



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES MAYORES ANTE LA MUERTE

**ARTÍCULO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:**

VICTORIA GONZÁLEZ GARCÍA

**DIRECTORA DE TRABAJO:
MTRA. GRACIELA CASAS TORRES.**



MÉXICO D.F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

*Gracias Jehová
Por no dejarme nunca*

*A mi abue María Feliz Morales García
Por toda su dedicación y amor brindado a
Lo largo de mi vida.*

*A mi mamá Eva García Morales
Por ser una mujer que a luchado contra
las adversidades.*

*A mis hermanas Sara y Mirna
Por todo la motivación brindada en esta aventura.*

*A mis tías Guillermina e Irma
Por su ejemplo de tenacidad ante la vida.*

*A mis primas
Por estar mi lado.*

*A Rafael Romero Tableros
Por que con su amor y cariño me
ha motivado a seguir adelante.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México
Por permitir formarme formar parte de sus filas*

*A la Escuela Nacional de Trabajo Social
Por hacer realidad mi formación profesional.*

*A la Mtra. Rosaura Ávalos Pérez
Por iniciarme en la temática de lo vejez.*

*A la Mtra. Graciela Casas Torres.
Gracias Maestra por formarme en el aspecto profesional y humano
Así como enseñarme que todas las metas se pueden lograr
independientemente de las adversidades.*

*A la Mtra. Teresa Zamora Díaz de León.
Por compartir su experiencia
y amistad.*

*Y a todos amigas, amigos, compañeros.
y compañeras que han sido mis cómplices.*

MIL GRACIAS.

Contenido

Resumen

Introducción

Metodología del Trabajo

Resultados

Conclusiones

Bibliografía

EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES MAYORES ANTE LA MUERTE[❖]

Investigación Cualitativa
Victoria González García^{❖❖}

Resumen

Este trabajo tuvo como finalidad conocer las expectativas de las mujeres adultas mayores respecto de su propia muerte y del comportamiento que esperan de las diferentes instituciones sociales (familia, servicios de salud, iglesia y aspecto jurídico) que les rodean, ante este evento.

Esta investigación se desarrolló a través de metodología cualitativa por medio de dos grupos focales. El primero fue un grupo que pertenece al club de la tercera edad del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores en la Delegación Coyoacán, formado por 11 mujeres y el segundo, es un grupo formal institucionalizado de 12 mujeres pertenecientes al "Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet". En estos grupos se encontró una polarización en la aceptación de la muerte, unas mujeres "tienen miedo" y otras esperan "disfrutar el momento"; la mayoría rechaza cualquier forma de dolor físico previo a la muerte y a la agonía hospitalaria. Esperan el acompañamiento de su familia; en tanto los bienes materiales pasan a segundo término. Respecto a los servicios de salud, consideran que la atención que se recibe en la fase terminal es buena. Explícitamente, estas mujeres le dieron poca importancia al papel que tienen las instituciones de salud al momento de presentarse la muerte y dieron "por hecho" que es una decisión más personal y familiar que institucional.

Palabras clave: mujeres mayores; mujeres mayores institucionalizadas; muerte; familia; servicios de salud; espiritualidad, aspecto jurídico.

INTRODUCCIÓN

La única certeza de la existencia de los seres humanos es que la muerte se presentará en algún momento. Esa certeza de la vida que conforme el ser humano va envejeciendo llega a convertirse en un evento predecible y sobre el cual se estudia poco y menos aún, se asume como parte de la vida cotidiana.

La muerte se ha vivido como algo desagradable, se prefiere no mencionarla ni hablar de ella, y cada grupo social la percibe en base a sus creencias religiosas, a la edad de la

[❖] El presente trabajo se desarrollo como opción de Titulación en la Modalidad de Actividad de Investigación en el marco de la investigación "Expectativas de los adultos mayores ante la muerte. Diferencias de Género, de la Mtra. Graciela Casas Torres asesora de este estudio.

^{❖❖} Candidata a Licenciada en Trabajo Social en la opción de Titulación Actividad de Investigación.

persona, a su estado de salud, a su preparación cultural, a una enfermedad previa que le cause sufrimiento intenso porque en realidad se asume como algo inevitable.¹

La Muerte

De acuerdo con Ortiz los destacados gerontólogos Kastenbaum y Aisenberg², existen tres formas de conceptualizar la muerte. La primera se refiere al concepto impersonal en la cual hay un distanciamiento emocional y la noticia se recibe como algo lejano, un tanto cotidiano. La segunda visión de la muerte es la interpersonal y tiene que ver con la muerte de un ser querido; y la tercera forma, llamada intrapersonal, es la confrontación individual que se tiene con la muerte de uno: la propia.

