

Epílogo

El fin de un camino



La respuesta a la incógnita de la muerte es la llave que abre la puerta de la vida.

Elizabeth Kübler-Ross, *Death: The final Stage of Growth*, 1975

Cuando pensé que estaba aprendiendo a vivir, estaba aprendiendo a morir.

Cuadernos de Leonardo da Vinci



Los seres humanos son individuos que atraviesan experiencias diferentes y reaccionan ante éstas de maneras diferentes. Sin embargo, una parte inevitable de la vida de todos es su fin. Cuanto mejor comprendamos este evento inevitable y cuanto más tranquilos nos aproximemos a él, viviremos con más plenitud hasta cuando llegue.

Aunque la muerte es un hecho biológico, también tiene aspectos *sociales, culturales, históricos, religiosos, jurídicos, psicológicos, del desarrollo, médicos y éticos* que, con frecuencia, están estrechamente relacionados. Las costumbres y las actitudes hacia la muerte están determinadas por la época y el lugar en que se vive. La muerte abarca aspectos culturales como los cuidados y el comportamiento frente a los moribundos y los difuntos, el lugar donde ocurre la muerte y las costumbres y los rituales de duelo: desde la vigilia irlandesa de toda la noche, en que los amigos y familiares brindan por la memoria de la persona muerta, hasta la *shiva* judía de toda la semana, en la que los dolientes expresan sus sentimientos y comparten recuerdos del difunto. Algunas convenciones culturales, como izar la bandera a media asta después de la muerte de una figura pública, están establecidas en leyes.

Las actitudes religiosas y culturales hacia la muerte y los últimos instantes de la vida afectan aspectos psicológicos y del desarrollo de la muerte: cómo enfrentan las personas de diversas edades su propia muerte y la muerte de las personas cercanas a ellos. La muerte puede tener un sentido para los ancianos budistas japoneses, llenos de enseñanzas sobre aceptar lo inevitable, y otro para la tercera generación de jóvenes estadounidenses con ascendencia japonesa que han crecido con la creencia de gobernar su propio destino.

Aunque la muerte es inevitable, su llegada puede estar, hasta cierto grado, bajo el control humano. Los esfuerzos para posponerla o alejarla tienen consecuencias médicas, legales y éticas. Aunque la muerte se considera la cesación de los procesos corporales, los criterios para certificarla han llegado a ser más complejos debido al desarrollo de aparatos médicos que pueden prolongar los signos vitales básicos. Estos progresos médicos han originado preguntas como si deben retirarse los soportes vitales o cuándo hacerlo y qué criterio debe prevalecer. En algunos sitios, el reclamo del "derecho a morir" ha originado leyes que permiten o prohíben a los

médicos ayudar a morir a un enfermo terminal porque la vida se ha convertido en una carga pesada.

En consecuencia, el simple hecho de la muerte biológica está lejos de cerrar el tema. Examinemos los aspectos interrelacionados de la muerte, los últimos momentos de la vida y el duelo.

Muerte y luto: contexto histórico-sociocultural



Aunque la muerte y el luto son experiencias universales, tienen un contexto cultural. Las costumbres relacionadas con las disposiciones y el recuerdo del muerto, la transferencia de posesiones e incluso la expresión de la aflicción varían mucho de una cultura a otra y, con frecuencia, están regidas por prescripciones religiosas o jurídicas que reflejan el punto de vista de la sociedad sobre qué es la muerte y qué sucede después.

En la sociedad malaya, como muchas otras sociedades anteriores a la escritura, la muerte era vista como una transición gradual. Al principio, el cuerpo se enterraba provisionalmente y los dolientes continuaban los ritos de duelo hasta que el cuerpo se descomponía, momento en que se creía que el alma lo abandonaba y era admitida en el reino espiritual.

En la antigua Grecia, los cuerpos de los héroes eran incinerados públicamente como signo de honor; los hindúes de India y Nepal todavía practican la cremación pública. En contraste, la cremación está prohibida por la ley ortodoxa judía debido a la creencia de que los muertos resucitarán para el juicio final y esperar la oportunidad de la vida eterna (Ausubel, 1964).

En Japón, los rituales religiosos ayudan a los deudos a mantener contacto con el fallecido. En el hogar, las familias tienen un altar dedicado a sus ancestros, hablan a sus muertos amados y les ofrecen alimentos o cigarrillos. En Gambia, los muertos son considerados parte de la comunidad; entre los nativos norteamericanos, los hopi intentan olvidar al fallecido con la mayor rapidez posible porque temen a los espíritus de los muertos. En Egipto, los musulmanes muestran la aflicción a través de expresiones de profunda pena; los musulmanes de Bali son alentados a dejar a un lado la tristeza, a reír y a estar alegres (Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1992). Estas diversas costumbres y prácticas ayudan a las personas a enfrentar la muerte y el duelo a través de significados culturales bien comprendidos que proporcionan un ancla sólida entre la turbulencia de la pérdida.

Algunas costumbres sociales modernas han evolucionado a partir de las antiguas. El embalsamamiento era una práctica común en el antiguo Egipto y China: la *momificación* preserva el cuerpo hasta que el alma pueda retornar a él. Una costumbre tradicional judía es no dejar sola a una persona moribunda. Los antropólogos sugieren que se creía que los espíritus del mal rondaban tratando de entrar al cuerpo del moribundo (Ausube, 1964). Tales rituales proporcionan una actividad predecible e importante a las personas que enfrentan una pérdida en el momento en que podrían estar confundidos y desamparados.

Aspectos sociales y psicológicos frente a la muerte y la pérdida



Uno de los fragmentos más interesantes de *Mujercitas*, novela clásica del siglo XIX, de Louisa May Alcott (1868-1929), es el capítulo en que recuenta el último año de la vida de la agradable y hogareña Beth, un relato basado en la muerte de Lisy, hermana de Alcott, a los 23 años (Myerson, Shealy y Stern, 1987). En la época de Alcott, la muerte era un evento frecuente, normal y esperado, hasta bienvenido en algunas ocasiones como el fin piadoso de un sufrimiento. Cuidar a una persona moribunda en el hogar, como lo hizo la familia de Alcott, era una experiencia corriente (como lo es todavía en muchas culturas rurales contemporáneas). Al mirar a diario la muerte en los ojos, tanto adultos como niños comprenden una verdad importante: morir es parte de vivir, y enfrentar el final de la vida puede dar un sentido más profundo a la totalidad de la misma.

