



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE FILOSOFÍA

La Conciencia en el Umbral del Tránsito:
Experiencias Cercanas a la Muerte

Dña. Cristina Lázaro Pérez
2016

Cristina Lázaro Pérez

LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.

AGRADECIMIENTOS

Hay muchas personas a las que quiero expresar mi agradecimiento sin las cuales esta tesis no habría podido escribirse.

En primer lugar, es de justicia dedicar este estudio a mi familia en especial a mis padres, Francisco y Francisca, sin ellos, ni el proyecto, ni la ilusión ni el resultado habrían sido posibles; su ejemplo, tesón y fuerza me animaron a emprender y sobre todo a terminar este proyecto tan asombroso. Especialmente dedicado a mi madre quién comenzó a mi lado este viaje, pero tuvo que adelantarse y proseguir el suyo propio adentrándose en la más hermosa y cálida Luz.

Quiero tener unas especiales palabras de agradecimiento a los valientes y generosos informantes que han querido compartir conmigo sus experiencias para que otras personas puedan beneficiarse. A los pacientes, familiares y entrevistados, su compromiso y colaboración en tan difíciles circunstancias es un ejemplo de generosidad y bondad. Sus historias de vida y muerte han impregnado cada página de este estudio.

Por supuesto a mi Director Luis Álvarez Munárriz, por aceptar el reto de acompañarme en los recónditos caminos de la consciencia y sus valiosas aportaciones; a mi Co-director el Dr. Raymond Moody, quien no dudó en aceptar mi invitación para codirigir esta tesis y por ser el impulsor de la investigación de tan fascinantes experiencias de vida.

A los investigadores sobre Experiencias cercanas a la muerte con quien he tenido el gusto de compartir interesantes y extraordinarias conversaciones, e innumerables emails, especialmente a la Dra. Penny Sartori, quien siempre me animó y me apoyó desde el inicio de la investigación; al Dr. Pim Van Lommel, por su amabilidad y cercanía y las interesantes aportaciones personales y académicas; Al Dr. Jeffrey Long por su increíble talento y simpatía para condensar su sabiduría en una entrevista y tantos otros con los que me he encontrado durante estos 5 años de investigación.

A los profesionales de la UCI que me hicieron tan fácil estos años entre ellos y en especial al jefe de servicio Juan Carlos Pardo por aceptar sin objeciones esta investigación en la unidad. A Raquel Vera por abrirme su despacho de paliativos con tanto cariño y mostrarme la gran labor que realiza. Gracias a Rafael Pacheco por su orientación y acogida desde el primer momento y al Hospital Reina Sofía de Murcia por permitir desarrollar allí esta investigación. Gracias especiales a los alumnos de las distintas facultades por colaborar en los estudios desarrollados.

A los amigos a quienes no he podido ver tan a menudo como me hubiese gustado durante todo este tiempo y su extraordinario apoyo, especialmente a Pedro Juan Martín, por las innumerables conversaciones sobre lo trascendental y lo mágico y por el apoyo en los momentos más complicados de este proceso. A mi entrañable amigo Ramiro A. Calle, quien siempre ha apoyado mi investigación y me ha brindado su ayuda y afecto y a Jose Manuel por sus muchas palabras de ánimo y su gran disposición a ayudar.

A Aisha porque sus ronroneos me han sostenido para continuar en los peores momentos; nunca hubo una criatura con tanto conocimiento sobre ECM.

Y por último a quienes van a emprender el gran viaje. Ellos son el motivo por el cual se escriben tesis como esta. Que cada palabra aquí escrita sirva de consuelo a los que pronto serán conocedores del gran misterio y a los que les despiden con esperanza. Para ellos, para todos, es mi gran agradecimiento.

Cristina Lázaro Pérez

LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.



Subida al Empíreo. El Bosco. 1500-1504

CONTENIDO

1. PARTE TEÓRICA	12
INTRODUCCIÓN	13
FASE EXPLORATORIA	13
FASE DE RECOGIDA DE DATOS Y ENTREVISTAS.....	14
FASE DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	14
FASE DE CONCLUSIONES	15
CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO 2. LA MUERTE.....	27
2.1. ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE	29
2.1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MUERTE	30
2.1.2. EL HOMBRE ANTE LA MUERTE.....	33
2.1.3. CONCEPTO Y SIGNIFICADOS.....	39
2.1.3.1. LA MUERTE COMO RITO DE PASO.....	41
2.1.3.2. CHAMANISMO Y MUERTE.....	48
CAPÍTULO 3. LA CONSCIENCIA	52
3.1. ANTROPOLOGÍA DE LA CONSCIENCIA.....	55
3.1.1. NEUROANTROPOLOGÍA	58
3.1.2. NEUROTEOLOGÍA	59
3.2. CONSCIENCIA Y CEREBRO.....	62
3.2.1. BREVES APORTACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA.....	66
3.2.2. CONSCIENCIA NO LOCAL	67
3.2.3. ESTADOS DE CONSCIENCIA.	72
3.3. NIVELES DE CONSCIENCIA	81
3.4. CONSCIENCIA ANIMAL	85
CAPÍTULO 4. MARCO DE REFERENCIA.....	96
4.1 EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.....	99
4.1.1. DEFINICIÓN DE EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE	102
4.1.2. CONTEXTOS EN LOS QUE PUEDE OCURRIR UNA ECM	111
4.1.3. ECM Y MUERTE CLÍNICA.....	116
4.1.4. ELEMENTOS DE LAS EXPERIENCIAS DE MUERTE TEMPORAL (EMT)	122
4.1.5. EXPERIENCIAS ANGUSTIOSAS O DESAGRADABLES.	129
4.1.6. EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA (EFV)	132
4.1.6.1. VISIONES EN EL LECHO DE MUERTE (VLM).....	144

4.1.6.2. VISITANTES EN EL LECHO DE MUERTE.....	149
4.1.6.3. EXPERIENCIAS DE MUERTE COMPARTIDAS O EMPÁTICAS.....	151
4.1.6.4. EXPRESIONES LINGÜÍSTICAS UTILIZADAS EN LAS EFV.....	154
4.1.6.5. OTRAS EXPERIENCIAS.....	154
4.1.7. EFECTOS POSTERIORES.	157
4.1.8. ECM EN NIÑOS	161
4.1.9. ECM EN CIEGOS.....	167
4.2. MARCO TEÓRICO.....	168
4.2.1. PRECEDENTES HISTÓRICOS.	168
4.2.2. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	176
4.2.2.1. INVESTIGACIONES RECIENTES.....	177
4.2.3. VARIABLES INTERCULTURALES.....	189
4.2.3.1. ECM EN ASIA.....	190
4.2.3.2. ECM EN ÁFRICA.....	197
4.2.3.3. ECM EN AMÉRICA.....	198
4.2.3.4. ECM EN OCEANÍA.....	199
4.2.3.5. ECM EN EUROPA.....	201
4.2.3.6. ECM MUSULMANAS.....	203
4.2.4. EXPLICACIONES CIENTÍFICAS.	206
2. PARTE EMPÍRICA	214
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y JUSTIFICACIÓN.	215
1.1. OBJETIVOS	216
1.2. HIPÓTESIS	217
1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	218
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	219
CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA	220
6.1. ACTUACIONES METODOLÓGICAS	221
6.1.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.	222
6.1.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO	233
6.1.3. ESCENARIOS DE INVESTIGACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES.	238
6.1.4. ÉTICA DEL ESTUDIO	248
CAPITULO 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	250
7.1. DATOS ECM EN HOSPITAL.....	252
7.2. DATOS ECM EXTRA-HOSPITALARIAS	276
7.3. EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA HOSPITALARIAS	283
7.4. DATOS Y TESTIMONIOS DE ECMs RECOGIDOS VÍA EMAIL	289

7.5. DATOS Y TESTIMONIOS DE EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA VÍA EMAIL.....	294
7.6. DISCUSIÓN.....	299
7.6.1. CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS.....	307
7.6.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	311
CAPITULO 8. ESTUDIOS 2 y 3.....	315
8.1. ESTUDIO 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	316
8.1.1. INTRODUCCIÓN.....	316
8.1.2. OBJETIVO.....	317
8.1.3. METODOLOGÍA.....	317
8.1.4. RESULTADOS.....	320
8.1.4.1. RESULTADOS DE LA ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	320
8.1.4.2. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DACS....	324
8.1.4.3. RESULTADOS DE LOS RELATOS EXTENSOS.....	328
8.1.5. DISCUSIÓN.....	331
8.1.6. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2... ..	334
8.1.7. RECOMENDACIONES.....	335
8.2. ESTUDIO 3: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES.....	337
8.2.2. OBJETIVO.....	338
8.2.3. METODOLOGÍA.....	338
8.2.4. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE -DACs EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES.	340
8.2.5. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE -DACs EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS.	350
8.2.6. DISCUSIÓN.....	355
8.2.7. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 3... ..	358
8.2.8. RECOMENDACIONES.....	361
CAPITULO 9. CONCLUSIONES FINALES.....	363
9.1. CONCLUSIONES.....	364
9.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.	369
9.3. IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	371
BIBLIOGRAFÍA.....	376
MATERIAL AUDIOVISUAL.....	405
ANEXOS:	407
ANEXO 1: DOCUMENTACIÓN PARA LA AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO EN EL HOSPITAL	407
ANEXO 2: CUESTIONARIOS Y OTROS DOCUMENTOS.....	414

ANEXO 3: TESTIMONIOS.....	432
ANEXO 4: ENTREVISTAS A EXPERTOS.....	482
ANEXO 5: CUESTIONARIOS EXTRAHOSPITALARIOS.....	511
ANEXO 6: THE CAMBRIDGE DECLARATION ON CONSCIOUSNESS	527
ANEXO 7: ÍNDICE DE GRÁFICAS, TABLAS, ILUSTRACIONES Y FOTOS.....	529

ACRÓNIMOS

CC.PP: Cuidados Paliativos.

CEIC: Comité Ético de Investigación Científica.

DSM-5: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder, versión 5.

DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.

ECM: Experiencia Cercana a la Muerte.

ECMs: Experiencias Cercanas a la Muerte.

EEC: Experiencia Extracorporal/ Experiencia Extracorpórea.

EEG: ElectroEncefaloGramma/ElectroEncefaloGrafía.

EFV: Experiencias al Final de la Vida.

EMC: Experiencias de Muerte Compartida.

EMT: Experiencia de Muerte Temporal.

ESAD: Equipo de Soporte de Atención a Domicilio.

ESP: ExtraSensory Perception (Percepción Extrasensorial).

fMRI = Functional magnetic resonance imaging: resonancia magnética funcional por imágenes.

HGURS: Hospital General Universitario Reina Sofía.

HUVA: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

IANDS: International Association for Near Death Studies (Asociación Internacional para los Estudios Cercanos a la Muerte).

MEG: Magnetoencefalograma

NDERF: Near-Death Experience Research Foundation (Fundación para la Investigación de las Experiencias cercanas a la Muerte).

PET: Tomografía por emisión de positrones.

PCR: Parada Cardiorrespiratoria.

SCASEST: Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UME: Unidad Móvil de Emergencia.

VLM: Visiones en el lecho de Muerte.

"Un ser humano es una parte del todo, llamado por nosotros Universo, una parte limitada en tiempo y espacio. Se experimenta a sí mismo, sus pensamientos y sentimientos como algo separado del resto, una especie de ilusión óptica de su conciencia. Esta ilusión es una especie de prisión para nosotros, que nos restringe a nuestros deseos personales y al afecto por unas pocas personas cercanas a nosotros. Nuestra tarea debe ser liberarnos de esta cárcel ampliando nuestro círculo de compasión para abarcar a todas las criaturas vivientes y la totalidad de la naturaleza en su belleza. Nadie es capaz de lograrlo por completo, pero la lucha por tal logro es en sí mismo una parte de la liberación y una base para la seguridad interior".

Albert Einstein

1. PARTE TEÓRICA

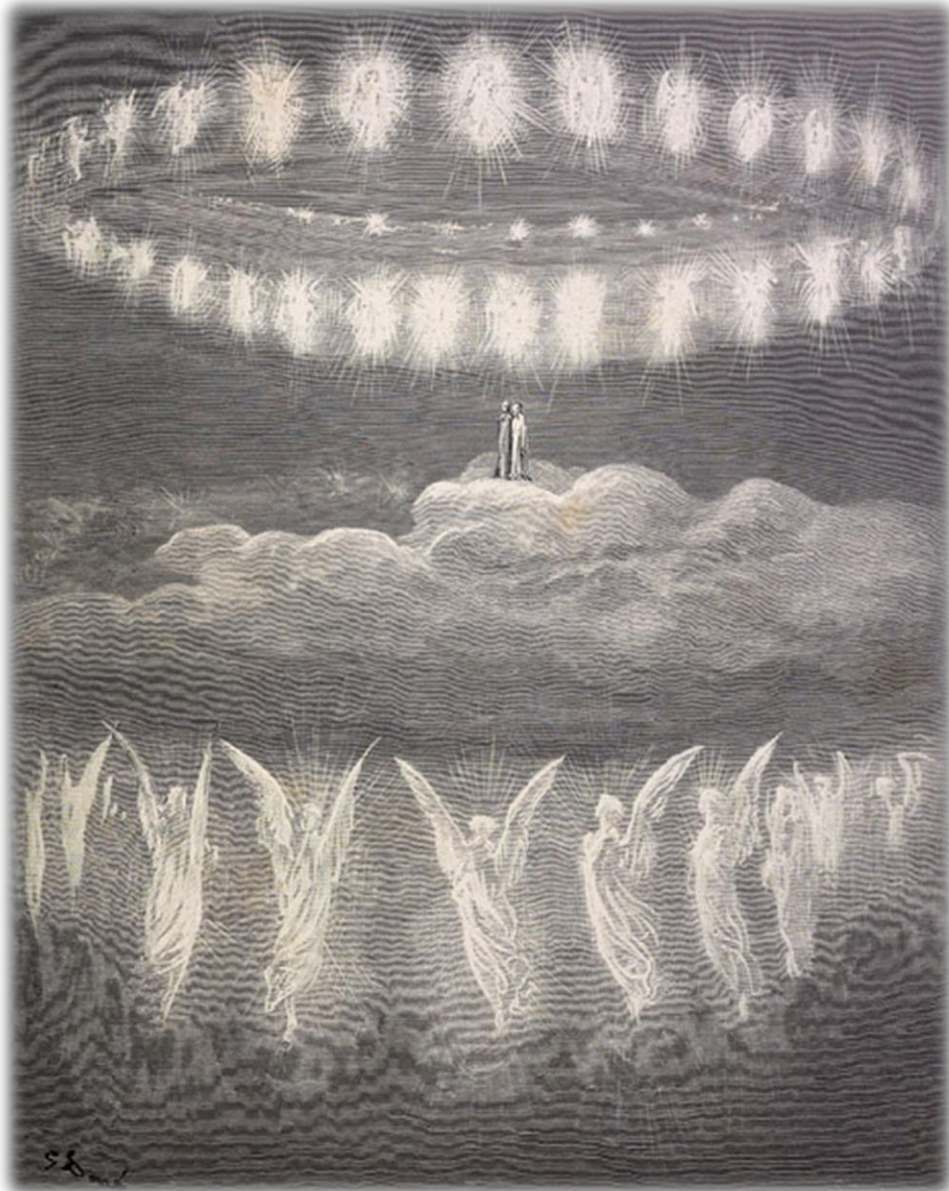


Ilustración 1. The sparkling circles of the heavenly host. The vision of Purgatory and Paradise by Dante Alighieri (London and New York: Cassell, Petter, and Galpin [1868]).

INTRODUCCIÓN

“El nacimiento y la muerte no son dos estados distintos, sino dos aspectos del mismo estado.”

Mahatma Gandhi

El tema de la vida y la muerte ha sido muy cuestionado desde los orígenes del hombre, ya que han fundamentado la base de su vida, su cultura y su religión entorno a ella, especialmente en los momentos en los que se producía la exhalación, ya que se dotaba al ser humano de un aspecto trascendente que se ha manifestado en muchos ámbitos, especialmente artísticos, desde la época de las cavernas. Este aspecto trascendente ha seguido manifestándose a lo largo de la historia. Las diferentes culturas, sociedades y religiones han tratado este tema desde distintas vertientes llamando de diferentes formas a este atributo inmaterial: alma, espíritu, atmán, psique, conciencia...

En la actualidad, entender la vida y sobretodo la muerte como parte de un proceso de transformación o de estado en el que, no sólo se avance hacia una dirección, la de la muerte, sino que, en ocasiones, pueda haber una vuelta al punto de partida, entendiendo este punto como la vida y esta como un estado físico y de plena consciencia, es una idea cada vez más aceptada y común en este siglo en el que la creencia en los valores espirituales toman un protagonismo especial, potenciado, en estos últimos años, por las investigaciones que al respecto se están desarrollando dentro del ámbito científico.

El presente estudio pretende acercarse al concepto de la trascendencia de la conciencia recopilando testimonios sobre esos estados por los que muchas personas han atravesado en momentos muy críticos para su supervivencia. Para este fin se desarrollaron varias fases en la investigación.

FASE EXPLORATORIA

En un primer momento se llevó a cabo un estudio sobre los antecedentes en el campo de Consciencia y las Experiencias cercanas a la muerte (ECM) y la realización de 15 entrevistas semiestructuradas en una primera fase a personas que habían tenido una experiencia como la mencionada y 4 entrevistas a expertos. Este trabajo previo se

INTRODUCCIÓN

realizó entre 2010 y 2011 y fue el tema central de mi Trabajo Fin de Master, puntuado con la nota de Matrícula de Honor y dirigido por el catedrático de Antropología del Departamento de Antropología Social en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Murcia Luis Álvarez Munárriz. El análisis de los resultados obtenidos me animó a continuar investigando ampliando la muestra objeto de estudio, los expertos sobre el tema y dilatando el diseño del proyecto de investigación. Posteriormente se volvió a realizar una búsqueda bibliográfica más extensa debido a las constantes publicaciones referidas a este tema.

FASE DE RECOGIDA DE DATOS Y ENTREVISTAS

Durante dos años se ha recogido datos de *experimentadores*¹ y familiares de estos por varias vías:

- En el servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Reina Sofía de Murcia.
- En las plantas del mencionado Hospital a través del servicio de Cuidados Paliativos.
- A través de personas que se ponían en contacto conmigo tras conocer el objeto de mi estudio y ser experimentadores directos o de familiares en sus últimos momentos de vida.
- A través de personas que pertenecen al grupo de Facebook *Experiencias cercanas a la muerte* que para este fin se creó, con experiencias propias o en el lecho de muerte de un familiar al que acompañaron.

FASE DE EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A través de los cuestionarios que se diseñaron para la obtención y recogida de datos, el cuestionario diseñado por el Doctor Bruce Greyson sobre Experiencias cercanas a la muerte y estados disociativos y los testimonios recogidos en audio y video se pudieron evaluar los datos que nos dieron los resultados más adelante detallados. Hay que señalar que, a lo largo del trabajo de campo, y dadas las circunstancias que no se

¹ Término que proviene de la forma inglesa *Experienecer*.

habían tenido en cuenta en la fase exploratorias pues to que no se había realizado en el Hospital, hubo que hacer modificaciones en los cuestionarios.

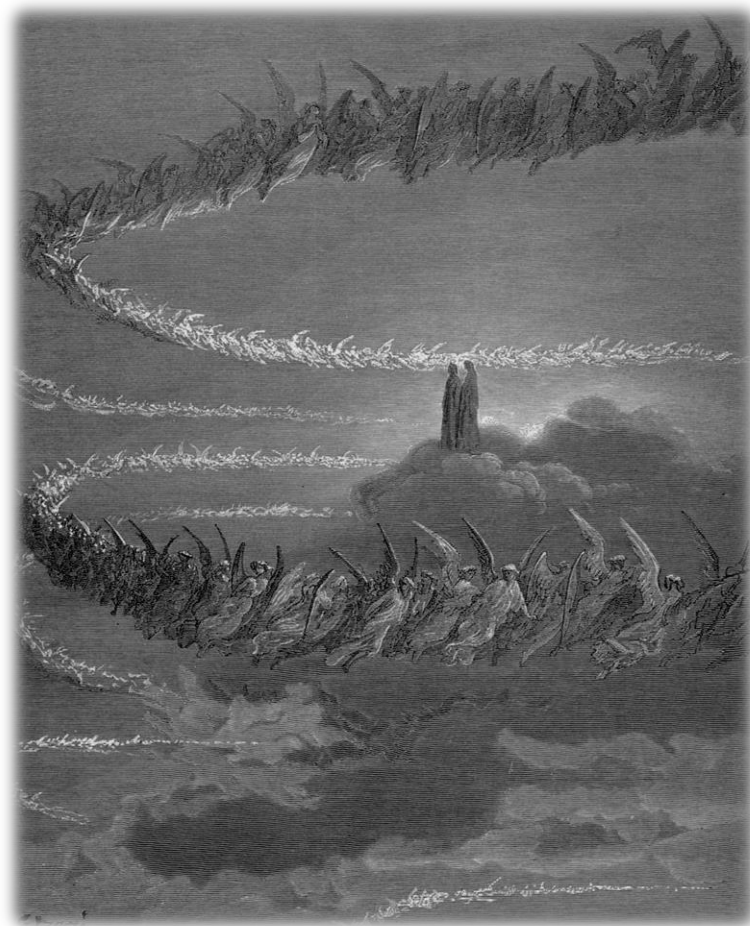
FASE DE CONCLUSIONES

En esta última fase se muestran las conclusiones y principales hallazgos que la investigación ha revelado, así como de los dos estudios que han nacido fruto de la información que se iba obteniendo en el trabajo de campo. También se hace constar las limitaciones, implicaciones y futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO 1. JUSTIFICACIÓN

¿Y si hubieras estado durmiendo? ¿Y si, mientras dormías, hubieras soñado? ¿Y, si en tus sueños, hubieras ido al cielo y, allí, arrancado una extraña y hermosa flor? ¿Y si, al despertar, tuvieras la flor en tus manos? ¡Ah!, ¿qué ocurriría entonces?

Samuel Taylor Coleridge



*Ilustración 2 The souls of the just circling to form letters.
Gustave Doré. 1868.*

Que la muerte pueda “contemplarse” en primera persona y volver de allí, es un hecho que se está tomando en consideración cada día con más intensidad; no sólo desde el punto de vista religioso o espiritual sino también desde el punto de vista científico, bajo el nombre de Experiencias Cercanas a la Muerte (ECM).

Por experiencias cercanas a la muerte se entienden esos hechos que experimenta el sujeto cuando está muriendo o cuando se le ha diagnosticado clínicamente muerto y hay electroencefalograma plano.

Son muchas las personas que afirman haber tenido una ECM tras sufrir un accidente, haberse sometido a una operación o haber sufrido un ataque cardíaco. Así mismo, cada día son más los investigadores que desde diferentes campos y disciplinas estudian estas experiencias dándole así un marcado carácter fenomenológico que pudiera, incluso, ir más allá del mismo.

El pionero en la investigación de las experiencias cercanas a la muerte fue Raymond Moody quien en el año 1975 publicó su libro “Vida después de la Vida” (Moody, 1975) abriendo la puerta a la investigación sobre estas experiencias. Después de él, otros científicos se han unido al estudio de este fenómeno y, en la actualidad, podemos encontrar, estudios, artículos e investigaciones a gran escala.

El punto de inflexión que ha marcado gran parte de las investigaciones de este tema es que, si muchas de las ECM tienen lugar en estado de coma con cambios importantes a nivel químico cerebral y si el estado de coma borra la consciencia como apuntan los neurólogos Fred Plum y Michael Posner (1983) y no hay consciencia de sí mismo ni del entorno (Gosseries, y otros, 2011), sería difícil entender que una persona tuviera recuerdos de hechos ocurridos durante ese tiempo.

En este contexto, encontramos un punto interesante que plantea el Dr. Raymond Moody en su libro “Destellos de Eternidad” (2010) y es que si los argumentos que utilizaban los escépticos sobre el tema es que las ECM estaban causadas por la falta de oxígeno en el cerebro a consecuencia de la anestesia o la medicación y estas se interpretaban como alucinaciones, habría que encontrar una explicación al hecho de que, como apunta el Dr. Van Lommel (2012), estas vivencias son experimentadas también en otros contextos como en estado de meditación, o sin indicios médicos claros, como en el caso de un paseo por la naturaleza; y también aquellos casos en los que personas sanas, que acompañan a los moribundos en el proceso de la muerte, viven

con ellos esas experiencias y vivencien lo que el Dr. Moody ha llamado “Experiencias de Muerte Compartidas”.

En esta misma línea argumental, otro hecho relevante, que se extrae de los testimonios de las personas que han vivido una ECM, es que tienen en común una nueva concepción de la vida y la muerte; pues dejan de sentir temor a la misma, tienen la certeza de que existe algo después de la muerte y saben que lo más o lo único importante es aprender a amar (Moody R. , 1995). Pero además comparten algunos de los elementos que los investigadores han detectado que ocurren en las ECM. Algunos sujetos experimentan varios de estos elementos y otras, en menor cantidad, todas. Estas personas cuentan que experimentan un cambio de perspectiva y pueden ver sus cuerpos desde arriba y a las personas que están a su alrededor. Después, sienten entrar en lo que se asemejaría a un túnel y al final del mismo ven una luz brillante. Relatan que se encuentran con seres queridos ya fallecidos y de un ser luminoso que les acompaña durante la revisión panorámica de sus vidas. Muchas cuentan que se encuentran con una barrera o límite y a unos seres que les dicen que no les ha llegado el momento de morir o les plantean la opción de elegir entre quedarse o regresar (Moody, 1995; Long y Perry, 2011).

Tal es el estado de preocupación o interés por el tema de la muerte y la vida tras la misma, que podemos encontrar manifestaciones de ello en el arte y la literatura a través de los escritos y las obras a lo largo de la historia. Ejemplo de ellos lo podemos encontrar referencias en “El libro Egipcio de la Muerte” “La República” de Platón, y “El libro tibetano de la Muerte” entre muchos otros que se verán en capítulos posteriores.

En la literatura encontramos referencias en la Biblia, en la Epístola de San Pablo a los Corintios se lee: “Hay un cuerpo natural y hay un cuerpo espiritual, [...]. Mirad, os revelo un misterio: no dormiremos todos, sino que todos seremos transformados”, en Hechos, 22,3-16 “... una gran luz que venía del cielo brilló de pronto a mi alrededor...”. Charles Dickens aborda el tema de la revisión vital en “Un cuento de Navidad” (1843) y Ernest Hemingway trata el tema en su libro "Adiós a las armas" (Hemingway, 1929), su personaje experimenta una experiencia extracorpórea herido en las trincheras. Pero el propio Hemingway afirmó que la experiencia del personaje es autobiográfica. El protagonista de la novela cae herido y dice:

"trataba de respirar, pero no tenía aliento. Sentía que mi cuerpo salía impetuosamente fuera de mí, fuera, fuera, fuera...y todo el tiempo mi cuerpo flotaba en el viento. Me iba velozmente, todo mi ser se iba y supe que estaba muerto y que, al mismo tiempo, me equivocaba al pensar que acababa de morir. Luego sentí que me deslizaba hacía atrás y por fin, respiré hondamente y regresé a la vida".

Del mismo modo, ya sea basado en la experiencia personal o no, un número importante de autores han contado cuentos que contienen elementos de las Experiencias cercanas a la muerte como William Shakespeare, León Tolstoi, Edgar Allan Poe, Charles Dickens, Thornton Wilder, Victor Hugo, y Katherine Anne Porter, (Audette, 1982; Bertman, 1979; Flynn, 1984; Straight,1984).

Como curiosidad, a lo largo de los siglos numerosas figuras históricas han mencionado testimonios personales relacionados con el fenómeno de las experiencias cercanas a la muerte. Entre las figuras más conocidas destacan: Carl Jung, Thomas Edison, Benjamín Franklin, Eddie Rickenbacker y Louisa May Alcott, (Rawlings, 1978). Más cercanas en el tiempo tenemos a los actores Sharon Stone, Jane Seymour, Elisabeth Taylor, Burt Reynolds, Donal Sutherland (economista, 2014), o los españoles Fonsi Nieto (Nieto, 2011) y el escritor Ramiro Calle (Calle R. , 2013).

En cuanto al séptimo arte, hay numerosas películas que abordan el tema de las ECM y la Vida tras la Muerte, como "Ghost"(1990), "Premonition (Afterwards) " (2011), "Más allá de los sueños"(1998), "Nosso Lar"(2010), "El sexto sentido" (1999)"La última puerta" (2005), "Passengers" (2008), "Más allá de la vida"(2010), o la serie "Lost" que pone de manifiesto la fase liminar de los ritos de paso funerarios y el destino final del difunto (Delgado, 2010), entre muchas otras, de éxito taquillero demostrando que las ECM y la vida tras la muerte es un tema de actualidad cuya creencia es susceptible de abordar con éxito.

Sorprendentemente, desde el mundo de las artes plásticas, El Bosco (1453-1516) nos ofrece su particular forma de entender la vida y la muerte con el cuadro "Visiones del más allá": Subida al Empíreo.

Actualmente, se están llevando a cabo multitud de investigaciones en torno a las ECM. Dentro del ámbito académico, destaca la investigación a gran escala que desde 2008 el Dr. Sam Parnia junto al también Dr. Peter Fenwick y varios profesores de la Universidad de Southampton, han desarrollado, cuyas siglas son AWARE, AWAREness

during REsuscitation en pacientes con paro cardíaco cuyos resultados han visto la luz en octubre de 2014.

A todas estas aportaciones sobre el tema habría que destacar que la Asociación Internacional para el Estudio de las ECM (IANDS) se encarga de la publicación de Journal of Near-Death Studies que aparece 4 veces al año desde 1987 y que organiza anualmente conferencias sobre el tema de las Experiencias cercanas a la muerte.

1.1. MOTIVACIÓN PERSONAL

El tema de la muerte ha sido una cuestión que ha preocupado al ser humano desde los orígenes de la humanidad. Este se ha preguntado acerca de su existencia, ¿quiénes somos?, ¿por qué nacemos? ¿por qué morimos? ¿cuál es el propósito de nuestra existencia? Todas estas preguntas toman relevancia cuando experimentamos determinados sucesos difíciles de explicar, especialmente relacionados con la pérdida de un ser querido o con una experiencia personal al borde de la muerte.

Debo decir que mi interés por el tema de la Consciencia y las Experiencias cercanas a la muerte no apareció en un momento concreto de mi vida, sino que ha existido siempre, quizás fruto del contagio familiar ya que la primera vez que escuché el término *Experiencias cercanas a la muerte* fue de boca de mi madre quien ya conocía al Dr. Moody y era fiel lectora de sus avances en el tema, y ha sido fortalecido con experiencias vividas en la esfera de lo personal y familiar. Estas experiencias han hecho cuestionarme el sentido y significado de muchos aspectos de la vida y la posible trascendencia de la consciencia. Los testimonios de las personas que he entrevistado y los distintos estudios e investigaciones que se han realizado en los últimos tiempos sobre el tema, desde distintas disciplinas, han potenciado un cambio de visión y percepción particular de los significados de las palabras *vida y muerte*. Si estas nuevas concepciones que los *experimentadores* de ECM adoptan se extendieran rompiendo los antiguos dogmas de fe, la forma en la que concebiríamos el mundo y nuestra existencia sufriría una enorme y constructiva transformación.

Por ello, he intentado transmitir los datos objetivos que hasta el momento tenemos los investigadores, en diferentes congresos en Europa y América,

contribuyendo a difundir el conocimiento y la incidencia y repercusión de estas experiencias, puesto que son más comunes de lo que cabría esperar.

La coincidencia, el azar o el destino quiso que me encontrara trabajando sobre la muerte, la enfermedad, el dolor y lo que experimentan los enfermos en los días previos a su muerte cuando la palabra Linfoma apareció en la vida familiar y vino para quedarse casi durante todo el proceso de trabajo de campo y se agravó considerablemente en los últimos meses hasta llevar a verme al otro lado de la bata blanca. Puedo afirmar que fueron los dos años más duros de mi vida pues afrontaba la muerte y la enfermedad en prácticamente todas las facetas de mi vida. Lo que por un lado me daba esperanzas, por otra desesperación pues andaba entre las dos caras de la moneda. Pero reconforta escuchar y leer los testimonios de quienes viven su experiencia con total seguridad pues abre la puerta de la esperanza y el deseo del reencuentro con los seres más queridos.

1.2. MOTIVACIÓN PROFESIONAL

Tras una primera investigación de campo para mi Trabajo Fin de Master en el Master de Antropología social de la Universidad de Murcia, encontré el suficiente estímulo para continuar embarcada en una investigación mayor que diera respuesta a las cuestiones anteriormente mencionadas: la vida y la muerte, el sentido de la existencia y la trascendencia de la conciencia tras la muerte física. Estas tres incógnitas eran suficientemente atractivas ya que podría contribuir con novedades en el campo de la investigación antropológica, tanto en el tema en cuestión como en el tratamiento, es un tema que ya había estudiado y que además me motivaba a la vez que podría aportar elementos significativos y relevantes para la sociedad, y definiría acompañando mi camino profesional tanto en el campo de la Antropología como en el de la Psicología.

Desde el ámbito de la Neuroantropología y Antropología de la Muerte, donde he intervenido en numerosas ocasiones con ponencias en congresos tanto nacionales como internacionales, que más adelante comento con más detenimiento, se hace necesario conocer aspectos que, aunque no son nuevos en el tiempo, sí comienzan a ser tomados en cuenta, ya que todos, de una u otra forma, antes o después, estamos en contacto con la muerte y experimentamos ciertos estados no ordinarios de Consciencia fruto de

una próxima y última exhalación o de haber vivido un estado incompatible con la supervivencia.

Un ejemplo de ello lo tenemos en las Experiencias al Final de la Vida² (EFV). Cuando conocemos los signos de que la muerte está cerca y no sólo a nivel fisiológico, podemos comenzar a prepararnos mejor para despedirnos o para despedir a un ser querido, antes de que llegue el momento final y ya no haya tiempo suficiente para hacer o decir aquellas cosas que teníamos pendientes o prepararnos psicológicamente para ello, lo que aliviará en el proceso de duelo. En el desarrollo de mi profesión he podido comprobar, tanto en consulta como en el trabajo de campo y sobre todo a nivel personal en estos dos últimos años, que estar preparados y poder despedirse de la persona querida ayuda a que el enfermo se marche en paz y el doliente soporte mejor la pérdida y el duelo. De otra parte, es imprescindible saber abordar las ECM en el terreno profesional, pues una mala gestión de las mismas puede llevar al experimentador a vivir una etapa de desconsuelo, depresión o frustración entre otras.

Creo que en este punto es necesario que exponga brevemente mi trayectoria social, académica y profesional con el fin de establecer el marco desde el cual ha ido gestándose el contexto de investigación.

Mi formación académica fue desarrollándose paralelamente al ejercicio de actividades sociales que se desarrollaban, casi en su totalidad, bajo el amparo de una o varias ONGs. Me licencié en Psicología y cursé varios años de Criminología, tras esto, continué formándome en la especialidad universitaria en psicología de la actividad física y el deporte por la UMU, Master en audición y lenguaje por la UMU, Master en protocolo por la UNED, cursos de doctorado en antropología social, cultural y desarrollo en 2003-05 en la UMU, y Master universitario en antropología, cultura, migración y salud en la UMU en los años 2011-12, que me habilitó para comenzar la presente tesis. Además, seguía formándome en un ciclo formativo en cuidados auxiliares de enfermería, (antiguamente se llamaba F.P. en Auxiliar de Enfermería), ya que pretendía marcharme a la India como voluntaria y creí que poco podría hacer con la Psicología en aquel país asiático. Recibí todos los cursos que pude mientras lo compaginaba con mi trabajo como Educadora y responsable de Hogar en la Organización Nuevo Futuro, azafata en el

² La abreviatura empleada es ELE, siglas en inglés de End-of-life Experience. No obstante, para mayor facilidad de lectura adoptaré las siglas en español EFV.

Aeropuerto de San Javier, Logopeda y orientadora en una Cooperativa de Enseñanza y en un centro concertado de Educación Especial, y como psicóloga y logopeda en una asociación de niños con problemas de audición y lenguaje. Fui docente para diferentes entidades como el I curso de gestión eficiente de ONGs y tercer sector de la UMU y el Master de MBA también en la UMU. Paralelamente a todo lo anterior participaba activamente en voluntariado desarrollando mi actividad en un hospital, ya desaparecido, de Cuidados Paliativos y en Oncología Pediátrica en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Fuera de España, estuve ayudando en León, Nicaragua, tras la tragedia del Huracán Mitch y el año siguiente en la Fundación de Mujeres Indígenas Xochilt Acalt también en Nicaragua. En años posteriores presté mi ayuda como Voluntaria en el centro “Nutri Hogar” en Las Tablas, Panamá y en el “Instituto región y desarrollo” Abancay, Perú. Estos años de voluntaria, fueron para mí muy enriquecedores a todos los niveles ya que no solamente realizaba labores solidarias, sino que conocía sus costumbres, su forma de vida, de organización antes y tras los desastres. He de decir que fui testigo y “víctima”, si se permite esta expresión, en los temblores que azotaron León durante más de una semana fruto de la erupción del volcán Cerro Negro en el año 1999. Fue una inmersión en la cultura y la sociedad de un pueblo constantemente azotado por la tragedia, pura Antropología de la Muerte.