En los últimos años la doctora Elizabeth Kübler Ross³ es quien dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de la muerte y ha abogado por una atención más humanitaria a los moribundos.

Así mismo, ha surgido el concepto de “muerte digna” entendida como el derecho que tiene cada persona a decidir por sí misma el tratamiento de su enfermedad; cuando el cuerpo ya ha cumplido su ciclo vital y no hay obligación de recurrir a métodos extraordinarios.⁴

En relación con la muerte en tiempos pasados, se creía de manera incuestionable en un Dios, se creía también en otra vida en donde la gente se liberaría de su sufrimiento y su dolor. Había una recompensa en el cielo que sería mayor según el valor, la paciencia y la dignidad con que se hubieran llevado la carga⁵.

¹ Kübler-Ross Elizabeth “Sobre la muerte y los moribundos” Grijalbo Mondadori S.a Arago Barcelona 1975. 1ª edición pag. 13- 160

² Citados por Ortiz Quesada y referido por Krassoievitch, Miguel en “Psicoterapia Geriátrica”. Colección de Psicología, psiquiatría y psicoanálisis .Ed Fondo de cultura económica .México 1993. p.94

³ Castillo Valery A. “Ética ante el enfermo grave” Disinlimed. Cracas. 1968. Pag 2-12

⁴ O'Connor Nancy “Déjalos ir con amor” Editorial Trillas , México 1990 1ª Edición Págs., 7 - 166

⁵ C.W. CERAM “en busca del pasado” editorial Labor S.A. Barcelona, 1967 pág. 366

El considerar el morir como el punto final o como el tránsito a una vida mejor, generalmente despierta miedo, sufrimiento, soledad y desamparo. Entorno al después se agrega el miedo a lo desconocido. Los que tienen creencia en el cielo o en un encuentro con Dios y los seres queridos (católicos y musulmanes) o de la existencia de nuevas vidas o de reencarnaciones (budistas e hinduistas); ponen mucha atención en el cuidado de estos conceptos.

La situación religiosa.

Morir supone el temor a la no existencia y enfrentar el misterio de lo que hay tras de la muerte; esto ha dado pie a uno de los máximos fenómenos de la cultura que es la religión; en lo que respecta a la población mexicana el culto principal es el Católico.

En este sentido la Iglesia Católica establece que se tiene el derecho de morir en paz cuando el cuerpo ha cumplido su ciclo normal de vida sin que esto signifique provocar la muerte. Ante la frustración del desconocimiento la Iglesia da un sentido de la vida y de la muerte basada en las escrituras y con esta concepción del cristiano ve la muerte como el principio de la verdadera vida. La concepción de vida y muerte son inevitables, universales y proporcionan un nexo esencial entre la historia y la biología.

De acuerdo con Carlos Reyes-Ortiz⁶, en un estudio realizado en Colombia sobre el impacto de la religión en los ancianos observo que el 95% de estos oran regularmente. Esta religiosidad tiene dos orientaciones: la intrínseca (individual) y la extrínseca (grupala) y se ha observado que ambas orientaciones se asocian con los efectos protectores de la salud y la calidad de vida, sobre todo en enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares, cáncer, así como la depresión y el estrés. De igual forma existe una mayor recuperación en los enfermos hospitalizados ya que la religión promueve

mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, enfermedad y sufrimiento, aumenta la autoestima y deseo de vivir, además provee esperanza y continuidad entre la vida y la muerte.

Por otra parte, se puede señalar que la muerte sea hecho profana, ya que los servicios religiosos, de acuerdo con las creencias religiosas del paciente, tienden a disminuir, y aun a desaparecer de algunos centros de salud. El aspecto espiritual ha sido aislado, porque el paciente muere solo y abandonado, aun estando rodeado del mas variado y atento personal de salud.

Relaciones intergeneracionales

Por otra parte, cuando la familia se entera del diagnóstico terminal de uno de los miembros, inicia un recorrido emocional similar a la persona que enfrenta la proximidad de su muerte, descrito por Kübler Ross. La familia sufre una seria alteración psicológica y pasa por un periodo de crisis emocional, pues debe de afrontar no solo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el sistema de vida de cada uno de los miembros y anticipar el dolor que presentará tras la pérdida del ser querido.