Los avances en la medicina y la higiene pública durante el siglo XX han conducido a una "revolución de la mortalidad", especialmente en los países desarrollados. En la

actualidad es menos probable que las mujeres mueran en el parto, es más probable que los bebés sobrevivan a su primer año, que los niños lleguen a la edad adulta, que los adultos lleguen a la vejez y que los ancianos puedan superar las enfermedades consideradas fatales.

Aunque la muerte es cada vez más un fenómeno de la edad adulta tardía, puede ser "invisible y abstracta" (Fulton y Owen, 1987-1988, p. 380). Muchos ancianos vivieron y murieron en comunidades para jubilados. El cuidado de los moribundos y de los muertos se ha convertido en una tarea para profesionales. Convenciones sociales como confinar la persona moribunda en un hospital o en un asilo y rehusarse a discutir abiertamente su condición reflejaron y perpetraron la evitación y negación de la muerte que, incluso en los ancianos mayores, se ve más como una falla del tratamiento médico que como el fin natural de la vida (McCue, 1995).

En la actualidad, la violencia social, el abuso de fármacos, la pobreza y la expansión del sida hacen difícil negar la realidad de la muerte. Temas sobre calidad frente a cantidad de vida y el "derecho a morir" son noticias diarias. La tanatología, estudio de la muerte y los moribundos, está cobrando interés, y se han establecido programas educativos para ayudar a las personas a enfrentar la muerte. Debido al costo exorbitante de los servicios hospitalarios que no pueden salvar de una enfermedad terminal, muchas más muertes ocurren en el hogar (Techner, 1994).

Junto con la tendencia creciente de enfrentar la muerte con más honestidad, han surgido movimientos para que ésta sea más humana. Dichos movimientos incluyen cuidados hospitalarios y grupos de apoyo y autoayuda para los moribundos y sus familias. Hospice Care es un servicio personal centrado en la familia y el paciente de enfermedades terminales, que brinda *cuidados paliativos*: alivio del dolor y el sufrimiento, control de esfínteres, mantenimiento de calidad de vida satisfactoria y permitir al paciente morir en paz y dignidad. Estos cuidados se brindan en el hogar, pero también pueden ser prestados en hospitales u otras instituciones, en un asilo o incluso pueden combinarse cuidados institucionales y del hogar. Con frecuencia, los miembros de la familia toman parte activa en los cuidados. En 1996 casi 1,800 programas de hospicio y agencias de servicios médicos en el hogar proporcionaron esos cuidados a casi 59,400 pacientes en Estados Unidos, la mayoría de los cuales padecía cáncer o enfermedades cardiovasculares (Haupt, 1998).

Etapas de los últimos momentos de la vida

¿Cómo enfrentan las personas la muerte inminente? Según la psiquiatra Elizabeth Kübler Ross, la mayoría de los moribundos agradecen la oportunidad de conversar abiertamente sobre su condición y están conscientes de que la muerte se aproxima, aunque no se les haya dicho. Después de hablar con cerca de 500 pacientes terminales, Kübler Ross (1969, 1970) esbozó cinco pasos previos a la muerte: 1) *negación* (rehusarse a aceptar la realidad de lo que está sucediendo), 2) *enfurecimiento*, 3) *búsqueda de tiempo extra*, 4) *depresión* y, por último, 5) *aceptación*. Esta psiquiatra también propone una progresión semejante en los sentimientos de la persona que enfrenta el duelo inminente (Kübler Ross, 1975).

Este modelo ha sido blanco de muchas críticas. Aunque las emociones que la psiquiatra describe son comunes, no todas las personas atraviesan las cinco etapas ni tampoco en la misma secuencia. Por ejemplo, una persona puede ir del enojo a la depresión o puede sentir las al mismo tiempo. Por desgracia, algunos profesionales de la salud suponen que estas etapas son inevitables y universales, y otros creen que han fracasado si no pueden llevar a un paciente a la etapa final de aceptación. Al igual que la vida, la muerte es una experiencia individual. Para algunas personas, el enfurecimiento o la negación puede ser una manera más saludable de enfrentar la muerte que la aceptación calmada. En consecuencia, la descripción de Kübler Ross no debe considerarse un modelo universal ni un criterio de "buena muerte".

Patrones de duelo

El duelo, como la muerte, es una experiencia personal. En la actualidad la investigación ha puesto en duda nociones anteriores de un patrón simple y "normal" de duelo y una época "normal" para la recuperación. En otras épocas, una viuda que hablara a

su difunto esposo podría haber sido considerada perturbada emocionalmente; ahora se cree que este comportamiento es útil y muy corriente (Lund, 1993b). Aunque algunas personas se recuperan con bastante rapidez después del duelo, otras nunca lo hacen.

Quizá el patrón de duelo más ampliamente estudiado es el que consta de tres etapas, en las cuales la persona acepta la realidad dolorosa de la pérdida, se libera gradualmente del vínculo con la persona muerta y se readapta la vida desarrollando nuevas actividades y estableciendo nuevas relaciones. Este proceso de *trabajo de duelo*, manejo de aspectos psicológicos relacionados con el duelo, generalmente presenta los siguientes pasos, aunque pueden variar, como las etapas de Kübler Ross (J.T. Brown y Stoudemire, 1983; R. Schulz, 1978).

1. *Choque e incredulidad*. Tan pronto ocurre la muerte, los dolientes se sienten perdidos y confundidos. A medida que se toma conciencia de la pérdida, el aturdimiento inicial da paso a sentimientos de tristeza y llanto frecuente. Esta primera etapa puede durar varias semanas, en especial después de una muerte repentina o inesperada.
2. *Preocupación por el recuerdo del muerto*. En la segunda etapa, la cual puede durar seis meses o más, el doliente intenta aceptar la muerte aunque no puede. Una viuda puede vivir de nuevo la muerte del esposo y toda su relación. De vez en cuando, puede ser asaltada por el sentimiento de que su esposo muerto está presente. Estas experiencias disminuyen con el tiempo, aunque pueden retornar (quizá durante muchos años) en ocasiones como el aniversario del matrimonio o de la muerte del esposo.
3. *Resolución*. La etapa final llega cuando el doliente renueva el interés en las actividades diarias. Los recuerdos del muerto evocan sentimientos de alegría y tristeza, y no sólo de dolor agudo y nostalgia.

Aunque el patrón de duelo descrito es corriente, el proceso no necesariamente sigue una línea recta desde el choque hasta la resolución. Un equipo de psicólogos (Wortman y Silver, 1989) realizaron estudios de reacciones ante pérdidas importantes: la muerte de un ser amado o la pérdida de la locomoción debido a una lesión de la columna vertebral. Estos investigadores descubrieron que algunos supuestos comunes son más mitos que realidad.