A partir de ahí, mi formación se dirigió precisamente a ese aspecto de la vida, como la de Experto Universitario en Cuidados Paliativos, Especialista en Intervención en Pérdida y Duelo, Intervención Psicológica en Crisis y Emergencias y Duelo Perinatal, en distintas universidades españolas en las que se ofrecía la formación que yo estaba buscando.

En la actualidad, además de atender a mi consulta, académicamente pertenezco al grupo de Investigación “Conciencia, Cultura e Identidad” del Campus Mare Nostrum y “Sociología del Bienestar Social y el Envejecimiento” de la Universidad de Murcia. En el último lustro he participado presentando comunicaciones en distintos congresos, como el Congreso Internacional de Tanatología “Muerte digna, un abordaje integral” en México, 2012; Congreso Internacional “Loss, Grief and the discovery of hope. Stories and studies from near death experiences” Organizado por IANDS (International Association for near-death studies) Arlington, EEUU, 2013; III Encuentro de Antroposemiótica de la muerte y el morir, Posadas, Argentina, 2013; X Coloquio de Antropología de la Muerte,

CAPITULO 1. JUSTIFICACIÓN

México, organizado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia a través de la Coordinación nacional de Antropología, la Dirección de Antropología Física y el seminario permanente de Antropología de la Muerte, 2013; Congreso de “Educación y Aprendizaje”, Nueva York, 2014; Congreso Internacional “Vida después de la vida”, Albacete, 2014; XII Conferencia Internacional de Antropología , La Habana, 2014; Congreso “La pedagogía ante la muerte. Reflexiones e interpretaciones en perspectivas históricas y filosóficas” Valladolid, 2015; Convención Internacional de Antropología ANTHROPOS 2015, La Habana; I Congreso Internacional de antropología AIBR. Madrid, 2015; XXII International Conference on learning, Madrid 2015 y XI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL, Sevilla, 2016. En todos estos congresos mis aportaciones versaban sobre la Antropología de la Muerte y las Experiencias cercanas a la muerte. También intervine en varias ocasiones en el Museo de la Ciudad de Murcia sobre “Experiencias cercanas a la Muerte”, “Memoria Celular” y “Ritos Funerarios en la India” entre los años 2012 y 2013, organizadas por un programa de radio regional. Y, por último, asistí a otros que creía importantes dado el tema que estaba desarrollando como Zemes Rencontres Internationales. L' Expérience de mort imminente. Les Médecins témoignent, Marsella en 2013, donde conocí a la Dra. Sartori y al Dr. Jeffrey Long entre otras personalidades de la investigación de ECMs a nivel mundial. En los próximos meses participaré en el II Congreso Internacional de antropología AIBR e intervengo como invitada en unas jornadas sobre Duelo y Pérdidas en el Hospital Virgen de la Arrixaca y en el I Congreso Criollo de Tanatología en Puerto Rico.

1.3 MOTIVACIÓN ÉTICA Y SOCIAL

La muerte ha sido y sigue siendo considerada un tema tabú, especialmente en nuestra cultura occidental, alejándose en muchos casos de esa interpretación o concepción de la muerte como un cambio de estado, en el que algo, de naturaleza no física, sobrevive alejado del mundo terrenal.

Lo que es indiscutible es que la muerte es universal y democrática, es decir, todos los seres vivos, humanos o no, terminarán muriendo y además es impredecible, no sabemos cuándo nos sobrevendrá. En este sentido, llevar una vida en orden, libre de preocupaciones y temas sin cerrar, nos ayudará a afrontar ciertos problemas que

acontecen en el devenir de nuestra existencia. El miedo a la muerte es universal, está presente en el ser humano desde sus orígenes (Antón Hurtado, Antropología del Miedo, 2015), aunque hay quienes afirman no tener miedo a la misma, muchos de ellos, *experimentadores* de ECM. A los demás les queda la esperanza y ella viene refrendada por las aportaciones que desde diferentes disciplinas se dan a la sociedad en lo referente a la paz y tranquilidad que se experimenta al *otro lado* y la supervivencia de lo que llamamos consciencia.

En la sociedad de hoy en día, el pensamiento y la forma de desenvolvernó en la vida, viene condicionada, en gran medida, por la situación socioeconómica por la que estamos atravesando desde hace unos años, dejando florecer los miedos, la confusión y el desasosiego que aporta una sociedad inestable. Esto viene paradójicamente de la mano del anhelo de sobrevivir a cualquier estado no compatible con la vida, y de las nuevas ideas de crear máquinas que prolonguen la misma y, lo que es más sorprendente, de alcanzar un estado de inmortalidad a través de nuevos procesos de criogenización que permitan devolver la vida al ser humano en un futuro, libre de enfermedad.

En mi opinión, estos anhelos de supervivencia, aparecen por la certeza del ser humano de la finitud de la vida y ante la escasa satisfacción de haber vivido una vida plena. Frente a esta forma de vida y según el estudio realizado en el trabajo fin de master, el 93% de los entrevistados que habían vivido una ECM, experimentaban un cambio en su concepción de la vida y de la muerte, llegando a manifestar que después de su experiencia no temían morir. Esto es corroborado en las conclusiones a las que llega la Dra. Penny Sartori³, en su tesis doctoral, donde manifiesta que estas personas que han tenido experiencias cercanas a la muerte o visiones en el lecho de muerte experimentan una transición más fácil hacia la misma.

No es la intención de esta tesis demostrar la existencia de una vida después de la muerte, ya que es imposible acceder a tal información a través de los métodos etnográficos, pero los testimonios de quienes han vivido las experiencias cercanas a la muerte conducen a cambios importantes no sólo para quien las experimenta sino para los demás (Greyson B. , 2015). Es por ello, que, profundizar en este tema, tan poco

³ Información transmitida personalmente a través de correo electrónico.

estudiado en España, pero muy divulgado, es una tarea pendiente y necesaria interdisciplinariamente

Lo que pretendo es abrir la posibilidad de cuestionarnos acerca de una realidad que un porcentaje importante de la sociedad experimenta, y conocer cuáles son las bases que lo fundamentan dándole un sentido y comprensión diferente, si los hubiere, a la muerte.

Es una responsabilidad aceptada, investigar sobre el tema de las ECMs y la posibilidad de una trascendencia de la Consciencia tras la muerte, de manera que aporte información que pueda ayudar a mantener y, en el caso más optimista, a comenzar a plantearse la posibilidad de crear una sociedad no basada en el miedo a la muerte y en lo que pueda esperarnos más allá de la misma, sino en los valores que transmiten los *experimentadores* caracterizados por vivir con más intensidad, apreciar la vida, ser más altruista y en definitiva más feliz.

Quiero terminar con una cita que leí antes de comenzar los cursos de doctorado, y que con toda seguridad influyó en la realización de esta tesis: “un libro puede ser otra forma en la que Christina transmita su mensaje de esperanza al mundo” (Schwartz, 2010).

CAPÍTULO 2. LA MUERTE

“No basta con pensar en la muerte, sino que se debe tenerla siempre delante. Entonces la vida se hace más solemne, más importante, más fecunda y alegre.”

Stefan Zweig



Ilustración 3. El paraíso. Canto XX. Gustave Doré.

Los requisitos para la aparición de la vida humana emanan de una complicada evolución que tardó en producirse millones de años (Reeves, De Rosnay y Coppens 1997). Desde un punto de vista biológico (Blanck-Cerejido y Cerejido, 2011), los neodarwinistas sostienen que para que se evolucione es necesario que actúen dos mecanismos, las mutaciones genéticas y la selección natural, ya que los cambios en el medio ambiente influyen en los seres vivos y por tanto en esa evolución. Un aspecto inherente a esta evolución es la muerte, ya que esta da paso a la regeneración, lo nuevo reemplazan a lo antiguo, por lo tanto, el futuro, la existencia, está sostenida por la inexistencia. Se mantiene también esta idea en la actual Biología de Sistemas: *"El principio fundamental - el cambio forzado - trata con una propiedad central de sistemas vivos: son mortales. Es decir, ningún organismo es invulnerable; cualquier organismo podría morir como el resultado de depredación, tensión, trauma, o la inanición. La muerte ocurre por interacciones ambientales"* (Scheiner, 2010:311).

La muerte ha pasado de ser un simple acontecimiento como lo entendían los neandertales, a ser parte de la conciencia y de la naturaleza bio-ontológica del ser humano; se reconoce la mortalidad y la trascendencia (Aguilera & Gonzalez, 2009), ya que la vida se disponía en torno a la muerte. Como afirmaba Camus (1996:9), todo intento antropológico de encontrar un sentido al hombre y a la vida pasa por una reflexión sobre la muerte.

La psicóloga Laura Yoffe (Yoffe, 2002) apunta a que la visión científica del ser humano como un ser biológico, psicológico, social y cultural, unido a una visión espiritual, ayudaría a que en los Cuidados Paliativos se incluyera las creencias religiosas y espirituales sobre la vida y la muerte y sobre sus prácticas y ritos, presentes en las diferentes culturas, ayudando a que los profesionales de la salud supieran respetarlas.

Desde la psicología social, las creencias forman parte del ser humano y de la cultura (Yoffe, 2002). Por su parte, Wilber (1998), afirmaba que era parte de disciplinas como la psicología o la psiquiatría transpersonal investigar científicamente estadios superiores del desarrollo espiritual del ser humano, lo que nos lleva a ver la gran semejanza individual e intercultural.

2.1. ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE

La muerte tiene diferentes formatos, se muestra biológica, pero también cultural, es un dato empírico, y simbólica, es el rasgo más humano (Morin, 1999), según el autor *"el hombre no sólo se apropia míticamente de la ley de muerte-resurrección para fundamentar su propia inmortalidad, sino que se esfuerza también por utilizar mágicamente la fuerza engendradora de vida que constituye la muerte, para sus propios fines vitales"*.

En la introducción del libro *Lo que vieron a la hora de la muerte* de (Osis & Haraldsson, 1977), la doctora Elisabeth Kübler-Ross analizaba el tabú que suponía entonces, los años 70, el tema de la muerte, añadiendo que estábamos en “una sociedad que podía enviar hombres a la Luna e instrumentos a Marte para determinar si hay vida en otro planeta, aunque sepa muy poco sobre la vida y la muerte en el suyo propio.” Poco se ha avanzado con respecto a los apoyos que, hacia las investigaciones sobre este tema, se han realizado desde entonces, aunque pasos se han ido dando, sobre todo en el ámbito de la medicina, donde los avances médicos y tecnológicos ayudan a combatir enfermedades que hace unos años eran muertes seguras.

La muerte parece un ejemplo perfecto de lo que podría llamarse un “hecho social”. Tiene lugar en un contexto social, en función de organizaciones, definiciones profesionales de rol social, interacción y significado social. El significado de la muerte se concreta socialmente, y la naturaleza de los rituales funerarios, del duelo y el luto refleja la influencia del contexto social donde ocurren. Así, diferentes culturas manejan el problema de distinta manera (Caycedo Bustos, 2007).

Otro tema importante a tener en cuenta es que la medicina, y por ende la ciencia, aún no puede alojar a la conciencia en un lugar concreto. De ser así, la concepción que tenemos de la vida y la muerte cambiaría por completo añadiendo una serie de valores a la sociedad actual que cambiaría el rumbo de la historia.

2.1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MUERTE

El estudio de la muerte ha estado siempre unido a la antropología desde los orígenes de la misma. “La relación entre hombres, dioses y espíritus fue entendida inicialmente desde el plano de lo sobrenatural, en la relación que existe entre el mundo en que vivimos y el que se encuentra más allá de las estrellas” (Duche Pérez, 2012). De esta manera, comprender qué hace en vida el hombre, es a la vez comprender el proceso de su muerte.

Desde la antropología, podemos situar tres grandes periodos del estudio de la muerte. Según afirma Duche Pérez (2012), el primero de ellos incluye las percepciones y teorías evolucionistas de la última etapa del siglo XX y principios del siglo XXI a las puertas de la expansión teórica del estructuralismo lévi-straussiano a mitades del siglo XX; el segundo periodo se sitúa desde el estructuralismo hasta el auge de la antropología simbólica encabezada por Clifford Geertz. Y el último periodo, se enmarca en los años 90 y hasta la actualidad y está determinado por el carácter inter y transdisciplinar de las ciencias sociales y humanas sobre el tema de la muerte como objeto de estudio y teniendo la modernidad como punto de reflexión.

El estudio de la muerte se ha ido centrando a lo largo de la historia en los elementos de corte antropológico y sociológico, sumergiéndose, muy a menudo en el análisis de las costumbres, ritos, etc., en torno a su objeto de estudio.

Desde la más remota antigüedad, la preocupación y el interés del ser humano por la muerte ha sido una constante, pero esta preocupación va más allá, hasta el punto de generarse en los siglos XX y XXI investigaciones relativas al estudio de la posible comprensión de la muerte de ciertos animales, cetáceos, primates (gorilas y chimpancés) y elefantes, (Connor y Smoker, 1990; Goodall, 1993; Warren y Williamson, 2004). Se pensaba que el hombre, el ser humano, avanzaba de la naturaleza a la cultura por la actitud que demostraba ante el cadáver pues era el único animal que enterraba a sus muertos, ahora se sabe que no es así, según Maté (2005) al hablar de los elefantes dice que: *“si un grupo se encuentra con un elefante muerto hace unos días se quedan quietos y se aproximan nerviosos, huelen y tocan los restos y patean en torno al cadáver excavando en la tierra y lanzándola al cuerpo”*, de lo que podría deducirse que tendrían conciencia no sólo de su propia muerte sino de la de sus semejantes, lo que abre la

puerta al supuesto de que ciertos animales pueden tener sentimientos de pérdida, es decir, emociones y por lo tanto cierta comprensión de la muerte. Abordaremos este tema en el apartado 3.4 dedicado a la Conciencia animal.

La muerte cambia de consideración con el paso del tiempo y en las diferentes culturas, de esta forma, ha pasado de ser algo natural que formaba parte importante de la vida, siendo uno de los acontecimientos más importantes del ser humano por su vinculación con la trascendencia del alma, a ser algo destructivo, malo e incluso aniquilador, paradójicamente de la cultura, pues la muerte representa el fin.

La perspectiva cultural y social es un punto fundamental a través de la cual se crean las vivencias personales en torno a la muerte, pues vienen impuestas por la historia del individuo y su grupo social, y del lugar en el que vive y se desenvuelve. Así, cada cultura, ha afrontado este acontecimiento de la forma en que sus creencias acerca de la vida y la muerte lo sostienen, dándose así formas y manifestaciones sociales acordes con esas creencias, cuyas reacciones emocionales van desde el temor, la alegría o la tristeza.

Según apunta Pinillos (1969), el antropólogo Edward Tylor narra en relación a las sociedades primitivas, que *“el primitivo había llegado a la idea de la <<animación>> del propio cuerpo en virtud de un rudimentario razonamiento suscitado por los contrastes entre la vida y la muerte, la vigilia y el sueño, la salud y la enfermedad, y por la experiencia de sus mismas vivencias y propósitos. En virtud de todo ello, el hombre primitivo creía, según Tylor, que un <<algo>> invisible, pero vivo, el alma, podía dejarle, tomar o atormentar su cuerpo, pasar de unos cuerpos a otros, viajar durante el sueño, etc. En definitiva, el primitivo creía en la existencia de una misteriosa realidad espiritual”*.

E. B. Tylor (1871) creía que la muerte era un suceso más sobrenatural que real, sostiene que la muerte es un fenómeno que explica dos cuestiones muy importantes (Duche Pérez, 2012). Por una parte, nos permite entender cómo el ser humano ha ido construyendo la religión a través de la veneración de los muertos (pasando del politeísmo al monoteísmo); y por otra, ha introducido la creencia de que todo sujeto posee un alma (animismo), y que cuando algo muere no tiene que desaparecer necesariamente pues *“aunque un hombre pueda morir y ser enterrado, su fantasma continúa presentándose a los vivos en visiones y sueños”* (Tylor E. , 1973), esto se debería

a que su espíritu se mantendría como un elemento que protege o castiga al grupo familiar y social al que pertenecía.

En las sociedades industrializadas occidentales, la consideración de la muerte gira en torno al miedo, considerado incluso normal y necesario, hasta el punto de que se intenta no hablar ni de la muerte ni de los muertos. Es lo que Geoffrey Gorer manifestaba en su artículo *La Pornografía de la Muerte* (1955) como el nuevo tabú precedido por la sexualidad. Ariès, a quién Torralba citaba en *Antropología del Cuidar* (1998), aludía al hecho de que la sociedad occidental banalizaba el hecho de morir con la constante exposición de la muerte a través de la televisión, lo que no provocaba, sin embargo, en la sociedad, un pensamiento más reflexivo en torno al morir.

A diferencia de esto, en épocas anteriores se hablaba de la muerte con total naturalidad, incluso a los niños, que crecían conviviendo con la muerte y pudiendo asistir y acompañar en los últimos momentos de la vida de alguien e incluso al funeral. Hoy en día, resulta fácil enumerar los casos en los que los niños acude al funeral de un pariente o conocido, a pesar de que ahora sabemos que mantenerle al margen de este acontecimiento no es tan beneficioso como se creían entonces.

Con respecto a esta cuestión, en 1969, la Doctora Elisabeth Kübler-Ross decía en su libro *Sobre la Muerte y los Moribundos* (1969) que *“tarde o temprano, el niño se dará cuenta de que la situación de la familia ha cambiado, y según, su edad y personalidad, mantendrá un dolor no revelado y considerará este acontecimiento terrible y misterioso”*.

En cuanto a las sociedades industrializadas, cabe decir, que la mayor preocupación actual gira en torno a mantener con vida al ser humano, descuidando la forma en la que llegará, de una vez, al fin de sus días. En las culturas orientales, la muerte representa el paso hacia el lugar del que venimos, un paso hacia una forma de vida más “real” y casi siempre más dichosa, lejos de temores y tabúes.

A modo de resumen cabe citar a la antropóloga social García-Orellán, que destaca tres universales que se pueden aplicar a todo grupo étnico (García-Orellán, 2003):

- El miedo a la muerte, que según la autora constituye en sí mismo un universal y se halla en la base de toda simbolización, bien negándolo, negociando con él o manifestándolo.

- En el aspecto de la creencia se halla un soporte importante en el cuidado, y tres tipos de manifestación: creencia religiosa, creencia científica y creencia religiosa-científica.
- Una actitud a mantener siempre en el cuidado, es la de no interpretar nunca la creencia de un enfermo, sino que sea él mismo quien le de su propia significación.

2.1.2. EL HOMBRE ANTE LA MUERTE.

La Antropología, en tanto que disciplina interesada en describir la diversidad de formas en la que las diferentes culturas abordan el tema de la muerte, ha generado multitud de estudiosos autores en torno a este tema, desarrollando teorías de relevante valor metodológico como apunta García-Orellán (2003). Uno de ellos lo podemos encontrar en el libro *Celebraciones de la muerte*, de Huntington y Metcalf (1979:1), donde pone de manifiesto la diversidad de comportamientos en relación a la muerte:

“¿Podría existir algo más universal que la muerte? Sin embargo, ¡qué increíble gama de variadas respuestas evoca! Los cadáveres son incinerados o enterrados, con o sin sacrificio animal o humano; son preservados por la técnica del sahumero, el embalsamamiento o la aplicación de otros aderezos; son deglutidos- en crudo, cocinados o descompuestos-; son ritualmente abandonados; son desmembrados y tratados de esas formas y de muchas otras. Los funerales son ocasión de evitar a otras personas o de celebrar una fiesta social, de luchar o de celebrar orgías sexuales, de darse al llanto, a la risa, todo ello en mil combinaciones distintas. La diversidad de las reacciones culturales es buena medida del impacto universal que tiene la muerte. Pero nunca se trata de una reacción desatada al azar; siempre serán reacciones significativas y expresivas”.

La antropología ha ofrecido teorías que intentan explicar la forma de entender el comportamiento en torno a la muerte y las manifestaciones que el ser humano desarrolla en torno a ella, rituales, ceremonias, creencias en la trascendencia del alma..., dentro de la cultura en la que el ser humano sobrevive. Quizás sea por ello, y teniendo muy presente el concepto de cultura acuñado por Tylor: «*Totalidad compleja que incluye conocimiento, creencias, arte, derecho, costumbres y cualesquiera otras actitudes o*

hábitos adquiridos por el ser humano como miembro de la sociedad», que muchos antropólogos se han centrado en el estudio de la muerte y el morir en las sociedades primitivas. Para Da Matta (1997), en las sociedades tribales y tradicionales el todo predomina sobre las partes y el hombre no existe como entidad moral fundamental, Da Matta afirma que, aunque en todas las sociedades tienen que ocuparse de la muerte y de los muertos, algunos sistemas atienden o se interesan más por la muerte, y otros lo hacen por el muerto: “... Veo una correlación importante entre la sociedad individualista y la muerte, y entre las sociedades relacionales y los muertos...” (Da Matta, 1997).

También L.V. Thomas (1993) diferencia dos tipos de sociedades en función de la actitud de las mismas frente a la muerte, por un lado, está la sociedad de acumulación de hombres, sociedad negro-africana, y por otra, la civilización occidental, la que acumula bienes. En la primera la postura frente a la muerte es de aceptación y trascendencia: desplazamiento, cambio de estado o reorganización de los elementos de la persona que ha fallecido; en la segunda, la materialista que acumula bienes, cuya actitud frente a la muerte es la negación, la vida eterna para el cristiano.

Como hemos mencionado, el interés y la preocupación del ser humano por la muerte se remontan muy atrás en el tiempo, hasta el punto de que tenemos que trasladarnos a los orígenes del hombre.

Los estudios paleo-antropológicos han demostrado que la conciencia de la muerte es producto de un largo proceso evolutivo, de un salto cualitativo propio de la llegada del Homo Sapiens. Afortunadamente, los restos arqueológicos dan muestra de ello, ya que las sepulturas y enterramientos proliferaron desde el Paleolítico, sucediéndose los rituales funerarios. Estos se convirtieron en el modo y la forma de conocer las creencias de estos antepasados acerca de la muerte.

En una época más contemporánea, Phillippe Ariés (1999) hace un recorrido histórico analizando las actitudes ante la muerte comenzando en la Edad Media desde el S. VI. El autor dice que, desde aquí hasta el S.XII, la muerte era vista normal y naturalmente, un ritual celebrado tradicionalmente de la forma más esperada, sin sorpresas. Sólo cuando la muerte venía inesperadamente era considerada como un castigo divino o sobrenatural. La muerte era un hecho que pertenecía y atañía a todos, no era un dolor particular y aunque formaba parte de la comunidad, de la cultura, intentaban mantener alejados los cementerios pues sí temían a los muertos.

Más tarde el miedo fue disipándose y la cercanía fue produciéndose poco a poco. Si bien hasta entonces la muerte era algo que les ocurría a otros, la época de la conciencia de la propia muerte trascurría entre los siglos XII y finales del XV. La conciencia del fin es considerada casi de forma romántica lamentando, el ser humano, de que el destino que le aguarda es abandonar el mundo al que se es consciente de pertenecer.

Según el autor (1999), la relación que se tenía con la muerte llegaba al punto de ser considerada una etapa más que permitía al moribundo controlar lo relacionado con su propia muerte y lo que debía hacer antes de morir mientras se lamentaba por el hecho de perder la vida. Más tarde vendría el momento de perdonar, encomendar a Dios a los que sobreviven, pedir perdón por las culpas y rogar por su propia alma.

Otras veces, el rol principal era del moribundo y la ceremonia era pública, donde se encontraban vecinos, niños y cualquiera que quisiera sumarse al acontecimiento, esto ocurría cuando la espera de la muerte ocurría en el propio lecho. El moribundo adquiría cierto poder por su cercanía con la muerte, esto le autorizaba a dar órdenes y disponer de sus últimos asuntos, los relacionados con su sepultura y sus bienes.

Ariés llamaba a esta concepción de la muerte *La muerte domesticada*, pues se podía acompañar de visiones o sueños de personas ya fallecidas lo que significaba que el desenlace estaba próximo. Estas visiones eran sólo vistas por los que iban a morir ya que éstos se encontraban en un momento que les permitía observar estos signos de muerte inminente, creencia que dura hasta nuestros días.

En la actualidad nos aventuramos a estudiar estos signos, como prueba de la expansión de la conciencia, en los últimos momentos de vida: visiones en el lecho de muerte (VLM) que abordamos con más detalle pues es objeto de estudio de esta tesis doctoral. Un factor importante a tener en cuenta es el momento y la situación que rodeaba a la muerte ya que estas eran en realidad las causantes del temor, no la propia muerte. El temor venía cuando la muerte les sobrevinía sin dar opción al arrepentimiento ni poder experimentar el proceso de su propia muerte; también cuando ésta llegaba tomando al moribundo en solitario sin darle la posibilidad de despedirse de las personas que lo habían acompañado y sin ser consciente de que vive los últimos momentos de su vida.

Algunos filósofos presocráticos ya hablaban de la supervivencia del alma tras la muerte dejándose plasmar en sus obras sus visiones y teorías sobre el pensamiento trascendente, la visión del más allá, la concepción de muerte y el deseo de evolución. Algunos mostraban, como es el caso de Homero en su obra *La Odisea* XI, pag. 489, su apreciación de los valores vitales ante lo tortuoso de la supervivencia del alma tras la muerte (Homero, 2013). Por su parte, Tales de Mileto, manifestaba que el alma es una naturaleza siempre en movimiento o que se mueve a sí misma (Presocráticos, 2007:18).

La teoría de la transmigración, reencarnación o metempsícosis, es decir, la idea de la triple naturaleza del ser humano (espíritu, alma y cuerpo), que afirma la transferencia de ciertos elementos psíquicos de un cuerpo a otro después de la muerte, fue acuñada por filósofos como Pitágoras, Empédocles, Platón, Plotino y sobre todo por el pensamiento oriental (Roger Riviére, 1991).

Pitágoras fue el pionero en llamar al mundo “cosmos” (Störig, 2000), reconocía la inmortalidad del alma cuya manifestación física no sólo era humana, sino también animal. Desarrolló un profundo respeto a toda diversidad de vida existente.

Empédocles reconocía que el ser era mortal, aunque sus principios eran eternos (Marias, 2008).

Anaxágoras afirmaba que la muerte no es más que separación, así como el nacimiento es combinación, es decir, componerse y dividirse (Simplicio, en VV.AA, 1978:339). Teorías estas muy parecidas a las que el sabio Taoísta Lao Tse asumía: “*La vida es aquello de lo que temporalmente dependemos; la muerte es aquello a donde en definitiva retornamos*” (Lao Tse, 2008:106).

Epicuro, convencido de que la muerte era parte de la condición humana y por tanto había que aceptarla con imperturbabilidad, sostenía: “*La muerte no es nada para nosotros, ya que mientras nosotros somos, la muerte no está presente y cuando la muerte está presente, entonces nosotros no somos*” (Epicuro, 1985:48). Esta línea de pensamiento llega hasta nuestros días con la significación de no dejarse vencer con la idea de que la muerte nos acecha como un enemigo que espera el momento adecuado para apresar a su víctima, sino que viviendo el día a día, vivimos la vida, y por tanto el propósito de nuestra existencia, dejando el temor que pueda llevarnos a vivir en continuo temor a la muerte. Séneca decía a este respecto que era más bien el pensamiento sobre la muerte más que ella misma, la causa del miedo a la muerte.

Indagar a través del autoconocimiento, es decir, la base de nuestros propios miedos, es lo que hay que conocer (libro IV, epístola 30,9. 140) (Séneca, 1995).

A finales de la edad media, escritos entre los años 1414 y 1450, aparecen de acuerdo con los principios cristianos el *Ars moriendi* («El arte de morir»), dos textos interconectados escritos en latín que entrañan consejos sobre los protocolos y procedimientos sobre cómo «morir bien». De gran popularidad, se tradujo a la mayoría de las lenguas europeas occidentales, y fue la obra inspiradora de una consecución de guías para la muerte en la literatura occidental

En sus orígenes hubo una versión larga seguida de una corta, formada por once grabados de imágenes ilustrativas para poder ser fácilmente entendido y memorizado (Ruiz Garcia, 2011). Incorporaba seis capítulos en los que se abordaban cuestiones tales como: el elogio de la muerte; tentaciones que asaltan al moribundo y modo de superarlas; preguntas que hay que hacerle al enfermo para reafirmarle en la fe y conseguir el arrepentimiento de sus pecados; necesidad de imitar la vida de Cristo; comportamiento que han de adoptar los laicos que acompañan al moribundo: presentación de imágenes sagradas; exhortación a recibir los últimos sacramentos; e incitación a que el interesado otorgue un testamento; recitación de oraciones por parte de los presentes en favor del expirante.

Uno de los autores posteriores de una guía para la muerte fue Erasmo de Rotterdam, titulada *Praeparatio at mortem* de 1534, quién aducía que la muerte puede sobrevenir en cualquier momento y hay que estar preparado para ella y no querer escapar de la conciencia de la mortalidad: *“Algunos huyen de hacer testamento como si hubiese en ello algún mal agüero: tanta es la fragilidad de nuestra carne. Pero en verdad que hacer testamento no es causa para que mueras más presto, sino para que mueras más quieto”* (VV.AA., 2003:44).

El S. XVI, es el momento en que los cementerios vuelven a ser alejados de las ciudades, todo apunta a que se produjera para no recordar el inevitable destino al que están abocados.

En los siglos XVII y XVIII, según Michel Foucault (1990:115-116) existe un problema marcado principalmente por el desarrollo del sistema médico y el modelo de “despegue” médico y sanitario en Occidente, focalizados en:

- La biohistoria, el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica. La huella que puede dejar en el ser humano la intervención médica.

- La Medicalización. El comportamiento, la conducta, el cuerpo, forman parte de una red de medicalización, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina. Y, por último,

- La economía de la salud, es decir, la integración de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud, en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas.

A mediados del S. XIX la figura del médico que estaba separada de la muerte y centralizada en el enfermo pasa a tener un papel fundamental mediatizado o marcado quizás, por una cuestión política de la época, ya que el tener una población sana aseguraba mano de obra productiva para la sociedad. Así pues, se le dotó al médico de una confianza jamás alcanzada antes, para realizar el diagnóstico médico de la muerte. Ésta pasa a ser más una cuestión médica que religiosa. La muerte comienza a ser tabú, sin embargo, a finales de este siglo la gente solía morir en la casa donde habían vivido, pudiendo así darse cuenta de que la muerte estaba cerca y pudiendo, al mismo tiempo, despedirse de su familia y hacerlo en su ambiente familiar.

Malinowski (1926) subraya que la muerte es un elemento integrante de la vida humana, que permite crear prácticas de acompañamiento ritual y permite entender que la muerte es también una necesidad básica para los seres humanos que debemos cumplir con respecto al grupo de pertenencia. El autor considera que esta institucionalización de la muerte está guiada por una serie de normas sociales que ayudan a determinar el tipo de ritual y también clasificar el estatus e importancia del sujeto fallecido, así como de las respectivas funciones de los familiares y deudos.

En el S. XX y XXI, con el avance de las tecnologías y los cuidados especializados, es posible prolongar la vida del paciente, cambia la forma de morir, pues si en los siglos XVIII y XIX se moría en casa rodeado de los familiares, en la actualidad el enfermo, en la mayoría de los casos, muere solo en una habitación de un hospital, en su afán de agotar todas las posibilidades de continuar con vida. Al contrario que en los siglos anteriores en los que el no tener conocimiento de qué les ocurría daba paso al miedo, el hombre teme saber demasiado porque eso le acerca más a la muerte. El hombre quiere ver la muerte como una realidad que les ocurre a los demás, no a uno mismo. Freud

(1992:290) decía que, aunque fuéramos conscientes de la invariable finitud de nuestra existencia, sólo seríamos capaces de representarnos la muerte del otro y no la nuestra, puesto que siempre participamos de ella como espectadores, así que la única manera de hablar de la muerte es negándola.

En la actualidad y gracias a la tecnología, se puede resucitar a las personas hasta 7 horas después de que su corazón haya dejado de latir, es el conocido *Efecto Lázaro* que ha defendido el Dr. Parnia (2013), el concepto de la muerte está cambiando a medida que avanza la ciencia.

No obstante la existencia del testamento vital, documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas, un documento escrito por el que todo ciudadano declara anticipadamente, en situaciones de lucidez mental, su voluntad sobre sus cuidados y el tratamientos o sobre el destino de sus órganos o de su cuerpo una vez fallecido, hace pensar que el ser humano se va acercando psicológicamente a la realidad de la propia finitud y sobretodo de lo que la propia persona entiende por muerte digna en el contexto de una situación al final de la vida, a pesar de que se desarrolla en un entorno institucionalizado puesto que supone presentar estos documentos en un Registro, todo ello amparado por una ley: LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica BOE de 15 de noviembre de 2002.

2.1.3. CONCEPTO Y SIGNIFICADOS.

Hablar del significado de la muerte significa ser conscientes de que es un término muy complejo que abarca una serie de aspectos a considerar como los religiosos, sociales, legales, etc.

Según Louis Vincent Thomas (1991), la muerte es natural, cotidiana, aleatoria y universal. *Natural*, y aun así cuando sobreviene sigue siendo inesperada. Es *cotidiana*, todos los días mueren personas en el mundo, pero nos sigue pareciendo lejana y que les pasa a los demás. *Aleatoria*, existe la incertidumbre acerca de cuándo nos va a pasar, pero tenemos la certeza de que ocurrirá. *Universal*, todo lo que es, en este momento algún día desaparecerá y también es única pues nadie puede ocupar el lugar de otro cuando le llega el momento.

Definir el concepto de muerte es harto complejo pues su naturaleza es cambiante debido a que la sociedad está en constante dinamismo, por su propia evolución, influida principalmente, por los avances científicos y tecnológicos, así como la inevitable concepción del hombre, perteneciente a un grupo social, con unas características propias, semejantes entre los miembros de esa “comunidad” o “grupo social” y a la vez diferentes de otros grupos sociales.

Así pues, la definición de muerte, estará influenciada y será un reflejo de la propia cultura y la religión, así como la educación, la sanidad y la jurisprudencia.

Según refieren Kastenbaum y Costa (1977), la muerte es considerada no como un acto puntual sino como un proceso que ocurre en el ámbito biopsicosocial. Por lo tanto, hablar de concepto o definición de la muerte desde una única perspectiva es imposible puesto que el significado varía según el punto de vista que se tenga en cuenta, fisiológico, médico, psicológico, sociológico, antropológico, económico, etc.

Como bien apuntaba Thomas (1983:100), la Antropología, estudiosa de la magnitud de los enfoques culturales, es decir, de los comportamientos y rituales en torno a la propia muerte, al fallecido y a todo lo que la muerte envuelve, elabora teorías explicativas acerca de esta diversidad de la muerte y de las diferentes concepciones que los sistemas culturales tienen acerca de la misma; por lo tanto, de los diferentes significados.

Se podría decir pues, que la muerte tiene un importante significado cultural. Es creadora de diversas representaciones y construcciones mentales en todas las culturas. Estas actitudes que la cultura desarrolla incluyen ritos, costumbres, ceremonias, pero también son generadoras de miedo y angustia, construyendo lo que podríamos llamar mecanismos de defensa, pues como decía L.V. Thomas (1993:471), lo imaginario recurre al símbolo. De este modo el ser humano, por medio de estas tradiciones, creencias y actitudes, extiende y amplía la vida más allá de la muerte a través de ritos y ceremonias como la fiesta de los difuntos, la asignación de calles a los muertos, los intentos de comunicación con los difuntos, etc. Este reflejo de las creencias tiene como principal objetivo mitigar el dolor ante la pérdida de un ser querido.

Hay dos posturas que surgen del análisis que varios autores hacen acerca de la muerte y que recogen Klarsfeld y Revah (2002), por un lado, que la muerte es

asumida como una fatalidad arbitraria, impuesta y por otro que la muerte tiene una función o utilidad, como la selección natural en el mecanismo de la evolución.

En este sentido el antropólogo Nigel Barley, en su libro *Bailando sobre la tumba: encuentros con la muerte* (2000:17) asegura que “la muerte actúa como una especie de frontera colectiva que delimita y define los dos extremos de la condición humana”.

Pero quizás debamos atender al nuevo paradigma que aparece derivado de los casos médicamente inexplicables donde la muerte toma un significado diferente y ya comienza a no ser considerada el fin de la existencia del ser humano, sino que aparecen muestras de todo lo contrario. Así, el hecho de que a partir del S.XX se hayan multiplicado los estudios relativos al tema de la supervivencia del alma tras la muerte o la trascendencia de la conciencia desde un ámbito científico, nos lleva a considerar que ciertos sucesos o experiencias que nos muestra la casuística, siguen estando vigentes en el inconsciente colectivo, y que, aunque son tratados desde la más estricta consideración científica, no son pocos los casos inexplicables que aparecen en contextos puramente médicos.

2.1.3.1. LA MUERTE COMO RITO DE PASO

Para comprender mejor el proceso por el que la muerte se convierte en un momento tan importante en tantas culturas es adecuado recordar el concepto definido por Arnold van Gennep en su libro *The Rites of Passage* (1960), quien denominó ritos de paso a las ceremonias que se realizaban en los momentos importantes o de cambio en la vida de las personas.