Los familiares no sólo se enfrenta a la idea de la muerte en sí y a la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a la diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que resultan contradictorias y enfrentar reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo (Barnes, 1986; Rando, 1984).

Si bien la familia sabe que va a perder a su ser querido y que tendría que ir desligándose afectivamente de él, también sabe que los momentos finales son su última oportunidad

⁶ Reyes-Ortiz Carlos. "Importancia de la religión en los ancianos" Editorial Colombia Médica, 1998.

para compartir su cariño y su afecto, por lo cual las relaciones pueden hacerse más cálidas y profundas y fortalecer los vínculos afectivos.

El tiempo y la dedicación que necesita un enfermo terminal para su cuidado, favorecen el que se presente un mayor apego. Aunque cabe señalar que esto no siempre se cumple debido a que irá en función de la dinámica familiar que exista entre ellos, ya que en algunos casos son “abandonados” en hospitales, o bien se omiten los cuidados necesarios en casa.

En la antesala de la muerte de algún miembro de la familia –y en este caso en las mujeres mayores de 65 años- , es importante señalar que debido a la presencia de una situación de riesgo, se genera la necesidad de que la familia tome una serie de decisiones, como la administración de cuidados prolongados, el lugar de reposo de la enferma, entre otros. Esta situación desequilibra la dinámica familiar en torno a qué decisión tomar, ya que algunos miembros considerarán oportuno llegar hasta los últimos cuidados prolongados y otros le darán prioridad el atenderlo en casa. Esto conduce a que una o dos personas se sientan especialmente recargadas en su responsabilidad lo cual genera mucha tensión en las relaciones familiares. Esto sucede cuando no hay una organización familiar para el cuidado del enfermo.

Los servicios de salud

El acto de morir presenta en nuestra época, por lo menos en occidente, una serie de características nuevas como resultado de los adelantos científicos y tecnológicos y de los cambios sociales.

En tiempos pasados, la mayor parte de las personas morían en casa, en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar las determinaciones, pertinentes a su situación. En la época actual la muerte de las personas esta ocurriendo en los “hospitales”, es decir, se esta sacando de los hogares, para

aislarla en clínicas y hospitales. En estos espacios se propicia con el uso de la anestesia, las drogas y calmantes, disminuyen la conciencia y con ello, la libertad de los pacientes para elegir su tratamiento o acciones oportunas ante su padecimiento.

Resumiendo, las características y aspectos que reviste la nueva forma de morir en el siglo XXI, se han visto diversificadas; esto es, el acto de morir se ha hecho más lejano, es decir la esperanza de vida ha aumentado significativamente en países como España, Chile y México⁷ superando los setenta años.

El acto de morir sea ha prolongado, ya que puede durar meses e incluso años, se ha echando mano de los avances científicos, en el sentido de que se ha acompañado con gran tecnología para cuidados prolongados en los centros hospitalarios, rodeado del personal de salud y auxiliado por un equipo técnico que pone a prueba la paciencia del enfermo.

Ante esta situación el enfermo ha asumido un papel pasivo, puesto que hoy en día tanto los médicos como los familiares, en muchos de los casos, toman las decisiones sobre la hospitalización, tratamiento, operaciones y demás aspectos sin consultar siquiera con el paciente.

En el contexto sociodemográfico

En lo que respecta a las personas mayores y de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país residen 103 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo grupo de edad.⁸ Estas diferencias de sexo son merecedoras de consideración específica ya que son las mujeres las que sufren una mayor incidencia de morbilidad y una mayor prevalencia de incapacidades, entre ellas están las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebro

⁷ Bazo Royo, María Teresa; García Sanz, Benjamín. *“Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva Internacional”* 2da. Edición Edit. Panamericana 2006. p.22, 50.

vascular y el cáncer. Las principales razones de discapacidad crónica son las afecciones osteomusculares, osteoporosis e incontinencia. En lo que respecta a salud mental se encuentra con mayor frecuencia la depresión y la demencia.⁹ Socialmente tienen las mayores tasas de analfabetismo, el menor grado de escolaridad y una menor probabilidad de estar aseguradas, así como el quedarse sin pareja por viudez o separación.