Primero, la depresión no es universal. Entre tres semanas y dos años después de la pérdida, sólo entre 15 y 35% de viudas, viudos y víctimas de lesiones en la columna vertebral mostraron signos de depresión. *Segundo*, dejar de mostrar preocupación al principio no necesariamente conduce a problemas; las personas más afectadas poco después de la pérdida o la lesión tenían más probabilidad de estar más preocupados dos años después. *Tercero*, no todos necesitan "trabajar" la pérdida ni se beneficiarán haciéndolo; algunas de las personas que seguían el más intenso trabajo de duelo tenían más problemas después. *Cuarto*, no todos recobran la normalidad con rapidez. Más de 40% de viudas y viudos mostraron ansiedad entre moderada y severa a los cuatro años de la muerte del esposo, en especial si la muerte fue repentina. *Quinto*, no siempre las personas pueden resolver su aflicción y aceptar la pérdida. Con frecuencia, los padres y los esposos de las personas que mueren en accidentes automovilísticos tienen recuerdos dolorosos del ser amado, aun después de muchos años (Wortman y Silver, 1989).

En vez de un patrón sencillo de tres etapas, esta investigación descubrió tres patrones principales de duelo. En el patrón generalmente esperado, los dolientes experimentan desde mucha hasta baja aflicción; en el segundo patrón, el doliente no experimenta aflicción intensa de inmediato ni más tarde; en el tercer patrón, el doliente permanece afligido durante mucho tiempo (Wortman y Silver, 1989).

El descubrimiento según el cual el duelo toma formas y patrones variados tiene implicaciones importantes para ayudar a las personas a que enfrenten la pérdida. Puede ser innecesario e incluso dañino urgir o conducir a los dolientes al "trabajo" de la pérdida o a esperar que sigan un patrón establecido de reacciones emocionales, como puede ser innecesario y nocivo esperar que todos los pacientes que agonizan experimenten las etapas de Kübler-Ross. En cuanto a las diferentes maneras de mostrar el dolor, puede ayudar que el doliente enfrente la pérdida sin sentir que sus reacciones son anormales.

Con el tiempo, la mayoría de los dolientes son capaces de aceptar la pérdida y retornar a la vida normal con ayuda de la familia y los amigos. Para algunos, sin embargo, la *terapia de duelo* es lo indicado. Los terapeutas de duelo profesionales ayudan a los dolientes a expresar pena, culpa, hostilidad e ira, y estimulan a los clientes a revisar las relaciones con el fallecido e integrar el hecho de la muerte en sus vidas. Al ayudar a que las personas manejen el duelo, los consejeros deben tener en cuenta tradiciones familiares y étnicas y diferencias individuales.

Muerte y aflicción en el ciclo vital

No existe una manera única de ver la muerte en cualquier edad; las actitudes de las personas hacia ella reflejan su personalidad y experiencia, así como la creencia de qué tan cerca están de morir. Sin embargo, se presentan amplias diferencias de desarrollo. Como sugiere el modelo de ocurrencia oportuna de eventos, la muerte probablemente no signifique lo mismo para un hombre de 85 años que sufre dolorosa artritis, para una mujer de 56 años en la cima de una carrera jurídica brillante que descubre que tiene cáncer de mama, y para una persona de 15 años que muere por una sobredosis de drogas. Los cambios típicos en las actitudes hacia la muerte durante el ciclo vital dependen del desarrollo cognitivo y la ocurrencia oportuna de los eventos normativos o no normativos.

Niñez

En algún momento entre las edades de cinco y siete años la mayoría de los niños comprenden que la muerte es *irreversible*, que una persona, un animal o una flor muertos no pueden volver de nuevo a la vida. Casi a la misma edad, los niños descubren otros dos conceptos importantes sobre la muerte: primero, que es *universal* (todos los seres vivientes mueren) y, segundo, que una persona muerta *no cumple funciones* (todas las funciones vitales finalizan con la muerte). Antes de esa época, los niños pueden creer que ciertos grupos de personas (por ejemplo profesores, padres e hijos) no mueren, que una persona suficientemente astuta o que tiene suficiente suerte puede evitar la muerte, y que ellos mismos vivirán eternamente. También pueden creer que una persona muerta puede pensar y sentir. Los conceptos de irreversibilidad, universalidad y cesación de funciones generalmente se desarrollan durante la época en que, según Piaget, los niños avanzan de la etapa preoperacional al pensamiento concreto operacional (Speece y Brent, 1984).

Se puede ayudar a que los niños comprendan la muerte, si se les presenta el concepto a una edad temprana y se les alienta a hablar sobre ella. La muerte de una mascota puede proporcionar una oportunidad natural. Si otros niños mueren, los padres y profesores necesitan aliviar las ansiedades de los niños que le sobreviven.

El 6% de los niños estadounidenses menores de diez años han perdido por lo menos un padre; otros han perdido abuelos, de los cuales muchos cumplían una función importante en sus vidas. Algunos se afligen por la muerte de hermanos, otros parientes o amigos (AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1992).

La manera como los niños demuestran el duelo depende del desarrollo cognitivo y emocional. En algunas ocasiones, los niños expresan el duelo a través de la ira, el drama o negándose a reconocer la muerte, como si el deseo de que una persona estuviera viva pudiera mantenerla así. Pueden estar confundidos por los eufemismos de los adultos: que alguien "expiró" o que la familia "perdió" a alguien o que alguien está "dormido" y que nunca despertará. La pérdida es más difícil si el niño llevaba relaciones problemáticas con la persona que murió, si el conflictuado padre sobreviviente depende demasiado del niño, si la muerte fue inesperada, en especial si fue asesinato o suicidio, si el niño tuvo problemas emocionales o comportamentales previos o si carece del apoyo de la familia y la comunidad (AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1992).

Los padres u otros cuidadores pueden contribuir a que los niños enfrenten el duelo ayudándoles a comprender que la muerte es el final y que ellos no causaron la muerte por su mal comportamiento o pensamiento. Los niños necesitan volver a estar seguros de que continuarán recibiendo el cuidado de adultos amorosos. En general es

útil llevar a cabo los menores cambios posibles en el ambiente del niño, las relaciones y las actividades diarias; responder a sus preguntas con sencillez y honestidad y alentar al niño a hablar acerca de la persona muerta.

Adolescencia

Normalmente los adolescentes no piensan mucho en la muerte, a menos que se hayan enfrentado a ella. No obstante, en muchas comunidades en que los adolescentes (incluso los niños menores) viven, la violencia y el peligro de muerte son hechos inevitables de la vida diaria. Muchos adolescentes asumen riesgos innecesarios: viajan por auto stop, conducen con imprudencia y experimentan con drogas y el sexo con resultados trágicos. En su afán de descubrir y expresar su identidad, quizá estén más preocupados por cómo viven que por cuánto tiempo vivirán.