Siguiendo este concepto, los ritos de paso oficializarían el cambio social de los individuos, uniéndose o alejándose de los grupos, indicando la transición entre estados en la vida. Debido a la implicación pública de algunas situaciones como el nacimiento, la pubertad, paso del instituto a la universidad, el matrimonio o la muerte, no sólo la persona que realiza estos cambios es la implicada en el reconocimiento de esta nueva situación, sino que su entorno también debe formar parte de ellos. La muerte es el último rito de paso, es la transición biológica.

Los Neandertales fueron los primeros en ritualizar la muerte colocando los cadáveres en determinadas posiciones, como la fetal o boca abajo, con la cabeza hacia

el oeste y los pies hacia el este. En ocasiones eran pintados de color rojo-ocre, y se les dejaba utensilios que habían utilizado en vida. También era común encontrarlos con animales entre las manos o incluso con flores.

Estas formas rituales están envueltas en un gran simbolismo ya que el color rojo-ocre simbolizaba la sangre (James, 1966). El hecho de colocarlos en posición fetal, la misma que tenían al nacer y de dejarles con utensilios, hace suponer que los Neandertales pensaban en que renacían en el mundo de los muertos, por lo tanto, que la conciencia de la muerte y la del cadáver, representación mental de la misma, ya existían.

Según Morín (1992), la percepción que el Homo Sapiens tiene de la muerte es fruto de la acción que se ejerce recíprocamente entre la conciencia objetiva, que muestra la mortalidad del ser humano, y la conciencia subjetiva que intenta mostrar la trascendencia después de la muerte:

“... Los ritos de la muerte dan cuenta de, lavan y exorcizan el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. En todas las sociedades de sapiens conocidas, las exequias traducen a un mismo tiempo una crisis y su superación, de un lado la aflicción y la angustia, del otro la esperanza y el consuelo.

Todo parece, pues, indicarnos que el homo sapiens siente el problema de la muerte como una catástrofe irremediable que le provocará una ansiedad específica, la angustia o el horror ante la muerte, y que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que modela su vida. Asimismo, parece claro que este hombre no sólo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia...”.

En las sociedades contemporáneas el rito se manifiesta de diferentes formas según la religión y la cultura. El luto aparece como una forma de responder ante el hecho de la muerte, con él se manifiestan los sentimientos de pena ante la pérdida de un ser querido. El verbo con el que se alude al luto es guardar y se guarda luto en señal de respeto u homenaje. Así como el luto es la expresión manifiesta del dolor, el duelo aparece como el sentimiento interno, íntimo ante la pérdida.

En los grupos indígenas y en las comunidades rurales, los progenitores enseñan a los niños que la muerte es algo natural en el ciclo de la vida (Caycedo, 2007), muchos

de ellos creen que cuando sobreviene la enfermedad y tras ella la muerte, “los antepasados llaman a la persona a reunirse con ellos”.

Caycedo (2007) expone *“Cuando no se conoce de forma exacta la causa de la enfermedad, se pide a los ancianos o a los chamanes que practiquen rituales para encontrar respuestas. Si todo indica que la persona ha de morir, la familia y toda la aldea se reúnen para orar y ayudar a la persona a prepararse para la muerte. No quedan paralizados por lo desconocido o por el miedo; no dudan de la continuidad de la vida, y eso les da seguridad. Si los signos indican que la causa de la enfermedad es que los dioses o los espíritus están ofendidos, entonces llevan a cabo rituales y acciones para apaciguar a los espíritus.*

En circunstancias normales, la familia rodea al enfermo y a la persona que se está muriendo. Rara vez se le deja solo. Se le acaricia, se le hacen masajes, se le canta, se habla con él y se ora. Se muestra la solicitud y el cariño de forma tangible y creativa. En algunas tribus, se da a los pacientes en fase terminal una “manta para su viaje”, a fin de que cuando muera, la mata pueda abrigoarlos y darles seguridad después de la muerte. Así mismo, se les da “comida para el viaje””.

Los primeros hombres enterraban a sus muertos con piedras, ramas y tierra, después los sepultaban con sus armas y osamentas. Otras culturas efectuaban la labor funeraria de conservación del cadáver, lo que implicaba la prolongación de la vida (egipcios, sumerios, andinos). Los cristianos acompañan a los muertos (velatorio), lo que implica, de algún modo, también su supervivencia (Aguilera & Gonzalez, 2009). En nuestra época, estas prácticas de conservación son equiparables a la cirugía plástica (Baudrillard, 1989) , donde el cirujano plástico sería el equivalente al embalsamador egipcio y sus pacientes son como muertos en vida. Como dice el autor, de esta manera, la prolongación de la vida se instaura no ya en la muerte, sino en la vida misma. Lo que en la antigüedad era tan común, la conservación del cadáver, como la momificación, ahora pasa a ser la conservación del ser vivo, del cuerpo, y la muerte pasa a un plano en el que se intenta no hablar de ella; se comienza a crear el mutismo en torno a ella. La inmortalidad adquiere nuevos valores y se crean formas de retrasar la muerte con medicamentos antienvjecimiento o la misma criogenia, perpetuándose así la vida o “asegurándose” volver a vivir (Aguilera & Gonzalez, 2009). Pareciera una forma de

controlar y gestionar el propio tiempo, no tanto por ser consciente de la propia vida (Antón Hurtado, 2016) sino más bien de sobrevivirla y prolongarla.

Hay tres civilizaciones aparentemente distintas y muy semejantes en cuanto al sentido de la muerte y la trascendencia, son: el antiguo Egipto, la Civilización Maya y el budismo.

En el antiguo Egipto la muerte era muy importante. Sus monumentos funerarios, las pirámides, albergarían el cuerpo y el alma del difunto para la eternidad (Salgado, 2015) y la momificación de los cadáveres dan buena cuenta de ello. Como los egipcios “creían que la otra vida era un calco exacto de la vida terrestre” (Drioton y Vandier, 1981:162) se intentaba evitar que el cuerpo se descompusiera aplicando procesos de embalsamamiento. Debido a que el cuerpo era la casa del alma se desarrollaban ceremonias como “el ritual de ofrendas” conocido posteriormente como la “apertura de la boca” permitiendo al alma regresar al cuerpo (Salgado, 2015).

Al morir el faraón, que era considerado un dios, tenía que seguir el mismo recorrido que el Sol, de quien se le consideraba hijo, adentrarse en el cielo (la diosa Nut) y protegido por el dios Seth, cruzar el inframundo en una barca para revivir al día siguiente (Salgado, 2015): *“Los egipcios antiguos veían en el curso del sol la referencia visible de su propio camino personal, sacando de ahí la esperanza en una supervivencia después de la muerte misma. En este mundo empieza ya el camino que conduce al más allá; la muerte no es un final horroroso”* (Lurker, 1992). Aunque en un principio este privilegio de vivir para la eternidad era exclusivo del faraón poco a poco se fue extendiendo a la familia real y a la corte que lo acompañaría haciendo los servicios necesarios para el faraón (Salgado, 2015).

También era común que se enterraran muchas momias con algún tipo de "literatura funeraria" que consistía en una serie de hechizos e instrucciones para navegar hacia la otra vida. Muchos nobles y algunos egipcios que no tenían parentesco alguno con la realeza, comenzaron a tener acceso a esta literatura funeraria, que más tarde se convertiría en el Libro de los Muertos Egipcio. Por lo tanto, cualquier egipcio que tuviera acceso al Libro de los Muertos poseía los hechizos e instrucciones necesarios para llegar a la otra vida (Salgado, 2015).

Por otra parte, los sabios mayas tenían una concepción cíclica del tiempo, y entendían la muerte no como el final de algo sino como un cambio de lugar para el alma antes de volver a renacer (Carrillo, 2016).

Dado que los mayas tenían un fuerte vínculo con la naturaleza creían que el cosmos tenía forma de árbol; la selva o árbol sagrado es como visualizaban a Ka'a que era la representación de la tierra y estaba en el nivel medio, al Ka'an que es donde moraban las deidades y el inframundo, Xibalba, donde se encuentran los muertos. El día y la noche simbolizaban el camino de las almas en la vida y en la muerte y se orientaban en los cuatro puntos cardinales tan importantes en la cultura maya. El Sol se eleva por las mañanas al oriente y simboliza el nacimiento, mientras que la muerte que se representaba en el anochecer se orientaba hacia el poniente. Pero esta no simbolizaba el final, sino que se concebía como el inicio de un largo camino que las ánimas deben recorrer por el inframundo o raíces del árbol de la selva (Mexico News Network, 2014).

La creencia de los mayas es que una vez al año las almas regresan unos días a convivir con sus seres queridos. Ellos creen que se pueden comunicar con los vivos a través de los sueños, que es donde se pueden volver a ver y transmiten mensajes. Durante una semana y algunos hasta un mes festejan esta comunión entre los vivos y los muertos, con ofrendas de comida y bebida. Hacen un altar de madera y colocan en un recipiente agua a la entrada de las casas para que las ánimas se laven las manos antes de pasar, en otro, ya dentro, también agua para que beban y se hace una ofrenda para el día al señor de la muerte, pero no mucha para que no se quede y vaya a visitar las demás casas antes de volverse.

El Popol Vuh o libro sagrado de los mayas, describe el descenso al inframundo (significa adquirir conocimiento), como un camino de pruebas a las que tienen que hacer frente. Tienen que bajar por unas escaleras muy inclinadas, atravesar ríos rápidos, de sangre y de agua (destrucción, retorno a un estado original y renacimiento) y pasar por unos jícaros espinosos (CNN México, 2012).

En este libro la muerte no es un castigo sino un auto-sacrificio necesario de la que emerge vida nueva. En Mesoamérica destacan otras obras literarias de contenido

escatológico y de origen azteca y tolteca, son el Codex Borgia⁴ y el Codex Borbonicus⁵, así como el libro maya de los muertos (Arnold, 1983) que fue reconstruido de textos e imágenes de las vasijas funerarias del Ceramic Codex y muestra gran similitud con las tradiciones religiosas chinas en cuanto al lenguaje y la escritura.

Si en la cultura egipcia se hablaba de la existencia del libro de los muertos y en la cultura maya del *Popol Vuh* y el *libro Maya de los muertos*, en la religión budista también existe un libro fundamental conocido como el libro tibetano de los muertos, atribuido en el S.VIII a Padmasambhava “el nacido del loto”, cuya creación es extraña y desconcertante, que contiene escrituras esenciales y una descripción exacta de quienes han tenido una Experiencia Cercana a la Muerte. Este libro se constituye como una guía para los moribundo, un mapa para el que busca un significado a la vida y a las experiencias en el más allá. Si la cultura tibetana está en lo cierto, entonces este tratado puede responder a las preguntas que el ser humano se ha hecho a lo largo de su existencia (The history channel, 2007).

Según el budismo, al morir volvemos a nacer en otro lugar, antes del nacimiento hay un período que se denomina vida intermedia que es conocido como Bardo. Curiosamente los escritos del libro tibetano de los muertos coinciden con las descripciones dadas por aquellos declarados clínicamente muertos en las ECM. El libro tibetano de los muertos describe con una precisión sorprendente una luz blanca, brillante y atrayente. El historiador y escritor Mikel Dunham asegura “el parecido es escalofriante, prácticamente todos hablan de esa luz cegadora que a menudo se describe como una luz blanca (...) es muy seductora y lo más interesante es que en las ECMs sus protagonistas cuentan que quieren dirigirse hacia la luz y que al recobrar el conocimiento entre los médicos de la sala de emergencias se resisten a regresar” (The history channel, 2007).

⁴ Se cree que fue escrito antes de la conquista de México, en algún lugar en el sur o el oeste del estado mexicano de Puebla. <https://www.youtube.com/watch?v=5sGB7NJvqm4>;

⁵ Es uno de los códices mexicas precolombinos o de comienzos de la época colonial española. se compone de cuatro secciones: La primera es un *tōnalpōhualli*, calendario de 260 días. La segunda parte muestra el ciclo de 52 años-Xiuhmōipit presentan la asociación de cada uno de los portadores del año con los 9 Señores de la Noche durante un período de 52 años. Se cree que describen las fiestas de los 18 meses del calendario solar de 365 días o *Xiuhpohuall*. La cuarta muestran un nuevo ciclo de 52 años o *Xiuhmolpilli* (Batalla Rosado, 1993). <https://www.youtube.com/watch?v=aWNgGi7fQqA>.

Según explica Bryan Cuevas, profesor de religión y Director de estudios budistas y tibetanos de la Universidad de Florida, *“el libro tibetano de los muertos contiene técnicas para extraer la conciencia del fallecido y llevarla a un lugar mejor”* (The history channel, 2007).

El Dr. Allan Wallace, presidente del Institute for Consciousness Studies en Santa Bárbara, CA, comenta acerca de este libro: *“quizás no se trate simplemente de sabiduría mítica, sino de un conocimiento real de la naturaleza de la conciencia, quizás exista una continuidad individual de la conciencia más allá de la muerte”* (The history channel, 2007).

Hay tres etapas en el Bardo, en la primera ven una luz blanca y brillante en el momento de la muerte después de verla pasa a la segunda etapa de su viaje, el Bardo de las Deidades Pacíficas, pero como apunta el Bardo Thodol, pueden ser una trampa, por lo que lo importante es estar centrado, si no lo supera se encuentra con las deidades iracundas; los tibetanos crean imágenes de demonios espantosos, con horribles colmillos, ojos saltones y armas que los fallecidos ya conocen de las pinturas y pueden reconocerlos. El budismo dice que cuando alguien muere viaja por el más allá durante 49 días, cada etapa supone una prueba y cada prueba determina si la vida siguiente se desarrollará en la tierra, en el cielo o en el infierno. El Bardo termina con un encuentro con Yama, la figura más poderosa de todas, es la misma muerte y va amontonando las buenas obras en piedras blancas y las malas en negras. Una vida llena de buenas acciones permitirá un renacimiento positivo, incluso la entrada al mundo de los dioses, una vida de maldad condenará al alma a renacer como animal o a una vida de tortura en el infierno (karma). El libro tibetano de los muertos permite escapar del juicio de Yama, si el alma consigue escuchar el canto de los monjes podrá dejar atrás al señor de la muerte y llegará al tercer Bardo o etapa, donde elegirá su propia reencarnación y conocerá a sus futuros padres en el momento de la concepción. El morir termina como había comenzado con el descenso por un túnel oscuro (el útero) hacia una luz blanca (la primera que ve al abrir los ojos) (Guerra, 2014).

Su Santidad Sakya Trizin comentaba a propósito del Bardo *“El Bardo es un estado intermedio entre esta vida y la siguiente. Antes de comenzar otra vida, uno pasa por el Bardo. La mayoría de la gente va allí, pero hay dos casos extremos: aquellos que son muy buenos, que no necesitan ir al Bardo, pasan directamente de aquí al cielo; y los que son*

malos que van directos al infierno. Sin embargo, la mayoría de la gente va al Bardo. Por otro lado, se trata de una experiencia negativa, porque hay mucho miedo. Uno se encuentra completamente perdido y solo, sin amigos, lo pierdes todo. No obstante, también se puede tomar como una gran oportunidad. Dado que no nos encontramos atados al cuerpo físico en su forma mental ordinaria, si somos capaces de recordar las prácticas y a la vez hacemos que surjan pensamientos positivos, es una buena oportunidad para comprobar los resultados” (Anexo 3).

A propósito de este libro Mikel Dunham afirmaba que *“Padmasambhava nos enseña en el libro tibetano de los muertos que lo deseable es volver en forma humana porque nos permite observar el sufrimiento que padecen otras personas y nos da la oportunidad de ayudarlas después de comprender lo que les atormenta” (The history channel, 2007).*

Por su parte, el Dr. Wallace, afirma *“la teoría de la conservación de la conciencia en el budismo es comparable al principio de conservación de la energía y afirma que hagamos lo que hagamos con la energía, lo único que no podemos hacer es que desaparezca y podemos hacer todo tipo de cosas a la conciencia, no se puede destruir el espacio, no se puede destruir la energía, no se puede destruir a conciencia” (The history channel, 2007).*

En referencia a la conciencia, el psicólogo, escritor e investigador de la Universidad de Harvard, Ralph Metzner asegura que *“la muerte y la reencarnación componen un proceso arquetípico, un arquetipo es una especie de imagen primordial compartida por toda la humanidad, por eso se escribió el Libro tibetano de los muertos, para decirnos que la muerte no supone la desaparición, es algo completamente diferente, se trata de una oportunidad de liberación, es una ampliación de la conciencia”.*

2.1.3.2. CHAMANISMO Y MUERTE.

Dada la extensa literatura que ha inspirado el chamanismo, se puede asegurar que este se remonta muy atrás en el tiempo y es de carácter universal. Un hecho destacado es que aún en nuestros días se han conservado técnicas y procedimientos chamánicos en aquellas culturas en las que no han sucumbido al progreso occidental.

De esta forma, aun hoy estas prácticas chamánicas sobreviven en Africa, Asia, Micronesia, Australia, Polinesia, Europa y América del norte y del sur.

El chamanismo y la muerte y el morir están estrechamente relacionadas. Los antropólogos occidentales llaman al estado visionario que ocurre en la iniciación de los aspirantes a chamanes “enfermedad chamánica” (Grof y Grof, 1992:41) y se puede traducir en una experiencia de muerte y renacimiento psicoespiritual que constituye una preparación para la muerte real; es decir, es un proceso de aprendizaje en el que el chamán “muere” y “resucita” después, convirtiéndose en una persona capaz de enfrentarse al mundo y entenderlo como un mundo misterioso, con señales y símbolos que él comprende y hace posible la mejor actuación posible (Castillo, 1997). Unas veces estas experiencias son espontáneas y otras son provocadas por sustancias o plantas psiquedélicas o cantos, danzas. En una entrevista que realicé al fundador de la psicología transpersonal Stanislav Grof comentaba *“Esa experiencia de la muerte psico-espiritual y la reencarnación es algo que se ha repetido siempre a lo largo de la historia espiritual. Se encuentra solo en las prácticas de iniciación chamánica. El énfasis es siempre el mismo, muerte-nacimiento. Mueres siendo una chica o un chico y ahora eres un hombre. Esto se encuentra apoyado por el convincente hecho de que los ancianos mueren”* (Ver Anexo 3).

En su libro “El viaje definitivo: La consciencia y el misterio de la muerte” (2006:29), Stanislav Grof repasa el contenido de las experiencias iniciáticas de los futuros chamanes. El autor cuenta que estos suelen experimentar un viaje al Submundo, el lugar de los muertos, un lugar peligroso y terrible donde sufren los feroces ataques de los demonios. Se prevé que el que será chamán, podrá curar las enfermedades ocasionadas por los espíritus maléficos que se nutrieron de su cuerpo. Tras esa fatal experiencia de muerte y total aniquilación, el futuro chamán experimenta el renacimiento y asciende al mundo supernatural, en muchas ocasiones ascendiendo por el árbol del mundo, símbolo común en varias culturas como los mayas o los chamanes Yakut de Siberia. Este árbol une los tres mundos (cielo, infierno y paraíso) y está conectado con las aguas que discurren por la naturaleza. Los chamanes experimentan una conexión importante con la naturaleza y los animales, “animales de poder”, adoptando figuras reales y/o arquetípicas durante su discurrir por el mundo

sobrenatural, como convertirse en pájaros o subir por un arco iris, por una montaña sagrada, etc.

Tras toda esta experiencia, el chamán puede comenzar a diagnosticar y curar enfermedades fruto del conocimiento adquirido en la misma. Grof (2006:32), añade que los chamanes auténticos pueden entrar voluntaria y controladamente en estados holotrópicos “con propósitos concretos como la sanación, percepción extrasensorial y la exploración de dimensiones alternativas a la realidad. Pueden inducir también dichos estados en otros miembros de sus tribus y representar el papel de “psicopompos”, en los que proporcionan el apoyo y la guía necesaria para quienes atraviesan los complejos territorios del Más Allá”.

El trabajo de los chamanes es tan importante que el propio Mircea Eliade aseguraba que el conocimiento de la muerte y las experiencias asociadas a la misma se debe, en gran medida a los chamanes (Eliade, 1964).

Debido a que la vida es todo aquello se sucede entre el nacimiento y la muerte, los seres vivos tenemos una capacidad limitada a la hora de entender lo que precede y sucede a este momento que llamamos vida. Acorde con esta afirmación Pallestrini (1997), asegura que no conocemos o no recordamos el nacimiento ni la muerte, así que la única información que podemos tener es la que acontece en otras personas, por supuesto sin una “vivencia pura” de ambos fenómenos. Este desconocimiento ha generado el surgimiento de mitos y creencias religiosas basadas en la creencia de un mundo sobrenatural donde las almas viven bajo el dominio o protección de los dioses.

Pero más allá de los mitos y las creencias hay una aspiración que está presente en la naturaleza humana: el deseo de pervivir, “como todas las conocidas, la especie humana tiene el objetivo prioritario de sobrevivir. Este objetivo de sobrevivir y el mandato imperativo de intentarlo, han estado y están inscritos, de alguna forma, en todos los seres vivos conocidos” (Corral: 2015).

El hombre, a diferencia del resto de los seres vivos, posee “conciencia” de que tiene que morir, y es el único animal que no se resigna a morir. El impulso más potente que experimenta el ser humano es el deseo de perpetuarse y de persistir indefinidamente. No es un sentimiento secundario sino un aspecto esencial desde un punto de vista cultural: es el único ser que toma conciencia de que tiene que morir, pero también el único que en manera alguna se resigna a aceptar este destino. Nadie quiere

morir y el anhelo de persistir (vivir eternamente según los trabajos de antropólogos o la promesa de la eterna juventud por los científicos) lo podemos considerar una aspiración universal (Alvarez Munárriz, 2015).

CAPÍTULO 3. LA CONSCIENCIA

“La conciencia, la experiencia subjetiva de un Yo interior, plantea uno de los mayores retos de la neurociencia. Incluso un conocimiento detallado del funcionamiento del cerebro y de los correlatos neuronales de la conciencia resulta insuficiente para explicar cómo y por qué los seres humanos poseen mentes conscientes de sí mismas”.

David J. Chalmers



Ilustración 4: El cielo de Júpiter. Gustave Doré. 1868

El neurocientífico Francis Crick apuntaba en referencia a la Consciencia: *“Todo el mundo tiene una idea aproximada de lo que se quiere decir con la palabra consciencia. Es mejor eludir una definición precisa de la consciencia por los peligros que comporta una definición prematura. Hasta que no se comprenda mejor este problema, todo intento de hacer una definición formal probablemente será desorientador o muy restrictivo, o las dos cosas a la vez”* (Crick, 1994).

Aunque Crick tiene suficientes argumentos para defender esta postura, se intentará en este apartado esbozar las principales líneas de pensamiento y teorías con respecto a este tema.

Hay dos conceptos en la lengua castellana relacionados entre sí, pero con diferencias sustanciales en cuanto a su significado e interpretación que podrían, de no aclararse, llevar a confusión, estos dos términos son consciencia y conciencia, ambos derivan de la misma palabra latina Conscientia. Tomamos como primera referencia el diccionario de la real academia de la Lengua⁶:

En primer lugar, el término conciencia se define como:

- Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta.
- Conocimiento interior del bien y del mal.
- Conocimiento reflexivo de las cosas.
- Actividad mental a la que solo puede tener acceso el propio sujeto.
- Acto psíquico por el que un sujeto se percibe a sí mismo en el mundo

Por otra parte, el término consciencia es definido como:

- Conocimiento inmediato que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y reflexiones.
- Capacidad de los seres humanos de verse y reconocerse a sí mismos y de juzgar sobre esa visión y reconocimiento.

Sin embargo, para varios autores el significado de la palabra conciencia se refiere al procesamiento que se produce como resultado de la interacción del sistema nervioso

⁶ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [en línea]. 23.ª, publicada en octubre de 2014. [fecha de acceso 6 de agosto de 2015]. Disponible en: www.rae.es

de un animal y su entorno, que se traduce en una capacidad básica del animal para reaccionar a los estímulos del medio ambiente, (Bear, 2001; Brefczynski, 1999; Farah, 1997), por lo que la conciencia está asociada a términos como sensibilidad, percepción, sentimiento y cognición.

Los neurobiólogos sostienen que la conciencia, resulta de la compleja interacción de las áreas de asociación multimodal de, al menos, las cortezas parietotemporal y límbicas en el cerebro de un animal (incluido el ser humano), y se refiere a la capacidad de experimentar uno mismo como un ser sujeto al pasado, presente y futuro, incluyendo la reflexión en uno mismo como un ser que es consciente de su entorno circundante (Roth, 2000; Lycan, 1995; Humphrey, 1998). Aquí, la conciencia se asocia con términos como experiencia, subjetividad, y reflexión sobre sí misma. Además, la medida en que un ser puede incorporar el reconocimiento del yo como se ve a la luz del pasado, el presente y futuro, precisamente, es el grado en que un ser puede ser considerado más parcial o más plenamente consciente. Cuanto más es capaz un animal de experimentar el yo en las relaciones complejas con otros seres y objetos relativos a eventos, situaciones y escenarios pasados, presentes y futuros, más consciente es el animal (Arp, 2007).

En el texto de esta tesis se usará el término conciencia ya que identificamos ésta separada del vínculo puramente fisiológico, como en apartados posteriores se irá aclarando. No obstante, en ocasiones, se usará el término conciencia, para transcribir citas textuales, donde el término conciencia tenga el mismo significado que estamos tomando para conciencia o donde se aluda al significado de la propia palabra.

El filósofo turco Güven Güzeldere apuntaba *“Posiblemente no haya otro tema en la historia de la filosofía y de la ciencia con un registro histórico tan fascinante como el de la conciencia,”* (1977).

La muerte y también las ECM están estrechamente relacionadas con el estado y el concepto de conciencia. Y es que, desde el comienzo de las investigaciones de la Antropología sobre la conciencia hasta hoy, se ha puesto interés en conocer su estructura y funcionamiento. Todo esto porque la conciencia es parte del ser humano desde el comienzo de su existencia, es un rasgo esencial de la naturaleza del ser humano, por lo tanto, conocer qué es la conciencia y si permanece más allá de nuestra

existencia terrenal ha sido y es una cuestión objeto de estudio de muchos investigadores.

La conciencia ha tenido muchos significados y muchos términos pueden definirla como sensación, saber, experiencia propia, darse cuenta, etc., sin embargo, hay muchas aportaciones a este respecto ya que desde diferentes ámbitos del saber, disciplinas y métodos se ha abordado y se ha contribuido a su conocimiento, de hecho, J. Moya (1999), en un estudio realizado para localizar las áreas mayoritarias de investigación de la conciencia encontró las siguientes: “en primer lugar Psicología (42,35%), seguido de Filosofía (9,85 %), Psiquiatría (7,71 %), Neurología (3,20 %), Educación (2,97%) Psicología experimental (2,61 %), Sociología (2,49 %), Clínica (1,54 %), Matemáticas (1,19 %) y Fisiología (1,07 %).”

Para Roger Bartra la conciencia es el proceso de ser consciente de ser consciente (Bartra, 2006). No obstante, como apuntaba Penrose (1996), hasta que no se sepa qué es propiamente la conciencia y su naturaleza, sería equivocado conceptualizarla. Autores como Searle (2000, 2006) o Damasio (2000, 2010) describen elementos o cualidades que participan en el fenómeno consciente pero no dan una definición precisa de ésta. Por su parte, Gómez Pellón (2016) explica que, la complejidad de la conciencia hace que sea imposible abordarla desde una sola ciencia, a no ser que se haga por error.

3.1. ANTROPOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

La antropología tiene como objeto de estudio la persona, es decir, el hombre que se desenvuelve en un contexto sociocultural (Alvarez Munarriz, 1993) que interpretamos como una totalidad estructurada y llena de sentido; por lo tanto, se puede distinguir tanto el aspecto interior y subjetivo como el aspecto exterior, observable. Con respecto al aspecto interno, según Álvarez Munárriz (1993) puede ser comprendido bajo el concepto de conciencia ya que se trata de un saber acerca de la actividad mental y que podemos describir como un saber acerca de nosotros mismos.

De este modo, la antropología aborda el tema de la conciencia desde varios aspectos epistemológicos relacionados con la propia naturaleza humana y con los procesos cognitivos. Una visión de conjunto de la antropología de la conciencia nos da los diferentes campos de actuación donde se desarrolla esta disciplina según apunta

(Winkelman M. , 2010b): paleontología, arqueología, lingüística, cultura y antropología aplicada.

Este aspecto interdisciplinar implica llevar a cabo estudios sobre la consciencia de carácter tanto explícito como implícito (Winkelman M. , 2010b). El enfoque implícito se dirige a conceptos como percepción, cognición, pensamientos, concepción del mundo, etc.; mientras que el enfoque explícito está directamente relacionado con la consciencia y con los estados alterados o no ordinarios de consciencia. Al hilo de este último enfoque se ha desarrollado en el estudio de la consciencia un aspecto “oculto” que se centra en la relación de la consciencia con la dimensión transpersonal y espiritual. Las cuestiones relativas a la base biológica de los estados alterados de consciencia asociados a rituales religiosos y sus efectos adaptativos se ha posicionado entre los enfoques de la antropología de la consciencia oculta y la convencional (Winkelman M., 2000; 2010a), aunque la línea principal de la antropología de la consciencia siga estando más interesada en las influencias culturales de la percepción, cognición, aprendizaje, memoria, etc.

La antropología de la conciencia también responde a una antropología de la conciencia moral, entendida esta, en términos de culpa y conciencia en relación a nuestro compromiso y responsabilidad con el bienestar colectivo y del planeta. En este sentido, los antropólogos se han sabido mover muy bien gracias a la escucha que se tiene de las voces del pasado en relación a esta cuestión (Winkelman M. , 2010b) .

Pero la preocupación por el tema de la consciencia viene de muy atrás y podemos encontrar algunos planteamientos sobre la misma, en la antigua filosofía griega con el planteamiento alma-cuerpo que en el mundo moderno se correspondería con el problema mente-cerebro.

La antropología de la conciencia también se ocupa de las formas en que el contexto social, las fuerzas sociales impulsa nuestro desarrollo de la conciencia (Winkelman M. , 2010b). Cabe citar a Gómez Pellón (2016), quien apunta: *“Nadie podría discutir, en el estado actual de los conocimientos, que nuestra conciencia está regida por normas, valores y creencias que proceden del entorno social. Las personas tomamos decisiones en el seno de una conciencia individual que no es sino la consecuencia de nuestras interacciones, de modo que las acciones, como unidades de la conducta, tienen sentido en la sociedad y en la cultura en las que se desenvuelven nuestras vidas”*. En este

sentido es imprescindible no olvidarse del planteamiento de Durkheim (1987) quien considera que la conciencia se guía por creencias reglas y valores y que surgen del entorno social, lo que llama la conciencia colectiva, que se aleja cada vez más de las cosas concretas para hacerse más abstracta como la “transcendencia de la idea de Dios; carácter más racional del derecho, de la moral, de la civilización en general”.

Según este autor (2010), los enfoques conductuales ejemplificados en el estructuralismo biogenético examinan la dinámica de rituales humanos en la relación con las funciones más amplias de manifestaciones ritualizadas en el mundo animal. Esto revela una dinámica común de ritual en todas las especies, la coordinación de los grupos sociales para el bien común. Esta dinámica biológica y funcional del ritual se complementa en los dominios de la experiencia, donde un enfoque neurofenomenológico examina las formas en las cuales, los fundamentos neurológicos del conocimiento, son la base para una variedad de patrones interculturales de experiencias chamánicas y místicas. El enfoque neurofenomenológico, según Winkelman, ilustra cómo la homogeneidad intercultural de la naturaleza fenomenológica de experiencias espirituales, refleja la dinámica de los sistemas biológicos funcionales que apoyan la conciencia global.

En este sentido, para Laughlin et al (1992), las metodologías de los enfoques biogenéticos y neurofenomenológicos son deliberadamente interdisciplinarios, no sólo por la participación de la biología y la cultura, el cuerpo y la mente, sino también por otras perspectivas comparativas basadas en el desarrollo filogenético, ontogenético y sociogenético (Laughlin, McManus, & D’Aquili, 1992). Estos enfoques comparativos que examinan las regularidades inter-especies, intercultural y de desarrollo, ayudan a establecer el paradigma de conocimiento neurológico de la conciencia Winkelman (1996, 2000, 2010b).

Uno de los autores más representativos en el estudio de la conciencia fue Descartes (1596-1650), quien consideró la misma como la propiedad esencial de la mente, ya que todo pensamiento, para ser considerado como tal, debía ser pensamiento consciente. Descartes, encuentra que el pensamiento es *“todo lo que nos ocurre cuando somos conscientes de ello”* y ese pensamiento es lo que nos demostraría que existimos (Hierro-Pescador, 2005), conocida es su frase *“Cogito ergo sum”* (Descartes, 1987). Además, Descartes considera la conciencia como un factor que agrupa los estados

mentales en un único alojamiento mental, al que él llama ego, ésta sería, para él, la base de la evidencia y de la racionalidad (Villanueva, 2007).

Su visión entorno al estudio y comprensión de la consciencia ha generado distintas orientaciones filosóficas que tratan de explicar el pensamiento, es decir, la mente o la consciencia, y los mecanismos neurobiológicos o corporales que sustentan la actividad mental o de la consciencia (Mora & Porras, 2000).

Para John Locke (1632-1704) filósofo y médico inglés, el yo se define por la conciencia, no por sustancias, ya sean divinas, materiales o infinitas. La identidad personal se halla en el hecho de tener conciencia, algo que es inseparable del pensamiento: "*es imposible que alguien perciba sin percibir que percibe*" (Locke, 1690). Locke no concibe la conciencia como una sustancia pensante inmaterial y concluye que el alma no define a la identidad, ya que el yo es responsable, reconoce actos y se los atribuye a sí mismo. El alma, en cambio, es independiente e indiferente a toda materia (Bartra, 2006).

Para obtener un punto de vista más completo sobre este punto creo que es necesario abordar dos conceptos relacionados con la Conciencia: la neuroantropología y la neuroteología.

3.1.1. NEUROANTROPOLOGÍA

La Neuroantropología es una disciplina relativamente desconocida, aunque ya acuñada hace varias décadas por autores como el sociólogo Warren Tenhouten (1976) y el neurólogo Oliver Sacks (1995) y más tarde por los antropólogos Daniel Lende y Greg Downey (Ros Velasco, 2013), en aras de defender la continua interacción entre la cultura y el cerebro, es decir, entre la herencia y el ambiente, lo que, por otro lado, la psicología ha evidenciado siempre (Oliva, 1997; Yela, 1996).

Para Lende y Downey (2012). lo que ocurre a nivel de la cultura afecta de alguna manera en el cerebro a nivel de modificación y evolución; y el desarrollo del cerebro ha hecho posible una mayor complejidad en cuestiones socioculturales.

Según apunta Luis A. Munárriz (2014) tanto la Neuroantropología como la Neurociencia social estudiarían cómo interrelacionan el cerebro y la cultura, lo que nos facilitaría la comprensión de la mente consciente, el comportamiento y el yo-mismo,

convirtiendo la Conciencia en el hilo conductor de estas investigaciones; y entendemos aquí la conciencia como esos procesos mentales relacionados con los conceptos de mente, pensamiento, sentimientos, es decir, la conciencia intuitiva y refleja (Álvarez-Munárriz, 2006) y no tanto la Consciencia trascendente donde enmarcamos a las ECM.

Para Enríquez Meza (Enríquez-Meza, 2007), la Neuroantropología es la ciencia que se encarga del estudio de la evolución biológica del sistema nervioso desde la aparición de los antepasados del hombre hasta nuestros días. Su objeto central de estudio es el encéfalo y se encarga de recibir información proveniente del interior y del exterior del cuerpo, analizarla y dar una respuesta acorde con esa información y permite aprender, razonar, pensar, crear y desarrollarse en medio de la sociedad.

3.1.2. NEUROTEOLOGÍA

Son numerosas y variadas las religiones y esta variedad depende de múltiples condiciones como los factores culturales, históricos y geográficos que constituyen la manera de entender el mundo y la realidad de parte de los hombres (Carrara, 2011). A pesar de esto, hay un lugar común en medio de este “relativismo” religioso, que es el dato objetivo sobre la religiosidad humana, es decir, es un *homo religiosus* (Lucas, 2007) un ser esencial y constitutivamente religioso. En cada cultura a lo largo de la historia, y en cualquier tiempo, ha contado con crónicas de experiencias místicas de unión del hombre con el divino, con el más allá, con el “absolutamente otro” (Carrara, 2011).

Haciendo una revisión histórica se puede afirmar que el fenómeno religioso es universal y se puede localizar hasta en las más antiguas sociedades y civilizaciones. Así es que, se muestra y evidencia que la relación entre la mente y los niveles superiores de la realidad, es decir, la espiritualidad, es una tendencia común en los seres humanos (Acosta, 2015). Para Newberg (2010), poder relacionar los conceptos teológicos con los procesos mentales y cerebrales *“ofrecen una nueva perspectiva de análisis antropológico y, lo que, es más, aportan un importante método para futuras evaluaciones acerca de las verdaderas bases de estos conceptos”*.

La relación entre experiencia místico-religiosa y ciencia médica encuentra su ámbito de desarrollo en los estudios neurocientíficos acerca del cerebro humano.