En lo que respecta a la dinámica cultural, el envejecimiento de las mujeres esta marcado por las normas culturales, ya que el tipo de rol que han desempeñado a lo largo de la historia en las generaciones de mayores de la actualidad es -en palabras de la Dra. Montes de Oca- el de hija, esposa y madre, encasillándose en una dinámica que las coloca en un estado de vulnerabilidad, por tanto una mayor probabilidad a vivir un envejecimiento con fragilidad.

Entretanto una proporción importante de hombres pueden confiar en que sus esposas los cuiden cuando lo requieran, ubicando así a las mujeres como “cuidadoras”; las mujeres por el contrario tendrán que pedir ayuda a sus hijos o hijas adultos y/o acudir a alguna residencia por no tener la posibilidad de ser atendidas.

De manera natural, las personas mayores se enfrentan con mayor frecuencia a la muerte. Conocedoras del proceso inherente de la vida, van considerando la posibilidad de vivir este momento; sin embargo la familia, las instituciones y la sociedad en general rehúsan hablar del “tema” y se asume como algo intocable.

Frecuentemente se tiene una actitud de rechazo ante la muerte y, de esta manera, existe un alejamiento de los viejos porque están cerca de ella, y lo más grave, es que las personas

⁸ *“Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI”* Edición 2005, INEGI

⁹ Bonita, Ruth. *Mujeres, envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998. 66pp

mayores, en específico a las mujeres mayores pueden sentirse marginados al pensar que anciana y moribunda son sinónimos.

Sin embargo poco se conoce sobre las expectativas que tienen las mujeres mayores de cómo desearían que fuera su vida poco antes de la muerte. Como quisieran que las tratara la familia, qué decisiones deban tomar entorno a tratamiento o terapias que solo prolongan la agonía, qué esperan de los servicios institucionales, legales o religiosos, entre otros.

Paradójicamente conocer las expectativas que tienen las mujeres mayores antes de morir, implica tener elementos y herramientas para impactar en la calidad de vida. En este sentido es que este trabajo de investigación, hace una aproximación a las expectativas que tienen alrededor de las diferentes esferas de su vida, las mujeres mayores sanas ante la muerte. No se pretende centrar el trabajo en el momento previo de la muerte o cuando las mujeres mayores se encuentran “en la fase terminal” de una enfermedad, sino mas bien cómo se puede asumir y prepararse para ésta, en el marco de la vida cotidiana.

De ahí, la importancia de preguntarnos ¿cuáles son las expectativas de las mujeres mayores ante la muerte?, y en ese sentido, procura conocer las expectativas de las mujeres mayores respecto de su propia muerte y del proceder que esperan de las diferentes instituciones sociales que les rodean, ante este evento (familia, instituciones de salud, iglesia y ámbito jurídico).

METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Dada la complejidad del tema y lo difícil que resulta para muchas mujeres mayores abordar este tópico, la investigación se llevo a cabo mediante metodología cualitativa. Este tipo de investigación ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y saber cuáles son sus sentimientos respecto al tema a tratar.

Se interesa por analizar el sentido que los individuos atribuyen a sus actos y su entorno.

El método seleccionado fue de grupos focales mediante interrogatorio no directivo, apoyado en asociaciones espontáneas y pruebas de percepción temática. El proceso de transformación de la información se llevo a cabo de la siguiente forma:

1. Observación
2. Entrevista
3. Grabación
4. Elaboración de texto (intrapolación)
5. Codificación (categorización)
6. Interpretación.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

El universo de estudio estuvo conformado por dos grupos:

- ✓ Un grupo abierto, perteneciente a un club de la Tercera Edad del Instituto Nacional de las Personas Mayores en la delegación Coyoacán instancia que ofrece atención diurna con enfoque de capacitación y actividades recreativas
- ✓ Un grupo institucionalizado. Perteneciente al Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación "Arturo Mundet", institución que alberga a mujeres mayores que no viven con su familia y donde reciben una atención de tipo asistencial y complementaria.

Se entiende por un grupo abierto el que se forma por personas mayores de 60 años y que se reúnen periódicamente para realizar actividades grupales. El grupo puede estar coordinado por alguna institución o funcionar de manera independiente y generalmente las personas adultas mayores que asiste a ellos viven con algún familiar.