El suicidio es la tercera causa principal de muerte entre las edades de 15 a 24 años. La causa principal son los accidentes, algunos de los cuales pueden ser realmente suicidios (NCHS, 1998a). Los adolescentes varones tienen cinco veces más probabilidad que las adolescentes de arriesgar sus vidas (NIMH, 1999a, 1999b).

Los jóvenes que intentan suicidarse tienden a tener historias de enfermedad emocional: depresión, abuso de alcohol o drogas, comportamiento riesgoso o antisocial o personalidad inestable. También tienden a mostrar intentos anteriores de suicidio o a tener amigos o miembros de la familia que se suicidaron (Garland y Zigler, 1993; NIMH, 1999a, 1999b; Slap, Vorters, Chaudhuri y Centor, 1989; "Suicide-Part I", 1996).

Los adolescentes suicidas tienden a tenerse en poca estima, a sentirse desesperanzados y a tener bajo control de los impulsos y poca tolerancia a la frustración y el estrés. Estos jóvenes con frecuencia están alejados de sus padres y no tienen a quién recurrir fuera de la familia. Muchos provienen de familias rotas o en dificultades, con frecuencia con una historia de desempleo, prisión o comportamiento suicida, y una alta proporción ha sido maltratada o rechazada (Deykin, Alpert y McNamara, 1985; Garland y Zigler, 1993; Slap *et al.*, 1989; "Suicide-Part I", 1996; Swedo *et al.*, 1991). Los varones homosexuales y bisexuales corren más riesgo (Remafedi, French, Story, Resnick y Blum, 1998).

La disponibilidad de pistolas en el hogar es un factor principal de incremento del suicidio en los adolescentes (Rivara y Grossman, 1996). Aunque la mayoría de los jóvenes que intentan suicidarse toman píldoras o ingieren otras sustancias, es muy probable que los que tienen éxito utilicen armas de fuego (Garland y Zigler, 1993).

Algunos programas de prevención del suicidio pueden ser nocivos al exagerar el alcance del suicidio adolescente y describirlo como una reacción normal al estrés, en vez de calificarlo como un acto patológico. Los programas deben identificar y tratar a los jóvenes que corren el riesgo de suicidarse, incluidos aquellos que ya lo han intentado; es igualmente importante combatir los factores de riesgo a través de programas que reduzcan el abuso de fármacos y fortalezcan las familias (Garland y Zigler, 1993; NIMH, 1999a, 1999b).

Edad adulta

Los adultos jóvenes que han finalizado su educación y han iniciado carreras, han contraído matrimonio o son padres generalmente están ansiosos de vivir la vida para la que se han preparado. Si fueran golpeados de manera repentina por una enfermedad potencialmente fatal o una lesión, es probable que se sintieran muy frustrados. A su vez, la frustración puede convertirse en ira, la cual puede convertirlos en pacientes difíciles.

En la actualidad, muchas personas que contraen el sida a los 20 ó 30 años (con frecuencia hombres homosexuales) deben enfrentar los temas de la muerte y la calidad de moribundos a una edad en que normalmente deberían tratar temas de la edad adulta temprana como el establecimiento de relaciones íntimas. En vez de tener una larga vida de pérdidas como preparación gradual para el final de la vida, "el hombre homosexual puede descubrir que su propia salud, la salud de sus amigos y el tejido de su comunidad se colapsan al mismo tiempo" (Cadwell, 1994, p. 4).

En la edad madura, la mayoría de las personas descubren con mayor certeza que antes que van a morir, pues el cuerpo les envía señales de que ya no son tan jóvenes,

ágiles ni tan vigorosas como antes. Así, cada vez más piensan en cuántos años han pasado y en cómo aprovechar lo mejor de esos años (Neugarten, 1967). Con frecuencia, en especial después de la muerte de ambos padres, existe una nueva conciencia de pertenecer a la generación anciana que está próxima a morir (Scharlach y Fredriksen, 1993).

Los adultos mayores pueden tener sentimientos encontrados acerca de la perspectiva de morir. Las pérdidas físicas así como otros problemas y pérdidas de la vejez, pueden disminuir el placer y la voluntad de vivir (McCue, 1995). Por otra parte, cuando se preguntó a 414 pacientes hospitalizados, de 80 y 90 años, sobre cuánto tiempo estarían dispuestos a cambiar por salud excelente, casi 2 de cada 3 no estaban dispuestos a ceder más de un mes de vida (Tsevat *et al.*, 1998). Según Erikson, los ancianos que resuelven la crisis final de integridad frente a desesperanza (remítase al capítulo 18) logran aceptar tanto lo que han hecho con sus vidas como la muerte inminente. Una manera de cumplir esta resolución es a través de la revisión de la vida, analizada más adelante en este capítulo. Las personas que sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar mejor la muerte.

Hay tres pérdidas que pueden ser especialmente difíciles durante la edad adulta: la muerte del cónyuge, de un padre o de un hijo.

Cónyuge sobreviviente

La viudez es uno de los mayores retos emocionales que puede enfrentar el ser humano. Debido a que las mujeres tienden a vivir más que los hombres y a ser más jóvenes que sus esposos, es más probable que enviuden.

Existe una gran probabilidad de que la persona viuda pronto siga al cónyuge a la tumba. En un estudio finlandés a gran escala, la mujer o especialmente el hombre tenían elevada probabilidad de morir dentro de los cinco años siguientes a la muerte del cónyuge. El riesgo era mayor para los adultos jóvenes y para aquellos cuyas pérdidas estaban todavía recientes (Martikainen y Valkonen, 1996).

Muchos estudios han descubierto que los ancianos se adaptan mejor a la viudez que los adultos más jóvenes (DiGiulio, 1992). En general, la edad no es un factor importante en el proceso de duelo; las habilidades de adaptación sí lo son. Las personas que han experimentado la adaptación a la pérdida y han desarrollado recursos efectivos de adaptación (autoestima y competencia para satisfacer las demandas de la vida diaria) son más capaces de enfrentar la pena (Lund, 1993b).

Es probable que el sobreviviente de un largo matrimonio enfrente muchos problemas prácticos y emocionales. Un buen matrimonio puede dejar un gran vacío emocional; incluso si era tormentoso, es probable que la persona viuda sienta la pérdida, que puede ser especialmente difícil para una mujer que ha estructurado su vida y su identidad alrededor de los cuidados de su esposo. Las mujeres viudas presentan tasas de depresión elevadas, por lo menos durante los cinco años siguientes a la muerte (Marks y Lambert, 1998).