Esta relación entre experiencia mística y ciencia hace necesario un nuevo fenómeno cultural o nueva disciplina que, aunque ya se manejaba en los años 70, toma más auge en estas últimas décadas y que es la llamada *Neuroteología*⁷, caracterizada por estudiar las correlaciones entre alteraciones del sistema nervioso, central o periférico, y fenómenos subjetivos asociados a una determinada experiencia espiritual; la neuroteología refleja la idea de que nuestras experiencias trascendentes tienen una base biológica ubicada, de manera especial, en el cerebro (Carrara, 2011). Para Newberg (2010), la neuroteología es un concepto amplio que describe el área que estudia la intersección entre el cerebro y la teología, y más ampliamente entre mente y espiritualidad.

Como indica Acosta (2015), muchos científicos materialistas, afirman que la Neuroteología intenta explicar que Dios no existe, que es un producto del cerebro o una interpretación que hace la mente como la idea del Yo y como apunta (Joseph, 2002) también hay autores que afirman que es un nuevo punto de confluencia entre la filosofía, la ciencia y la religión.

Según el doctor Michael Winkelman, el concepto originario de neuroteología tendría sus raíces en las prácticas culturales antiguas: chamanismo (Winkelman M. , 2016); De los estudios contemporáneos de antropología cultural se descubre un hecho sorprendente: muchas culturas habían desarrollado tecnologías para modificar los estados de conciencia y producir experiencias místicas en los sujetos que las practicaban. Diversas poblaciones antiguas utilizaban drogas, para alterar el estado de conciencia y generar una experiencia psicofísica que hoy en día se conoce como out-of-body experience (Ovalekar, 2006), y que coincide con uno de los elementos de las ECM, la experiencia extracorpórea.

Según Ovalekar (2006), la neuroteología se puede definir como una pseudociencia que, por medio del método empírico, trata estudiar los fundamentos neurológicos y evolutivos de las experiencias espirituales subjetivas. Carrara (2011) afirma que el término neuroteología se refiere en última instancia a una neurología cognitiva de la experiencia religiosa.

⁷ Aldous Huxley es el primero en utilizar el término “neuroteología”, en su novela filosófica “La Isla”, (Huxley, 1984)

Por su parte, McKinney (1994) apunta que el desarrollo pre-frontal crea una ilusión del tiempo cronológico en el adulto. Esta inhabilidad del cerebro de la persona adulta de recuperar imágenes anteriores, origina cuestiones semejantes a las clásicas incógnitas existenciales del ser humano: ¿de dónde venimos? ¿por qué hay algo y no la nada? ¿hacia dónde vamos? McKinney llega a la conclusión de que esta base biológica sería suficiente para explicar el origen de la experiencia místico-trascendente. De esta forma las religiones se convierten en mero producto de la materialidad de la que estamos hechos.

La investigación en neuroteología en palabras de (Carrara, 2011), “abarca los experimentos de estimulación magnética, que ven el empleo de los llamados *God Helmets* o “casco de Dios”, los estudios de localizaciones de las regiones cerebrales relacionadas con funciones específicas, por medio de las tecnologías de resonancia magnética o neuroimagen, y experimentos con fármacos capaces de inducir una experiencia del paranormal”.

Aunque los científicos eluden cualquier denominación que contenga la palabra Dios, debido a que no se puede comprobar científicamente su existencia, esta palabra es usada como apelativo para referirse a diferentes teorías o hallazgos. Tal es el caso de la conocida “antena de Dios” (lóbulo temporal derecho) estudiado por la neuroteología, con base en la neurobiología de las experiencias místicas y espirituales. Investigadores como Michael Persinger, Olaf Blanke, Andrew Newberg, Vernon Neppe, Wilder Penfield, etc. comprobaron que la electroestimulación con campos magnéticos del gyrus angular derecho, origina experiencias místicas y paranormales artificialmente. En el campo de biología molecular se ha descubierto la “molécula de la divinidad” (DMT), un neurotransmisor endógeno del cerebro que induce sensaciones místicas y de integridad del Cosmos en situaciones como las ECMs. En el marco de la genética y biología molecular también se ha descubierto que el gen VMAT2, conocido como el “gen de Dios” que origina mayor inclinación hacia la espiritualidad y la trascendencia (Fraga, 2014).

Según argumenta Carrara, “los datos neurocientíficos no investigan directamente la experiencia humana de Dios, sino que tratan de identificar las bases neurofisiológicas que se asocian en la fenomenología de cualquier experiencia religiosa”.

3.2. CONSCIENCIA Y CEREBRO

“Aunque el contenido de la conciencia depende en gran medida de la actividad neuronal, la conciencia en sí misma, no. (...) Desde mi punto de vista, parece cada vez más razonable sugerir que la mente podría ser una esencia distinta y diferente”.

Wilder Penfield

El tema de la relación entre cerebro y conciencia ha dado a la literatura científica mucha producción procedente de diversos ámbitos del conocimiento, especialmente la física y la biología. El filósofo David Chalmers (2003) ha recogido diferentes teorías sobre esta discutida simbiosis y describe seis modelos, tres de ellos materialistas y reduccionistas y tres no reduccionistas e inmatrimales:

- El primero es el “Materialismo monista”, se basa en que todo es materia y la conciencia es una ilusión.

- El segundo modelo se basa en la premisa de que la conciencia debe ser idéntica a los procesos cerebrales ya que hay cierta conexión entre actividades cerebrales y experiencias de conciencia.

- Para el tercer modelo, la conciencia no puede ser aún reducida a la función cerebral todavía, pero será en un futuro.

- El cuarto modelo defendido por los autores John Eccles y Karl Popper es el llamado “dualismo interactivo”. Este modelo según Chalmers es incompatible con la física clásica ya que diferentes conceptos de la física cuántica pueden en la actualidad respaldarlo, como por ejemplo el colapso de la función de ondas de probabilidad causado por la observación deliberada o la medición (Van Lommel P. , 2012)

- El quinto modelo es el “epifenomenalismo” o “dualismo blando” que apunta a que ciertas áreas cerebrales producen experiencias de conciencia, pero ésta no tiene efecto en las funciones cerebral y corporal. La conciencia es el resultado de procesos químicos y eléctricos, pero no influye en ellos. La plasticidad neuronal contradice esta teoría argumentando que la mente puede cambiar la anatomía y función cerebral.

- El sexto y último modelo es el “fenomenalismo” o “monismo inmaterial”, conocido como “panpsiquismo” o “idealismo”, según el cual todos los sistemas

materiales y físicos albergan una forma subjetiva de conciencia a nivel elemental o fundamental y la materia tiene propiedades basadas en la observación subjetiva (fenoménica). Este modelo está presente en muchas tradiciones de la cosmovisión oriental. En él se sostiene que todo tipo de realidad posee un grado, por mínimo que sea, de conciencia. La conciencia tendría una presencia primordial en el universo y la materia poseería propiedades subjetivas o conciencia (Van Lommel P. , 2012). En el presente son muchos los neurobiólogos, como el prestigioso neurocientífico Koch, que coquetean e incluso se inclinan por esta teoría.

Este último modelo es confirmado por la investigación de la conciencia durante la experiencia de la ECM, sosteniendo la no localidad de la conciencia, caracterizada por la separación y expansión de la conciencia durante el episodio de no actividad cerebral y una entrada o conexión de nuevo con el cuerpo, invalidando así la explicación materialista de la conciencia, que se verá de forma más extensa en el apartado 3.2.2.

Hay otras hipótesis al respecto que resumen en tres grupos las posturas sobre el origen la conciencia que podríamos llamar: la reduccionista, la subjetiva y la intermedia.

La teoría reduccionista basada en la neurología propuesta por Daniel Dennett (1995) se basa en la creencia de que lo que puede comprobarse, establece la base de la información científica y de que la experiencia personal subjetiva queda fuera del alcance de la ciencia, es decir, considera que la consciencia y la experiencia subjetiva son funciones de las redes neuronales (Fenwick, 2015) y lo único necesario es conocer el funcionamiento de estas redes para explicar los estados generales de consciencia y la experiencia subjetiva; aunque hay que decir que autores y máximos representantes de esta corriente reduccionista como son Christof Koch y Susan Greenfield, comentaban, en la revista *Scientific American* a propósito de los neurocientíficos, que “*no tienen todavía la suficiente comprensión del funcionamiento interno del cerebro para explicar con exactitud cómo surge la consciencia a partir de la actividad química y eléctrica de las neuronas*” (Koch & Greenfield, 2007).

La segunda hipótesis es la subjetiva formulada por Thomas Nagel (1974) quién sostiene que es necesario una nueva base o supuesto para explicar la experiencia subjetiva y que nunca será posible comprender una experiencia personal y propia desde el prisma objetivo de una tercera persona.

Una tercera hipótesis se sitúa entre las dos anteriores y está liderada por John Searle (1992), quien propone que las experiencias subjetivas y la conciencia emergen de las redes neurales y que lo que percibimos es una construcción del cerebro, aunque considera que conocer el funcionamiento de las redes neurales no es suficiente para explicar la conciencia.

Existe una teoría alternativa que sitúa la conciencia independiente del cerebro, en el momento de la muerte o inmediatamente después, lo que podría explicar las experiencias de EMT producidas por paro cardíaco, donde las funciones cerebrales quedan interrumpidas, de tal forma que la conciencia no existiría (Fenwick, 2015), y sin embargo los testimonios claramente probados, atestiguan que hay conciencia pues pueden dar detalles de lo que ocurría durante ese espacio de tiempo de <<inconsciencia>>.

Un aspecto interesante son los datos sobre los estados no ordinarios de conciencia relacionados con los místicos y de los estados meditativos de personas que practican esta disciplina, bien seculares o religiosos que pueden arrojar luz y pueden explicar los mecanismos cerebrales que subyacen a la conciencia, pero muy difícilmente pueden explicar qué es. No obstante, en estudios relativamente recientes (Schwartz, Stapp, & Beauregard, 2005) se afirma que el cerebro es un sistema mecánico-cuántico, los procesos mentales y el contexto mental en el que se encuentra el cerebro inmerso, son agentes causales según la teoría de Von Neumann. Según esto, el cerebro abarca dos dominios de naturaleza causal (Fenwick, 2015): Proceso I de Von Neumann (los átomos y moléculas de los que se ocupa la Ciencia Newtoniana), Proceso II de Von Neumann (procesos de conciencia como pensamientos, sentimientos, etc., se basan en sistemas mecánico-cuánticos); es decir, la investigación neuropsicológica sobre la base neural de la conducta en general, postula que los mecanismos cerebrales serán suficientes en última instancia, para explicar todos los fenómenos descritos psicológicamente. Esta hipótesis se deriva de la idea de que el cerebro está compuesto en su totalidad de las partículas materiales y campos, y que todos los mecanismos causales pertinentes a la neurociencia, por tanto, puede ser formulado únicamente en términos de propiedades de estos elementos. Por lo tanto, los términos que tiene un contenido intrínseco mentalista y/o la experiencia (por ejemplo, "sentimiento", "saber" y "esfuerzo") no se incluyen como factores causales primarios. Esta restricción teórica

está motivada principalmente por las ideas sobre el mundo natural que han sido conocidos por ser fundamentalmente errónea durante más de tres cuartas partes de un siglo.

El físico matemático Roger Penrose sostiene que *“... aunque la consciencia es el resultado de una serie de procesos físicos que tienen lugar en el cerebro, es decir, hay una serie de procesos físicos que derivan en la consciencia, estos procesos físicos no son los procesos normales que se estudian actualmente en la física, esto significa que necesitamos introducir un nuevo elemento en nuestra forma de entender la física y este elemento sería para mí, la mecánica cuántica y cómo los elementos a pequeña escala descritos en la mecánica cuántica se fusionan con los fenómenos a gran escala de los objetos macroscópicos”* (Penrose R. , 2006).

Por su parte, Stuart Hameroff afirma si la consciencia es un proceso cuántico es posible resolver el misterio de lo que sucede durante las ECM. Digamos que el corazón deja de latir, la sangre deja de fluir, los microtúbulos pierden los estados cuánticos, pero la información cuántica que está en los microtúbulos no se destruye; no puede ser destruida, simplemente se disipa por el universo. Si el paciente es resucitado, esta información cuántica puede volver a los microtúbulos y el paciente dice: he tenido una ECM, he visto la luz blanca, un túnel, vi a mis familiares fallecidos, floté fuera de mi cuerpo. Ahora bien, si no son revividos y el paciente muere, tal vez esta información cuántica pueda existir fuera del cuerpo, indefinidamente, como su alma. Hay que destacar que la teoría de Hameroff aún está por demostrar, pero como él mismo apunta: *“si la hipótesis de la consciencia cuántica es demostrada, dará crédito a la dimensión espiritual de la vida. Socavará a los materialistas. Pienso que le dará mucha esperanza a la gente”* (Hameroff, 2012).

El físico Amit Goswami expone en referencia a la física cuántica, que la consciencia es el fundamento de nuestro ser. La física cuántica permite ver que el mundo puede tener sentido si establecemos su base en la consciencia. Según él, las personas que han tenido experiencias trascendentales afirman que el universo es unitario y la consciencia es el comportamiento subyacente a todos los fenómenos (Goswami, Reed, & Goswami, 1993).

Conocer la naturaleza de la Consciencia es uno de los problemas con los que se enfrenta la neurociencia. Proponer nuevas hipótesis acerca de este tema es difícil

debido al fundamentalismo científico basado en que todo se puede explicar a través de lo que conocemos sobre las características materiales del mundo, cuya tendencia es aferrarse a una mecanicista ciencia newtoniana y la resistencia a un cambio de paradigma (Kuhn, 1983). Se conoce cómo determinados estímulos externos llegan al cerebro, pero desconocemos la relación de este hecho con las representaciones subjetivas del contexto en el que nos movemos. Por ello se hace necesario un cambio de paradigma para poder establecer una ciencia que permita estudiar los hechos subjetivos y poder así entender la consciencia (Fenwick, 2015).

En relación a esta cuestión, el neurólogo Nolasco Acarín afirma que: *“No sabemos cómo se produce la consciencia, cuáles son los cambios y con qué elementos, me refiero a elementos químicos y fenómenos eléctricos, que se producen en la estructura neural para convertir unas moléculas en una ilusión, un deseo, un recuerdo de una música o en odio”* (Acarín, 2007).

De manera semejante y a modo de conclusión, Greyson (2015) afirmaba: *“El reto de la consciencia compleja, incluyendo los procesos de pensamiento, percepciones, y la formación de memoria a la vez de la función cerebral gravemente comprometida, sugiere la necesidad de ampliar nuestros modelos de la consciencia y su relación con el cerebro”*.

3.2.1. BREVES APORTACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA

Con respecto al tema de la consciencia, la psicología ha mantenido principalmente una postura reduccionista y la ha entendido, especialmente el conductismo, como la fuente de los procesos mentales y el comportamiento. Así pues, la psicología rusa mantenía un enfoque conductual aferrado al interés por la realidad observable del ser humano más que por la psique, ya estos son de naturaleza no observable y fundamentalmente vinculados al estudio subjetivo (Bauer, 1959).

Sin embargo, la consciencia volvió a ser el tema central de la Psicología de la mano de Vygotsky (1896-1934) avanzando desde lo físico-material a lo espiritual, centrándose en la relación entre consciencia y comportamiento.

De este modo Vygotsky, (1984) sostiene que los procesos psíquicos son una realidad estrechamente ligada a la conducta, es decir, para Vygotsky no sería posible

hablar únicamente de conducta sin contemplar la realidad psíquica, y de igual manera, tampoco podría ser considerado el aspecto psíquico sin el conductual.

La psicología, en su búsqueda de la científicidad propuso que la conciencia debía pasar a un segundo plano hasta que los nuevos avances y los nuevos métodos de investigación pudieran sostenerla y explicarla (Porras-Florido, 2000). En este sentido Watson sostenía *“A medida que mejoren nuestros métodos, será posible investigar formas de conductas más complejas. Problemas en este momento dejados a un lado se impondrán de nuevo, pero serán tratados a su tiempo, con perspectiva nueva y en situaciones concretas”* (Watson, 1913). Por su parte Richelle afirmaba *“esto no sería una negación de la conciencia, sino una puesta entre paréntesis, demorando una investigación seria sobre la misma hasta que la ciencia de la conducta hubiera solucionado otros problemas más elementales”* (Richelle, 2000).

Pero para Skinner, uno de los principales representantes del conductismo, la conciencia es una forma de comportamiento basado en el lenguaje, es decir producto de una historia y cultura (Porras-Florido, 2000).

Quiroga Romero apuntaba *“la conciencia consistiría en la continua modificación de los pensamientos (o perspectivas del mundo) que se van teniendo, en función de los resultados que van quedando seleccionados como consecuencia de la sucesiva puesta a prueba de cada pensamiento”* (Quiroga-Romero, 1994).

Sin embargo otros autores como Pavlov declaraba: *“Más tarde o más temprano, apoyándonos sobre la analogía o la identidad de las manifestaciones exteriores, la ciencia aplicará sus métodos objetivos a nuestro mundo subjetivo, y al mismo tiempo aclarará de manera brillante nuestra naturaleza tan misteriosa; nos hará entender el mecanismo y el sentido vital de lo que preocupa más que todo lo demás a los humanos, es decir, su conciencia, el sufrimiento de ser conscientes”* (Pavlov, 1903).

3.2.2. CONSCIENCIA NO LOCAL.

A menudo se defiende que todas las funciones mentales pueden ser reducidos a, o se producen por procesos físicos y químicos en el cerebro y van avalados por los resultados de los estudios en neurociencia obtenidos a través de la grabación, la estimulación, lesión y métodos farmacológicos (Churchland, 1986; Searle J., 2000). En

realidad, estos resultados sólo indican que, en circunstancias normales, los procesos mentales están estrechamente asociados (correlacionados) con la actividad neuroeléctrica y neuroquímica de hecho, las teorías físicas de la mente no pueden explicar cómo las ECM pueden experimentar vivos y complejos pensamientos y adquirir información verídica acerca de objetos o eventos alejados de sus cuerpos, mientras que el corazón está parado y la actividad cerebral está aparentemente ausente (Trent-von Haesler & Beauregard, 2013). De hecho, las ECM producidas en paro cardíaco sugieren que la mente es no local, es decir, no generada por el cerebro, y no se limita al cerebro y el cuerpo. Más bien, el cerebro parece actuar como una interfaz para la mente y la consciencia (Van Lommel, Van Wees, Meyers y Elfferich, 2001; Burt, 1968; Van Lommel, 2001). Otra implicación de las ECM en el paro cardíaco es que el cerebro normalmente impide la percepción de los otros niveles de la realidad que no son físicos. Esta función de filtrado puede ser modulada durante los estados alterados de consciencia inducidos por diversos medios como los enteógenos, diversas formas de respiración o la meditación. Asimismo, el daño a una región específica del cerebro puede alterar los procesos cognitivos específicos mediados por esta estructura cerebral. Pero tal interrupción no implica que estos procesos cognitivos son estrictamente reducibles a la actividad neural en esta región (Trent-von Haesler & Beauregard, 2013).

Pim van Lommel defiende que la Conciencia no tiene una base material, que el espacio no local *“es un espacio metafísico en el que la conciencia puede ejercer su influjo porque posee propiedades subjetivas de conciencia. Según esta hipótesis, la conciencia es no local y funciona como origen o base de todo, incluido el mundo material”* (Van Lommel P., 2004; 2006) continúa afirmando que *“El aspecto físico de nuestra conciencia en el mundo material, que experimentamos como conciencia en vigilia y que puede ser comparado al comportamiento de la luz como partícula, proviene del aspecto ondulatorio de la conciencia <<completa>> e <<infinita>> generada por el colapso de la función de onda en el espacio no local. El efecto físico de nuestra conciencia en vigilia, es observable y demostrable en el cerebro mediante la tecnología de EEG, MEG, IRMf y escáner PET, mientras que la conciencia en el espacio no local no es directamente demostrable por motivos teóricos (cuánticos): todo lo que es visible emana de lo invisible”*. En la entrevista realizada al doctor, adjunta en el Anexo 3, se puede leer *“Ahora creo que la muerte, como el nacimiento, puede ser un mero paso de un estado*

de conciencia a otro. Sin embargo, debemos reconocer que la investigación sobre la ECM no nos puede dar la prueba científica irrefutable de esta conclusión, porque las personas con una ECM no acababan de morir, pero todos estaban muy cerca de la muerte, y sin un funcionamiento cerebral. Pero se ha demostrado científicamente que durante la ECM la conciencia aumentada fue experimentada de forma independiente de un funcionamiento cerebral. Basado en la investigación científica sobre las ECM, uno no puede evitar la conclusión de que la conciencia infinita ha sido y siempre existirá independientemente del cuerpo. No hay principio ni habrá nunca un fin a nuestra conciencia. Nuestra conciencia reforzada no reside en nuestro cerebro y no se limita a nuestro cerebro, porque nuestra conciencia es no local, y nuestro cerebro tiene una función de facilitador, y no una función producción de experimentar la conciencia”.

Stephan A. Schwartz (2012) sugiere que hay que ver la investigación sobre las ECM en el contexto más amplio. En la investigación parapsicológica, por ejemplo, ahora hay varios protocolos establecidos y bien replicados, utilizados en muchos laboratorios, por investigadores y participantes que producen, de forma fiable, los resultados basados en la capacidad de adquirir información no local. Estos protocolos muestran un efecto de una en un billón, donde uno de cada 20 se consideraría evidencia significativa. Estos protocolos de percepción no local son:

1- *Visión remota.* Un protocolo para adquirir información no local, como la descripción de una persona, lugar o un objeto sobre el cual no podría proporcionar información físico-sensorial.

2- *Ganzfeld.* Un protocolo similar a la visión remota en la que un individuo, en un estado de privación sensorial, proporciona información verificable sobre los clips de película que se muestra en otro lugar.

3- *Influencia del Generador de eventos aleatorios (REG).* El protocolo REG en realidad se puede considerar dos protocolos principales. El primero constituye estudios en laboratorios donde un individuo tiene la intención de afectar al rendimiento de un sistema físico, tal como un generador de números aleatorios. Es con el segundo protocolo, sin embargo, donde las implicaciones reales de la conciencia no local, como una fuerza social, se hace evidente. El psicólogo Roger Nelson, que perteneció al grupo de investigación de Anomalías en Ingeniería de Princeton, desde hace varios años se ha centrado en lo que se llama el *Proyecto de Conciencia Global*. Nelson lo describe de esta

manera, *"las interacciones sutiles nos vinculan entre sí y con la Tierra. Cuando la conciencia humana se vuelve coherente y sincronizada, el comportamiento de los sistemas aleatorios puede cambiar. Los eventos Quantum basados en Generadores de números aleatorios (RNGs) producen secuencias completamente impredecibles de ceros y unos. Pero cuando un gran evento sincroniza los sentimientos de millones de personas, nuestra red de generadores de números aleatorios queda estructurado de manera sutil. La probabilidad es menor de uno entre mil millones de que el efecto se debe a la casualidad. La evidencia sugiere una noosfera emergente o un campo unificado de la conciencia descrita por sabios en todas las culturas. La Conciencia coherente crea orden en el mundo"* (Nelson, 2015).

4- *Presentimiento*. Una respuesta psicofísica medible que se produce antes de la estimulación real, como la dilatación de las pupilas de un participante, mientras que mira la pantalla del monitor antes de que aparezca la foto. O bien, un cambio en la función cerebral antes de que se escuche un ruido.

Hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos se basan en las sesiones, siendo un análisis pre-acordado de doble o triple ciego y aleatorizado adecuadamente, y que es parte del proceso, incluir la evaluación estadística de la varianza de la probabilidad.

Más adelante Schwartz añade un protocolo más a esta lista de Percepción no local:

5- *Staring*. Una respuesta fisiológica evocada por ser objeto en el que se centra la conciencia enfocada (Schmidt S, Schneider R, Utts JM, et al, 2004).

Carl Sagan en su libro *The Demon Hunted World* escribe: *"Hay tres afirmaciones de la percepción extrasensorial que, en mi opinión, merecen un estudio serio: 1) que sólo con el pensamiento los humanos pueden afectar (apenas) a los generadores de números aleatorios en los ordenadores; 2) que la gente sometida a una privación sensorial ligera puede recibir pensamientos o imágenes «proyectados», y 3) que los niños pequeños a veces hablan de detalles de una vida anterior que, si se comprueban, resultan muy precisos y sólo podrían haberlos sabido mediante la reencarnación* (Sagan, 1996). Por su parte, el Premio Nobel de Física Max Planck, creador de la teoría cuántica, dice en *The Observer* (25 de enero 1931) *"Considero a la conciencia como fundamental. Considero a la materia como derivado de la conciencia. No podemos conseguir estar detrás de la*

conciencia. Todo lo que hablamos, todo lo que nosotros consideramos como existente, postula la conciencia” (Planck, 1931).

Según plantea Stephen A Schwartz (2015), la tendencia entre los científicos que investigan la Conciencia es ceñirse a su propia disciplina y no citar las teorías de otros científicos de diferentes disciplinas teniendo como consecuencia que las teorías en torno a la conciencia local y no local se desarrollan independientemente entre sí y sólo cuando se vea en su conjunto es cuando el paradigma emergente en este campo se hace evidente, un paradigma que incorpora la conciencia no local.

En Neurociencia todavía muchos científicos no están interesados en la conciencia no local según aporta Schwartz (2015). El psicólogo Mark Jung-Beeman ha intentado entender el proceso neurobiológico del insight: el aspecto de la conciencia que resuelve los problemas que no se pueden trabajar sólo con el intelecto (Bowden & Jung-Beeman, 2003a). Sus estudios han arrojado muchos puntos de vista, sobre todo afirma: *"Hemos observado dos correlatos neuronales objetivas del insight. La resonancia magnética funcional reveló un aumento de la actividad en la circunvolución temporal superior derecha del hemisferio anterior por insight en relación a las soluciones no insight"*.

El radiólogo Andrew Newberg de la Universidad de Pennsylvania, utilizando tecnologías de imagen estándar, se centró en el seguimiento de la actividad cerebral de los practicantes espirituales, escaneando los cerebros de monjas, sijs y budistas. Su investigación detectó cambios en sus cerebros e informó: *"La meditación implica la regulación de atención y puede dar lugar a una mayor actividad en las regiones del cerebro asociadas con la atención como la corteza dorsal prefrontal lateral (córtez prefrontal dorsolateral) y la corteza cingulada anterior"* (Short, y otros, 2010). A raíz de estos y otros trabajos ha surgido la subdisciplina de la neuroteología, sobre la cual Newberg opina que *"Es importante infundir, a través de los principios de la neuroteología, la noción de que la neuroteología requiere una apertura tanto a las perspectivas científicas como las espirituales"* (Persinger and Lavallee, 2010).

El Doctor San Pania, que lideró la investigación AWARE cuyos resultados fueron publicados en octubre de 2014 afirma en una entrevista *"Cuando uno se muere, no hay flujo de sangre que va al cerebro. Si pasa por debajo de un cierto nivel, no se puede tener la actividad eléctrica. Se necesita mucha imaginación para pensar que hay alguna*

manera un área oculta de su cerebro que entra en acción cuando todo lo demás no funciona. Estas observaciones plantean una pregunta acerca de nuestro concepto actual de cómo interactúan el cerebro y la mente. La idea histórica es que los procesos electroquímicos en el cerebro llevan a la conciencia. Eso puede no ser correcta, porque podemos demostrar que esos procesos no van después de la muerte. Puede haber algo en el cerebro que no hemos descubierto que explica la conciencia, o puede ser que la conciencia es una entidad separada del cerebro” (Parnia, 2013), pero lo que el Doctor asegura es que la conciencia, el alma o como se le quiera llamar, permanece después de la muerte (Parnia, 2016).

Por su parte, Su santidad Sakya Trizin ante la pregunta: ¿dónde reside la Conciencia y dónde va cuando morimos?, contestó:

“No tiene un lugar específico. Cuando estamos vivos el cuerpo es un simple vehículo y la conciencia se encuentra contenida en él, aunque no tiene una localización específica. Sin embargo, el corazón es la parte más importante. Si el corazón se para, el hombre muere. Por tanto, se podría decir que, aunque no se encuentra en un sitio específico, puesto que es algo que no se puede ver, se suele relacionar más con el corazón.”⁸.

Dado que el tema de la Consciencia y el cerebro es muy relevante a la hora de poder encuadrar y ubicar las ECM, abordaré, más exhaustivamente, este aspecto y lo que acontece en el cerebro en ausencia de aporte sanguíneo cuando el corazón ha dejado de latir y se produce la ECM en el apartado 4.1.3.

3.2.3. ESTADOS DE CONSCIENCIA (E.C)

Con el propósito de aclarar cuál es la denominación más adecuada para hablar de los estados de consciencia, se ha intentado reunir las diferentes formas de designarlo. De la Herran (2006), recoge un gran número de definiciones “A. Caycedo (1969) menciona "grados de consciencia"; M. Bunge (1980), admite "estado mental"; A. Blay (1991) identifica EC con "niveles de personalidad"; R.A. Calle (1978) asocia a "estado

⁸ Entrevista recogida en el Anexo 3 que le realicé durante su visita a España en Julio de 2014.

mental" una "atención mental" determinada, que los define. S. Krippner et al. (1980:20) introduce el concepto de "estados de existencia"; E. Alfonso (1984:60) opta por "estados abstractos de la mente"; A. de la Herrán (1998) ha utilizado "niveles de amplitud de conciencia", "estados de conciencia extraordinaria", "altos estados de conciencia" (AEC) y "estados de ego". Josep M^a Feriela utiliza "estados expandidos de consciencia" (2014). Otros autores utilizan estados especiales, estados alternativos, estados no ordinarios, etc. W. Johnston (1980) ha empleado con diferente perspectiva "estados de meditación de la conciencia (EMC)", "estados superiores de conciencia (ESC)", "conciencia interna acrecentada (CIA)" y "estados alterados de conciencia (EAC)".

Los estados alterados de consciencia (EAC), tienden a asociarse a la ingesta de sustancias o estímulos de efecto psicotrópico, y no con el trabajo personal de interiorización o meditación o a los estados cercanos a la muerte (De la Herran, 2006).

Tal y como apunta Vergara (1996) "a partir del redescubrimiento de experiencias chamánicas con hongos sagrados en 1953, los enteógenos se han convertido en un atractivo y controvertido campo de estudio sobre la conciencia y el ser del hombre".

El tema de la conciencia humana continúa siendo uno de los grandes temas aún por resolver, ya que no hay una teoría unificada donde integrar las afirmaciones que cada escuela de pensamiento ha formulado ante la naturaleza de la misma (Méndez, 2007).

Existe un paradigma, el "fenomenológico-psicologista", que ha sido bien considerado y desarrollado en la investigación formal sobre la conciencia humana, tanto en psicología como en psiquiatría clínica y se ha mantenido como uno de los más aceptados académica y científicamente, debido a su coherencia interna, el sostén empírico donde fundamenta sus supuestos y las consistentes bases epistemológicas donde ha erigido su cuerpo de conocimiento (Méndez, 2007). Desde el enfoque de este paradigma se han estudiado los fenómenos que se relacionan con los estados excepcionales de la conciencia, incluso los inducidos por la ingesta ritual de plantas alucinógenas. Este marco explicativo es conocido como el paradigma de "Estados Alterados de Conciencia" (Walsh, 1993), equiparando los estados alterados patológicos (psicosis, estados de disociación histéricos, etc.) con los alcanzados a través de diversas prácticas culturales asociadas al chamanismo y las tradiciones mágico-religiosas (Méndez, 2007).

En relación al grado de atención alerta o vigilancia, es posible reconocer distintos estados de conciencia que se distribuyen como un continuo cuyo polo en el extremo superior es el “estado de atención viva” y en el extremo inferior, el “sueño”. Como apuntaban Delay y Pichot (1977: 306), “en el primer caso somos conscientes de cada estímulo que procede del mundo exterior; en el segundo, nuestra conciencia no tiene que ver más que con los fenómenos psíquicos que son producidos por nosotros mismos [las imágenes oníricas]”. Los estados intermedios, continúan los autores, se sitúan entre ambos polos desde un estado de “vigilancia excesiva”, un estado de “ensoñación”, y por último un estado en que las respuestas motoras a los estímulos senso-perceptivos “son muy débiles o bien desaparecen” (p. 307). En el siguiente apartado se aborda con más detalle los niveles de conciencia.

Delay y Pichot señalan la prevalencia de otros posibles estados de conciencia, que pueden ser *normales o anormales* que se caracterizan por una supuesta “disolución de la conciencia” es decir, un descenso importante del pensamiento consciente. En los estados intermedios normales se encuentra la ensoñación y el estado “hipnagógico”, que es el que “se observa en los períodos de adormecimiento” (p. 323), mientras que entre los anormales se encuentran los estados “hipnoides”, el “onirismo” y aquellos estados generados por la hipnosis. Los autores señalan entre las potenciales causas de los “estados hipnoides” la ingesta de sustancias químicas psicoactivas como las que se encuentran en las plantas alucinógenas que se usan “por los hombres de medicina andinos en sus ceremonias de sanación y visión” (Méndez, 2007).

De la misma manera, Krippner (1990: 23) afirma “en términos generales, un estado alterado de conciencia puede definirse como un estado mental que puede ser reconocido subjetivamente por un individuo (o por un observador objetivo del individuo) como diferente, en funciones psicológicas, del estado ‘normal’ del individuo, del estado de alerta y de vigilia”

Desde el paradigma fenomenológico-psicologista, la ingesta de enteógenos, desde la perspectiva ceremonial, se considera una forma de intoxicación voluntaria que desemboca en una alteración de la Conciencia (Méndez, 2007). Pero, según continúa diciendo Méndez, existe otra forma, otro paradigma sostenido sobre el marco de la Filosofía Perenne (Huxley A. , 1977), para entender las visiones que provienen de las plantas sagradas, esta vez no como alucinaciones producidas por fallos en el

procesamiento cognoscitivo, sino como una forma de expansión de la conciencia hasta niveles trascendentales más allá del sí mismo. Este paradigma ha sido elaborado a partir de las investigaciones promovidas desde la psicología transpersonal.

Desde esta visión transpersonal cabe destacar las aportaciones de Wilber (1998:19) que destaca: “Según afirma esta visión cuasiuniversal, la realidad está constituida por un tejido de niveles interrelacionados –que van desde la materia hasta el cuerpo y, desde este, hasta la mente, el alma y el espíritu-, en el que cada nivel superior ‘envuelve’ o ‘engloba’ las dimensiones precedentes (a modo de nidos que se hallan dentro de nidos que se hallan, a su vez, dentro de otros nidos). Desde esta perspectiva, pues, todas las cosas y todos los eventos del mundo están interrelacionados con todos los demás y todos se encuentran, en última instancia, envueltos e inmersos en el Espíritu, Dios, la Diosa, el Tao, Brahman o lo Absoluto” (Wilber, 1998: 19).

Según apuntan Viegas y Berlanga (2012) “nuestro estado ordinario de conciencia es una construcción formada según imperativos biológicos y culturales a los efectos de manejarnos en nuestro ambiente físico intrapersonal e interpersonal”.

Los autores aclaran que el estado de vigilia es la forma “normal y única” de percibir la realidad en la sociedad occidental, pero no ocurre lo mismo en muchas tribus aborígenes, donde los sueños eran tan reales como la vigilia y según los autores son uno más de los estados no ordinarios de conciencia que se puede experimentar en la vida. Viegas y Berlanga definen el estado ordinario de conciencia como: “una pauta de funcionamiento mental específico, reconociéndose que esta pauta puede presentar en su especificidad un margen de variación sin dejar de ser la misma pauta”. Un estado no ordinario de conciencia es definido pues como “una alteración radical de la pauta general de conciencia, comparada con un estado ordinario tomado como punto de referencia, por lo general nuestro, estado de vigilia habitual”.

Estos estados van desde soñar hasta el “estado de éxtasis o estado de conciencia cósmica”. En ese estado el sujeto se identifica con el Cosmos, pierde las fronteras del yo y es el estado que los místicos de todas las tradiciones y épocas tienen en común, aunque se manifiesta de diversas maneras, duración e intensidad (Viegas & Berlanga, 2012).

Los anteriores autores mencionan que Sir Alister Hardy fundó en Oxford en 1969 el Centro de Investigaciones sobre la Experiencia Religiosa donde y recopiló durante más

de 10 años información de más de 3000 informes de *experimentadores* de estados de conciencia Cósmica. De los 3000 informes se aprecia que la experiencia más común en estos estados es la visual y de ella las visiones, con una media por mil de 183,3 y la visión de una luz muy especial con una media de 88. Las situaciones desencadenantes de la experiencia son la depresión y el desespero con una media de 183,7; la meditación u oración (135,7) y la belleza natural (122,7).

Por otra parte, en su novela *Cielo e Infierno* (Huxley A. , 1957), el autor indica que cielo e infierno constituyen realidades subjetivas que se experimentan durante los estados no ordinarios de conciencia de forma muy convincente producidas o no, por sustancias psíquedélicas.

En relación a los estados no ordinarios de conciencia el investigador Stanley Krippner (1982) ha clasificado 20 que se resumen a continuación:

“1.- El estado de sueño: presenta períodos de movimiento rápido de los ojos y ausencia de ondas cerebrales ‘lentas”. El estado de sueño se repite periódicamente durante la noche como parte del ciclo dormir-soñar.

2.- El estado dormido: ausencia de movimientos rápidos de ojos y surgimiento gradual de un plano de ondas cerebrales “lentas”.