Por institucionalizado se entiende al que se integra por personas mayores de 60 años, que viven bajo el mismo techo y que generalmente se encuentran bajo la tutela de alguna

institución, de tal suerte que comparten cotidianamente entre ellos y que de manera periódica pueden ver a sus familiares.

MATERIALES.

Los materiales que se utilizaron en las sesiones con los grupos fueron:

- ✓ Láminas de apoyo visual.
- ✓ Grabadora.
- ✓ Cámara fotográfica.
- ✓ Guía de Inducción,

Ésta última fue un instrumento que permitió profundizar sobre el tipo de atención que requería la persona involucrada.

A continuación se describe:

DECISIÓN OPORTUNA

Margarita tiene 85 años. Esta internada en el servicio de terapia intensiva en un hospital de la Secretaría de Salud, porque le dio una embolia. El médico dice que tiene pocas posibilidades de que se recupere y si lo logra, es muy probable que no pueda mover bien el lado derecho de su cuerpo.

El Dr. refiere estar haciendo todo lo posible por salvarla y ha puesto a su disposición la más alta tecnología con que cuenta el hospital; también le ha pedido a la familia que compre los medicamentos necesarios y les ha dicho que no la puede dar de alta porque su estado es muy grave.

Sus familiares se encuentran reunidos, hablando para tomar una decisión. Uno dice que hay que hacer todo lo posible para salvarla y que junten el dinero para comprar las medicinas, otro dice que lo mejor es llevársela a su casa para que pueda estar con sus seres queridos, otro más señala que es importante llevarle a firmar los documentos del testamento y uno más, que antes que nada consulten al sacerdote.

UD ¿Qué cree que deben hacer?

AMBITOS DE ANÁLISIS:

La finalidad es analizar la opinión de las mujeres mayores respecto al tema, considerando los siguientes aspectos:

- ✓ Expectativas de las mujeres mayores ante su propia muerte.
- ✓ Expectativas de las mujeres mayores respecto al acompañamiento familiar.
- ✓ Expectativas de las mujeres mayores respecto al desempeño de las instituciones de salud.
- ✓ Expectativas de las mujeres mayores respecto al apoyo espiritual del credo que profesan.
- ✓ Expectativas de las mujeres mayores respecto a los apoyos legales que pueden recibir ante su propia muerte.

Dinámica de Trabajo

En ambos grupos se realizó una sola sesión donde se presentó láminas que hacían alusión a los cinco tópicos de la investigación. -el primero hacía referencia a una persona en el área de cuidados intensivos; la siguiente a una persona acompañado de su familia; la tercera a la Iglesia; la cuarta a los bienes materiales, como escrituras de casa y un automóvil; y la quinta al panteón.-

Luego de que los grupos compartieron sus opiniones, se presentó la guía de inducción, que dio pauta a que se iniciara el debate.

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS:

A) Grupo de Mujeres del Centro de Desarrollo Comunitario Carmen Serdán.

El grupo estuvo conformado por once integrantes cuyas edades comprenden entre los 70 y 80 años, con un promedio de edad de 74 años. En cuanto al estado civil predominan las

viudas (7), posteriormente las casadas (3) y sólo una soltera. La religión de las integrantes es católica.

Al momento del estudio la mayoría de las mujeres mayores vivía con su familia extensa cinco con sus hijos (as), yernos, nietos, cuatro sólo con sus hijos (as); una con su esposo, y por último una con sus parientes.

Al momento de la sesión las once integrantes no tienen un trabajo remunerado, sin embargo en años anteriores siete de ellas fueron empleadas asalariadas, dos se dedicaron exclusivamente al hogar, una a la venta y una más al campo. Los ingresos que perciben actualmente

Proviene de apoyos familiares (5); de pensiones propias y/o del cónyuge (5); de Servicios Social Gubernamental (3); No específico (1)

B) Grupo Institucionalizado.

El grupo de estudio estuvo conformado por doce mujeres pertenecientes al "Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet".

La edad de las integrantes del grupo abarca de los 67 a los 88 años cuyo promedio de edad es de 77 años. En cuanto a su estado civil predominan las solteras (6), viudas (4), casada (1), separada (1).

En el aspecto religioso 11 se asumieron católicas, sólo una no específico.

Los ingresos que perciben las integrantes del grupo se expresa de la siguiente manera: Dos mujeres obtienen ingresos aseando la ropa de algunos de sus compañeros; dos tienen pensión por jubilación, dos por servicios sociales gubernamentales, tres por aportación de hijos (as); y tres personas no tienen ningún tipo de ingreso.