Las dificultades económicas pueden ser un grave problema. Cuando el esposo ha sido el principal proveedor del sustento, su viuda se ve privada de ese ingreso; cuando el esposo es viudo, tiene que comprar muchos de los servicios que su esposa le proporcionaba; cuando ambos esposos han sido empleados, la pérdida de un ingreso puede ser un gran golpe.

La vida social también cambia. Inmediatamente después de la muerte, los amigos y la familia permanecen al lado de quien experimenta la pérdida, pero luego regresan a la rutina de sus propias vidas (Brubaker, 1990). Viudos y viudas ven a los amigos con más frecuencia que las personas casadas (Field y Minkler, 1988).

Aunque se necesita tiempo para recuperarse de la pena, la mayoría de los cónyuges afligidos reconstruyen sus vidas con el tiempo. La soledad, la tristeza y la depresión dan paso a la capacidad de valerse por sí mismos. Las personas que se adaptan mejor son aquellas que se mantienen ocupadas, asumen nuevos papeles (por ejemplo, un nuevo trabajo remunerado o voluntario), se dedican a sus actividades corrientes, ven a los amigos con frecuencia o consiguen apoyo de grupos de autoayuda (Lund, 1989, 1993b). Los hijos adultos pueden ser una importante fuente de asistencia y apoyo emocional (Suitor, Pillemer, Keeton y Robison, 1995). La capacidad para hablar

abiertamente acerca de su experiencia puede ayudar a algunas personas a encontrar sentido y coherencia en la transición a la viudez (van den Hoonaard, 1999).

Los ancianos viudos tienen cuatro veces más probabilidad de volver a casarse que las viudas mayores (Carstensen y Pasupathi, 1993), en parte porque las mujeres disponibles sobrepasan en número a los hombres disponibles. La necesidad de intimidad también puede ser un factor. Si el esposo tiene un confidente, es probable que sea la esposa, mientras que la esposa (que generalmente tiene más amigos íntimos) quizá confíe más en alguien externo al matrimonio (Tower y Kasl, 1996). Muchos viudos no están interesados en volver a contraer matrimonio (Talbot, 1998). Dado que las mujeres son capaces de realizar las tareas del hogar, pueden mostrarse reacias a rendirse a los beneficios de una pensión para sobrevivientes, sacrificar la libertad de vivir solas o enfrentar el proyecto de cuidar a un esposo enfermo, quizás por segunda ocasión.

Pérdida de uno de los padres

Se ha prestado poca atención al impacto de la muerte de un padre en un hijo adulto. En la actualidad, ante las mayores expectativas de vida, esta pérdida con frecuencia ocurre en la edad adulta intermedia (Umberson y Cheng, 1994).

En entrevistas a profundidad a 83 voluntarios de entre 35 y 60 años, se encontró que la mayoría de los hijos adultos dolientes experimentaban tensión emocional, que iba desde la tristeza y el llanto a la depresión y las ideas de suicidio, después de uno a cinco años, en especial los siguientes a la pérdida de la madre (Scharlach y Fredriksen, 1993). Sin embargo, la muerte de uno de los padres puede ser una experiencia que ayude a crecer. Puede ayudar a que los adultos resuelvan aspectos importantes del desarrollo: lograr un fuerte sentido de sí mismos y una conciencia más realista de su propia mortalidad, junto con un mayor sentido de responsabilidad, compromiso y apego a los demás (M. S. Moss y Moss, 1989; Scharlach y Fredriksen, 1993).

Con frecuencia, la muerte de un padre trae cambios en otras relaciones (M. S. Moss y Moss, 1989; Scharlach y Fredriksen, 1993). Un hijo adulto afligido puede asumir más responsabilidad frente al padre sobreviviente y ayudar a mantener la familia unida. Las emociones intensas de la aflicción pueden acercar más a los hermanos o ayudarles a superar las diferencias que surgen durante la etapa final de la enfermedad del padre. La muerte de uno de los padres puede permitir al hijo adulto dedicar más dinero y energía a relaciones temporalmente olvidadas para satisfacer las demandas o exigencias de cuidado. Así mismo, puede liberar al hijo adulto de una relación mantenida para satisfacer las expectativas del padre.

El reconocimiento de la finalidad de la muerte y la imposibilidad de decir algo más al padre muerto motiva a algunas personas a resolver desavenencias con los vivos mientras todavía es tiempo. Algunas personas se sienten movidas a reconciliarse con sus propios hijos adultos. Algunas veces, hermanos enemistados descubren que deben solucionar dificultades entre ellos ante la ausencia del padre que les servía de vínculo.

Pérdida de un hijo

En otros tiempos no era extraño que un padre enterrara a un hijo; en la actualidad, debido a los progresos médicos y el incremento de la esperanza de vida en los países industrializados, la mortalidad infantil ha alcanzado niveles récord, y es muy probable que un hijo que sobrevive el primer año de edad llegue a la vejez.

En muy pocas ocasiones los padres están preparados para soportar la muerte de un hijo. Tal muerte, sin importar a qué edad ocurre, representa un golpe cruel no natural y un evento inoportuno que, en el curso normal de las cosas, no debería haber sucedido. Es posible que los padres se sientan fracasados sin importar cuánto han amado y cuidado al hijo, y encuentren muy difícil la pérdida.

Si el matrimonio es sólido, la pareja puede permanecer más unida, apoyándose mutuamente por la pérdida compartida; pero, en otros casos, la pérdida debilita y destruye el matrimonio. Con frecuencia, los asuntos no resueltos, que resurgen después la muerte de un hijo, conducen al divorcio, incluso muchos años después (Brandt, 1989).

Aunque los padres afligidos deben enfrentar el duelo a su manera, algunos han descubierto que sumergirse en el trabajo, en actividades u otras relaciones, o unirse a grupos de apoyo ayuda a sobrellevar la pena.

Aspectos médicos, legales y éticos: el "derecho a morir"

¿Tienen derecho a morir las personas? Si es así, ¿en qué circunstancias? ¿Se debe permitir que un enfermo terminal se suicide o debe ayudarse? ¿Debe prescribir el médico una droga que alivie el dolor y que pueda acortar la vida del paciente? ¿Qué puede decirse acerca de aplicar una inyección letal para acabar con los sufrimientos del paciente? ¿Quién decide que no vale la pena prolongar la vida? Éstas son algunas de las difíciles preguntas morales, éticas y legales que deben responder los individuos, las familias, los médicos y la sociedad; preguntas que implican la calidad de vida y las circunstancias de la muerte.