3.- El estado hipnogógico: tiene lugar entre el despertar y el sueño en el principio del ciclo soñar- dormir. A menudo se caracteriza por una imaginería visual y algunas veces incluye imaginería auditiva; difieren de la actividad mental que se experimenta durante los estados de sueño y dormido.

4.- El estado hipnopómpico: tiene lugar entre el estado dormido y el despertar al final del ciclo dormir-soñar. A veces se caracteriza por imaginería visual y/o auditiva diferenciándose cualitativamente de las formas de actividad mental que se dan durante los estados de sueño y dormido.

5.- El estado hiperalerta: se caracteriza por una vigilancia incrementada Y prolongada mientras uno está despierto. Se puede inducir mediante el uso de drogas que estimulan el cerebro, actividades que necesiten una concentración tensa o mediante medidas necesarias para sobrevivir.

6.- El estado letárgico: se caracteriza por una actividad mental aburrida y perezosa. Se puede llegar a él por fatiga, falta de sueño, malnutrición, deshidratación,

nivel de azúcar incorrecto y drogas que deprimen la actividad cerebral; o por estados de ánimo y sentimientos desesperados.

7.- Estados de raptó. Estos estados se caracterizan por un sentimiento intenso y una emoción imponente, subjetivamente evaluada como placentera y positiva en su naturaleza. Estos estados pueden provocarse mediante el estímulo sexual, las danzas frenéticas, ritos orgiásticos, ritos de paso, actividades religiosas y ciertas drogas.

8.- Estados de histeria: Se caracterizan por un sentimiento intenso y por una emoción imponente, evaluada subjetivamente como negativa y destructiva en su naturaleza. Pueden provocarse mediante la ira, la furia los celos, el pánico, el miedo, el terror, el horror, el miedo a ser embrujado o poseído, la actividad violenta de las multitudes y ciertas drogas.

9.- Estados de fragmentación:

Se caracterizan por una falta de integración entre segmentos importantes, aspectos o temas de la personalidad total. Las condiciones paralelas a estos estados son conocidas como psicosis, psiconeurosis aguda, disociación, "personalidad múltiple", amnesia y episodios de fuga (en los que alguien olvida su pasado y comienza un nuevo tipo de vida). Estos estados, que pueden ser temporales o de larga duración, pueden ser provocados por ciertas drogas, traumas físicos, traumas del cerebro, depresión psicológica, predisposiciones psicológicas.

10.- Estados regresivos. Se caracterizan por una conducta que es claramente inapropiada respecto del estado psicológico del individuo y su edad cronológica. Estos estados pueden ser temporales o de larga duración.

11.- Estados meditativos: Se caracterizan por una actividad mental mínima, ausencia de imaginación visual y presencia de ondas alfa continuas en el electroencefalograma. Pueden provocarse mediante la ausencia de estímulo externo, el masaje, la flotación en agua o las disciplinas meditativas.

12.- Estados de trance. Se caracterizan por ausencia de ondas alfa continuas en el encefalograma, hipersugestionabilidad (pero no pasividad), vigilancia y concentración de atención en un estímulo único, sintiéndose "acorde" con estén estímulo sin responder a otros. Estos estados pueden provocarse mediante la voz de un hipnotizador, la escucha del latir del propio corazón, los cánticos, la observación prolongada de un objeto que gira (por ejemplo, tambor, metrónomo estroboscópico), los

rituales de provocación del trance (por ejemplo, ritos de médium, ciertas danzas tribales), materiales que provocan el trance (como una canción de cuna, ciertos tipos de poesía y música, un orador carismático), la observación de una presentación dramática quedándose “poseído” por la acción o la realización de una tarea que requiere atención pero que conlleva poca variación de respuesta (por ejemplo: observar una pantalla de radar, fijar la vista en una línea blanca en medio de una carretera mientras se conduce).

13.- La reverie: Se caracteriza frecuentemente por movimientos rápidos de ojos; tiene lugar durante el trance. Típicamente, este estado es provocado experimentalmente por un hipnotizador que sugestiona al individuo para que éste tenga una experiencia para-somnífica.

14.- El estado de soñar despierto: Se caracteriza por pensamientos que tienen lugar rápidamente y que tienen poca relación con el ambiente exterior. Puede tener lugar con los ojos abiertos o cerrados; cuando los ojos se encuentran cerrados, pueden aparecer imágenes visuales y tener lugar movimientos rápidos de los ojos. Puede ser provocado por el aburrimiento, la soledad social, la privación sensorial, el insomnio nocturno, las necesidades psicodinámicas (por ejemplo, el deseo de satisfacción) o períodos de reverie o fantasía que se presentan espontáneamente.

15.- El examen interior: se caracteriza por la conciencia de los sentimientos corporales en los órganos, tejidos, músculos, etc. La conciencia está siempre presente, pero existe a un nivel no reflexivo si no hay un esfuerzo de parte del individuo para tomar conciencia de estos sentimientos o si los sentimientos corporales no se encuentran intensificados por el dolor, el hambre, etc.

16.- El estupor: Se caracteriza por la capacidad suspendida o muy reducida de percibir los estímulos de llegada. La actividad motora es posible, pero su eficiencia se encuentra muy reducida; se puede utilizar el lenguaje, pero solamente de una manera limitada y a menudo carente de significado. El estupor puede ser provocado por ciertos tipos de psicosis o ciertas drogas (por ejemplo, compuestos de opio, grandes cantidades de alcohol).

17.- El coma: Se caracteriza por la incapacidad de percibir los estímulos de llegada. Hay muy poca actividad motora y no hay utilización del lenguaje. El coma puede ser provocado por la enfermedad, los agentes tóxicos, los ataques epilépticos, traumas del cerebro o deficiencias glandulares.

18.- La memoria almacenada supone una experiencia pasada que no puede obtener inmediatamente la conciencia reflexiva de un individuo. Sin embargo, los restos de memoria (o “enagramas”) de acontecimientos pasados siempre existen a algún nivel de la conciencia del individuo. Pueden ser recordados mediante el esfuerzo consciente, pueden evocarse mediante el estímulo eléctrico o químico de la corteza cerebral, pueden ser producidos por la libre asociación psicoanalítica o pueden surgir espontáneamente.

19.- Estados de conciencia expandida. Se caracterizan por un umbral sensorial reducido y por un abandono de las maneras habituales de percibir el ambiente externo y/o interno. Aunque estos estados “expandidos” pueden tener lugar espontáneamente o pueden ser provocados por la hipnosis o el bombardeo sensorial; son producidos frecuentemente de manera experimental mediante el uso de drogas y plantas psicodélicas (“que manifiestan la mente”). Por lo general estos estados progresan a lo largo de cuatro niveles diferentes: recolectivo-analítico; simbólico; sensorial e integral. A nivel sensorial constituyen informes subjetivos acerca de alteraciones de espacio, tiempo, de la imagen del cuerpo y de las impresiones sensoriales. A nivel recolectivo-analítico, las nuevas ideas y pensamientos emergen relacionándose con la psicodinámica o la concepción del mundo y de su papel en él de un individuo dado. A nivel simbólico existe una identificación con los personajes históricos legendarios, con la recapitulación evolutiva o con los símbolos míticos. A nivel integral (al que llegan relativamente pocos individuos) existe una experiencia mística y/o religiosa en la que Dios (o la “razón de ser”) se confronta consigo mismo, o en la que el individuo tiene la impresión subjetiva de estar disolviéndose en el campo de energía del universo (por ejemplo. “satori”; “samahdi”; “unidad oceánica”, “conciencia cósmica”, “experiencia clímax”).

20.- El vigésimo estado de conciencia es, por supuesto, el “normal”, la vigilia cotidiana caracterizada por la lógica, la racionalidad, el pensamiento de causa a efecto, la intencionalidad y el sentimiento de que uno controla su propia actividad mental. Uno se hunde en el pensamiento “reflexivo”; en otras palabras, el individuo es consciente de sí mismo en tanto que unidad experimental”.

Viegas y Berlanga (2012) afirman que estos estados no ordinarios de conciencia son comunes y cotidianos y fuente de inspiración creativa en el arte y la ciencia como

los que relatan a continuación: Friedrich August von Kekule tuvo una visión súbita de la fórmula del benceno contemplando los leños ardientes del hogar. Dimitri Mendeleev concibió la tabla periódica de los elementos cuando descansaba en la cama. Lo mismo ocurrió con el modelo planetario del átomo de Bhor, la teoría de la Relatividad de Einsten, la formulación de Heisenberg que sentaría los principios de la Física Cuántica, o el descubrimiento de la transmisión química de los impulsos neuronales por lo que Otto Loewi recibió el Nobel. Karl Friedrich Gauss, realizó cálculos sumamente complejos en forma casi instantánea y describió sus intuiciones científicas y matemáticas diciendo que llegaban a él con la velocidad del rayo por “la gracia de Dios”. El poeta inglés William Blake dijo de su obra “Milton”: “Ese poema me fue dotado. Escribía 20 o 30 versos por vez sin premeditación e incluso contra mi voluntad.”

R.I. Heinze (1984) formula un mapa de los estados alternativos de consciencia utilizando dos ejes. En el horizontal están los estados en un continuo desde la pérdida de control (alucinación, temblor), hasta la ganancia de control (conocimiento intuitivo). En el eje vertical se aprecia el estado de expansión o disminución de la consciencia. En el cruce entre ambos ejes se encuentran cuatro espacios (Poveda, 1997):

En el cuadrante primero se incrementan la expansión mental y la ganancia de control. Aparecen la percepción extrasensorial, el conocimiento intuitivo y la experiencia extracorpórea (EEC) tanto inducidas como espontáneas como las que se recogen en las ECMs.

En el segundo cuadrante hay un aumento del control, pero una disminución de la consciencia. El trabajo con animales de poder que se hablaba en el apartado 2.1.3.2. se da en este cuadrante.

En el tercer cuadrante se produce una reducción de la consciencia y pérdida de control, donde se producen estados alucinatorios, histeria de masas y estados de posesión.

El cuarto cuadrante se caracteriza por un incremento de la consciencia y pérdida de control; aparecen los estados de trance cinético y estados mediúmnicos.

3.3. NIVELES DE CONSCIENCIA

Con todo lo expuesto anteriormente, parece que tendría mucho sentido establecer unas etapas o niveles de consciencia que abarcara desde una Consciencia propia de una estructura simple o complejidad mínima, hasta la más compleja de las estructuras que pudieran sobrepasar la comprensión y experiencia humana.

Según asegura Fontana (2007), al estudiar los relatos de las experiencias místicas desde varias tradiciones parece que la existencia de niveles está generalmente reconocida. Habría muchas etapas en el camino hacia lo que podría llamarse la experiencia mística de pico (ya sea trascendente o inmanente); en el caso del misticismo cristiano, estos se trazaron por Underhill (1995), hace casi un siglo, después de estudiar los relatos de primera mano cuidadosamente documentados y escritos por muchos de los místicos más conocidos dentro de la tradición cristiana. En su presentación (Underhill, 1995) se reducen a cinco, cada uno de los cuales está asociado con una revelación intensa personal o visión: el despertar (la constatación de que existe una realidad divina), purgación (el reconocimiento de que uno mismo se ha distanciado de esta realidad y debe seguir un camino de purificación y autodisciplina), iluminación (la garantía de felicidad a la proximidad de lo divino), la noche oscura (el sentido de que un abismo permanece a causa del ego y su creencia de que la experiencia mística es algo dado o ganado por uno mismo), y finalmente la unión (el yo se rindió a lo divino y se da cuenta de que es uno con él).

Para Fontana (2007), las historias de casos de Luk (1971, 1974, 1976, 1984) indican que estos niveles o etapas podrían extenderse ya sea en el tiempo o durante el curso de un retiro de meditación intensiva. La esencia de estas etapas es, primero, una "caída del ego", que se experimenta como una sensación de ingravidez en el cuerpo y la mente acompañado de un "estallido de luz" en el que todo el cosmos parece disolverse en medio de un sentimiento de "felicidad increíble".

Esto es seguido por una experiencia de la unidad de cada átomo de existencia con la consciencia de que las experimenta, y en este punto la consciencia individual parece disolverse en la Unidad. Después de estas experiencias iniciales, llega un retorno a un sentido de consciencia de uno mismo como un ser, pero este sentido ya no se encuentra en el cuerpo. En cambio, es como si todo el mundo fuera un cuerpo vivo consciente de

la energía y la mente individual está vacía de pensamiento y simplemente consciente del ambiente, sin juicio o apego. El mundo entero se experimenta entonces como radiante, y la mente que experimenta el mundo también se convierte en lo que se experimenta. De ahora en adelante no hay sentimiento de dualidad, y sólo la conciencia sin contenido.

Este estado de conciencia alcanzado del que Luk se hace eco, conecta con otro nivel de conciencia expuesto por Álvarez Munárriz (2006). El autor aborda el tema de la conciencia desde un punto de vista sociocultural, proponiendo un modelo cuya categoría central es la de nivel de conciencia, y a la existencia de 4 niveles de conciencia que se consideran fundamentales para avanzar en el conocimiento del papel que la conciencia tiene en la vida de las personas. Estos cuatro niveles son:

Conciencia intuitiva; es lo que en palabras de Munárriz (2006) sería “darse cuenta”, “percatarse”, “estar al tanto”, “vigilancia”, etc.; es un tipo de conciencia habitual y continua en la vida cotidiana y que está presente en nuestro comportamiento. Su función es filtrar lo que es importante de lo que no, lo que contribuye a la adaptación al entorno. En este nivel de conciencia están presentes actividades psíquicas como pensar, imaginar, recordar, emociones, afectos y necesidades fisiológicas y también los deseos, intenciones y actos voluntarios. Según Munárriz, es un estado de conciencia que probablemente compartimos con los animales.

Conciencia refleja; se define como la conciencia de la propia conciencia, la autoconciencia, que es posible mediante la reflexividad, es decir, pensarse a sí mismo o representarse los propios estados mentales. La atención se centra en la propia actividad consciente, es decir, tiene como objeto a la propia conciencia. La conciencia refleja es metacognición, meta-representación; la metacognición abarca también el conocimiento social, la identidad personal, la representación de uno mismo, y el significado de este saber para la vida personal.

Conciencia puntual; es un grado superior de conciencia, la atención se centra en la propia conciencia y por ello el tiempo parece no avanzar. Hay mayor claridad y lucidez que le permita elegir convenientemente. Se caracteriza por un alto grado de concentración, y aunque la base corporal no se anula, sí supone una superación de los límites físicos, desencadenándose la intuición, que nace en lo más profundo, e

interactúa con el pensamiento lógico, por lo que también se le ha llamado conciencia creativa. En este estado aparecen multitud de ideas y soluciones.

Conciencia trascendente; Álvarez Munárriz lo describe como “un proceso de reflexión y concentración total de la persona en la propia conciencia hasta culminar en su completa disolución dentro de un todo más amplio. Un estado en el que se tiene la sensación de haber abandonado el cuerpo, un viaje al centro de nosotros mismo en el que se abre repentinamente la conciencia a la misma conciencia”. Este nivel de conciencia es definido como supremo, es por esto que ha recibido diferentes nombres como “conciencia ampliada, protoconciencia, conciencia germinal, estados no ordinarios de conciencia, estados modificados de conciencia, estados alterados de conciencia, estados especiales de conciencia, estados singulares de conciencia, conciencia holorénica”, etc. En este nivel es posible trascender la actividad de pensar y acceder a un estado de alerta interior, avanzar hacia otra realidad o hacia los contenidos profundos de su propio ser. Es un estado de calma interior en el que se produce una súbita conciencia de la unidad de todo lo existente. “Se prescinde de cualquier finalidad porque este estado es un fin en sí mismo. Ello exige una sobrecarga y elevación de la tensión vital pero que desemboca en un estado de paz y sosiego. Es también un estado total de alerta y claridad de la mente en el que se superan las limitaciones del espacio y del tiempo y en los cuales la conciencia puede producir contenidos no objetivos de pensamiento o percepción. Se sustenta en una percepción inusual de la realidad que podemos caracterizar como iluminación, y por tanto creación de una nueva capacidad perceptiva. En este estado de conciencia aparecen capacidades cognitivas que no de carácter ordinario. Se produce un profundo sentimiento de realidad: se considera que lo percibido es real, es más, lo verdaderamente real. De todas maneras, es una sensación inefable y por tanto no transmisible a través del lenguaje ordinario. El lenguaje ordinario se ha estructurado de un modo lógico para expresar nuestra visión racional de lo real. Proporciona una gran energía y capacidad de acción a las personas que alcanzan este nivel. Es también un estado de suma relajación que implica un proceso de disolución de la conciencia en el que bullen las ideas, pero a diferencia de la conciencia puntual se procesa la información en una sensación de vacío y separación del cuerpo. Esta experiencia es capaz de generar tipos cognitivos diferentes, de objetos, de situaciones,

inferencias de distintos tipos y complejidad que conforman competencias específicas que se pueden ejercer en ese estado”.

En este último nivel es donde podemos situar a las Experiencias cercanas a la muerte, en lo que la literatura al respecto ha denominado “Conciencia lúcida”: *“estado a través del cual una persona puede trascender la actividad de pensar y entrar en un estado de alerta interior que permite deslizarse hacia otra realidad o hacia los contenidos profundos de tu ser”* (Alvarez Munarriz, 2006).

Kenneth Ring y Evelyn Elsaesser (2000) examinaron la investigación de la memoria perinatal presentada por David B. Chamberlain, un psicólogo e investigador perinatal. Como resultado de su extensa investigación, él se convenció absolutamente de que los recuerdos del nacimiento son a menudo, recuerdos auténticos de experiencias reales. Según comenta Chamberlain, las objeciones basadas en la asunción de que los cerebros de los recién nacidos están insuficientemente desarrollados para procesar este tipo de recuerdos, no tienen fundamento (Ring & Valarino, 2000).

Para Colwyn Trevarthen, profesor emérito de Psicología Infantil y Psicobiología de la Universidad de Edimburgo, en los dos primeros años, los niños desarrollan habilidades racionales y adquieren una conciencia más rica mediante el ejercicio de una serie de capacidades innatas del cuerpo y el cerebro, que se adaptan específicamente a aprender del mundo de los humanos entre mentales (Trevarthen C. , 2004a). Su conciencia exclusivamente humana tiene fundamentos biológicos visibles. Los órganos de percepción y de acción para la comunicación con otras personas se forman en el cuerpo y el cerebro de un feto, y hay indicios de que las expresiones del feto y los sentidos están activos y receptivos antes del nacimiento (Trevarthen C. , 2004b) y (Trevarthen, Aitken, Vandekerckhove, Delafield-Butt, & Nagy, 2006), para el profesor, la Conciencia está adaptada para detectar las acciones que tienen efectos definidos en el mundo exterior. Los bebés aparentemente sienten que sus cuerpos son independientes de ese mundo (Trevarthen, 1998).

He podido obtener el testimonio de una mujer que asegura recordar lo siguiente:

“Yo tengo recuerdos de antes de nacer. Recuerdo estar en un lugar tranquilo, apacible, casi rosado. Y no querer salir, quería quedarme allí”.

Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento del cerebro, la neurociencia aún no ha conseguido explicar satisfactoriamente la consciencia en su totalidad (Manrique-Castaño, 2012).

Arsuaga (2015) aseguraba que *“Para llegar a los primeros indicios arqueológicos de Consciencia hay que ir más lejos en la evolución humana, quizás hasta llegar a nuestra propia especie, a la que hemos llamado el hombre sabio, con su arte rupestre y sus pequeñas esculturas transportables y con sus objetos llamados de adornos, que eran, son, herramientas sociales (...), pero no se puede descartar que también los neandertales manejaran símbolos y tuvieran consciencia, enterraban a sus muertos (...)”*.

De modo que no está claro cuál es el límite en el que considerar cuándo aparece la consciencia evolutivamente hablando ni el margen a partir del cual considerarla existente. Quizás una forma de aliviar la tensión que produce esta cuestión sería delimitar el concepto y no hablar de existencia ni ausencia sino de niveles como ya apuntaba Álvarez-Munárriz (2006), de manera que la lucha en considerar si un ser vivo tiene o no consciencia se limitaría a concretar el nivel de la misma en la que se encuentra.

Para concluir, y uniendo los dos conceptos principales en esta tesis, se podría recurrir a las palabras de Teilhard De Chardin (1971) quien asevera en su libro *El fenómeno humano*: *“Una tras otra, "las almas" se desprenden como un efluvio continuo, llevándose hacia arriba su carga intransferible de consciencia”*.

3.4. CONSCIENCIA ANIMAL

“En la gran mayoría de los animales existen huellas de cualidades o actitudes psíquicas que están más acusadamente diferenciadas en el caso de los seres humanos... Algunas de estas cualidades difieren tan sólo cuantitativamente en el hombre y en los animales; esto es, el hombre tiene más o menos de una cualidad, y el animal más o menos de otra...”

(Aristóteles, 1990).

Existe una pregunta importante que a menudo nos solemos preguntar los seres humanos ¿es la Consciencia una facultad exclusiva del ser humano? Para muchos investigadores la respuesta es un no rotundo.

El tema de la conciencia animal ha sido siempre un tanto controvertido, incluso tabú, entre muchos científicos, aunque, para la mayoría de la gente, sigue siendo una cuestión de sentido común el que muchos otros animales sí tienen experiencias conscientes. Hay varias cuestiones importantes en las que detenerse en este tema como bien apuntan Allen y Bekoff (2007), *“En primer lugar, el ser humano podría entenderse mejor a sí mismo si se comparara con lo que en la naturaleza es más parecido a él mismo: los animales. En segundo lugar, el problema de determinar la naturaleza de la conciencia animal plantea preguntas difíciles acerca de los límites del conocimiento y la metodología científica. En tercer lugar, la conciencia animal es de gran importancia moral dada la dependencia de las sociedades modernas en la agricultura masiva y el uso de animales para la investigación biomédica, la educación y el entretenimiento. En cuarto lugar, mientras que las teorías generales de la conciencia se desarrollan, con frecuencia, sin tener especialmente en cuenta las cuestiones sobre la conciencia animal, la verosimilitud de tales teorías se puede probar en contra de los resultados de su aplicación en animales. Las cuestiones sobre la conciencia animal son sólo un grupo de un conjunto más general de preguntas acerca de la cognición animal y la mente. La llamada "revolución cognitiva" que tuvo lugar durante la segunda mitad del siglo XX ha dado lugar a muchas experiencias innovadoras por psicólogos comparativos y etólogos de sondeo de las capacidades cognitivas de los animales”*.

Creo importante abordar el tema de la conciencia animal en esta tesis, porque recientes estudios se han hecho eco de esta teoría y porque, además, profundizando en el tema de las ECM, se han recogido testimonios de personas que durante su experiencia han sido visitados por animales fallecidos con quienes habían convivido en vida. Si consideramos la permanencia de la conciencia tras la muerte física y el reencuentro con familiares ya fallecidos, sería también posible considerar que, si hay testimonios que aseguran haberse reencontrado con sus animales, y estos testimonios fueran considerados verídicos, entonces estos tendrían un tipo de conciencia que podría trascender, como la humana.

La investigadora P.M.H. Atwater expone *“Tanto los adultos como los niños de vez en cuando reportan haber sido recibidos en el otro lado por los animales, especialmente si los animales domésticos favoritos han muerto anteriormente. Pero son los niños que describen un cielo animal, algunos incluso insistiendo en que tienen que ir a través de él*

antes de que puedan llegar al cielo donde está la gente. Hay casos de adultos que pueden ser igualmente convincentes " (Atwater P. , 2016). Algunos relatos donde pueden leerse testimonios sobre mascotas fueron recopilados por Migliore en 2010 (Migliore, 2014) y (Lundhal y Widdison, 1993:241).

Otro aspecto, igualmente interesante es el que se centra en el hecho de que los animales, o al menos algunas especies, son conscientes de la muerte y no solo de la propia sino de la de los demás, y al igual que los humanos, sienten la pérdida y elaboran rituales en torno a la muerte. En este apartado hablaremos de ello.

El día 7 de julio de 2012, un destacado grupo internacional de neurocientíficos, neurofarmacólogos, neurofisiólogos, neuroanatomistas y neurocientíficos se reunió en la Universidad de Cambridge para reexaminar los sustratos neurobiológicos de la experiencia consciente y otros comportamientos relacionados en seres humanos y animales no humanos, publicando *La Declaración de Cambridge sobre la Conciencia*⁹ (Anexo 6) donde concluyen diciendo que *"La ausencia de un neocórtex no parece impedir que un organismo experimente estados afectivos. La evidencia convergente indica que los animales no humanos poseen sustratos neuroanatómicos, neuroquímicos y neurofisiológicos de estados conscientes, así como la capacidad de exhibir comportamientos deliberados. Por consiguiente, el peso de la evidencia indica que los seres humanos no son los únicos que poseen los sustratos neurológicos necesarios para generar conciencia. Animales no humanos, incluyendo todos los mamíferos y pájaros, y muchas otras criaturas, incluyendo los pulpos, también poseen estos sustratos neurológicos"* (Low, 2012).

Anteriormente a esta publicación muchos científicos e investigadores ya apuntaban al hecho de que la conciencia en animales no humanos pudiera existir. Así, por ejemplo, el teórico de la ciencia y filósofo Karl Popper apuntaba *"Hay buenas razones para suponer que los demás animales poseen una Conciencia parecida a la nuestra. Según mi hipótesis, no sólo tienen conciencia los demás hombres, sino también*

⁹ La Declaración de Cambridge sobre la Conciencia fue escrita por Philip Low y editado por Jaak Panksepp, Diana Reiss, David Edelman, Bruno Van Swinderen, Philip Low y Christof Koch. La Declaración fue proclamada públicamente en Cambridge, Reino Unido, el 7 de julio de 2012, en el Francis Crick Memorial en la Conferencia sobre Conciencia en animales humanos y no humanos, en el Churchill College, Universidad de Cambridge, por Low, Edelman y Koch. La Declaración fue firmada por los participantes de la conferencia esa misma noche, en presencia de Stephen Hawking, en la Sala de Balfour en El Hotel du Vin en Cambridge, Reino Unido. La ceremonia de firma fue inmortalizada por CBS 60 Minutos.

los demás animales”, (Popper & Lorenz, 1992). Por su parte, Rodolfo Llinás, jefe del Departamento de Fisiología y Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York y medalla de oro del CSIC dice: "No sólo los seres humanos tienen conciencia; ésta le pertenece en diferentes grados a todos los animales que cuentan con sistema nervioso, y de manera particular también las propias células la poseen" (Llinás, 2006) . Añade Llinás en una entrevista para NOVA “Creo que la conciencia es la suma de las percepciones, que se deben poner juntos como un solo evento. Seriamente creo que la conciencia no pertenece sólo a los seres humanos; pertenece a, probablemente, todas las formas de vida que tienen un sistema nervioso. La cuestión es el nivel de conciencia. Tal vez en los animales muy primitivos, en el que las células no tenían una sola propiedad sistémica, en que cada célula era una pequeña isla, puede no haber habido conciencia, simplemente sensación primitiva, o irritabilidad, y el movimiento primitivo. Pero tan pronto como las células hablaban entre sí habría un consenso (...) (Llinás, The Electric Brain, 2001).

Muchos autores han hablado con respeto al tema de la consciencia animal y cierto tipo de comportamientos y merece la pena indagar en esta cuestión.

Gary Francione, profesor de Derecho en la Universidad Rutgers, EEUU, afirma que *“Cualquier ser sintiente, por definición, tiene conocimiento de sí mismo, porque que sea sintiente significa que es de tal clase que reconoce que es ese ser, y no algún otro, el que experimenta el sufrimiento que tiene interés en no experimentar. Cualquier ser que sea consciente del dolor tiene que tener algún conocimiento de sí”* (Francione, 1999).

Por su parte, el neurólogo español Nolasc Acarín asevera: *“La conciencia es una propiedad del cerebro. Y digo del cerebro. No añadido humano. Es una propiedad del cerebro que los humanos consideramos propia de nuestra especie, pero probablemente hay otros animales que disponen de grados de conciencia, sino igual, casi tan evolucionados como el humano”* (..) *“quizás la forma de verificar los estados de conciencia y la capacidad de conciencia de un animal es viendo su capacidad para interactuar con individuos semejantes o las personas que lo rodean”* (Acarín, 2007).

El antropólogo y escritor Loren Eiseley, acuñó la expresión «acabar con la larga soledad» (Reiss, 2013), refiriéndose a que durante muchísimo tiempo los humanos pensamos que éramos la única especie inteligente. Los estudios de la catedrática en psicología de Hunter College de Nueva York y experta en cognición de delfines Diana

Reiss, arrojan como resultados que *“los delfines se reconocen en el espejo, lo que sugiere que tienen consciencia, uno de los requisitos necesarios para mostrar empatía, gracias a ella son capaces de reconocer cuando alguien necesita ayuda o está en peligro”*. (Reiss, 2013). El hecho de que se reconozcan en el espejo supone que existe Autoconsciencia, capacidad que sólo se reconocía en el ser humano. Se sabe que la autoconsciencia y la empatía también es una facultad que tienen algunos simios, teoría de la mente, es decir, ponerse en el lugar del otro. Reiss sigue afirmando *“Aunque son necesarias más investigaciones sobre los delfines y otros cetáceos, ahora sabemos que nos encontramos ante seres que, en muchos sentidos, poseen una mente tan compleja y poderosa como la nuestra”, “Sabemos que tienen cerebros muy grandes (los delfines) y que tienen mucha capacidad mental y pienso que interpretan lo que ven de un modo que llamaríamos inteligente y adecuado en el sentido estricto de las palabras”, en su estudio, prosigue la experta en cognición de delfines, vieron que “si das a esa especie tan social y dotada de un gran cerebro un sistema que puedan explorar, muestra lo que llamamos un «aprendizaje autoorganizado». Lo aprenden solos, lo descubren. Hacen asociaciones entre los símbolos, los sonidos y los objetos. Es lo mismo que hacen los niños cuando los dejamos explorar.”*

Por su parte, el profesor de Historia Medioambiental Global de la Universidad de Oxford Felipe Fernández Armesto sostiene que *“(...) hay animales que emplean herramientas, que tienen una consciencia muy semejante a la nuestra, capaces de una forma de comunicación muy semejantes a nuestros lenguajes, que tienen cultura”, continúa diciendo “La unicidad del ser humano no es más única que la de otros animales”* (Fernández-Armesto, 2007).

Recientemente el profesor de la universidad Stony Brook de Nueva York, Carl Safina, ha afirmado que los animales piensan y sienten, no como los humanos, pero lo hacen. Esta distinción es importante ya que gran parte de la investigación en comportamiento animal utiliza el comportamiento humano como medida. Según el autor, preguntar si los animales piensan y sienten como nosotros no sólo es una pregunta egocéntrica sino acientífica, deberíamos preguntar simplemente, ¿qué es lo que piensan y sienten? (Safina, 2015)

Diversos estudios han demostrado en los últimos años, la aparición de rasgos en ciertas especies animales, hasta ahora atribuidos en exclusividad al ser humano, como el reconocimiento de sí, la imitación facial, las emociones, el lenguaje, la cultura.

Un estudio realizado en la Universidad de Saint Andrews demuestra que los delfines mulares se comunican entre ellos de la misma forma que lo hacemos los humanos; llamando a cada uno por su nombre. Pueden reconocer a los diferentes integrantes de su grupo social y tratarse como individuos con identidades diferentes (Janik, Sayigh, Esch, & Wells, 2006) y (Sayigh, Esch, Wells, & Janik, 2007).

Muchos estudios han revelado interesantes comportamientos de los delfines ante la muerte. El investigador Joan Gonzalvo del Instituto Thethy en Milán cree que los delfines mulares también se lamentan ante la muerte de sus familiares. En el 2007 Gonzalvo observó a una madre delfín que se mantuvo cerca de su cría muerta, levantándola repetidamente a la superficie, durante dos días, como si *“no pudiera aceptar su muerte”*, algo que les sucede a muchas madres humanas, manteniendo un comportamiento protector incluso después de muerto lo que sugiere un fuerte vínculo madre-hijo en esta especie (Hubbs, 1953; Moore, 1955; Connor & Smoker, 1990). Un año después, Gonzalvo observó a un grupo de delfines adultos que sostenía a un delfín de tres meses de edad, sufriendo claramente, a quien intentaban en balde mantenerlo a flote. Los delfines nadaban erráticamente estresados hasta que el delfín murió. Gonzalvo se sorprendió de ver que entonces los delfines inmediatamente dejaron que la cría muerta cayera al fondo del océano, aceptando su muerte. En esta ocasión, la impresión que tuvieron de esta experiencia fue que esta vez los delfines estaban preparados para la muerte (Hooper, 2011).¹⁰

En la Universidad de Parma, un estudio ha puesto de manifiesto que los macacos recién nacidos también imitan gestos faciales y de manos humanas, de la misma manera que lo hacen los humanos, como forma de aprendizaje social, las neuronas espejos se activan. Este estudio proporciona una descripción cuantitativa de la imitación neonatal en una especie de primates no humanos y sugieren que estas capacidades imitativas, al contrario de lo que se pensaba anteriormente, no son exclusivas de los simios y humanos (Ferrari, y otros, 2006). En lo referente al comportamiento ante la muerte de

¹⁰ El investigador Joan Gonzalvo me confirma el 20/07/2015 que la información sobre sus investigaciones y hallazgos de esta página web es correcta.

esta especie se ha observado que los chimpancés muestran dolor por la muerte de un ser querido, observable en la forma en la que se aproximan al herido o moribundo, y la preocupación y sensibilidad hacia las necesidades de los demás [(Boesch C. & Boesch H. , 2000); (Bering, 2001); (Boesch, 2003)].

En este sentido, son interesantes los hallazgos de científicos del Consorcio de Nueva York en Primatología Evolutiva, que han descubierto que las ballenas tienen unas neuronas específicas que pueden estar implicadas en el control de integraciones complejas que implican emociones, el control de vocalización, expresiones faciales, la función autónoma, así como la regulación visceral y olfativa, funciones gustativas y comportamientos alimentario. Hasta ahora se creía que estas neuronas sólo existían en humanos y grandes primates. Este tipo de neuronas también participan en las relaciones sociales, la conciencia, la compasión y sentimientos (Hof & Van Der Gucht, 2007) y se afligen por la muerte de sus familiares (Siebert, 2009)

Un estudio de la Universidad de Kenia (Douglas-Hamilton, Bhalla, Wittemyer, & Vollrath, 2006) ha demostrado que los elefantes adoptan un comportamiento especial al encontrarse ante ejemplares muertos de su misma especie. Las observaciones muestran que los elefantes, como los humanos, se preocupan por los individuos en dificultades o fallecidos, prestan asistencia al enfermo y muestran un interés especial en los cadáveres de su propia especie. Los registros realizados en el contexto de la muerte, muestran que el comportamiento de ayuda y el interés especial demostrado no se limitaba a los parientes estrechamente relacionados. Los elefantes, como los seres humanos, pueden mostrar un comportamiento compasivo con los demás en peligro. Tienen una conciencia general y curiosidad acerca de la muerte, ya que estas conductas se dirigen tanto hacia los familiares como a no familiares. Este estudio desmiente pues, que la teoría de que los seres humanos son los únicos capaces de desarrollar rituales para sus fallecidos; quizás debido a que los elefantes tienen rasgos de comportamiento en común con los seres humanos tan fuertes, es importante, éticamente hablando, cuestionar la forma en que son tratados por el ser humano, tanto ellos como todos, especialmente los anteriormente citados cuya consciencia, muy similar a la humana ha quedado demostrada.

Martin Meredith, un escritor especializado en África, cuenta una experiencia de Anthony Hall-Martin. Trata del grupo familiar de un gran elefante hembra, la matriarca

del grupo, que acababa de morir. *“El grupo, incluyendo una joven cría, la tocaban con sus trompas intentando levantarla o animarle a hacerlo por su cuenta. Toda la manada de elefantes producía ruidos como si murmuraran. La cría parecía estar sollozando y hacía sonidos que parecían un grito y de repente, todo el grupo se quedó en un silencio impactante. Empezaron a echar hojas y tierra sobre el cuerpo y rompieron ramas de varios árboles con los que la cubrieron. Estuvieron los siguientes dos días de pie junto al cuerpo. A veces marchaban a por agua o comida, pero volvían siempre junto al cuerpo de la matriarca fallecida”* (Meredith, 2001).

Hace unos años, en 2007, sorprendía el relato acerca de un gato llamado Oscar, que vivía en una residencia de Providence, que tenía la habilidad de saber el momento de la muerte de los habitantes de la residencia. Cuando un residente se encontraba próximo a la muerte el gato Oscar se le acercaba y se subía a la cama. Este gesto ayudaba al personal trabajador de la residencia a saber quién iba a morir pronto y podía llamar a la familia para que estuvieran junto al enfermo en ese momento. Una posible explicación que se le ha dado a este “fenómeno”, es que el olfato de los gatos detecta cambios en el metabolismo de quién está a punto de morir (Dosa, 2007), pero quizás esto no explicaría el hecho de que Oscar subiera a la cama y se acurrucara junto al paciente que iba a fallecer, a modo de acompañamiento.

La antropóloga Barbara J. King afirma que *“la evidencia creciente de especies tan diversas como gatos y delfines indica que el humano no es la única especie que se lamenta por la pérdida de seres queridos”* (King, 2013).