RESULTADOS

A continuación se presentan los hallazgos encontrados en ambos grupos, en donde se podrá apreciar que a pesar de ser mujeres mayoritariamente de 70 años y de compartir el mismo credo, el entorno en el que conviven es el que determina su modo de visualizar el mundo y de abordar el tema de la muerte.

A) Del grupo abierto

La mayoría de las mujeres del grupo abierto manifestaron que prefieren morir en su casa, en compañía de sus familiares, evitar sufrimientos y “con la bendición de Dios”; sin embargo estos aspectos guardan diferentes jerarquías entre ellas.

Para algunas la familia y el hogar tiene prioridad sobre el apoyo que da la iglesia e inclusive los bienes materiales:

A mí me gustaría estar en mi casa porque ya una persona de 84 años y es por demás que le den medicamentos y más si ya esta enferma a mí me gustaría en 1er lugar estar con mi familia en mi casa, y en 2do lugar poder confesarme y tener mi testamento ya listo, esto es lo que me gustaría. (Ernestina, 84 años)

Para otras los preceptos que marca su religión son prioritarios para decidir la manera en que quieren ser atendidos en el momento de su muerte.

Ya esta hecho y estar preparada para esa hora eirme tranquilairme con la confianza de que me dice mi religión que voy a resucitar y voy a estar con todos mis familiares otra vez con todos mis amigos y de esa forma estar libre yo para poder partir. (Carolina, 77 años)

Yo creo lo mismo porque lo primero sería disponer y cumplir con todo y estar empezar con Dios y con todos. (Emilia, 80 años)

Principalmente confesarme y en seguida hablar con mis hijos y quedar de acuerdo con ellos para que no haya problemas. (María, 74 años)

Para otras la **decisión final** prefieren que la tomen sus hijos u otras personas, tal parece que

hay un poco de temor en enfrentar la responsabilidad.

Uno ya no esta en condiciones de decir si o no, que hagan lo que mis hijos crean conveniente para que se sientan ellos tranquilos [...] quedan en su total libertad que ellos quieran, la verdad si uno no esta en condiciones que puede uno hacer. (Antonia, 72 años)

En un hospital también es una vida artificial la que le están dando, entonces es muy difícil tomar una decisión. (Francisca, 73 años)

En las expresiones anteriores podemos observar que la religión tiene un peso importante en la forma en que quieren ser atendidas ante la muerte, y si bien están de acuerdo en no prolongar el sufrimiento y la agonía, existe temor en transgredir un destino divino, en el que la figura de un Ser Supremo es el que tiene que decidir, cómo y cuándo morir.

Por otro lado están las mujeres que consideran mejor morir en un hospital, en consideración a su familia, de tal manera que priorizan generar menos problemas a los suyos a cambio de su propia conveniencia.

En cuanto al género de los hijos parece tener relevancia ya que las hijas tienen mayor atención hacia los padres que los hijos.

Pues a mí me gustaría en un hospital para que mi familia no batalle es que yo deseo cuando yo me sienta mal, no les he dado lata. (Esther, 74 años)

Yo no pienso en la muerte ni nada, no quiero tener un muerte larga, Como no tengo hijas si no puros hijos, yo no prefiero tener enfermedad larga. (Irma, 70 años)

Al igual que otros grupos las mujeres también se refirieron a la eutanasia como una posibilidad a considerar cuando se esta al final de la vida, aunque no profundizaron en el tema, tampoco fue algo que se reprobara en el contexto del grupo

[...] una cosa rápida que me pusieran la eutanasia y en mi casa disfrutar a mi familia, pero también no tener una muerte larga, yo siempre es lo que pido a Dios es que me dé una muerte rápida desde mi casa lógico, de preferencia, pero no cansada ni para mi familia, que no tengan que batallar. Ese es mi punto de vista. (Teresa, 74 años)

Sólo una persona refirió estar realmente indispuesta a hablar del tema

He eludido ese momento, pensar simplemente en ese momento [...] nunca hablo de esto [...] el terror que tengo que no puede decir que hagan esto como todas las demás personas. (Isabel, 80 años)

