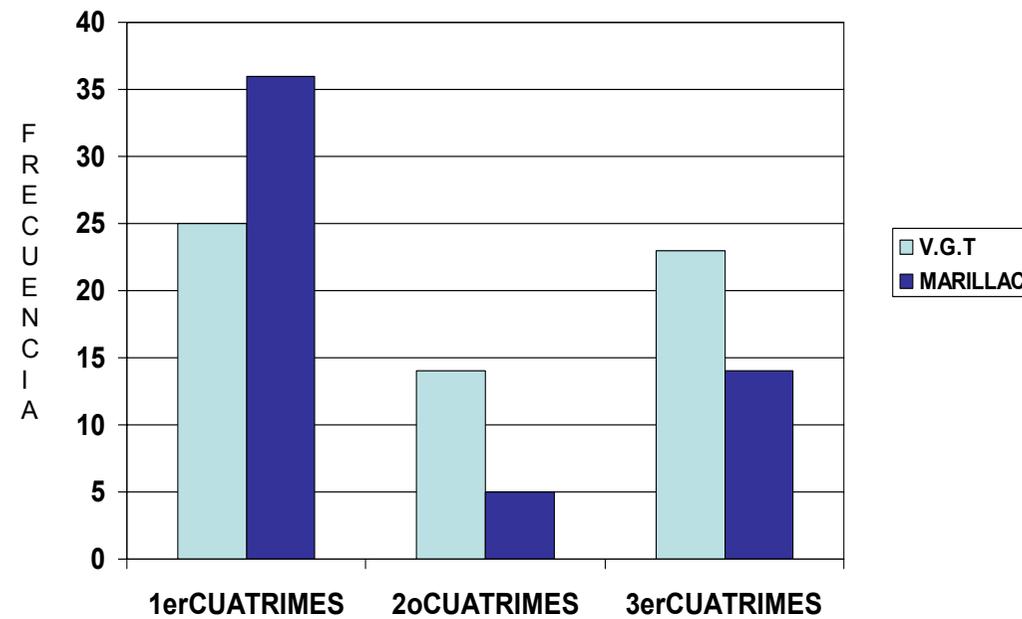
❖ FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción por distribución aleatoria de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

Fig. 29 Gráfica global de frecuencias de muertes con respecto a fechas importantes Casa Hogar Marillac.



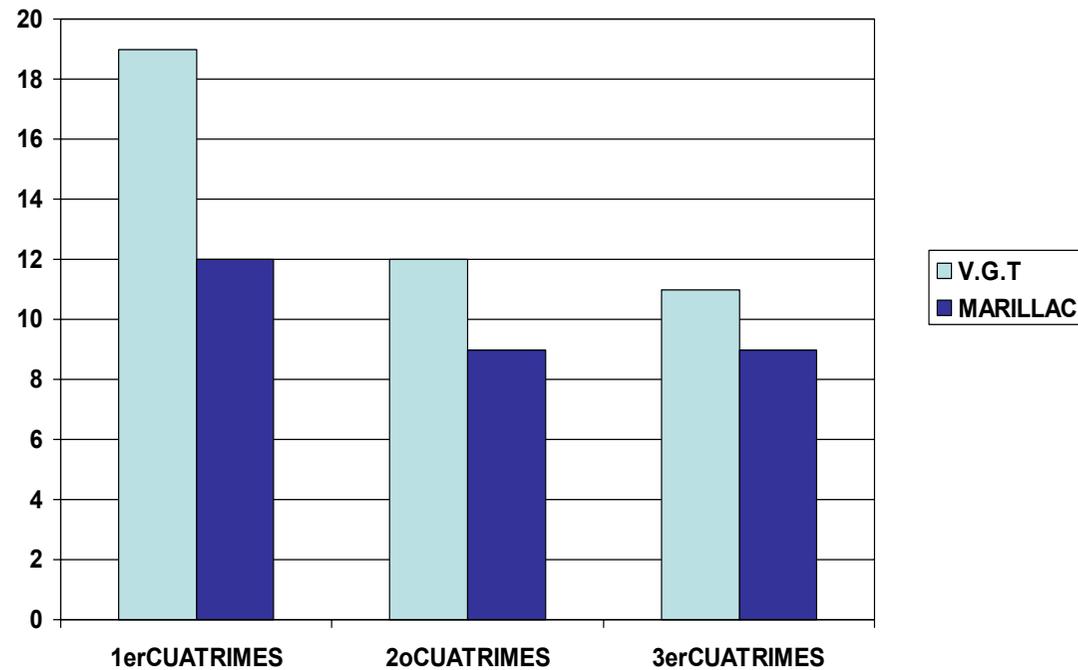
❖FUENTE: Datos obtenidos del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción de la población de Casa Hogar Marillac. Edo. Mex. Febrero 2004.