Corroborando la afirmación de Barbara J King, en una serie documental de la BBC titulada *“Penguins Spy in the Huddle (Waddle all the Way)”* se observa cómo una mamá pingüino llora la muerte de su cría intentando revivirla y cómo otra mamá pingüino va consolarla y acompañarla en su duelo (BBC and Discovery, 2014). Por otra parte, en un Santuario de Burros en Holanda, se vio cómo una manada de ellos se agolpa alrededor de un burro muerto rebuznando e intentando que reviviera con mordiscos¹¹ o como una loba marina llora por la pérdida de su cría¹².

Un enfoque materialista del tema es el defendido por el profesor de neurología de la Universidad de Kentucky Kevin Nelson, autor del libro, *The Spiritual Doorway in the*

¹¹ <http://www.petdarling.com/articulos/burros-lloran-amigo-muerto-video/>

¹² <https://www.facebook.com/garytvcom/videos/963688787019703/>

Brain, (Nelson K. , 2011) , cuya visión y trabajo es totalmente reduccionista, ha estudiado las experiencias “espirituales” desde su neurodinámica. Nelson concluye que la mayoría de estas experiencias se generan en las áreas profundas del cerebro primitivo, el cual también comparten los animales. El autor sigue apuntando que *“en los humanos sabemos que, si perturbamos la región cerebral de la visión, el sentido de ubicación en el campo gravitacional de la Tierra y el equilibrio, se pueden generar experiencias extra-corporales fácilmente. No hay razón alguna para pensar que esto es distinto para un perro, gato o un primate”*. Nelson sostiene que los animales también comparten las experiencias cercanas a la muerte, aquellas donde las personas relatan haber visto una luz y un túnel. Y esto es debido a que, según su teoría, el fenómeno del túnel es causado por la susceptibilidad al bajo flujo sanguíneo, que ocurre en situación de paro cardíaco o desmayo, mientras disminuye el flujo de la sangre la visión falla primero de forma periférica. Y la luz, explica Nelson, tiene que ver con cómo el sistema visual define el REM (rápido movimiento de los ojos que acompaña a los sueños). Y dado que la comunicación entre los seres humanos y los no humanos es bastante precaria, no podemos saber cuál es la experiencia “espiritual” subjetiva que tiene un animal.

Según el profesor de la Facultad de Formación de Profesorado y Educación de la Universidad Autónoma de Madrid Agustín de la Herran (2006), *“los Estados de Consciencia no son privativos de los seres humanos. Estamos de acuerdo con Banner en que, entre inteligencia, cultura o conciencia animal y humana sólo hay una diferencia de grado. Todo lo humano se encuentra en el animal, precisamente porque tiene un origen animal, desde el interés estético a la cultura o al último proceso de conciencia. Y lo que nos es común a lo animal está en lo humano. Tal es el caso del sistema límbico que tiene una estructura compartida en gran medida con los animales, y nos permite entendernos con ellos”*.

De la Herran segura que *“si entendemos por inteligencia la capacidad de aprender, de retener y de resolver problemas, qué duda cabe que tal característica no sólo es propia de todos los animales (en función de especies, individuos y situaciones), sino de que nosotros los seres humanos no conseguimos resolver problemas que los animales sí logran realizar: las ardillas, por ejemplo, pueden esconder semillas para el invierno en cientos de sitios distintos que en el momento oportuno recordarán sin titubear. Y una oveja es capaz de reconocer rasgos faciales de 50 ejemplares de su*

rebaño. La conciencia que experimenta el animal es la llamada conciencia perceptiva, cuya característica es realizarse sobre el comportamiento observado de sí y de los demás. Desde ella, por ejemplo, pueden aparecer rudimentos de cultura. Por ejemplo, algunos clanes de orangutanes realizan comportamientos idiosincrásicos que no realizan otros clanes de orangutanes: ruidos característicos antes de dormir, uso de las hojas como guantes para coger frutas espinosas, etc”.

Desde la antropología se cree que la posibilidad de alguna coincidencia del YO implica, de alguna forma, la idea de la muerte (Gutierrez, 1992). Es el mismo autor quien cita que el antropólogo inglés Teleki *“observó en la reserva de Gombe cómo un chimpancé joven que formaba parte de un grupo de 16 ejemplares moría al caer, accidentalmente, desde el ramaje de un árbol muy alto, acto seguido el grupo se reunió cerca del cadáver profiriendo gritos ululantes que estos primates sólo emiten en momentos de extremo desasosiego. Posteriormente iniciaron una exploración minuciosa del mismo, esta actividad duró varias horas. Al anochecer el grupo abandonó el cadáver”*, como ejemplo de elemento del modelo conducto-cultural hominoideo propuesto por el profesor Sabater-Pí (1978:76-99).

El profesor emérito de Ecología y Biología evolutiva de la Universidad de Colorado Bekoff, se ha preguntado acerca de la conciencia y espiritualidad de los animales, tomada ésta en términos de experiencias no materiales, intangibles e introspectivas; conceptos que podrían perfectamente ser asumidos en los diferentes niveles de Consciencia que hemos presentado anteriormente (Bekoff, 2009). Para Bekoff es importante conocer si los animales tienen, por ejemplo, sensación de asombro al ver el arco iris, o una cascada, si pueden reflexionar sobre su entorno, si se preguntan de dónde vienen los relámpagos, qué sienten durante los rituales funerarios, si experimentan la alegría simplemente de estar vivos; y ya que pasan más del 90% del tiempo descansando ¿qué piensan y sienten cuando miran a su alrededor?

La primatóloga Jane Goodall (2005), se cuestiona esas mismas preguntas, después de observar a chimpancés bailando en las cascadas que surgen tras las fuertes lluvias, *“a medida que se acerca, y el rugido del agua que cae se hace más fuerte, su ritmo se acelera, el pelo se vuelve totalmente erecto, y al llegar a la corriente puede realizar una magnífica exhibición a los pies de las cataratas. De pie, él se balancea rítmicamente de un pie a otro, pisoteando el agua, recogiendo y lanzando grandes rocas.*

A veces se sube por las vides delgadas que cuelgan de los árboles altos por encima y se balancea hacia el chorro de agua que cae. Esta "danza de cascada" puede durar diez o quince minutos". Después de esta danza, se puede sentar en una roca, sus ojos siguen mirando la cascada. Los chimpancés también bailan en el inicio de las fuertes lluvias y durante violentas ráfagas de viento. Goodall se pregunta si no es posible que estas actuaciones sean estimuladas por sentimientos similares a la maravilla y el asombro y "¿si el chimpancé pudiera compartir sus sentimientos y preguntas con los demás, podrían estas exhibiciones elementales salvajes convertirse en ritualizadas en alguna forma de religión animista? ¿Adorarían a las cataratas, el diluvio del cielo, el trueno y el relámpago, los dioses de los elementos?, tan todopoderoso, tan incomprendible".

Parecería lícito, a la luz de estas investigaciones pensar que, cabría la posibilidad de que los animales, o al menos aquellos llamados superiores, pudieran tener una forma de consciencia que les permitiera acceder en el momento de la muerte a esas experiencias que se relatan a lo largo de esta tesis. Así, si consideráramos la posibilidad de la existencia real de las ECM, entonces estas podrían ser experimentadas por los animales humanos y no humanos.

Lo que queda claro es que cuanto más avanzamos en el conocimiento menos sabemos, en este caso, con respecto al tema de la consciencia.

Me gustaría cerrar este capítulo con una frase de Leonardo Da Vinci (1452-1519) que resume de alguna manera lo anteriormente visto: *"Llegará un día en el que los hombres conocerán el alma de las bestias y entonces matar a un animal será considerado un delito como matar a un hombre. Ese día la civilización habrá avanzado".*

CAPÍTULO 4. MARCO DE REFERENCIA

“Merece la pena morir para descubrir lo que es la vida.”

T.S. Eliot



Ilustración 5: El cielo de la Luna. Gustave Doré. 1868

Hablar de las Experiencias cercanas a la muerte, supone entrar en un terreno, que, aunque muy estudiado en la actualidad, es aún un problema no resuelto para ciertas disciplinas. Lo que parece incuestionable es que, sepamos o no el origen “verdadero” de las mismas, estas experiencias son vividas por un numeroso grupo de la población que sienten lo experimentado como lo más real que han vivido, incluso la experiencia consciente de estar vivo. Por ello, el sentimiento de trascendencia que se desprende de tales experiencias es un principio del que no debemos apartarnos ni obviar.

El profesor de psicología de las universidades de Cardiff, John Moores y El Algarve David G. J. Fontana (2007) sostiene que los estados místicos surgen espontáneamente y no son un acto de voluntad, representan un estado alterado de conciencia casi imposible de transmitir a los demás por medio del lenguaje. Fontana señala que un buen ejemplo de los diversos intentos de hacerlo fue proporcionado por el psiquiatra canadiense Richard Bucke (1901), que utiliza el término "conciencia cósmica" debido a la experiencia que vivió:

“De súbito, sin aviso de tipo alguno, me encontré envuelto en una nube del color de las llamas. Por un momento pensé que había fuego, una inmensa fogata en algún lugar cerca de la ciudad; más tarde pensé que el fuego estaba dentro de mí. Inmediatamente me sobrevino un sentimiento de alegría, de felicidad inmensa acompañada o seguida de una iluminación intelectual imposible de describir. Entre otras cosas, no llegué simplemente a creer, sino que vi que el universo no está compuesto de materia muerta, sino que por el contrario constituye una presencia viva; me hice así consciente de la vida eterna. No era la convicción de que alcanzaría la vida eterna, sino la consciencia de que ya la poseía; vi que todos los seres humanos son inmortales, que el orden cósmico es tal que, sin duda, todas las cosas trabajaban juntas por el bien de todas y cada una de ellas; que el principio básico del mundo, de todos los mundos, es el que llamamos amor; y que la felicidad de cada uno y de todos es, a largo plazo, absolutamente segura”.

Sin embargo, según sigue apuntando Fontana, el misticismo, no se limita a las personas con creencias religiosas previas, aunque es indudable la esencia de la experiencia religiosa, y tanto para aquellos que eran previamente creyentes como para aquellos que no, la experiencia, tan profunda como la que se detalla por Bucke,

normalmente cambia la vida. De hecho, en muchos casos se informa de que se llega a la convicción de que existe una dimensión a la existencia inimaginada e inimaginable en estados normales de conciencia y que se extiende más allá de los estrechos límites del mundo espaciotemporal.

Por su parte Stace (1960), identificó a través de las repetidas tradiciones, referencias de cosas tales como la experiencia de la unidad, el sentido de estar fuera del tiempo y en el espacio, un sentido de lo sagrado, sentimientos de alegría y felicidad, una unidad que es a la vez vacía pero llena y completa, y la conciencia de una realidad eterna última.

Como apuntan Osis y Haraldsson (1977), hay tres categorías para justificar la creencia en la supervivencia que son: la filosófica, la místico-religiosa y la científica.

Desde la filosofía se proponen argumentos para la supervivencia después de la muerte corporal (Carrington & Hereward, 2013):

- El argumento ontológico, basa la inmortalidad en la inmaterialidad e irreductibilidad de la substancia anímica.
- El argumento teológico, hay una disposición a liberarse de las condiciones espacio-temporales y a desarrollar completamente sus potencialidades intelectuales y morales (imposible en la vida terrestre).
- El argumento ético, la exigencia moral de una equivalencia que no puede encontrarse en la vida.
- El argumento histórico, la creencia es antigua y esparcida lo que demuestra que se encuentra asentada en la naturaleza humana.

Desde el misticismo y la creencia religiosa se ha transmitido una ilusión por la trascendencia de la consciencia, basada en las experiencias del todo personales y subjetivas de los místicos donde el miedo a la muerte desaparece en favor de la convicción de la existencia del más allá.

En cuanto a la ciencia, los resultados de los estudios que sin cesar se están publicando comienzan a hacer tambalear los antiguos paradigmas al incorporar nuevos datos acerca de la supervivencia de la consciencia, y emergen nuevas preguntas como ¿dónde acaba la vida? Y, si a la luz de los nuevos datos científicos podemos llamar “estar muertos” a ese estado (ya cada vez más admitido en ciertos sectores de la ciencia) de

supervivencia o trascendencia de la conciencia a pesar de que el cuerpo carezca de signos vitales compatibles con la vida.

Un aspecto temporal que llama la atención es el número de experiencias cercanas a la muerte que ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Ello es debido a los avances en las técnicas de desfibrilación y Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Esto ha hecho que sea posible realizar estudios prospectivos en los hospitales, en un intento de correlacionar las causas psicológicas, fisiológicas y farmacológicas de la experiencia cercana a la muerte.

4.1 EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE

"Por supuesto que no mueres. Nadie muere. La muerte no existe. Sólo se llega a un nuevo nivel de visión, un nuevo reino de la conciencia, un nuevo mundo desconocido."

Henry Miller

Es muy común haber escuchado alguna vez que, en todas las épocas de la historia y en todas las sociedades y culturas ha habido relatos de personas que después de sufrir un acontecimiento en el que corría peligro su vida, comentan haber tenido una experiencia extraordinaria, jamás antes vivida. Este fenómeno se conoce en la actualidad como Experiencia Cercana a la Muerte (ECM), pero se le ha conocido como iluminación, visiones, experiencias místicas, etc. En la Antigüedad se las conocía como viajes al Inframundo (Van Lommel P. , 2012).

Para Nancy Evans Bush (2012), las ECMs son un rito de paso, es un estado temporal, no es una medida general del carácter. Tiene un antes y un después. Los cambios que experimentan muchas personas tras vivir una ECM así lo evidencia, como veremos en el apartado 4.1.7.

Una visión interesante es aquella que indica que las ECMs se parecen sorprendentemente al monomito del viaje de *El héroe de las mil caras* (Campbell, 1949) que el antropólogo Joseph Campbell describió a finales de los años cuarenta; reproducen la estructura de abandono de lo cotidiano, encuentro con lo fantástico y transformación; define el modelo básico de muchos relatos épicos de todo el mundo: *"El héroe se lanza a la aventura desde su mundo cotidiano a regiones de maravillas*

sobrenaturales; el héroe tropieza con fuerzas fabulosas y acaba obteniendo una victoria decisiva; el héroe regresa de esta misteriosa aventura con el poder de otorgar favores a sus semejantes” (Campbell, 1949). Y añade: “Ya sea el héroe ridículo o sublime, griego o bárbaro, gentil o judío, su aventura varía poco en cuanto al plan esencial” (Campbell, 1970), (Ilustración 6).



Ilustración 6: El periplo del héroe (Campbell, 1970).

Aquellas personas que han tenido una ECM, bien una Experiencia de muerte temporal, Visiones en el lecho de muerte o han experimentado una Experiencia de muerte compartida, están absolutamente convencidos de la realidad de tales hechos. Incluso si hasta ese mismo momento eran defensores de dar una explicación más física o médica a los acontecimientos. El resto de personas o bien son reacias a creerlas o tratan de darle una explicación, a veces motivados por el temor a que lo que saben, y por ende, en la mayoría de los casos, conocen, puede derrumbarse no pudiéndose adaptar al hecho de rehacer el sistema de creencias que la mente ha aceptado como legítimas y seguras para la supervivencia psicológica y emocional, aunque quienes se atreven a investigar estas experiencias termina convenciéndose, en muchos casos, de que algo poco explicable hay en ellas. Otras personas, por el contrario, quieren creer en

la veracidad de estas experiencias quizás motivados por la angustia que les genera el pensar que la vida en ocasiones, parece tan injusta que sólo a través de la creencia en una vida más allá de la que es conocida, podría tener sentido esta.

El caso es que estos *experimentadores*, por darles un término que se ajuste a la experiencia vivida, están totalmente seguros de lo que han vivido y, en muchos casos, poco les importa el menosprecio que otras personas hacen de este tipo de relatos o las explicaciones que puedan dar, porque para ellos es tan real que nada puede hacer tambalear la huella que las experiencias les deja.

Y es que el tema de las Experiencias cercanas a la muerte ha sido muy controvertido especialmente en los últimos años donde se ha querido dar múltiples explicaciones amparadas en investigaciones científicas que, en muchos casos, no han demostrado rotundamente el hecho de ser producto de una suerte de respuestas químicas que se producen en el momento de la muerte o en circunstancias muy próximas, pero como más adelante apuntamos las ECM acontecen en situaciones muy diversas y no siempre la vida de la personas está en peligro. El Dr Jeffrey Long apunta ante esta cuestión que *“no existe nada aún viable que los escépticos hayan mostrado para explicar una ECM (...) Para muchos científicos y físicos, el hecho de que tengamos la conciencia separada del cuerpo físico, que somos seres infinitos, que no morimos realmente, que hay una maravillosa vida después de morir para todos, es muy radical”* (Ver Anexo 3).

Por lo tanto, y dada la especial naturaleza del objeto de estudio que estamos tratando, hay que ser cauto y paciente y tener en cuenta que como bien apuntaba Goethe *“cuando en las ciencias alguien sugiere algo nuevo... las gentes se oponen con todas sus fuerzas; se habla con desprecio de la nueva opinión como si no valiera la pena de considerarla o estudiarla y por eso una nueva verdad necesita esperar largo tiempo hasta que puede abrirse camino”*, (Barrett, 1926).

Las muchas investigaciones que se han sucedido a lo largo de los años, especialmente a partir de la publicación del Dr. Raymond Moody (1975) están ayudando a que se abra ese camino del que hablaba Goethe sobre todo con las extraordinarias revelaciones que estos estudios están aportando tanto a la ciencia como al saber popular, autores como Van Lommel et al, 2001; Parnia et al, 2001; Schwaninger et al, 2002; Greyson, 2003; Sartori, 2008, han llevado a cabo investigaciones sobre las

experiencias cercanas a la muerte (ECM), es decir, Experiencias de muerte temporal (EMT)¹³ (Fenwick y Fenwick, 2015; Brayne et al, 2006; 2008; Fenwick et al, 2009; Fenwick y Brayne, 2011) y sobre las experiencias al final de la vida, que veremos con más detenimiento en el apartado 4.1.4.

4.1.1. DEFINICIÓN DE EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE

Establecer una definición de Experiencias cercanas a la muerte es cada día más complejo debido a los continuos avances y conocimientos que tenemos de las mismas, pero los elementos comunes a ellas han facilitado que el término Experiencias cercanas a la muerte perdure desde su aparición y sea traducido literalmente en otros idiomas.

No obstante, el vocabulario que se suele utilizar ha estado determinado por factores culturales, individuales y religiosos ya que no hay un marco de referencia para describir e interpretar esta experiencia cuya naturaleza es subjetiva (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & y Elfferich, 2001).

Moody quien como ya se ha apuntado fue quien acuñó el término de ECM la define como *“cualquier experiencia perceptual consciente que tenga lugar en una situación de proximidad a la muerte”* (Moody R. A., 1977), esta proximidad a la muerte es definida como *“un acontecimiento en que una persona podría fácilmente morir o ser muerta, llegando incluso a creérsela o a considerársela como clínicamente muerta, pero de la que sobrevive, continuando su vida física”*. Moody clasifica estas situaciones de casi muerte:

- a) Situación en la que el sujeto cree que va a morir, pero sale ileso del trance.
- b) Situación en la que el sujeto se encuentra en estado grave y desahuciado por los médicos, pero sin llegar a producirse una muerte clínica, y del cual llega a recobrase.
- c) Situación de muerte clínica a la que el sujeto sobrevive por reanimación sin que se haya dictaminado fallecimiento.
- d) Situación de muerte clínica en la que en un primer momento las técnicas de reanimación no funcionan, se dictamina fallecimiento, pero luego se reintenta la reanimación y en este caso sí funcionan.

¹³ La abreviatura que emplean los autores es TDE, en inglés temporary death experience.

e) Situación de muerte clínica en la que ni siquiera se realizan técnicas de reanimación, se dictamina fallecimiento, aunque luego se aplica reanimación y esta surte efecto.

f) Situación de muerte clínica de la cual el sujeto sobrevive sin que intervengan técnicas de reanimación.

El Catedrático de psiquiatría y ciencias neuroconductuales Bruce Greyson define las ECM como *“eventos subjetivos profundos frecuentemente reportados por individuos que han estado cerca de la muerte”* (Greyson & Stevenson, 1980); más tarde, *“Las experiencias cercanas a la muerte son sucesos psicológicos de gran calado con elementos místicos y trascendentes que acontecen típicamente a individuos próximos a la muerte o en situaciones de intenso peligro físico o emocional”* (Greyson B. , 2000).

En 1982 Michael B. Sabom, cardiólogo y profesor de medicina en la Universidad Emory de Atlanta, EEUU, publicó el libro *Recollections of Death* donde define las ECM en base a dos términos: Inconsciencia, que la define como *“cualquier periodo específico de tiempo durante el cual la persona pierde toda conciencia subjetiva del entorno y de sí mismo.”* Y casi-muerte física, definida como *“cualquier estado corporal resultado de una catástrofe fisiológica extrema, accidental o no, del que razonablemente sería de esperar que acabase, en la mayoría de los casos, en una muerte biológica irreversible, y que demanda una atención médica urgente.”* De este modo define ECM como *“cualquier enfermedad o episodio en el que el paciente haya estado inconsciente y físicamente cerca de la muerte”;* o *“como cualquier estado corporal causa de inconsciencia física y del que razonablemente sería de esperar que terminara en una muerte biológica irreversible a no ser que fuera dada una atención médica urgente”;* o también, *“definimos la situación crítica de casi-muerte como cualquier episodio de inconsciencia asociado con la casi-muerte física”* (Sabom M. , 1982).

Según David Lorimer (1989), escritor, profesor y director de *Scientific and Medical Network*, *“La experiencia cercana a la muerte puede ser definida como la secuencia de experiencia consciente que continúa a pesar del hecho de que el sujeto no enseñe signos externos de vida en términos de resistencia de la piel, respiración, latidos cardiacos y, ocasionalmente, una EEG plana”*.

Para Scott Rogo, escritor, periodista e investigador: “[...] el término (ECM) sólo se utilizará para describir aquellas experiencias que cumplan dos criterios básicos:

a- El testigo debe estar o bien cerca de la muerte física, amenazado por la muerte, o percibirse en un peligro semejante.

b- La persona debe tener o bien una experiencia extracorpórea durante algún momento del episodio, o sus observaciones deben dar a entender que está funcionando en semejante estado.”

Definía Experiencia extracorpórea como: *“Experimentar la sensación de dejar el cuerpo y funcionar de pronto fuera de él”, o, “entrar en un lugar físico, pero trascendental, evidentemente separado del mundo normal”* (Rogo S. , 1991).

El sociólogo Allan Kellehear desarrolla una caracterización de la ECM como “estatus social”. Kellehear considera que la “ECM clínica” (una descripción de tipo médico o psicológico que excluye los aspectos sociales de las ECMs) es un tipo de experiencia cercana a la muerte entre otros, como pueden serlo las experiencias de naufragio, o las caídas de montañeros; y que por consiguiente no debería definirse al margen del resto de estos tipos (Kellehear, 1996). Este autor identifica tres características básicas de tipo social en las ECMs:

1. Separación repentina e inesperada del grupo social.
2. Periodo de transición definido por la expectación ante la muerte.
3. Retorno repentino al grupo social original.

Estas tres características se pueden considerar como un “cambio de estatus” (“status passage”) social; una transición desde una parte del sistema social a otra, como la madurez, el matrimonio, el avance profesional, etc.

La filósofa de la religión Gracia Fay Ellwood (2001:1) las entiende así: *“Una ECM es un evento en el cual una persona está amenazada de muerte inminente, o percibe algo como tal amenaza, o está clínicamente muerta; bastante abruptamente entra en un estado alterado de conciencia; y finalmente retorna (relativamente) a la conciencia normal cuando ella o él reviven o la amenaza se aleja”*.

P. M. H. Atwater, (2007:4) una de las principales investigadoras de las Experiencias cercanas a la muerte explicaba que *“La experiencia cercana a la muerte es un intenso estado de conciencia, una sensación, o una experiencia de “ultramundanía”, agradable o desagradable, que le ocurre a la gente que se encuentra al borde de la muerte”*.

El radiooncólogo norteamericano Jeffrey Long (Long & Perry, 2011) las define como *“hechos que ocurren cuando una persona está tan próxima a morir que incluso, en algunos casos, se les ha certificado la muerte al no detectarse latidos cardíacos, respiración, estar inconsciente y tener electroencefalograma plano”*, en la entrevista que le realicé en 2013 (Anexo 3), afirma que *“Siguiendo mi propio criterio de investigación defino una ECM como el mismo nombre indica. Uno se encuentra cerca de la muerte, como señalan otras investigaciones “casi muerto” (...) La cuestión es que no hay aún una definición aceptada de las ECM”*.

Janice Holden, Profesora de *counseling* en la Universidad de North Texas en Denton y editora de *Journal of Near-Death Studies*, y expresidenta de la IANDS¹⁴ escribió: *“ Las experiencias cercanas a la muerte son recuerdos documentados de experiencias psicológicas extremas que con frecuencia incluyen elementos “paranormales”, trascendentales y místicos y que ocurren durante un estado especial de la conciencia surgido en un período de muerte (real o inminente) física, psicológica, emocional o espiritual. Dichas experiencias, por lo común, van seguidas de efectos secundarios”* (Van Lommel P. , 2012).

El cardiólogo holandés Pim Van Lommel (2012:16) las define como *“Una ECM es un estado especial de conciencia que se produce durante un lapso, inminente o real, de muerte física, psicológica o emocional”*. Por lo tanto, el término de experiencia cercana a la muerte se aplica a aquellas experiencias sumamente personales relacionadas con la muerte inminente, que comprende varios elementos, sensaciones y experiencias posibles, como la separación del cuerpo, la serenidad y paz, la experiencia de la disolución absoluta, la presencia de una luz y un túnel entre otros. Estas experiencias suelen acontecer después de que un individuo haya sido declarado clínicamente muerto o esté o haya estado muy cerca de la muerte. Muchos testimonios de ECM, sin embargo, acontecen sin que haya peligro físico ni psicológico para la vida de quien lo experimenta, como bien apunta Van Lommel en su libro *“Conciencia más allá de la vida”* (2012).

Para la IANDS *“Una experiencia cercana a la muerte es un profundo suceso psicológico que puede ocurrir a una persona cercana a la muerte o, si no está cerca de la muerte, en una situación de crisis física o emocional. Debido a que incluye elementos*

¹⁴ IANDS (International Association of Near-Death Studies)

místicos y trascendentales, una ECM es un poderoso caso de conciencia; no es una enfermedad mental” (IANDS, 2016).

Las ECM tienen ciertas peculiaridades ya que no son semejantes a nada antes vivido, donde se da una conciencia clara, hasta el punto de que los experimentadores refieren que ha sido una experiencia más vívida y real que el estado normal que conocemos, por lo tanto, no es un sueño ni una alucinación, pues los relatos que refieren son muy coherentes; tampoco guardan relación, en la mayoría de los casos, con los efectos que la medicación puede provocar.

En base a las definiciones anteriormente expuestas ofrecidas por los investigadores en el tema que nos ocupa, las ECM, veo necesario analizar los aspectos comunes que todas ellas poseen, en aras a poder ofrecer una síntesis de la propia definición abarcando todos sus aspectos, de forma que se pueda aprehender desde un punto de vista más holístico.

En primer lugar, podemos decir que, a la luz de las definiciones que se tienen de los diferentes investigadores, podemos apreciar dos aspectos esenciales que forman parte de la propia definición y que sin ellos no podría considerarse la existencia de la ECM. Estos dos aspectos son: La propia experiencia y el hecho de estar cercano a la muerte. Veamos estos aspectos con algo más de detenimiento.

En cuanto a la expresión Experiencia, uno de los inconvenientes que he encontrado con algunas de las personas a las que he entrevistado o con quien sencillamente he conversado sobre el tema, es que, el término ECM era entendido de forma muy genérica, es decir, la propia definición no albergaba la especificidad y el carácter “extra-ordinario” de la misma experiencia, sino que era entendida por un lado como la propia ECM y por otro, como cualquier tipo de experiencia en la que la persona estuviera próxima a la muerte, bien por las condiciones físicas en las que se pudiera encontrar, es decir estar bajo una especie de desafío por la supervivencia (estar en un precipicio, viajar en moto a gran velocidad...) o bien una experiencia vital como haber salido ileso de un accidente o recuperarse de una enfermedad de las llamadas terminales, por ejemplo. En este sentido, el término ECM, se quedaba corto o incompleto en la práctica investigadora diaria, salvo con aquellas personas que poseían cierto conocimiento de ellas. Por lo tanto, y como apuntaba Greyson (1999), la investigación de las ECMs es la que se realiza sobre ciertas experiencias que se dan bajo

unas circunstancias y características específicas, y no en todas las circunstancias en las que una persona está próxima a la muerte. Y esto es así, porque a estas últimas experiencias se las relaciona con la supervivencia física, es decir, con el hecho de estar vivo, no se cuestiona nada más allá de lo puramente físico; mientras que las ECMs son experiencias vinculadas a la cuestión de la trascendencia de la Consciencia o a la supervivencia de lo que los cristianos han llamado alma, los budistas atmán o los egipcios Ba.

En cuanto al segundo aspecto, creo que es importante separar ambos términos y comentar el estado de cercanía y por último el de la muerte.

El filósofo Fernández Palacio (2013), remite a una diferenciación del término cercanía relacionado con las ECM. Él la entiende de dos maneras: Estática, la proximidad no implica que se vaya a llegar a estar otra cosa o estado; Dinámica, la cercanía significa que hay un movimiento hacia algún sitio y al estar cerca le falta poco por recorrer para alcanzarlo, independientemente del tiempo que le lleve.

Fernández Palacio distingue la cercanía en función de la objetividad, es decir, estar cerca de la muerte objetivamente, independientemente de que el sujeto lo crea así o no; y de la subjetividad, creer que está cerca de la muerte independientemente de que sea así objetivamente.

Por lo tanto, podemos inferir que, las investigaciones propias de las ECM, deberían ser aquellas que se centran en las experiencias vitales y objetivas, aunque también esto tiene sus matices. El problema es que se han reportado ECM de personas cuya vida no corre peligro objetivamente hablando, por lo tanto, la cuestión está en que, si se dan esas experiencias, tanto objetivas como no vitales, cabe preguntarse dónde estaría el límite de inclusión para las ECMs. Quizás éste no debería ser el criterio por el que se midiera la inclusión o no; más bien, y a tenor de que en las diferentes investigaciones se han tenido en cuenta todos los criterios posibles, lo que sería recomendable es objetivar la experiencia y diferenciar claramente el origen de la misma.

Aunque ya se ha hablado del concepto y significado de la muerte en el apartado 2.1.3, creo necesario añadir ciertos aspectos de la misma asociados al concepto de ECM. Para ello haré referencia a la definición de muerte en función de varios tipos que recoge (Fernandez-Palacio, 2013) y que se relacionan con las ECM:

“Entendiendo la vida/muerte como totalidad/parcialidad, la muerte en las ECMs se refiere a una muerte, en principio, parcial, la muerte de la parte física, independientemente de que esto implique también, o no, la muerte de la parte anímica.

Entendiendo la vida/muerte como esencialidad/accidentalidad, la muerte en las ECMs se refiere a una muerte de una parte esencial del hombre, que, según la concepción actual, es el encéfalo, o alguna parte más esencial de éste. Es decir, que cuando se habla de muerte en relación a las ECMs se está hablando de la muerte encefálica; (...) es decir, la muerte se entenderá aquí como inactividad encefálica.

Entendiendo la vida/muerte como reversibilidad/irreversibilidad, la muerte en las ECMs es una muerte que, al menos en algunos casos, es reversible. Es decir, que puede haber una parada de actividad encefálica y ésta retornar, por las causas que sean, tras un determinado lapso de tiempo. Las expresiones de “cercanía a la muerte” (...) se utilizará con ambos sentidos, cercanía a la muerte sin más, y muerte reversible; en el sentido específico de cercanía a una parada encefálica o parada encefálica reversible.

Entendiendo la vida/muerte como dualidad y gradualidad, la muerte en relación a las ECMs es una muerte que se considera como el extremo de una oposición graduada entre vida/muerte. Esta graduación es lo que permite que haya grados intermedios entre los opuestos vida/muerte que estén o más cercanos a la vida o más cercanos a la muerte, y gracias a lo cual, la noción de cercanía a la muerte cobra sentido”.

En resumen, tomando en consideración las definiciones que sobre las ECMs se han visto, estas podrían definirse teniendo en cuenta cierto tipo de consciencia no ordinaria que podría estar alejada del cerebro y que en la mayoría de los casos estarían asociadas a la cercanía de la muerte; en esta situación acontecerían sucesos vívidos de carácter extraordinario jamás antes experimentados y relacionados con las visiones de un *más allá* (familiares fallecidos, lugares de extraordinaria belleza jamás nunca vistos, visiones de cosas que ocurren en otros lugares simultáneamente al estado de inconsciencia...).

Como ejemplo de experiencia cercana a la muerte y para ilustrar todo lo que se expone en esta tesis, inserto un testimonio que recibí de un amigo estadounidense el 22 de octubre de 2011, tras conocer el objeto de estudio de la misma. Desgraciadamente un tumor cerebral, dos años después de enviármelo, lo alejó de este mundo, justo cuando a título familiar yo comenzaba otro camino muy parecido. En este momento

ambos podrían ilustrarnos más y mejor acerca de lo que nos acontece tras el túnel, como ambos creían:

“Escucha, tengo una gran historia para tu Tesis.

Nací en el año 1949, un año después del final de la segunda guerra mundial. Mi madre tenía 19 años e iba a dar a luz a un niño, yo, en una pequeña clínica de Louisiana provista de unos medios e instalaciones bastante humildes. Se puso de parto, pero algo no iba bien, yo estaba “atascado” en el canal del parto y no avanzaba para poder llegar a salir. El doctor y las enfermeras pensaban que finalmente lo lograría, pero no fue así. Después de casi 50 horas de parto mi madre murió. Murió en la mesa de parto. Sin aliento, exhausta, su corazón se paró.
MUERTA.

Al darse cuenta de que mi vida estaba en peligro, el doctor cortó una gran X en el abdomen de mi madre para poder sacarme tan pronto como fuera posible. Cuando me sacó, yo había estado tanto tiempo en el canal de parto que mi cabeza tenía la forma de una salchicha gruesa. El doctor y las enfermeras pensaron que tendría un daño irreparable en el cerebro y que me quedaría como un “vegetal” si es que sobrevivía. Consiguieron que comenzara a respirar, pero se dieron cuenta que tenían una situación muy complicada a la que enfrentarse.

Mi padre y su hermana, mi tía Sara también enfermera, estaban fuera en la sala de espera. El médico fue hacia ellos y se dirigió a mi padre que en ese momento tenía 25 años (mi padre era un veterano de la segunda guerra mundial que había combatido en las selvas birmanas). El doctor le dijo que sentía decirle que su esposa había muerto y que su hijo iba a quedar como un “vegetal” si la dejaban vivir. Prosiguió: “debería autorizarnos a dejarlo morir y así usted poder comenzar una nueva vida” (en aquellos años los doctores siempre dejaban morir a los niños con graves deformidades).

Tanto mi padre como su hermana, gran amiga de mi madre por aquel entonces, quedaron en tal estado de shock que no sabían que decir. Entonces, de repente, apareció una enfermera diciendo “¡¡ha vuelto a la vida, ha regresado a la vida!!”

Todos ellos volvieron a la habitación donde mi madre permanecía tendida con el abdomen desgarrado y yo con la cabeza terriblemente deforme. Rápidamente las enfermeras prepararon el instrumental y activaron el resto del protocolo para comenzar el proceso de reconstrucción del abdomen de mi madre. Mi tía Sara convenció a todos (doctores y enfermeras), de que, si mi madre vivía, querría a su hijo a pesar de que pudiera tener esos graves problemas cerebrales.

Cosieron a mi madre lo mejor que pudieron, teniendo en cuenta el considerable tamaño de los cortes en el abdomen, y mi tía me llevó a casa para tratar de reducir la deformidad de mi

cabeza. Esto lo hizo sirviéndose de las técnicas que las mujeres negras utilizaban en estos casos. Utilizó aceite de coco con el que frotó, acarició y presionó mi cabeza durante varios días, hasta que logró que ésta pareciera la de un bebé que no hubiera sufrido ningún problema.

Mientras tanto, mi madre no se despertó hasta pasados tres días, y cuando lo hizo estaba claro que había perdido algunas facultades que recuperó pasado un tiempo. A los pocos meses se hizo efectiva esa recuperación de todas sus facultades y sentidos, excepto el gusto. Nunca pudo recuperar ese sentido debido a esos minutos en los que no llegó oxígeno a su cerebro. Pero por lo demás, se recuperó totalmente y siguió siendo la mujer inteligente de siempre. Respecto a mí, a las 6 semanas después del parto ya me encontraba totalmente recuperado.

Esta es la parte que te gustará. Recuerda que hablamos de 1946, cuando aún nadie había oído hablar de las experiencias cercanas a la muerte. Nadie alrededor de nosotros sabía nada de personas que tras fallecer hubieran vuelto a la vida. Pero mi madre contó una gran historia sobre esto. Ella dijo que se encontraba en un túnel blanco en el que en el otro extremo había un lugar maravilloso en el que le estaba esperando su padre, fallecido hacía 8 años cuando ella tenía solo once. Acontecimiento que para ella había sido terrible y trágico. Pero allí estaba él con un aspecto fenomenal, vistiendo su traje de los domingos.