B) Grupo Institucionalizado

A diferencia del grupo abierto las mujeres que forman parte del grupo institucionalizado tienen una marcada influencia de sus creencias religiosas, en la forma de entender y aceptar la muerte y este aspecto tiene prioridad sobre cualquier otra consideración

No señorita yo no siento tristeza porque voy a estar, por allá muy lejos de este mundo. Estoy muy resignada a lo que Dios me mande. (Guadalupe, 76 años)

Yo siento temor, temor, cómo es natural, pero también siento que es un descanso de todo el dolor, y la frustración que uno siente en la vida, el cuerpo ya no siente nada. (Susana, 67 años)

Yo de mi parte no pienso nada, porque espero ya el final, pero estoy contenta y me agrada seguir viviendo hasta que Dios me lo permita; y de todos modos hay que vivir la vida antes de que se presente la muerte. (Marlene, 70 años)

Bueno eso es lo que pienso, cuando uno ve ese cuadro mi pensar es que tiene uno que ir preparándose por eso está la Iglesia, preparándose a acercarse a Dios por es la comunión, acercarse a Dios para desprenderse y tener valor, desprenderse de la materia. (Vicenta, 85 años)

Están dispuestas a aceptar el “designio divino” sobre su muerte. Además de que viven bajo el juicio común de la Iglesia, respecto de que el comportamiento “bueno y malo”. Tendrá sus repercusiones (Castigo) al momento de la muerte.

No es miedo, es una emoción natural, humana, no es que tenga pánico, es un temor. [...] Sí, si yo creo que Dios esta viéndome que me ha prestado la vida para ver que hago con ella, cómo la utilizo y bueno me da miedo, digo: ¿ la habré utilizado bien o la habré utilizado mal? (Rosario, 77 años)

Hay que arrepentirnos de todo lo que hemos hecho en nuestra vida para poder recibir a Dios y que él nos reciba, eso es todo lo que tengo... qué hay que portarnos bien, vernos unas a las otras aquí. (Eva, 76 años)

También llama la atención como para este grupo de mujeres la figura del sacerdote es mucho más importante, inclusive que el de la propia familia; esto último probablemente se

puede explicar por el estado civil de las mismas, -solteras (6), viudas (4), casada (1), separada (1)-sobre todo en el caso de las solteras

Qué Dios no me tenga en una agonía muy larga. (Azucena, 77 años)

Lo primero que se tiene que hacer es llamar al padre para confesarse uno, ya para lo último para el camino que Dios nos tiene destinados. (Alicia, 71 años)

Hablarle primero que nada al sacerdote, pedirle mecho a Dios por su salud. (Carmen, 77 años)

Pues que el familiar se acercara a uno para dar algún consejo o alguna reflexión aunque sea, porque ya es el momento en que a lo mejor Dios nos llame y le tengamos que dar cuentas, entonces debemos de estar preparados con un sacerdote de cabecera para que el nos ayude al buen morir. Eso es lo que yo pienso. (Magdalena, 83 años)

Respecto a los servicios de salud dijeron muy poco. Sus intervenciones expresan cierta indiferencia o poca importancia, como si ya quedara muy poco por hacer.

...que hagan los doctores todo lo posible para que se alivie. Pero si Dios ya no quiere la tiene que llamar a cuentas y es el fin. (Elena, 77 años)

Yo si ando enferma les diría: tráeme un padre para yo confesarme con él y estar bien por ese lado y ya después que trajeran a los doctores, si me salvan pues que bueno si no yo ya esta bien para irme. (Encarnación, 88 años)

Por último hicieron alusión al testamento como un trámite natural pero poco trascendente aún cuando evita problemas a su familia

Antes de morir es cuando se debe decidir a quién se deja una parte de la herencia, a quién otra para que todo quede, o hacer un testamento, eso es lo más natural. (Consuelo, 75 años)

si tiene esta persona el deseo de hacer el testamento pues repartirlo, si se siente muy mal y piense que hay que dejarlo porque luego hay pleitos. (Norma, 77 años)

La religión juega un papel muy importante, sin embargo las diferencias más notorias entre el grupo de mujeres institucionalizadas y el grupo abierto es la forma de asumir los preceptos religiosos, mientras que para unas –grupo abierto-“la religión es un apoyo y una opción de libertad” para otras –grupo cautivo- la religión no permite reconocer o expresar sus propias convicciones, de tal suerte que ante un inminente evento siempre están

supeditadas a un designio Superior y no a su propia decisión. La mayoría de las mujeres mayores aceptaron la muerte como algo natural, pero siempre vinculada a aspectos religiosos particularmente cuando se hablo de la aceptación de la propia muerte.