Suicidio

Aunque el suicidio ya no es un crimen en las sociedades modernas, persiste un estigma en su contra debido en parte a las prohibiciones religiosas y a los intereses de la sociedad para preservar la vida. Una persona que expresa pensamientos suicidas puede considerarse, a menudo con razón, mentalmente enfermo. Por otra parte, a medida que la vida se prolonga y, con ello, el riesgo de enfermedades degenerativas a largo plazo, un creciente número de personas considera que la elección deliberada del adulto maduro del momento en que termina su vida es una decisión racional y un derecho que debe defenderse.

Según datos preliminares, en 1998 se suicidaron más de 29,000 personas en los Estados Unidos, lo cual convirtió el suicidio en la octava causa principal de muerte. La tasa de suicidio anual en los Estados Unidos, 10.8 muertes por cada 100,000 habitantes (Martin *et al.*, 1999), es moderada si se compara con las tasas de algunos otros países industrializados (McIntosh, 1992; "Suicide-Part I", 1996). Las tasas de suicidio aumentan radicalmente después de desastres naturales (inundaciones, huracanes y terremotos) que pueden causar lesiones y pérdidas financieras graves (Krug *et al.*, 1998).

Las estadísticas probablemente subestiman el número de suicidios puesto que muchos no son reportados y algunos (como "accidentes" de tránsito y sobredosis medicinales "accidentales") no se reconocen como tales. Así mismo, las cifras sobre suicidios casi no incluyen intentos de suicidio; se estima que entre 10 y 40% de las personas que se suicidan ya lo han intentado antes (Meehan, 1990; "Suicide-Part II", 1996). En los Estados Unidos se suicidan cuatro veces más hombres que mujeres, aunque el doble de mujeres intenta suicidarse (NIMH, 1999a, 1999b). Los estadounidenses blancos tienen dos veces más probabilidad de suicidarse que los afroamericanos, estadounidenses de ascendencia latina y asiática, o los de las islas del pacífico, pero menos probabilidad que los indígenas estadounidenses (NCHS, 1998a).

En la mayoría de los países, el suicidio predomina más entre los ancianos (McIntosh, 1992). En los Estados Unidos, la tasa de suicidio más elevada se halla entre los ancianos varones blancos, particularmente los de 85 años y más (NCHS, 1998a; NIMH, 1999b). Los afroamericanos ancianos tienen mucha menos probabilidad de suicidarse (NCHS, 1998a), quizá en parte debido a la religión y en parte porque pueden acostumbrarse a soportar duros golpes. Con frecuencia, el suicidio entre los ancianos ocurre junto con depresión, abuso de alcohol y aislamiento social. Los ancianos que intentan suicidarse tienen más probabilidad de conseguirlo que los jóvenes, quizá porque tienden a emplear métodos más letales, en especial armas de fuego (CDC, 1996).

Aunque algunas personas que intentan suicidarse preparan sus planes cuidadosamente, existen signos de alerta que pueden incluir alejamiento de la familia y los amigos, conversación acerca de la muerte, el más allá o el suicidio, regalo de prendas apreciadas, abuso de fármacos o alcohol y cambios de personalidad como rabia, aburrimiento o apatía inusuales. Las personas que están a punto de suicidarse pueden descuidar su apariencia, dejar de asistir al trabajo o a otras actividades normales, quejarse de problemas físicos cuando todo está bien orgánicamente o dormir o comer mucho más o mucho menos que lo habitual. Con frecuencia muestran signos de de-

presión, como dificultad para concentrarse, pérdida de autoestima o sentimientos de inutilidad, desesperanza, ansiedad extrema o pánico. Nueve de cada diez personas que se suicidan, tienen depresión u otro trastorno mental, o abusan de los fármacos (NIMH, 1999a).

Eutanasia y suicidio asistido

En Milwaukee, Wisconsin, un hombre de 79 años visitaba a su esposa de 72 en un asilo. Ella, que había sido exitosa en los negocios, ahora sufría la enfermedad de Alzheimer avanzada, se quejaba constantemente y era incapaz de hablar o no deseaba hacerlo. El hombre empujó la silla de su esposa hacia un tramo de la escalera donde la mató de un disparo de pistola. El procurador del distrito que enjuició al esposo denominó esta acción como "asesinato clásico de primer grado", pero el gran jurado se rehusó a considerarlo culpable y salió libre (Malcolm, 1984).

Este hombre alegó que estaba practicando la eutanasia ("buena muerte"). Si era así, su acto fue un ejemplo de *eutanasia activa* (algunas veces denominada *muerte piadosa*), acción emprendida deliberadamente para acortar la vida con el fin de acabar el sufrimiento o permitir que un enfermo terminal muera con dignidad. La *eutanasia pasiva* es la suspensión del tratamiento que podría prolongar la vida de un paciente terminal, como medicamento, sistemas de apoyo vitales o tubos de alimentación. En general, la eutanasia activa es ilegal, mientras que, en algunas circunstancias, la eutanasia pasiva no lo es. Un tema importante, independiente de la forma de la eutanasia, es si es *voluntaria*; es decir, si se ejecuta por petición directa –para satisfacer los deseos expresados– de la persona a la que se ayuda a morir.

El *suicidio asistido*, en el cual un médico o alguien ayuda a una persona a morir (por ejemplo, prescribiendo o consiguiendo medicamentos o permitiendo al paciente inhalar gas letal) es ilegal en muchos lugares, pero recientemente ha cobrado interés en los debates públicos. El suicidio asistido es semejante en principio a la eutanasia activa voluntaria en que, por ejemplo, un paciente pide y recibe una inyección letal. La principal diferencia radica en que en el suicidio asistido la persona que desea morir lleva a cabo la acción. Todos estos actos son variantes de lo que algunas veces se ha denominado *ayuda a morir*.

Instrucciones anticipadas

Los cambios de actitud hacia la ayuda a morir pueden ser atribuidos a la revulsión contra las tecnologías que mantienen vivos a los pacientes contra su voluntad a pesar del intenso sufrimiento y, en ocasiones, después de que el cerebro ha dejado de funcionar para propósitos prácticos. La Corte Suprema de los Estados Unidos sostuvo que una persona cuyos deseos se conocen claramente tiene el derecho constitucional a rehusarse a seguir un tratamiento que lo mantenga en vida o a descontinuarlo (*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 1990; Gostin, 1997). Los deseos de una persona pueden ser escritos por anticipado en un documento denominado *consentimiento informado*.