Ella estaba taaaan contenta de verle que tuvo la imperiosa necesidad de simplemente correr hacia adelante, y saltar entre sus brazos para darle un gran abrazo. Pero a medida que ese impulso le invadía también era más consciente de que era Su Padre quién estaba ahí y que podría abrazarle solo con avanzar un poco más, por lo que otro impulso la hizo pensar que, si lo hacía, en el momento que lo tocara no podría regresar nunca. Y lo más importante, ella ya sabía lo que sería volver allí si regresaba.

Así que su padre se quedó allí enfrente de ella, levantó su brazo y le ofreció su mano al mismo tiempo que la llamaba. La llamó diciéndole “zosa”, la abreviatura cariñosa de “perezosa”, el apodo que le habían puesto cuando era una pequeña niña regordeta que hacía las cosas con lentitud. Así que dijo: Hola “zosa” he venido a por ti. Mi madre miró su mano y luego a él y le dijo: ¡Oh papi, es taaaan maravilloso verte! Pero... ahora tengo un hijo y sinceramente me encantaría criarlo si pudiera.

Mi madre siempre ha sido una fanática de los niños, los ama y le encanta ayudarles. Ha sido una GRAN madre, abuela y ahora bisabuela. De alguna manera ella sabía que tenía un hijo, cuando en realidad no debería saberlo a menos que, aunque fallecida, hubiera escuchado al médico y enfermeras decir que yo era un niño cuando me sacaron de su cuerpo. En cualquier caso, ella lo sabía y le preguntó si podía “volver” para poder criarme.

Su padre permaneció allí de pie un momento valorando lo que había escuchado, entonces bajó el brazo, le sonrió y dijo: “Seguro, zosa, puedes regresar con tu hijo. Vendré a por

ti en otro momento". Ella dijo que de repente y como algo mágico, se empezó a mover de nuevo en el túnel de luz, a la vez que todo lo que estaba delante de ella se desvanecía y simultáneamente mi madre ¡¡volvió a la vida!!

Ahora recuerda, esto fue en 1946 hace ya mucho tiempo. Mi madre tiene actualmente 83 años y goza de un buen estado de salud para su avanzada edad. Mi padre murió hace 4 años, y yo estoy aquí con 65 años y sin, por supuesto, haberme convertido en un "vegetal".

Debo añadir que mi madre tuvo 4 niños más. Uno de los cuales murió siendo todavía un niño. Debido a la manera en la que tuvieron que sacarme de su cuerpo cuando nací, en cada embarazo ella debía permanecer de espaldas en la cama durante prácticamente los 9 meses de gestación (desgraciadamente ella tuvo 3 abortos antes de que descubrieran este hecho de que debía permanecer en cama durante el embarazo). Así que te puedes hacer una idea de cuánto quería y deseaba tener niños. Mis hermanos y yo fuimos muy muy afortunados por tenerla a ella como madre. Sin duda una mujer muy especial...

Ah, por cierto, mi madre estuvo a las puertas de la muerte en otras 4 ocasiones. Ocasiones en las que estábamos seguros de que la perderíamos, pero en las que volvía a luchar con fuerza y salía adelante. También es cierto que en ninguna de estas ocasiones "falleció" como aquella primera vez. Debo resaltar que mi madre ha sido durante toda su vida una gran ayuda y consuelo para sus conocidos que estaban en el lecho de muerte. Se les acercaba y les contaba el episodio de su "muerte" asegurándoles que había "algo mejor al otro lado". Así es como mi madre ha ayudado a muchas personas a morir de una manera mucho mejor de lo que pensaban, evitándoles muchos temores y preocupaciones, incluido mi padre.

Hasta ahora no había escrito esta historia con tanto detalle, pero me imaginé que, ya que estabas realizando tu tesis sobre el tema, podrías encontrar utilidad a todo lo que te he contado. ¡Y así lo espero!". Testimonio L.P.

Un mensaje de su sobrina el 10 de diciembre de 2013 dice lo siguiente: *"L.P passed away at approximately 6:15 p.m. L, was surrounded by family and died in his mother's arms".* L.P falleció aproximadamente a las 6:15 pm. L, estaba rodeado de familia y murió en los brazos de su madre".

4.1.2. CONTEXTOS EN LOS QUE PUEDE OCURRIR UNA ECM

Los porcentajes de incidencia de las ECM rondan dependiendo de las investigaciones, entre un 10-20%. El hecho es que no se sabe por qué les ocurre a unas personas y a otras no. Estas circunstancias no aparecen sólo en el contexto hospitalario,

también hay registros de ECM en personas que han tenido un convencimiento de que iban a morir y han experimentado una ECM, aunque médicamente no había tal pronóstico (Noyes, 1971; 1972; 1981). El Dr. Jeffrey Long afirmaba *“Hay personas que durante su ECM preguntan a quienes se encuentran con ellos por qué motivo ellos están pasando por esa experiencia. Una respuesta a esa pregunta tuvo lugar en una ECM, donde uno de los seres espirituales que pueden aparecer le explican: “Se trata de algo por lo que tú necesitas pasar para tu crecimiento espiritual”. Por ello, quizás quienes tienen esa ECM es porque es importante para ellos tenerla y aquellos que no la tienen es porque es importante que no la tengan”* (Anexo 3).

Según afirma Van Lommel (2012) las ECM son experimentadas en situaciones muy diversas y sin que sea condición indispensable que hay peligro físico ni psicológico, propone dos circunstancias que pueden inducir una ECM:

A) Función cerebral (gravemente) deteriorada.

a. Parada cardiorrespiratoria en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio o una arritmia grave.

“(...) P: Yo me desmayo y está la gente alrededor llamándome, pero yo estoy en otro sitio. Veo a otras personas, sé que me están hablando, entonces yo no sé si yo al estar en otro sitio, esas personas, las que me están hablando yo las... asemejo a que están conmigo, en el sitio donde yo estoy, no sé si me entiendes lo que quiero decir.

E: Esas personas de las que hablas, ¿las veías o sentías que estaban a tu lado?

P: Es que es una cosa rara, porque cuando yo me desmayo, no me entero de nada, pero de repente, como hay gente alrededor que me está llamando, que me está reclamando que me despierte, yo oigo voces y es como si yo me fuera a otro sitio y yo estoy con esas personas, pero yo no sé si son unas personas... esas personas me están reclamando MJ, Mj, despierta que estamos aquí, no sé si son esas personas que yo al estar inconsciente, al estar en otro sitio me están hablando. Algunas veces sí, algunas veces cuando he estado así, a lo mejor me ha parecido ver a alguien conocido y estar hablando pero como enseguida me han vuelto en sí, pues es muy poco tiempo, no es que yo diga bueno tengo un episodio y estoy ahí hablando y conversando no, era que me quedo "durmiendo" enseguida gente que me está trasteando:" vuelve en sí, vuelve en sí, que te estamos aquí, venga vuelve" y yo quiero volver pero al mismo tiempo estoy en otro sitio y tengo la imagen de esas personas que me están hablando. No sé si los que están al lado mío es la voz que yo estoy escuchando y claro yo estoy en otro sitio, entonces cuando yo vuelvo porque estoy en otro sitio y cuando vuelvo digo: "¿dónde estoy? Porque yo me veo en otro sitio, a lo mejor me he visto en un parque o a lo mejor me he visto en la playa. Muchas veces han intentado que abra los ojos, pero estoy... allá, en un descanso de allá, ¡que no estoy sufriendo! Sino que estoy...

E: ¿cuál es tu sensación cuando estas en ese otro sitio?

P: Sí, de tranquilidad, como tú te quedas durmiendo y estas soñando cosas agradables, pero como es tan poco tiempo porque no me dejan "¡jala expláyate en tu sueño!", no, enseguida me vuelven en sí, intentan traquetearme y hacerme cosas y tocarme y entonces yo vuelvo y digo: "¿dónde estoy? ¿qué ha pasado? (...)" Testimonio nº 4

b. Coma causado por traumatismo cerebral tras un accidente de tráfico o hemorragia cerebral.

c. Coma causado por ahogamiento, especialmente en niños.

d. Coma causado por diabetes, asfixia o apnea.

e. Como causado por un intento de suicidio o una intoxicación.

“P: Llegué al hospital con una reacción en los ojos por el producto que estuvimos fumigando y entonces me lavaron los ojos y a ponerme una medicación, que era fuerte, entonces me iban a hacer un electro y después de hacerme el electro se pusieron a pincharme una vía y me dio un dolor muy fuerte en el estómago y perdí la consciencia, y recuerdo ya "como al final del sueño" que estaba como ahogándome como en el fondo del mar o como en un ataúd, algo así, como si estuviera atrapado. La sensación era como que estaba llamando, gritando, pero no me oían, como si estuviera mudo (...).” Testimonio nº 18

f. Inconsciencia causada por shock (baja presión arterial) como resultado de:

- Grave pérdida de sangre durante o tras el parto, o durante la perioperatoria.

“Fue al dar a luz a mi segundo hijo, después del parto, me dio una hemorragia interna, mi hijo nació grande y me dijo el ginecólogo que me iba rompiendo vasos al salir, no muchos pero rompió alguno muy importante y entonces me dio una hemorragia interna muy fuerte, y al darme la hemorragia empezaron a darme dolores muy fuertes muy fuertes, y me decían que eran los entuertos y ya cuando me encontraba muy mal le dije a mi marido y a mi hermana: "no me están dando entuertos, me estoy muriendo" (...), yo di a luz en la vega y enfrente de la cama tenía un cuadro, y yo empecé a no ver el cuadro, y una vez que el cuadro empezó a borrármese de la vista, fue cuando dije: "Me estoy muriendo M". Y cuando le dije eso a mi hermana eso, ella se asustó y llamó a la enfermera y ella al médico y el ginecólogo llegó bien enfadado: "¿Qué es lo que pasa?, "que me estoy muriendo Don F." Cuando se lo dije me destapó y vio que era interna pero los hematomas se me estaban haciendo hasta los muslos, estando el médico ahí fue cuando yo ya perdí la noción de todo, yo ya no los veía a ninguno, ni los oía y yo empecé a ver una luz (se emociona al recordarlo), luego yo lo contaba... a mi marido se lo contaba y decía " eso es que tú te encontrabas mal..." o sea, como que no me daban crédito a lo que estaba diciendo. Pero yo veía una luz entre blanca y amarillenta, no era una luz blanca, pero muy luminosa, y yo notaba que yo iba en esa luz, flotando, pero ni veía a mi cuerpo fuera ni dentro, solamente yo, mi ser, se encontraba dentro de esa luz y yo iba muy serena, muy tranquila muy relajada, y si no llego a volver de esa luz pues yo me quedo tan a gusto, porque yo estaba bien. Lo que pasa es que no se el tiempo que pasó de una cosa a la otra y enseguida ya empecé a oír al médico llamarme, a darme golpes en la cara, "Espabila M, venga ¿qué pasa?, ¿qué pasa?" entonces empecé a recobrar el conocimiento y ya empecé otra vez a volver a ver el cuadro, el cuadro eran unas flores” Testimonio nº 180.

“Tuve complicaciones en el parto, me operaron y antes de despertarme me veía a mí misma como si fuera un globo rosa que formaba parte de otros globos rosas que había. Cuando me pedían que sacara la lengua sentía que me elevaba y me desperté poco a poco. El lugar donde se encontraban los globos era un sitio blanco, sin paredes y tranquilo” Testimonio nº 171.

- Reacción alérgica.

P: Soy alérgica al polen y gramíneas, estaba en el campo, tenía un perro en el patio entonces al limpiar mezclaba lo indecible, no había tenido nunca ningún problema, pero como aquel día estaba ya constipada, me encontraba mal y entonces... tuve una parada respiratoria.

E: ¿Cuánto tiempo duró?

P: No te lo puedo decir exactamente, pero lo que sí te puedo decir es que a mi hermano le dijeron que no sabían cómo iba a reaccionar por el tiempo que había pasado

E: ¿por si podías tener secuelas?

P: Claro, exactamente por las secuelas que podía tener (...)

E: ¿cómo fue la experiencia que tuviste?

P: Pues fue que de pronto al no poder respirar yo iba viendo que no tenía fuerzas, no podía respirar, tenía angustias, la ansiedad que te crea el tiraje de no poder respirar, pero ya llegó un momento que... aunque llegó el médico y me puso un poco de oxígeno, ya llega un momento en que tú te relajas, por lo menos a mí me pasó, tú te relajas y dices "mira, sea lo que dios quiera", se te nubla la vista, se te pone todo negro, pero hubo un momento en que vi, no la luz esa que cuentan en los libros (...) yo no la llegué a ver, pero dentro de la oscuridad había una paz y una tranquilidad que en ese momento no te hubiera importado seguir en ese estado.

E: ¿pero ahí tenías pérdida de conciencia?

P: En ese momento sí, yo cuando entré en ese estado sí, o sea lo pierdes todo.

E: ¿no eras consciente de lo que ocurría alrededor?

P: No, no, sí al principio veía a mi hija correr para un lado para el otro, llamar mi hija por teléfono, pero llegó un momento en que vi a mis vecinos y ya está. Después yo ya no me acuerdo. A partir de ahí es cuando te entra una relajación de decir, estoy tranquila, estoy bien aquí, y no me importaría seguir en este estado. Ya te digo tuve la parada respiratoria, a mi hermano le dijeron que no sabían cómo iba a reaccionar yo, que dependía de la fuerza que yo tuviera, y el tiempo, porque había estado más de 3 minutos sin, es decir el tiempo desde Gea y Truyols hasta La Arrixaca, el trayecto ese, mi vecino me llevó a 100. Entonces estuve más de tres minutos sin oxígeno, mi vecina me daba en la cara para que no me durmiera, yo me acuerdo porque ella me lo dijo, pero recordarlo yo, no. Lo que sí recuerdo es a mis hijos correr que eran más pequeños, por supuesto, para un lado y para otro, pero ya... lo otro no.

E: porque fue a partir de ahí ¿cuándo pierdes la consciencia?

P: porque fue cuando yo ya, como se suele decir, tiro la toalla, ya da igual. A nivel mental y a nivel emocional pues dices, estoy bien aquí pues ... eso

E: ¿escuchaste algún sonido que no fuera el del hospital o el de las personas que estaban contigo?

P: Era tranquilidad, o sea, el estado ese transmitía tranquilidad, no nerviosismo, no acelerado, sino tranquilidad, o sea ya te digo que la relajación esa, la tranquilidad te lleva a la paz. No el desasosiego ese.... Tranquila, tranquila. (...) Testimonio nº 177.

- Grave infección (sepsis).

g. Bajo los efectos de la anestesia general, normalmente tras complicaciones en una intervención quirúrgica.

"P: Notaba yo que me iba, me iba. Yo veía allí gente.

E: ¿Dónde?

P: Pues donde fuera, yo que sé, en el cielo sería. Yo no conocía a nadie, pero es que no sé si será verdad eso o que yo lo haya soñado, que lo haya visto, no lo sé. Y luego volvía otra vez, entonces me dolía la nariz y metía la mano por ahí, porque tenía la mano muy hinchada y otra vez volvía a pensar.

E: ¿En qué pensaba?

P: Otra vez volvía a pensar lo mismo. Pensaba otra vez que estaba allí arriba, (eso no se lo he dicho a nadie), y empecé a despertar y ya estaba aquí abajo.

E: ¿Hablaba con aquella gente que vio?

P: Sí, pero como no conocía a nadie pues yo preguntaba el nombre: ¿Y tú quién eres?, y venía otra persona y ¿y tú quién eres? Y entonces... "Pues yo que estoy aquí, me dijo uno, "yo es que vivo aquí"(...) recuerdo que yo preguntaba: "¿Quién eres tú?, ¿cómo te llamas? "Yo que estoy aquí", otro: "Yo vivo aquí".

E: ¿qué sensación tenía?

P: Muy feliz (...) y otra vez me iba y otra vez veía a la gente aquella.

E: ¿Eran los mismos?

P: No, distintos.

E: ¿Era el mismo lugar?

P: Sí, me imagino que sería el mismo lugar.

E: ¿Cuándo dice que se iba, es que se dormía, era la anestesia o en qué momento ocurría?

P: Sería con la anestesia porque (...) yo no me enteré que mis sobrinos estuvieron aquí. Yo estaba allí en las nubes". (...)

E: Cuénteme, ¿cómo era ese lugar?

P: ¿Cuál?, ¿el de arriba?

E: Sí.

P: El de arriba blanco, era blanco.

E: ¿Todo?

P: Todo blanco". (...)

E: ¿dónde creía que estaba?

P: Pues la verdad es que no lo sé porque ...

E: ¿Allí sabía dónde estaba?

P: Yo creía, creía, creía que estaba en el cielo, yo que sé, en el cielo, pero yo no sé si me lo puedo creer". (...)

E: En relación a lo que estuvimos hablando en la entrevista pasada, decía que tenía la sensación de que te iba a un lugar que reconocía como el cielo, ¿es así?

P: Sí claro porque estaba todo blanco, y no veía nada salvo todo blanco, y además hasta las personas iban de blanco.

E: ¿Cuántas personas había más o menos?

P: Pues yo, yo, me parece que vi ocho o nueve, pero no las conté, solamente pregunté a dos personas quienes eran.

E: ¿Los reconocía como hombres y mujeres?

P: Sí, sí, todos iban vestidos de mujeres con batas blancas". (...)

E: Su sensación cuando estabas allí era...

P: de Felicidad, no sé, de alegría, de satisfacción, todo, todo, todo bueno". (...) Testimonio nº 17.

h. Electrocutación (shock eléctrico).

B) Función cerebral inalterada

a. Enfermedades graves, pero no inmediatamente letales que cursan con fiebre alta.

b. Aislamiento (como en el caso de las personas naufragadas), deshidratación o hipotermia extremas.

"Cuando tenía aproximadamente 16 años iba con un amigo en un kayak por el mar menor, volcó y nos quedamos aproximadamente 15 minutos en el agua a baja temperatura. Durante ese tiempo tuve recuerdos de toda mi vida, desde la infancia y

siempre recuerdos positivos que se alternaban con las ideas de mantenerme con vida a mí y a mi amigo. Me daba a mí mismo ánimos para continuar con vida” Testimonio nº 169.

c. Depresión o crisis existencial.

“P: Mira te voy a contar porque fue el jueves, me parece, que me dice mi hija: "mama, ¿quieres que venga el cura y que te de la unción de enfermos? Digo: "pues sí", vino el hombre, yo no podía hablar. Y rezando como me dijo, yo creía que era en otro sitio, pero era aquí, se formó como una cueva, un reflejo, así como una cueva. Y a lo primero se me aparece, porque no tengo madre ni padre, y de momento quien se me aparece es mi madre, ahí encima, y encima, no se lo conté a mi familia porque no podía hablar, a lo mejor me dicen que estoy loca, y enseguida veo a mi hermana abrazadica a mi madre (...)

E: La sensación entonces no era desagradable...

P: No, no, al contrario. (...)

E: Fue una experiencia bonita ¿no?

P: Pues para mí sí. No le cogí miedo ni nada, al contrario, estoy muy contenta con haberlas visto” (...). Testimonio nº 58.

d. Meditación.

e. Sin indicios médicos claros, como en el caso de un paseo por la naturaleza.

f. Experiencias semejantes, las denominadas experiencias de pánico ante la muerte, descritas por el sujeto tras haber estado a las puertas de una muerte en apariencia inevitable, como por ejemplo en un accidente de tráfico o en un accidente de montañismo.

Un hecho que llama mucho la atención y que todavía los investigadores no han podido explicar, ni desde un punto de vista médico ni psicológico, es por qué ocurre en unas personas y otras en situaciones idénticas no. Se han realizado muchas investigaciones dando como resultados que las ECM se producen en diversas circunstancias como hemos podido ver, en todas las religiones, culturas, épocas, nivel socioeconómico y educativo sin que sean estos, ni la medicación que en algunos casos se les ha administrado, determinantes para su aparición.

4.1.3. ECM Y MUERTE CLÍNICA.

Una de las cosas de las que ya se tiene conocimiento es lo que ocurre en el cerebro durante un paro cardíaco y que es lo mismo que lo que ocurren en la muerte clínica, a saber, hay ausencia de frecuencia cardíaca, respiración y de reflejos del tallo

cerebral. El paciente es considerado inconsciente debido a que al cesar el bombeo de sangre al cerebro caen los niveles de oxígeno, la presión sanguínea disminuye a 0 y desaparece la función neuronal. En un periodo de tiempo aproximado de 11 segundos desde el paro cardíaco desaparecen las ondas cerebrales, por lo tanto, no hay actividad cerebral y el paciente se considera clínicamente muerto. Aunque la presión sanguínea aumentara no lo haría lo suficiente para que se reestableciera un riego adecuado al cerebro lo que provocaría daños cerebrales, ya que el cerebro no puede crear nuestras imágenes del mundo tampoco es posible durante ese tiempo tener ningún tipo de experiencia lúcida y estructurada, ni podría ser recordada, en caso de producirse, ya que la memoria no está activa (Fenwick, 2015).

El doctor Nichol y colaboradores, en 1999, realizaron un estudio acerca del paro cardíaco y el daño cerebral. En el mismo encontraron que 126 pacientes de 1.748 sobrevivieron a un paro cardíaco, de ellos, fueron entrevistados 86 pacientes y la mayoría mostraba algún tipo de síntoma de daño cerebral (Nichol, 1999).

En conclusión, según el conocimiento que tenemos acerca del funcionamiento del cerebro durante un paro cardíaco y/o muerte cerebral, sería imposible que una persona tuviera algún tipo de experiencia, o que en el caso de que la tuviera, pudiera recordarla, al menos como las recuerdan quienes han tenido una Experiencia de muerte temporal.

Pero, aunque la ciencia dice que no es posible que estas experiencias se produzcan en estado de inconsciencia, un porcentaje importante de la población que ha sufrido un paro cardíaco afirma haberlas experimentado (Sabom, 1982, 1998) y (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001).

4.1.3.1. ECM Y CONCIENCIA CUANDO SE DETIENE EL CORAZÓN.

Entre los años 2001-2006 se realizaron cuatro estudios prospectivos cuyas conclusiones en relación a la posibilidad de experimentar conciencia en ausencia de actividad perceptible y funciones cerebrales, eran idénticas. Según el Dr. Pim van Lommel (2012) gracias a estos cuatro estudios que a continuación citaremos, se pudo deducir este hecho a partir de la evidencia de que las ECM se producen durante el período de muerte cerebral, y no antes o después del paro cardíaco, ya que, si el paro

cardíaco incluía una ECM con percepción clara del entorno del paciente, su contenido podía ser verificado inmediatamente después de que se informara de la experiencia. Van Lommel continúa exponiendo que, *“el momento preciso en el que se desencadena una ECM es crucial, puesto que descarta cualquier otra conclusión que no sea que la ECM se experimenta en un instante en el que el cerebro no muestra actividad alguna y se ha detenido toda función cerebral. Si la hipótesis predominante (que la conciencia es producto del cerebro) fuera correcta, no podría haber ninguna señal de conciencia en dicho momento. En efecto, esto es lo documentado en la mayor parte de los casos de muerte clínica, coma o muerte cerebral. Pero, como han demostrado los estudios acerca de la ECM, existen excepciones a esta regla. Este hallazgo nos obliga a reconsiderar la interrelación entre el cerebro y la conciencia”*.

Estos cuatro estudios a los que Van Lommel hace referencia están encabezados cronológicamente por el artículo que se publicó en la revista *The Lancet* donde se afirmaba: *“La ECM desafía los límites de las suposiciones médicas acerca del alcance de la conciencia humana y el vínculo mente-cuerpo”* (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001). El segundo de ellos fue liderado por Bruce Greyson (2003) quien concluía: *“(…) La paradójica incidencia de una conciencia lúcida, intensificada, y de procesos de pensamiento lógico durante un período en el que se ve afectada la perfusión cerebral (flujo de sangre al cerebro) suscita preguntas desconcertantes para nuestra actual comprensión de la conciencia y su relación con la función cerebral. (...) Un sensorio despejado y unos procesos perceptivos complejos en el transcurso de un lapso de muerte clínica aparente cuestionan el supuesto de que la conciencia se localiza exclusivamente en el cerebro”*.

En el tercer estudio Sam Parnia y Peter Fenwick (2002) concluían: *“Los datos sugieren que, en este modelo de parada cardíaca, la ECM se desencadena durante el período de inconsciencia. Esto constituye una asombrosa deducción, ya que cuando el cerebro es tan disfuncional que el paciente se encuentra profundamente comatoso las estructuras cerebrales que apuntalan la experiencia subjetiva y la memoria deberían estar gravemente dañadas. Experiencias complejas como las referidas en la ECM no deberían producirse ni ser retenidas en la memoria. Lo esperable en el caso de estos pacientes sería que no tuvieran experiencia subjetiva (...), puesto que los módulos*

cerebrales que generan la experiencia consciente y apuntalan la memoria están afectados por la anoxia cerebral”.

Por último, la Dr Penny Sartori (2015) concluye: *“El fenómeno sigue pendiente de explicación si lo consideramos desde la perspectiva científica actual, que considera la conciencia como un subproducto de los procesos neurológicos. (...) El hecho de que se refirieran experiencias lúcidas, inequívocas, en el transcurso de un intervalo de tiempo en el que el cerebro se encontraba privado de actividad (...) no encaja fácilmente con los supuestos científicos en curso”.*

En el transcurso del trabajo de campo en el hospital, hubo un testimonio que recogí que me pareció muy interesante debido no sólo a la experiencia en sí, sino porque quien la protagonizó fue una neuróloga de ese mismo hospital. Inserto la entrevista en este apartado ya que su testimonio sirve como ejemplo para ilustrar lo anteriormente citado, en él aparecen varios de los elementos propios de las ECM entre los cuales está la conciencia de estar muerto que Pim van Lommel recoge en su libro *Conciencia más allá de la vida* (2012:52), la entrevistada padeció una intoxicación por gases:

“P: Estaba en el cuarto de baño, tuve la sensación de falta de aire, empecé a sentirme mal y salí. Salí del cuarto de baño y empecé a tomar aire normal y justo cuando empecé a respirar la sensación de falta de aire fue a peor y perdí la conciencia. Entonces cuando pierdo conciencia realmente sigo consciente, yo caí inconsciente pero todo el tiempo permanecí consciente entonces estaba en una sensación de estar flotando en un espacio amarillo, cálido, una sensación así muy agradable y yo pensaba que me había muerto (...) y empezaba a pensar: " bueno pues esto es agradable", realmente no tengo la sensación de que fuera desagradable porque, de hecho, en aquella época estaba (...) las típicas adolescentes (...) " pues fijate que me he muerto sin confesarme y yo sin embargo estoy muy tranquila", todo eso es lo que yo pensaba y de hecho lo pensaba con una claridad que ahora mismo me acuerdo como si fuera ayer.

E: ¿Sí?, ¿mantienes igual el recuerdo?

P: Sí, totalmente vivo, lo tengo como si fuera hoy. Y eso que soy una persona que tengo muy mala memoria. Y entonces tengo la sensación esa de "bueno, pues nada, pues me estoy muriendo", y entonces pensaba "fijate qué rabia", porque era consciente de estar donde estaba pero que no podía conectar por medio de los sentidos, o sea " yo estoy aquí" porque era una casa en la huerta y tenía la sensación de que estaba allí en el jardín y "no puedo ver nada", digo " claro pues no puedo oír ni nada porque no me funcionan los sentidos, qué pena con lo que me gustan las flores y el campo y ahora no las voy a poder ver", mi sensación era de pena porque no podía ver dónde estaba y luego por otro lado me acuerdo que al día siguiente tenía examen, me iban a dar las notas de otro que me había salido muy bien "ay, que no puedo ir al instituto (...) " pero por otro lado estaba a gusto, o sea era una sensación por un lado placentera pero yo quería seguir viviendo. Entonces recuerdo, a todo esto no sé el tiempo que transcurrió, y de pronto noté la garganta y me volvió la respiración y habrían transcurrido unos diez minutos porque me habían intentado echar agua que vamos, me echaron agua y yo noté así como agua y me desperté con esa sensación y me encontré a mi madre llorando y de pronto me dio alegría despertarme y

empecé a reírme y mi madre " te voy a pegar, vamos, todos aquí ..." ellos pensaban que me había muerto, y entonces cuando... "y ahora esta se ríe, no sé cuántos", medio enfadados conmigo por la reacción, porque al despertarme me dio alegría porque no me había muerto. Y ya está. A partir de ahí sí que he tenido la sensación de que morir no era desagradable, pero a mí lo que me quedó, antes de eso, la muerte era algo así como desagradable (...) pues esto de morir tampoco es tan malo.

E: ¿No tuviste ninguna sensación de encontrarte...?

P: Con nadie, no, era una sensación como de paz, de estar así en un espacio amarillo, así cálido, agradable...

E: ¿Amarillo?

P: Dorado, era como un espacio así dorado, era como si fuese el sol, una cosa así dorada.

E: Sin paredes ni nada.

P: No, era como si yo flotase, una sensación de estar flotando, de estar flotando en una ambiente así dorado, cálido, agradable, y de tener totalmente mi pensamiento claro, era yo con mis ideas en aquel momento, lo que yo pensaba en aquella situación y sobre todo que yo no quería morirme, lo que yo tenía claro es que yo no me quería morir, aunque me resultaba agradable, tenía cosas que quería hacer, quería seguir viviendo. Y luego la sensación de estar allí (..) que, aunque estés aquí, da igual que estés aquí que allí, es que no puedes conectar, los sentidos son los que te conectan con el entorno y no tenía ...

E: No funcionaban los sentidos.

P: No funcionaban los sentidos, pero yo tenía la conciencia de ser yo misma, ser yo misma en mis circunstancias. Y a partir de ahí es verdad que yo me he interesado mucho por toda la gente que ha perdido la conciencia porque yo misma he tenido la experiencia de síncope, de lipotimias y tal y no ha pasado nada, simplemente he perdido la conciencia y luego me he despertado y he visto a la gente alrededor: " ¿qué te ha pasado? Y a toda la gente que ha perdido conciencia, porque tengo pacientes con epilepsia, con síncope de distinto tipo, siempre le he preguntado: " ¿usted ha pensado durante el tiempo que ha estado inconsciente?", y todo el mundo me dice que no ha pensado nada (...) excepto una persona que vino a la consulta: " yo tuve una experiencia que yo creo que me morí y nadie me cree y yo no se lo cuento a nadie" , y era una cosa muy parecida, " estuve inconsciente pero yo, estaba pensando que estaba muerta pero no perdí el conocimiento en realidad", yo tampoco perdí el conocimiento, es decir, yo tengo la idea, porque de hecho, no solamente fue una cosa, sino fue una experiencia súper real, y muy clara que todavía mantengo, o sea que no fue una pérdida de conocimiento, ¿que fue una alucinación?, pues no lo sé porque a veces he pensado "puede ser" por la inhalación de los gases o lo que sea, pues no sé, ¿que tuviese una experiencia de alucinación?, pero es que no era una alucinación era un pensamiento muy claro, muy real, no era alucinación de ver cosas raras o extrañas, no sé.

E: Como neuróloga, ¿qué explicación le das a la experiencia?

P: A lo mejor era debido a los gases, pero yo creo que no, yo creo que no porque era yo misma pensando en cosas normales pensando en esa situación. Yo pienso que sí fue una experiencia premuerte, yo creo que sí.

E: ¿O sea que puede haber una trascendencia de la conciencia?

P: O por lo menos, hay un tiempo en que tu consciencia sigue funcionando, aunque tú ya no... sabes, es que no lo sé. Esa es mi duda, que hay una trascendencia, o sea que el espíritu de alguna forma, sigue después o bien que perviva todavía tu cerebro funcionando un tiempo después de que hayas dejado de respirar y tienes una consciencia de ti mismo antes de que se extinga, eso ya es la gran pregunta". Testimonio nº 184

Las investigaciones han demostrado que, durante una parada cardiorrespiratoria, el cese de la función del córtex cerebral y del tronco encefálico,

deriva en inconsciencia. En ese momento, desaparecen los reflejos del tronco encefálico y no hay reflejo corneal ni nauseoso, y las pupilas, dilatadas, no reaccionan a la luz; también deja de funcionar el centro respiratorio del cerebro Anexo al tallo cerebral (Parnia & Fenwick, 2002).

El flujo de sangre al cerebro se detiene por completo. EL aporte sanguíneo al cerebro puede ser cuantificado con exactitud mediante ultrasonidos (ultrasonografía Doppler), que muestra que dicho flujo sanguíneo, se detiene al iniciarse un paro cardíaco y se restaura después de unos segundos de shock eléctrico (desfibrilación), reestableciéndose el ritmo cardíaco (Gopalan, K.T et al, 1999).

Los estudios con EEG (Electroencefalograma) para registrar la actividad eléctrica del córtex, han demostrado que, después de un breve lapso, la actividad eléctrica del córtex y de las estructuras más profundas, desaparecen por completo (Mayer & Marx, 1972).

Si el ritmo cardíaco no se restaura de inmediato, el cese de la actividad eléctrica en el córtex cerebral resulta siempre en un EEG plano en 10-20 segundos (Parnia & Fenwick, 1998); y ya no se produce la estimulación sonora en un tronco encefálico funcional (Branston, 1984).

Aunque tras la reanimación se mantenga la presión sanguínea adecuada, la normalización del EEG dependerá de la duración de la parada cardíaca (Smith, 1990), ya que cuanto más larga haya sido, más grave será la lesión cerebral y más prolongado será el coma.

Para el cardiólogo Van Lommel (Van Lommel P. , 2012), aunque hay quienes sostienen que el cese del flujo sanguíneo y un EEG plano no excluye que se observe algo de actividad cerebral, ya que el EEG registra la actividad eléctrica del córtex cerebral, él opina que, este argumento, es erróneo ya que lo que habría que preguntarse es si hay algún indicio de las formas específicas de actividad cerebral que se consideren esenciales para experimentar la conciencia según la neurociencia actual (Kelly & Kelly, 2007). En los EEG de pacientes en paro cardíaco no aparecen estas formas de actividad cerebral. Hay circunstancias en las que el EEG registra actividad cerebral y, sin embargo, no se experimenta conciencia de vigilia (Van Lommel P. , 2012); ocurre bajo los efectos de la anestesia cerebral, durante la cual, dependiendo de la medicación administrada, el EEG muestra cambios, pero no el cese completo de la actividad cerebral. De igual

manera ocurre durante la fase de sueño lento o delta, donde no se experimenta la conciencia a pesar de que haya actividad demostrable mediante EEG. Así pues, sucediendo el cese de la actividad en el córtex cerebral y el tronco encefálico, incluso las alucinaciones son imposibles que ocurran. Sin embargo, durante el cese temporal de la función cerebral cuantificable se han dado casos de personas que han experimentado un período de consciencia increíblemente lúcida (Van Lommel P. , 2012).

Lommel también afirma que es muy improbable que, como se ha afirmado en alguna ocasión, una Experiencia Extracorpórea se produzca inmediatamente después de haber recobrado la consciencia (Sauve, Walker, Massa, Winkle, & Scheinman, 1996).

4.1.4. ELEMENTOS DE LAS EXPERIENCIAS DE MUERTE TEMPORAL (EMT)

El propio Dr. Moody describió los doce elementos que pueden acontecer en una ECM y que han sido la base de los demás estudios sobre los componentes de las mismas. Él encontró los siguientes (Van Lommel P. , 2012):

1. “La inefabilidad de la experiencia.
2. Un sentimiento de paz y sosiego; desaparición del dolor. Testimonio nº: 180.
3. La conciencia de estar muerto, a veces seguida de un sonido.
4. Una experiencia extracorpórea (EEC); desde una ubicación exterior a su cuerpo y flotando por encima de él, el sujeto es testigo de su propia reanimación u operación. Testimonio nº 173.
5. Un espacio oscuro, percibido como aterrador por sólo el 15% de los sujetos; los individuos son atraídos hacia un diminuto punto de luz en medio de la oscuridad, lo cual es descrito como:
 - Una sensación de túnel; son arrastrados velozmente hacia la luz.

“Durante una operación me sucedió que de repente yo iba por un túnel largo y cuando abrieron la puerta yo salí como una bala y entonces fue cuando empecé a abrir los ojos. Yo iba rodando. (...)

E: ¿Viste alguna otra cosa?

T: No, sólo un túnel como metálico, como que resbalaba y yo iba cayendo por ahí.

E: ¿tenía alguna dirección?

T: Sí, hacia abajo, hacia abajo, iba cayendo como si me hubiera echado y yo me fuera resbalando” Testimonio 195.

- Una ECM aterradora; entre el 1 y el 2% de las personas vagan en la oscuridad y viven su ECM como una experiencia aterradora (también conocida como infernal).

6. La percepción de un entorno sobrenatural, un paisaje deslumbrante de hermosos colores, bellas flores y, en ocasiones, también con música.

7. El encuentro y la comunicación con personas fallecidas, principalmente familiares. Testimonio nº 145 y 190 (Vídeo).

8. La visión de una luz brillante o de un ser de luz; el sentimiento de plena aceptación y amor incondicional, el acceso a un profundo conocimiento y sabiduría. Testimonio nº 180.

9. Una retrospectiva vital panorámica o resumen de la vida desde el nacimiento: la gente ve ante sí toda su existencia a fogonazos; no parece existir el tiempo ni la distancia, todo ocurre al mismo tiempo (los sujetos pueden hablar durante días sobre una retrospectiva vital que duró apenas unos minutos). Testimonio nº 145 y 189 (Vídeo).