CONCLUSIONES

Los argumentos mas señalados se refirieron a tratar de evitar el sufrimiento, tener una responsabilidad ética y como una expresión de amor al prójimo. Uno de los aspectos más difíciles, en la decisión de proporcionar “cuidados prolongados” al familiar, es el factor “sorpresa”, que obliga a los familiares a tomar una decisión precipitada donde no siempre hay acuerdos. Explícitamente le dieron poca importancia al papel que tienen las instituciones de salud al momento de presentarse la muerte y dieron “por hecho” que es una decisión más personal y familiar que institucional.

Las diferencias entre ambos grupos radican en la forma de asumir la muerte y el apoyo que esperan de su familia. En lo referente al aspecto legal se le dio relativa importancia a los trámites testamentarios, su utilidad se visualizo para evitar problemas a los hijos y prevenir posibles expropiaciones.

Por otra parte, es importante señalar que existe la prioridad de que las personas que trabajamos con este sector, conozcamos las expectativas de las mujeres mayores ante la muerte para que disfruten de una vida al igual que una muerte digna, acompañada de los apoyos necesarios para afrontar esta última fase, con el menor sufrimiento y dolor.

Por último, el equipo de salud debe de atender este tipo de manifestaciones, escuchar el punto de vista de las mujeres mayores sobre cómo quieren ser atendidas en el lecho de muerte, incrementar las investigaciones en torno a esta temática y cuestionarse seriamente en el marco de la bioética si siempre por “convicción profesional” es necesario prolongar la vida ante la inminencia de la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

Arber, Sara y Ginn Jay. *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Edit. Narcea Madrid, España 1996 p. 22-31.

Arronte Martínez, Felipe. *Tópicos de gerontología*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM, 2000.

Blanco Picabia, Alfonso y Antequera-Juarado Rosario. La muerte y el morir en el anciano. En Salvarezza Leopoldo (Compilador). *LA VEJEZ. Una mirada gerontológico actual*. Edit. Piadós, Argentina 1998 p.379-406.

Bonita, Ruth. *Mujeres, envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998. 66pp.

Castro, Roberto. *En búsqueda del significado; supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo* p.4 El Colegio de México, 1995 Versión Mecanográfica.

De la Serna De Pedro, Inmaculada. *La Vejez Desconocida. Una mirada desde la biología de la Cultura*. Edit. Díaz de Santos, España 2003 p.145-165.

Ferigcla, Joseph María. *Envejecer. Una Antropología de la ancianidad*. Edit. Herder, Barcelona; España, 2002 p.347-366

Hierro, Graciela "Política y filosofía feminista" En: *Mujeres y Siglo XXI Revista de Trabajo Social* No. 4 Nueva Época Invierno 2001 p. 6.

Kübler-Ross, Elizabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Edit. De Bolsillo, 2005

"*Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*" Edición 2005, INEGI

Mishara B.L., Riedel R.G. *El proceso de envejecimiento*. Edit. Moratas, Madrid, 1995. p.200

Montes de Oca Zavala, Verónica. *Redes Comunitarias género y envejecimiento*. Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, 2005 161pp.

O'Connor, Nancy. *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. Edit. Trillas, México 2003

Porter Novelli, Mary. *Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Communication for child Survival. Health Com S.I.P. pág. 3

Publicación Científica No. 527. *Bioética, Temas y Perspectivas*. OPS. 1990.

Rivara Kamaji, Greta. *El ser para la muerte. Una ontología de la finitud*. Edit. Itaca, México 2003.

Rodríguez Carrajo, Manuel. *Sociología de los Mayores*. Publicaciones Universidad Pontificia, Salamanca, 1999. p.157-170

Stassen Berger, Kathleen. *Psicología del desarrollo, Aduldez y vejez* Edit. Médica Panamericana, 2001.

Sherr, Lorraine. *Agonía, Muerte y Duelo*. Edit. Manual Moderno, México, 1992.

Vidal Gual, José Manuel. "Ética y Geriátría, En: Libro 7 Geriátría Pac Mac MG-2 programa de Actualización Continua para Médicos Generales 2da Edición, Academia Nacional de Médicos, México, 1999.