FIG. 30 Frecuencia de series de muertes reales en cuatrimestres de dos Casas Hogar.



❖FUENTE: Datos obtenidos de la población de Casa Hogar Marillac del periodo 1998-2002 en 139 casos de defunción y de la población de Casa Hogar DIF del periodo 1992-2002 en 195 casos de defunción.

FIG. 30-A Frecuencia de series de muertes al azar en cuatrimestres de dos casas hogar.



FUENTE: Datos obtenidos de la distribución aleatoria de 139 casos de defunción en Casa Hogar Marillac del periodo 1998-2002 y de la distribución aleatoria de 195 casos de defunción en Casa Hogar DIF del periodo 1992-2002.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcántara-Vázquez, A., Amancio Ch. O., González Ch.A., Hernández G.M. y Carrillo J.H.(1992). ***“Mortalidad en pacientes geriátricos del Hospital General de México”***. Salud Pública de México, 35 (4), 368-375.
2. Andrau, M. (1992). ***Enfrentarse a la muerte***. México. : Sudamericana.
3. Baltés, M. (1977). ***“On the relationship between significant yearly events and time of death random or systematic distribution”***. OMEGA, 8 (2), 165-172.
4. Banda, A. J. y Salinas M. R. (1991). ***“Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León ”***. Salud Pública de México, 33 (1); 56-69.
5. Banda, A. J. y Salinas M. R. (1992). ***“Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo”***. Salud Pública de México, 34 (5); 546-555.
6. Bazaldúa, M. L. (1995) ***“Mortalidad en una Casa Hogar para ancianos”***. Tesis de especialidad no publicada, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, México D. F.

8. Gómez, L. J. (1993). ***“Envejece la población mundial: retos para México”***. Observador Internacional, 1, 34-35.
9. Greiner, T. y Pokorny, A. (1989). ***“Can death be postponed? The death-dip phenomenon in psychiatric patients”***. OMEGA 20 (2), 117-126.
10. Gutiérrez, R. L., Reyes, O. G., Rocabado, Q. F., López, F. J. (1996). ***“Evaluación de Instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica”***. Salud Pública de México, 38 (6); 487-500.
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2003). ***Estadísticas Vitales, 1990-2001***, Base de datos. (En red). Disponible en: www.inegi.gob.mx.
12. Lara, R. A., Benítez, M. G., Fernández, G. I., Zárate, A. A. (1996). ***“Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social.”*** Salud Pública de México, 38 (6); 448-457.
13. Moragas, M.R. (1992) ***Gerontología Social***. Ed. Herder.

14. Quintanar, O. F. (1994). "Los avisos de la muerte y las muertes en serie de ancianos institucionalizados" En: Piña, G., Loria, Z., Forcén, A., Gliemann, N.,(Eds.). ***El estudio de la muerte desde la Psicología Humanista***. Memorias no publicadas de las VII Jornadas de Desarrollo Transpersonal. (69-99) Universidad Iberoamericana. México D. F.
15. Quintanar, O. F. (2000). ***Atención a los ancianos en asilos y casa hogar de la Ciudad de México. Ante el escenario de la tercera ola***. México D. F. : Plaza y Valdés.
16. Ruíz, A. L. y Rivera, M. J. (1996). "***Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988.***" Salud Pública de México, 38 (6); 430-437.
17. Seligman, M. (1975), ***Indefensión***. Ed. Debate.
18. Suchil, B.L., Mohar, B.A., Garza, S.J., Meneses, G.A., y Mora T.R. (1991), "***La autopsia, espejo de la mortalidad intra hospitalaria***". Salud Pública de México 33, (3), 259-265.
19. Sudnow, D. (1962). ***La Organización Social de La Muerte***. Paidós.