Alguna legislación sobre "consentimiento informado" se aplica sólo a pacientes terminales, y no a quienes están incapacitados por enfermedad o lesión pero pueden vivir muchos años con dolor severo. El consentimiento informado no cubre a muchos pacientes en coma o en *estado vegetativo permanente*, en el cual –aunque técnicamente vivos– no tienen conciencia y el cerebro sólo funciona rudimentariamente. Tales situaciones pueden ser cubiertas por el *poder permanente a un abogado*, el cual permite que otra persona tome las decisiones si quien firma el documento no es competente para hacerlo. Varios estados han adoptado un formulario sencillo conocido como *poder médico permanente a un abogado*, únicamente para decisiones relacionadas con la asistencia médica.

No obstante, incluso con las instrucciones por anticipado, muchas personas mueren con intensos dolores después de tratamiento fallido. La preocupación por la revisión del colega, la presión de una emergencia médica o el compromiso filosófico para mantener la vida pueden conducir a médicos y enfermeras a continuar haciendo esfuerzos "heroicos" a pesar de los deseos del paciente (M. Solomon, 1993).

En un estudio de cinco años con 9,000 pacientes críticos en cinco hospitales de enseñanza en los Estados Unidos, con frecuencia los médicos no tenían conocimiento

de la solicitud del paciente para no ser reanimados en el evento de un paro cardíaco (The SUPPORT Principal Investigators, 1995). Según los miembros de la familia de uno de los pacientes fallecidos, uno de cada diez de estos pacientes estaba en desacuerdo con la asistencia que recibían. La comunicación clara entre médico y paciente sobre preferencias y diagnóstico no es corriente (Lynn *et al.*, 1997).

Tales resultados han conducido a que la Asociación Médica Estadounidense conforme una fuerza de tarea sobre asistencia de calidad al final de la vida. Muchos hospitales ahora tienen comités de ética que crean guías, revisan casos y ayudan a los médicos, pacientes y sus familias a tomar decisiones acerca de la asistencia al final de la vida (Simpson, 1996).

Ayuda médica para morir

Un australiano de 60 años, que sufría cáncer de próstata avanzado, fue la primera persona que murió legalmente por suicidio asistido, en septiembre de 1996. Apoyado en una ley promulgada en los Territorios del Norte, presionó una tecla de computador que le administró una dosis letal de barbitúricos ("Australian Man", 1996). Poco después, la ley fue abolida (Ryan y Kaye, 1996).

En los Estados Unidos, el suicidio asistido es ilegal en casi todos los estados; sin embargo, con frecuencia esta actividad se lleva a cabo en secreto, sin regulación. La Asociación Médica Estadounidense se opone a la ayuda médica para morir porque es contraria al juramento del médico de "no hacer daño". Pero los médicos pueden suministrar medicamentos que acortan la vida, si el propósito es aliviar el dolor, aun cuando esa distinción no esté clara (Gostin, 1997; Quill, Lo y Brock, 1997). A medida que la presión pública aumenta por el "derecho a morir" de los enfermos terminales, algunos médicos y académicos se preguntan por el significado de la distinción entre mantener la asistencia y ayudar a una persona a que disponga de su propia vida (Orentlicher, 1996).

Las encuestas nacionales están a favor de la ayuda a morir en una proporción de 3 a 1; por tanto, algunos médicos están accediendo a la solicitud de los pacientes (Castaneda, 1996; Lee *et al.*, 1996; Quill, 1991; "Suicide-Part II", 1996; Taylor, 1995). Una encuesta nacional a 1,902 médicos cuyas especialidades implican asistencia a pacientes terminales descubrió que, de aquellos que habían recibido solicitudes para ayudar en el suicidio (18%) o aplicar inyecciones letales (11%), cerca de 6% había accedido a ejecutarlo por lo menos una vez (Meyer *et al.*, 1998). En una encuesta realizada a 352 médicos (Larson, 1995-1996), cerca de 3 de cada 4 dijeron que debía permitírseles ayudar a los pacientes terminales a morir con dignidad; 95% de estos médicos apoyaba mantener la ayuda vital, 37% aprobaban proporcionar los medios para el suicidio y cerca de 13% dijeron que administrarían un medicamento letal.

A pesar de las actitudes variables, la Corte Suprema de los Estados Unidos rechazó por unanimidad en 1997 las objeciones a la prohibición al suicidio asistido. La Corte sostuvo que la ayuda médica a morir no es una libertad protegida constitucionalmente y, en consecuencia, está sujeta a la regulación estatal. Aunque en varios estados se han establecido medidas que legalicen el suicidio asistido para pacientes terminales, hasta hoy Oregon es el único estado que aprobó tal ley.

Algunos académicos que abogan por la legalización de todas las formas de eutanasia voluntaria y suicidio asistido, con garantías para proteger de la eutanasia involuntaria, argumentan que el aspecto clave no es cómo ocurre la muerte sino quién toma la decisión; que no existe diferencia en principio entre tirar del interruptor en un respirador y aplicar una inyección letal o prescribir una sobredosis de píldoras, y que una persona suficientemente competente para controlar su propia vida debe tener el derecho de ejercer ese control. Sostienen que si la ayuda a morir se pone en marcha abiertamente, se reduciría el temor y la impotencia al permitir a los pacientes controlar su destino (Brock, 1992; R. A. Epstein, 1989).

Quienes se oponen alegan la distinción entre eutanasia pasiva, en la cual la naturaleza se permite seguir su curso, y causar directamente la muerte. Argumentan que el suicidio asistido por un médico conduciría inevitablemente a la eutanasia activa voluntaria puesto que las píldoras automedicadas no siempre funcionan (Groenwoud *et al.*, 2000). Advierten que el próximo paso en esta "pendiente resbalosa" sería la eutanasia involuntaria, en especial en pacientes incapaces de expresar sus deseos. Señalan que, con frecuencia, las personas que desean morir están deprimidas transitoriamente

y podrían cambiar de opinión si se les brinda tratamiento o asistencia paliativa (Butler, 1996; Hendin, 1994; Latimer, 1992; Quill *et al.*, 1997; Simpson, 1996; Singer, 1998; Singer y Siegler, 1990).

La experiencia limitada bajo la ley de muerte con dignidad promulgada en Oregon puede ayudar a superar algunas de estas preocupaciones. En sus primeros dos años de aplicación, sólo 43 pacientes terminales se apoyaron en ella para acabar sus vidas. Menos de la mitad de los pacientes que buscaban suicidio asistido cambiaron de opinión después de intervenciones paliativas (Ganzini *et al.*, 2000).

Sin embargo, un efecto saludable de la controversia sobre la ayuda a morir ha sido llamar la atención sobre la necesidad de brindar mejor asistencia paliativa y más atención al estado mental de los pacientes. Una solicitud de ayuda a morir puede proporcionar una apertura para explorar las razones que se esconden detrás de esa solicitud. Algunas veces una consulta psiquiátrica puede descubrir una perturbación subyacente enmascarada por una solicitud en apariencia racional (Muskin, 1998). Para los pacientes terminales, el deseo de vivir puede fluctuar mucho, de modo que es esencial constatar que tal solicitud no es pasajera (Chochinov, Tataryn, Clinch y Dudgeon, 1999). Si se toman medidas letales, es importante que el médico esté presente para asegurarse de que la muerte es piadosa y libre de dolor tanto como sea posible (Nulan, 2000).

El tema de la ayuda a morir será más impactante a medida que la población envejece. Muchos aspectos del debate giran en torno de si es posible promulgar leyes que permitan alguna forma de ayuda, acompañadas de la protección adecuada contra el maltrato (Baron *et al.*, 1996; Callahan y White, 1996). En los años venideros, las cortes y el público se verán obligados a llegar a acuerdos respecto de esta cuestión, a medida que un creciente número de personas reclama el derecho a morir con dignidad y con ayuda.

Sentido y propósito de la vida y la muerte



El protagonista de la novela *La muerte de Ivan Illich*, escrita por León Tolstói, está aquejado de una enfermedad fatal, pero su sufrimiento físico es menor que su tormento mental. Se pregunta una y otra vez qué significado tiene su agonía y se convence de que su vida no ha tenido propósito y su muerte tampoco tendrá sentido. Sin embargo, en el último minuto experimenta una revelación espiritual, una preocupación por su esposa e hijo, que le da un momento final de integridad y le permite dominar su terror.

Lo que Tolstói imaginó en la literatura está siendo confirmado por la investigación. En un estudio con 39 mujeres cuya edad media era 76 años, aquellas que veían el máximo propósito en la vida tenían menos temor a la muerte (Durlak, 1973). Por el contrario, según Kübler-Ross (1975), enfrentar la realidad de la muerte es la clave para llevar una vida llena de sentido:

La negación de la muerte es responsable en parte de la vida vacía y sin propósito (de las personas) porque cuando usted vive como si fuera inmortal, es fácil posponer los asuntos que debe solucionar. Pero cuando usted comprende por completo que cada día su despertar podría ser el último, aprovecha el tiempo de ese día para crecer, ser más de lo que realmente es y ayudar a otros seres humanos (p. 164).

Revisión de la vida

En *Un cuento de navidad*, libro de Charles Dickens, Scrooge cambia su cruel y avara manera de ser después de ver visiones fantasmales de su pasado, su presente y su muerte futura. En la película *Ikiru (Vivir)*, de Akira Kurosawa, un insignificante burócrata descubre que está muriendo de cáncer y da una mirada retrospectiva a lo vacío de su vida. En un estallido final de energía, crea un legado significativo impulsando el proyecto de un parque infantil, que había bloqueado antes. Estos personajes ficticios dan sentido al tiempo que les queda a través de la revisión de la vida, proceso de evocación que permite a la persona descubrir el significado de su vida.

Por supuesto, la revisión de la vida puede ocurrir en cualquier momento de ésta; sin embargo, puede tener especial significado en la vejez, cuando puede fomentar la integridad del yo, la tarea final y más importante de la vida según Erikson. A medida que se acerca el final de la vida, las personas pueden mirar en retrospectiva sus logros

y fracasos y preguntarse qué sentido tiene su vida. La conciencia de ser mortal puede ser un motivo para reexaminar valores, experiencias y acciones desde un nuevo punto de vista. Algunas personas descubren que pueden completar tareas que habían abandonado; por ejemplo, reconciliarse con miembros de la familia o amigos que se han alejado y, en consecuencia, lograr un sentido satisfactorio del final.

No todos los recuerdos son buenos para el crecimiento y la salud mental. Los ancianos que emplean los recuerdos para comprenderse a sí mismos muestran la más fuerte integridad del yo, mientras que quienes se entretienen sólo en recuerdos agradables muestran menos integridad. Los peores adaptados son aquellos que se mantienen recordando eventos negativos y están obsesionados con el remordimiento, la desesperanza y el temor a la muerte; su integridad del yo ha dado paso a la desesperación (Sherman, 1993; Walasky, Whitbourne y Nehrke, 1983-1984).

La terapia de revisión de la vida puede ayudar a enfocar el proceso natural de revisión de la vida de modo que sea más consciente, lleno de sentido y eficiente (Butler, 1961; M. I. Lewis y Butler, 1974). Entre los métodos más frecuentes empleados para descubrir los recuerdos en la terapia de revisión de la vida (que los individuos también pueden emplear por su propia cuenta) están escribir o grabar la autobiografía, construir el árbol genealógico, conversar sobre el álbum de recortes, de fotografías y viejas cartas, y otros recuerdos, viajar a escenarios de la niñez y la edad adulta temprana, reunirse con antiguos compañeros y colegas o miembros de la familia distantes, describir tradiciones étnicas y resumir la vida laboral.

Desarrollo: proceso de toda la vida

Al final de los 70 años, el artista Pierre-Auguste Renoir padecía artritis y bronquitis crónica y había perdido a su esposa; pasaba los días en una silla de ruedas y su dolor era tan grande que no podía dormir durante la noche. Incapaz de sostener la paleta o agarrar el pincel, tenían que atárselo a la mano derecha. Sin embargo, continuaba pintando cuadros admirables llenos de color y vitalidad. Al final, afectado por la neumonía, permanecía en cama contemplando algunas anémonas que su asistente había recogido. En ese estado, reunió suficiente fortaleza para bosquejar la forma de estas flores hermosas y luego –justo antes de morir– ponerse de espaldas y susurrar: “pienso que estoy empezando a comprender algo acerca de ello” (L. Hanson, 1968).

Incluso la cercanía de la muerte puede ser una experiencia de desarrollo. Como lo expresó un profesional de la salud, “...hay cosas que deben ganarse, cumplirse al morir. Dedicar tiempo a quienes son cercanos y para quienes somos cercanos, lograr un sentido final y duradero de la autovaloración y la disposición para marcharse son elementos valiosos de una buena muerte” (Weinberger, 1999, p. F3).

Dado el transcurso limitado de la vida, ninguna persona puede descubrir todas las capacidades, cumplir todos los deseos, explorar todos sus intereses ni experimentar toda la riqueza que la vida tiene para ofrecer. La vida humana está definida por la tensión entre las posibilidades de crecimiento y el tiempo finito en que se crece. Al elegir qué posibilidades buscar y perseguirlas hasta donde sea posible, incluso hasta el mismo fin, cada persona contribuye a la historia inacabada del desarrollo humano.