10. La prognosis o flash forward: los individuos tienen la impresión de presenciar una parte de su vida que todavía está por venir; de nuevo, no existen el tiempo ni la distancia.

11. La percepción de una frontera: los sujetos son conscientes de que si sobrepasan esa frontera o límite nunca podrán regresar a su cuerpo.

12. El regreso consciente al cuerpo, acompañado de una gran decepción por haberles sido arrebatado algo tan hermoso”.

El Dr. Raymond Moody, en su libro *Vida después de la vida* (1975), extrae de sus entrevistas unas excepciones, que, aunque aparentes, no toma como reales, a la idea mayoritaria de que en un primer momento hay un deseo de volver al cuerpo y una vez alcanzado una profundidad en su experiencia, el deseo más intenso es el de quedarse. Estas excepciones cuentan el hecho de que algunas personas con cargas familiares desean volver para cuidar de ellos, otros para terminar alguna tarea pendiente. Hay quienes aseguran que Dios les permitió vivir como respuesta a sus peticiones o porque

tenía algún plan para ellos y en otras ocasiones creen que el amor o las oraciones de los otros le devolvían a la vida.

En cuanto a la forma de regresar el Dr. Moody afirma que, en algunos casos, han relatado haber vuelto por el mismo túnel que atravesaron al principio. Otros recuerdan haber sido atraídos por sus cuerpos y entrar de nuevo en ellos y otros perder de repente la consciencia y despertarse en la cama de un hospital, o donde hubiera tenido lugar la experiencia (Moody, 1975).

Inserto un extracto de una entrevista realizada a una médica, realizada años después de vivir su experiencia por el valor del contenido de la misma:

"(...) Desde los 10 años más o menos soy consciente de que tengo alguna que otra premonición, no siempre son buenas ni siempre son malas, hay de todo tipo y desde los 10 hasta los 15/16 años estuve soñando de forma intermitente algunas noches que tenía un accidente de tráfico en un coche rojo de alguien que conocía, que no era mío, en mi casa y mis amigos nadie tenía un coche rojo (...) y también con 10 años murió un familiar mío de forma traumática con 28 años (...). Y el día 9 de Julio de 1998, me iba a ir con una familia de vacaciones, ellos son 5 miembros en la familia, pero el marido y uno de los hijos tuvieron que irse en el autobús por una operación que había tenido el padre de familia y entonces nosotros íbamos, la madre conducía, y tres menores de edad. Dos de ellos eran sus hijos y los otros dos éramos externos a la familia. La idea era salir a las 10 de la mañana, pero entre unas cosas y otras eran las 11 de la mañana y recuerdo a mi padre que me decía: " se han olvidado de ti", y yo decía: " me da igual", y no porque no me quisiera ir de vacaciones sino porque tenía el presentimiento de que no llegaba a mi destino. Pero bueno dices, eso no se lo digo a nadie, no tiene sentido. Pero bueno, llegaron a las 12 y nos fuimos y súper buen rollo, todos cantando y demás, paramos a comer y una vez que salimos otra vez hacia la autopista fue cuando empezó todo. Yo recuerdo que estábamos comiendo pipas, estábamos cantando y no sé por qué miré a la ventana y me vi bocabajo y me vi con la sensación en la que me despertaba en el sueño que había pasado 5 años antes o durante 5 años antes. Fue una sensación tan extraña que me asusté, dije: "¿Estoy despierta, estoy dormida?", y en ese momento, lo recuerdo como si fuera ayer, yo estaba mirando por la ventana, yo estaba en la parte trasera a la derecha, miré a la conductora y en ese momento estaba pasando el accidente, el accidente fue varios volantazos y yo solo recuerdo el golpe en la zona por donde yo estaba y ya no recuerdo más. Después ya por sentido común y porque me lo cuentan sé cómo fue el resto del accidente que fue, estábamos en la derecha y nos fuimos a la izquierda ya con el coche bocabajo desplazándonos dos carriles de autopista y entonces nos quedamos en la mediana, durante todo ese tiempo, yo no sé cuánto tiempo duró, por física serían segundos y sin embargo en ...yo no estaba consciente o llamémoslo seminconsciente porque justo miré a la venta, justo miré al conductor y ya lo que vi fue un túnel con una luz muy muy brillante, cegadora incluso, con una sensación de bienestar en la que habían imágenes de mi infancia que obviamente yo no recordaba y que después se me olvidaron, pero eran todas imágenes muy agradables, y siempre estaba presente esa persona que murió con 28 años, 6 años antes, que era la que estaba al fondo de la luz, y evidentemente es una persona con la que yo tuve muy buena relación en vida, y era como mi yo que no era yo, digo que no era yo porque yo estaba como flotando viendo mi cuerpo en el coche y yo estaba como superior a mi cuerpo físico e iba corriendo hacia él. Digamos que esta persona era mi tío, yo era su niña pequeña entonces tuvimos una relación en vida muy muy buena. Yo era pues como su hija, y entonces él me paró

en seco y me dijo: " no, no, no, este no es tu sitio, vete de aquí", y justo con esas palabras pues digamos que yo fui una niña obediente y me di la vuelta y regresé a mi cuerpo. Justo después me desperté y estábamos bocabajo, en el vehículo estábamos cinco personas y ninguna de las 45 respondimos, o sea era como que había pasado algo más, pero nada fue un segundo y ya empezamos todos a hablarnos los unos a los otros y ya supimos que el resto estábamos vivos (...)". Testimonio nº 190

Posteriormente a esta clasificación de Moody otros investigadores relevantes establecieron sus sistematizaciones en referencia a estos elementos, ya que, existían diferencias en cuanto a la consideración por parte de los investigadores de lo que serían elementos propios de una ECM. Uno de ellos fue Kenneth Ring (1980), quien propone varias fases:

- Primera fase, es la afectiva; incluye sentimientos de paz absoluta, sosiego, rendición y beatitud, el fin del dolor. Está presente en el 60% de los casos.
- Segunda fase, abandono del cuerpo. 37% de los casos. Algunos sólo tienen la sensación de carecer de cuerpo y no sentir dolor alguno. Otros pueden ver su cuerpo inerte y su entorno desde una ubicación exterior y flotando sobre él. Se sienten desvinculados de su cuerpo y se perciben como plenos y transparentes y pueden ver y oír con claridad.
- Tercera fase, llegan a un entorno oscuro, por lo común lleno de paz, el 23% de los casos.
- Cuarta fase. El 16% de los casos. Algunos avanzan por un túnel hacia una luz extraordinariamente brillante pero no cegadora que irradia amor y aceptación incondicional.
- Quinta fase, 10% de los casos, acceso a una dimensión distinta, sobrenatural, de increíble belleza, en la que estas personas oyen una hermosa música y, en ocasiones se encuentran con familiares y/o amigos fallecidos. También se puede dar la retrospectiva vital y la prognosis.

El cardiólogo Michael Sabom (1982) identificó tres categorías.

- En la primer ECM autoscópica o extracorpórea, referida en el 53% de los casos. La persona experimenta la desvinculación de la mente respecto al cuerpo. Puede percibir su propia resucitación y su entorno. La comunicación con las personas vivas es imposible.

- La segunda categoría, referida por el 54% de los individuos que testimoniaban haber estado en un lugar vacío oscuro, acompañados de un sentimiento de paz, seguido de una luz brillante al final de un túnel y el establecimiento de una comunicación no verbal con familiares o amigos difuntos o una entidad espiritual, basada principalmente en la toma de decisión de regresar a su cuerpo o permanecer en ese lugar. También se recogen datos de la retrospección vital y la percepción de una frontera.

- La tercera categoría, incluyen los testimonios de personas que tuvieron una combinación de las dos anteriores categorías.

Por su parte, Bruce Greyson, redujo a cuatro los componentes de las ECM compuestos por un total de dieciséis elementos (Greyson B. , 1983), estos componentes son cognitivos, afectivos, paranormales y trascendentales.

- El componente cognitivo incluye perder la noción del tiempo, tener pensamientos acelerados, la retrospección y prognosis vitales y la posibilidad de conocimiento universal.

- El componente afectivo abarca sentimientos de paz, dicha y unidad con el cosmos, y la percepción de una luz brillante pero no cegadora.

- El componente paranormal, sentido de la vista u oído hiperagudizado, la experiencia consciente de sucesos remotos, premoniciones y visiones proféticas, y la experiencia extracorpórea.

- El componente trascendental, este componente implica viajar a un reino sobrenatural, encontrar o sentir un ente místico, ver a personas fallecidas o figuras religiosas y comunicarse con ellas y alcanzar una frontera.

Estos cuatro investigadores aportaron estas clasificaciones fruto de estudios prospectivos excepto Sabom, que en parte fue prospectivo.

El Dr. Jeffrey Long (2011) encuentra 12 elementos de EMT fruto de la investigación realizada en el seno de la NDERF.

Experiencia extracorpórea: La consciencia se separa del cuerpo físico. La persona tiene la sensación de trasladarse a una posición desde la que observa lo que está ocurriendo alrededor de su cuerpo e incluso en otros lugares, lejanos incluso en el espacio. (Moody, 2010). El 75,4% de los encuestados tuvo esta experiencia.

Agudización de los sentidos: Se tiene la sensación de una mayor conciencia y atención que en la vida cotidiana, pareciendo que todo es más real que cualquier otra cosa vivida hasta entonces. Ocurrido en el 74,4% de los casos.

Emociones o sentimientos intensos, positivos en general: Sentimientos de amor, felicidad, alegría, calma extremos. También se han tenido sentimientos de terror, pero en menor medida que los positivos. Experimentado por el 76% de los entrevistados.

Entrar o pasar por un túnel: Se tiene la sensación de entrar en un túnel, a menudo muy iluminado estrechándose a medida que se adentraba en él y aumentando su luminosidad según se acercaba a un único foco de luz. El 33% respondió que lo vivió.

Encuentro con una luz mística o brillante: Aparece una luz brillante al final del túnel que a veces ejerce un poder de atracción hacia la misma. Fue vista por el 64% de los encuestados.

Encuentro con otros seres, que pueden ser seres místicos, o parientes o amigos fallecidos: Hay casos en los que se encuentran con seres que les resultan familiares, pero no recuerdan haberlos conocido en vida, tiempo después pueden reconocerlos en fotografías pudiendo haber muerto incluso antes de que el individuo que ha vivido la ECM naciera. A veces reconocen a seres cuya edad no corresponde con la edad que tenían al morir, pero tienen plena certeza de quienes son. El 57,3% tuvo encuentro con seres ya fallecidos.

Sensación de alteración del tiempo o del espacio: Se tiene la sensación que el tiempo tal y como es conocido, es decir, lineal en el sentido del pasado, presente y futuro no existiera y ocurriera todo a la vez. Esta sensación fue experimentada por el 60,5% de los entrevistados.

Revisión vital: Revisión de los hechos de la persona durante su vida. Pueden ser fragmentos de la vida, sólo los más importantes o significativos, o panorámica, es decir, de toda la vida. La describen como una sucesión de imágenes que aparecen para algunos cronológicamente, y para otros, al mismo tiempo, pero todos relatan que ocurre a gran velocidad. Las emociones y sentimientos asociados a esos acontecimientos se vuelven a vivir de la misma forma. Algunos de los informantes cuentan que durante la revisión vital están acompañados de un ser luminoso cuya intención es que comprendan que lo importante es aprender a amar y adquirir conocimiento. (Moody, 1975). El 22,2% de los entrevistados experimentó este elemento.

Encuentro con planos ultraterrenos (“celestiales”): Se llega a un lugar que relatan como un lugar de paz, sereno, lleno de amor. Paisajes hermosos, de gran belleza y vivos colores. Algunos cuentan haber visto lo que parecía una ciudad luminosa o resplandeciente. El 40,6% visitó o vio una dimensión distinta.

Encuentro o aprendizaje de conocimientos especiales: Se tiene la sensación de poseer un conocimiento hasta antes inimaginable acerca del universo, de uno mismo y de los demás. El 56,6% dijo que tuvo una sensación de conocimiento especial.

Encuentro con un límite o barrera: Se llega a un punto en el que se tiene la sensación de no poder atravesarlo o que de hacerlo ya no podría volver. Se presenta de diferentes maneras, como, por ejemplo, niebla, una línea o una puerta. El 31% llegó hasta ese límite.

Regreso voluntario o involuntario al cuerpo: El regreso al cuerpo físico se produce de varias formas según las experiencias de los entrevistados. Hay quienes afirman que, llegado un momento, se les da la opción de volver y continuar con lo que la vida les tiene preparado o de continuar en cuyo caso no volverían a la vida física. El 58,5% estuvo consciente o participó en la decisión.

En una entrevista realizada en el contexto de la presente tesis se reflejan varios de estos elementos, aunque es una entrevista retrospectiva y no se sabe más de su situación previa salvo lo que comenta en la entrevista, la informante lo vive como algo real:

“(...) por el mes de diciembre me noto un bulto como una lentejilla en el pecho izquierdo (...) Entro a la operación, la operación realmente fue difícil (...) perdí mucha sangre (...), me preparan, me dan mi chute (...) yo no sé qué momento, yo sé que he entrado a un mundo nuevo, bueno, antes el túnel, la luz al fondo, y tú te proyectas sobre eso, es como si a ti te hubieran lanzado a eso pero sin violencia vamos, y al otro lado, yo llego y nada más entrar me dan una clave, una clave de cuatro números, y yo en ese momento que me dan la clave vi... me encuentro a mi madre, me encuentro a mi madre, pero, claro mi madre murió muy joven. Mi madre es joven, lleva una falda así, casi larga, y yo empiezo a hacerme pequeña, pequeña, y me cojo a la falda de mi madre, entonces mi madre me dice: " mira, te voy a enseñar esto", aquello era un mundo preciosísimo, de flores, de plantas, un bienestar... y yo ahí en todo ese tiempo que estoy con mi madre, yo se algo que después no he podido recordar. Aprendo algo que digo, "anda, esta es la clave de la vida, para vivir bien". Y tengo el concepto, lo que yo te podría decir, explicándolo en conceptos nuestros, de la eternidad, es decir, no existe el tiempo y el espacio. En ese mundo no existe el tiempo ni el espacio. Eso pasa, pasa tiempo, yo estoy muy a gusto con mi madre, yo ya no me veo... yo sigo con mi madre, pero ya no sé si soy más grande o pequeñas, yo pierdo.... Mi madre es la que me va diciendo, " mira, estamos aquí", por ejemplo, yo decía: "madre mía, si yo vivo en Murcia, ¿cómo puedo estar viendo a una persona que hace una cosa en Alicante? Entonces de ahí deduzco yo ... y digo: "¡ay, entiendo ahora lo que es el concepto de la eternidad", lo que se habla de eternidad, que no existe el tiempo ni el espacio, sino que tú estás o puedes

estar en todas partes. Bueno entiendo eso y aprendo algo, que es esencial para la vida, pero yo cuando me despierto no sé, no puedo recordar. Todo esto, el tiempo que pasara era muy plácido y el final de eso es que yo estoy metida con mi madre en una nave (...) como una avioneta pequeña, está mi madre a la izquierda, yo a la derecha, y mi madre se pone el cinturón, yo me voy a poner el cinturón, y me pongo y me mira mi madre de frente, yo ya no soy pequeña, ya estoy a la altura de mi madre, y me dice: "bueno hija, si te quieres quedar tienes que repetir la clave que te han dado, si no las repites te vas y si la repites te quedas". Y yo miro a mi madre y le digo: "madre, no me puedo quedar. Porque yo en ese momento pienso en personas, en lo que estaba haciendo, en mi proyecto, en todo ese lío y yo la miro y le digo: "madre, no me puedo quedar", y en ese momento, en ese mismo momento, dejo de ver a mi madre y empiezo a percibir a los enfermeros, a los médicos. Y como yo había aprendido algo que era esencial para la vida y no lo podía recordar, pues cuando llegó el momento en que tenían que empezar, bueno yo estuve en peligro de muerte, me tuvieron en reanimación mucho tiempo, me pusieron mucha sangre porque la tensión no había manera de subírmela (...)" Testimonio nº 181.

4.1.5. EXPERIENCIAS ANGUSTIOSAS O DESAGRADABLES.

La mayoría de los testimonios recogidos sobre las ECM han sido positivos y agradables, pero no siempre es así. Las personas que han tenido este tipo de experiencias tienden a olvidarlo (Ellwood, 2001; Grey, 1987) ya que puede ser muy desagradables e incluso traumáticas (Sartori P. , 2008). A estas experiencias se las ha llamado de muchas formas; Ring las define como negativas, infernales, invertidas ("inverted"), Rommer las define como menos-que-positivas ("less-than-positive"), dolorosas por Ellwood y angustiosas o desagradables ("distressing") por Greyson y Bush (Fernandez-Palacio, 2013). Para Nancy Bush (2009): *"el término ECMs desagradables indica la categoría de experiencias dominadas por emociones perturbadoras"*. Por su parte Rommer, define este tipo de ECMs como: *"Una experiencia menos-que-positiva (less-than-positive) es aquella que el experimentador interpreta en parte o en su totalidad como aterradora, porque ésta provoca sentimientos de terror, desesperación, culpa, y/o abrumadora soledad"* (Rommer, 2000).

El profesor Christopher Bache cree que estas ECM ocurren porque la persona accede a los niveles más profundos del inconsciente colectivo (Bache, 2000), aunque la Dra. Sartori sugiere que es necesario investigar más acerca de este tema antes de confirmar estas conclusiones (Sartori P. , 2015).

La autora Nancy Bush enfatiza la falta de atención que se le ha dado a los aspectos "siniestros" de la espiritualidad y piensa que las creencias culturales y religiosas pueden influir en estas experiencias (Bush, 2012).

El hecho de que ocurran tanto negativas como positivas y el porqué, o por qué a unas personas les ocurre y a otras, en parecidas circunstancias no, no es una cuestión que se haya descifrado por el momento, si bien es cierto que, según las investigaciones, estas experiencias negativas o angustiosas ocurren con menor frecuencia.

Las estadísticas muestran diversos porcentajes, quizás debido a que los investigadores utilizaron metodologías diferentes. Investigaciones prospectivas pueden dar resultados más clarificadores en este sentido. Atwater (1992) encontró que de un total de 700 ECMs, 105 eran perturbadoras, es decir alrededor del 15%. La Dra. Rommer (2000) descubrió un 18% de ECM negativas de un total de 300.

La doctora británica Margot Grey cifró en cinco las ECM aterradoras y una infernal de un total de 41 ECM estudiadas. Grey afirma que las ECM angustiosas tienen una serie de componentes (Grey, 1987), como son el miedo y sensación de pánico, experiencia extracorpórea, entrada a un abismo oscuro, percepción de una fuerza maligna, llegada a un lugar semejante al infierno.

Greyson y Bush (1992) clasificaron las ECM negativas como:

- ECM prototípica, pero perturbadora.
- Experiencia de vacío, la persona cree estar en la nada oscura y eterna.
- Infernal, donde la persona cree que está en el infierno o encuentra demonios que quieren arrastrarla al infierno (Sartori P. , 2015).

demonios que quieren arrastrarla al infierno (Sartori P. , 2015).

A estas tres categorías aportadas por Greyson y Bush, la doctora Rommer añadió una cuarta, donde la persona que lo experimenta vive un inquietante repaso a su vida que es juzgado por un poder superior (Rommer, 2000), pero que tenía efectos positivos y renovadores y conseguía que la persona fuera menos dura en sus juicios y sintiera más amor por la vida y sentido moral, es decir que el efecto positivo puede surgir a largo plazo si el *experimentador* reevalúa la forma en la que vive su vida. De hecho, se han encontrado casos en los que las ECM angustiosas se han convertido en agradables después de que las personas que las vivieron pudieron relajarse y revisaron la experiencia (Greyson y Bush, 1992; Ring K., 1986; Storm, 2000; Bonenfant, 2004). Según apunta la Doctora Grey (1987), quienes han informado de una experiencia infernal la entendieron como un aviso para cambiar su actitud hacia los demás.

Algunos de los elementos desagradables de los testimonios recogidos en la encuesta Gallup se caracterizaban por (Gallup, G., and Proctor, W., 1982): Ausencia de

rasgos distintivos, algunas veces faciales; seres que tan solo están presentes, pero son inquietantes; sensación de malestar, especialmente mental o emocional; confusión ante la experiencia; sentirse engañado y de ser llevado hacia la destrucción; miedo a lo que la muerte puede implicar. Como bien apuntan los autores, estos testimonios desagradables no son tan terroríficos como las descripciones del infierno, pero no dejan de causar sensaciones desagradables.

Gracia Fay Ellwood (2001) distingue dos tipos de seres que suelen aparecer en las ECMs desagradables:

- Seres necesitados. Infelices, enfermizos atados o esclavizados a algo, incapaces de liberarse a sí mismos. Pueden tener diversos rasgos: Pérdida de identidad, seres confusos, que han perdido su identidad; Adictos, seres que poseen alguna adicción a algo o alguien del mundo físico; Lugares encantados, espíritus que encantan, en el sentido tradicional, algún lugar.

- Seres amenazantes. Pueden adoptar las formas de bestias, monstruos o humanoides grotescos.

A veces se dan sentimientos de tristeza durante la ECM cuando se piensa en las personas que se dejan atrás, normalmente los familiares (Sabom M. , 1982). Rommer apuntaba que las revisiones vitales desagradables suelen tener un carácter de juicio; el experimentador se siente juzgado; ella encontró que solamente en las ECMs desagradables ocurría que el experimentador se sintiera juzgado por otro ser, al contrario de lo que ocurriría en las ECMs agradables, en las que el experimentador puede juzgarse a sí mismo, pero no por otro ser (Rommer, 2000).

Hay ECMs donde se entremezclan momentos agradables con desagradables. Puede comenzar de una manera y terminar de otra, o que la experiencia en su totalidad sea mayoritariamente agradable, aunque puede contener elementos desagradables; o incluso muchas partes agradables y desagradables a lo largo de toda la ECM (Fernandez-Palacio, 2013). Por otra parte, hay testimonios de ECMs que muestran contenidos extraños o diferentes a los testimonios que tienen contenidos más estereotípicos. En base a esto se las puede calificar como raras o extrañas, como por ejemplo poseer un doble cuerpo (Ring K. , 1980) o haber sido un pájaro durante la ECM (Rommer, 2000).

4.1.6. EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA (EFV)

La medicina nos dice que cuando el corazón deja de latir, el cerebro deja de ser nutrido comienza a decaer, a destruirse y el ser humano deja de existir. ¿Sería la existencia de los seres vivos finita y con fecha de caducidad? ¿Es dependiente la existencia, de la vida física? ¿Estaría la conciencia limitada y ubicada en un cerebro sin posibilidad de trascender? Los estudios realizados con personas moribundas comienzan a demostrar lo contrario. En los últimos días o momentos de vida de una persona, a menudo ocurre una serie de experiencias muy asociadas a este proceso, y que de alguna forma ayudan tanto al moribundo, como a los acompañantes a afrontar mejor esta situación que sobreviene, es decir, estas experiencias muy similares a las de las ECM, podrían considerarse como preparación para el acontecimiento que está próximo a suceder. El Dr. Moody aseguraba en una entrevista que *“en los pacientes terminales la mejor manera de describir lo que ocurre es que su conciencia se expande, no se trata de una conciencia ordinaria. Adquieren una mayor amplitud de lo que sienten y lo que ven”* (Anexo 3).

Según apuntaban Osis y Haraldsson (1977:99) las condiciones médicas como la fiebre alta, la medicación o el mal funcionamiento cerebral no afectan a las visiones en el lecho de muerte, sino que incluso las disminuyen.

Un ejemplo de estas experiencias fue relatado por parte de la sobrina de una señora que pasó sus últimos años de vida en una residencia de ancianos y vivenció varios de los elementos que se detallan a continuación:

“A sus 94 años permanecía lúcida y serena, aunque muy mermada en sus facultades físicas debido a los lógicos problemas de la edad (...)

De repente, de estar en una situación aparentemente estable durante más de 5 años, bien atendida y llevándolo todo con sosiego, aunque con mucho aburrimiento según ella misma confesaba, una noche comenzó a llamar a su madre (obviamente, ésta había muerto hacía muchos años, concretamente en 1971).

Sorprendidas, las auxiliares de la residencia acudieron a ver qué le ocurría, pues los gritos que daba eran inusuales. Al momento, se despertó y reaccionó, calmándose y volviéndose a dormir, pero al cabo de un rato, comenzó a llamar a gritos de nuevo a su madre. (...)

Aunque habitualmente iba a verla una vez por semana, en esta ocasión me personé inmediatamente. Mi tía estaba cuerda y razonaba bien cuando hablé con ella. Mantuvimos una conversación coherente, se comió uno de los flanes y chucherías que le había llevado, y me marché, pero aquella noche volvió a las andadas.

Regresé de nuevo a visitarla, y encontré que el médico había decidido darle un ansiolítico suave con cierta periodicidad para que estuviese más tranquila. Según me comentó, los análisis que le había hecho daban unos parámetros de principio de deshidratación, pero aparte de eso, todos los demás eran normales. A mí aquello me sonó muy extraño y comencé a temerme lo peor.

De estar perfectamente cuerda y llevando conversaciones coherentes, pasé a encontrármela en la cama al día siguiente, sin quererse levantar y llamando a su madre a todas horas. Ya no lo hacía sólo por la noche, sino también durante el día. Además, en la habitación percibí un ambiente extraño, muy denso y cargado a pesar de que la ventana estaba ligeramente entreabierta. Era una sensación extraña, como si algo quisiera adherirse a mi cuerpo y mis brazos. Una de las veces que mi tía comenzó a gritar, le pregunté: << ¿Por qué llamas tanto a la abuela? ¿No sabes dónde está?>> Y con los ojos entrecerrados, porque iba muy sedada, me contestó: << ¡Claro! En el cementerio>>.

Me quedé perpleja. ¿Por qué llamaba tanto a su madre si era consciente de que estaba muerta? Para que se mantuviese más tranquila, yo me sentaba cerca de la cama y le cogía la mano, pero ella no cejaba en su empeño de llamar a su madre: ¡Mamá! ¡Mamaaaaá!

En un momento dado, y ante la excitación de todo el personal de la planta, al que se advertía sumamente nervioso, reprendí ligeramente a mi tía.

<< ¡Que no llames tanto a tu madre! ¡Que ella no está aquí! Estoy yo contigo y no te pasará nada, no te preocupes, pero no llames tanto a la abuela. ¿Por qué lo haces?>>

<< Pues porque está aquí. ¿Qué no la ves?>> - me contestó.

Obviamente, me puse en guardia. Yo no podía ver a mi abuela, pero evidentemente mi tía sí. Miré en derredor de la habitación tratando de que mis ojos percibiesen algo, quizá aquello que sentía que me ahogaba, pero me resultó imposible. Y mi tía siguió con su cantinela desesperando a todo el personal.

Al día siguiente, el médico ordenó su traslado a otro módulo donde apenas había habitaciones ocupadas, pues los residentes se estaban quejando cada vez más. (...)

Era una habitación algo angosta y calurosa para la época del año, pues estábamos a mediados de marzo, pero aquello era lo de menos dado que mi tía caía en picado conforme avanzaban las horas. Comenzó a respirar mal y tuvieron que ponerle oxígeno. Ya no comía ni bebía, y hubo que inyectarle suero para evitar esa deshidratación incipiente y para alimentarla. La caída era brutal, aunque tal vez lógica en una persona de esa edad, tal como nos consoló el ATS de planta.

La primera noche que estuvo en esa habitación permanecimos con ella un buen rato. Lo curioso fue que ya no llamaba a su madre muerta, sino a Pepe, un cuñado y marido de una de sus hermanas. Pepe había fallecido hacía 8 años, y supusimos que era a él a quien llamaba. Yo le pregunté: << Ahora ya no llamas a la abuela. ¿Está Pepe aquí?>>. << Si, a los pies de la cama. ¿Tampoco a él lo ves?>> - me contestó entre dientes.

Obviamente yo no lo veía, pero intuía que sí estaba allí. La atmósfera emanaba un algo especial. Mi pareja y yo nos miramos, comprendiendo que a mi tía le quedaban pocas horas de vida.

Nos marchamos muy compungidos a casa esa noche. Mi tía se quedaba vigilada, pero a mí me corroía por dentro no estar más tiempo con ella. Nada más llegar a casa nos llamaron de la residencia que estaba agonizando. Subimos rápidamente de nuevo, y llegamos en el momento en que estaba dando sus últimos suspiros. Había un olor muy suave en la habitación, a pesar de que minutos antes y cuando nos habíamos ido, el aire estaba algo cargado y olía a medicamentos.

Mi tía cambió el semblante de dolor que tenía antes, y sonrió levemente. Yo miré hacia el techo de la habitación y hacia los pies de su cama, y les pedí que se la llevaran de la mejor forma para ella. Y expiró. Un olor limpio y como a flores flotaba en la habitación, y hasta las auxiliares que entraron se sorprendieron de ello.

La pena nos afligió mucho y nos echamos a llorar. Le toqué la cara y le dije adiós. Supe que había dejado de sufrir, y no me cupo la menor duda de que, varios días antes, algunos de sus seres queridos habían venido a buscarla para ayudarla en su transición al otro plano". Testimonio 50 VLM.

Hay testimonios del personal sanitario que cuenta sus experiencias con personas que están próximas a morir. En estos casos, parece que hay quienes, a pesar de que la sintomatología no era muy alarmante ellos saben, tienen el convencimiento de que van a morir:

"Hace unos 20 años, una paciente de sesenta y tantos años, setenta, con una patología bastante importante, pero tú la veías y físicamente la mujer bien, normal, entró andando por su propio pie. La vio el médico de la puerta de urgencias y dijo: "bueno vamos a pasarla a observación porque todavía no sé, estamos pendientes de las pruebas", era un intervalo de espacio desde donde está el despacho del médico hasta las camas estaba a 10-15 metros porque la ubicación era muy reducida. La pasamos a las camas de observación, monitorizada, tuvo una parada esa noche y no pudimos sacarla de la parada, pero la mujer sabía que esa noche moría, decía: "Yo de esta noche no paso", lo dijo con total convencimiento. Claro a mí me sorprendió, dije: "mujer, todos nos moriremos, pero no creo que sea hoy", porque no alarmaba de muerte para nada, una mujer que te dice eso, que va andando, que habla normalmente, que no tiene dolor, que no tiene una sintomatología muy alarmante..." Testimonio nº: 170, relatado por el enfermero que atendió a la paciente.

Brayne y Fenwick (2008) distinguen dos categorías de Experiencias al Final de la Vida (EFV): Transpersonales y con significado final.

Las EFV transpersonales suelen ser relatados tanto por los cuidadores (familiares o no) como por los trabajadores de la salud (médicos, enfermeros o auxiliares que han estado presentes en los últimos días o momentos de vida de los pacientes moribundos). Estas experiencias se dividen en cuatro tipos (Fenwick F. , 2015):

1- **Visiones en el lecho de muerte:**

Los acompañantes ven que los pacientes tienen conversaciones con familiares ya fallecidos y les ayudan en el proceso de la muerte. Por lo general, los pacientes que informan de encuentros con familiares fallecidos, amigos o mascotas que vienen a su encuentro con el objetivo de recogerles, mueren dentro de dos a cinco días posteriores a la aparición de este tipo de visiones (Osis y Haraldsson, 1977; Fenwick et al, 2009). Una característica común (Fenwick y Fenwick, 2015) es que estas visiones aparecen cuando el sujeto tiene la mente clara o sólo moderadamente afectada. Según William Barrett (1926) estas visiones *"tenían lugar mientras daban muestras de tener una mente clara por lo que era imposible atribuir las mismas a las alucinaciones"*.

"La experiencia última, bueno la que a mí me marcó fue un viernes, lo llevaron al hospital sábado por la mañana y viernes por la noche fue cuando llegué a casa del trabajo y estaba muy aturdido, cerraba mucho los ojos, estaba como muy cansado (...). Entonces me senté al lado de él, él estaba como dormido y yo lo estaba tocando, le tocaba la mano y de repente abrió los ojos y como que se dio un susto, se asustó, entonces le dije: ¿papá qué pasa?, ¿quieres algo? Y dijo: "No, no es que están todos aquí" y yo pregunté: "¿quién?", "Mis hermanos, han venido", dice "Es que quieren que me vaya con ellos, pero yo no quiero irme, me quiero quedar con vosotros". Entonces le dije: "bueno tú tranquilo que yo estoy aquí contigo, tú ahora estás conmigo, tranquilo". Y volvió a cerrar los ojos y estaba como muy cansado, esa noche ya no comió y a la mañana siguiente estaba peor.

E: ¿Estaba en su casa?

P: Estaba en su casa. Por la mañana llamó la familia, "vente, está peor, no se puede levantar de la cama", cuando yo llegué estaba en la cama, estaba desnudo, él no quería que yo lo viera desnudo nunca, pero no hizo ningún gesto de taparse ni nada, entonces me senté al lado de él. "¿Qué te ocurre?" (le pregunta la entrevistada). "Estoy muy cansado, es que estoy muy cansado" (el enfermo). Vino el servicio de urgencias y después de reconocerlo tuvieron que llevárselo.

E: ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado?

P: Ingresó sábado por la mañana y lunes de madrugada a martes murió" (...) Testimonio nº 191 Video.

"La noche anterior a morir, estando sedado, abrió los ojos con sorpresa y dijo el nombre de su madre. Mi hermana murió cuatro meses antes. Un mes antes de morir mi padre, éste se levantó una mañana llorando y con mucho frío, me dijo: ha venido tu hermana y dice que está muy bien. Debo decir que mi padre no habló nunca ni de Dios ni cosas religiosas, era un hombre que pasó su vida trabajando en el campo, incluso noches solo, pues vigilaba las aguas de regadío, o sea, que lo creí porque a él no le interesaba el tema." Grupo ECM¹⁵.

"F: Una tía mía, una hermana suya, que murió hace unos 7 años más o menos, que murió también de cáncer, entonces pues, dijo: ¿Ha venido mi G?, ¿Está aquí mi G?, lo ha dicho varias veces pero sobre todo aquella vez fue así: ¿Ha venido Mi G?, R: "No, mamá, no ha venido, la tita no ha venido" y dice: "¿Cómo que no, si está ahí?", señalando al lado donde yo estaba, "no, no, no ha venido"(hija), y dice: " ah, es verdad, es que ha venido a recogerme, a que me vaya con ella, me está esperando".

E: ¿Ella ha mantenido alguna "conversación" con su hermana?

F: Sí, sí, yo a lo mejor entro a la habitación y está hablando: " Pues sí G...", o lo mejor con dos tíos míos que también están muertos, "Pue sí", es como si estuviera hablando con ellos.

E: ¿Usted le ha oído hablar con ellos, la conversación?

F: Sí, pero habla como una cosa normal, como si fuera que estuvieran ahí al lado de ella. Y lo que dijo en el caso de mi tía es que había venido a por ella, que se tenía que ir con ella; los otros como si estuvieran aquí al lado de ella, y preguntándoles que qué hacen... una conversación así más...

E: Y cuando usted entraba, ¿cuál era su reacción?

F: Era como si estuviera en ese momento durmiendo y de repente me mirara "Ah, ¿Qué?, estaba durmiendo, me he despertado", como si no hubiera estado en ese momento consciente.

E: ¿Pero estaba consciente?

F: Sí, vamos los ojos los tenía abiertos y era como mirando a un punto, y a lo mejor mira hacia la ventana y se pone a hablar. Y yo es que no sé si interrumpirla o dejarla... porque me ha pasado alguna vez que estando yo en la habitación se ha puesto a hablar y entonces al rato, a lo mejor se calla y me dice que se ha despertado (...) Testimonio nº 175.

¹⁵ Los testimonios denominados *Grupo ECM* provienen de los comentarios que hacen los miembros del Grupo de Facebook *Experiencias cercanas a la Muerte* ante las preguntas planteadas.

Algunos de los relatos que he podido recoger nos hablaban de que el paciente experimentaba momentos de lucidez durante los cuales saludaban a “visitantes” que aseguraban venían a recogerle.

“La tía de una buena amiga, estaba enferma, y le dijo en un día de visita al geriátrico: han venido tus padres a por mí (ya fallecidos) y están muy bien. Diles a todos que mañana me voy con ellos, que estoy muy feliz y me voy tranquila y contenta. Y así fue, al día siguiente murió.”

Grupo ECM.

Hablando de su padre que era ateo “(...)Lo que sí dijo la última semana era que su madre le había dicho que lo quería mucho: “me siento tan querido por mi madre, me lo acaba de decir, y por la abuela (ambas ya fallecidas)”, la abuela era su suegra, mi abuela, yo me había criado con ella, “me han dicho que me quieren tanto”, como si hubiera hablado con ellas: “es que me siento tan querido”, esas fueron sus palabras (...) y una paz, se murió con una sonrisa, le dio una especie de roquerilla, así y fue mi marido, pero sin ponerse colorado ni agitado y entonces mi marido hizo así y le cerró los ojcos” Testimonio nº 172 a.

“Esta historia real me sucedió en el servicio de observación del hospital, es algo complicado de explicar y se presta a mil interpretaciones, pero no deja de ser insólito y curioso el suceso:

Una señora de mediana edad ingresa por una infección respiratoria no calificada como grave de las que se dan mucho en los hospitales y se tratan con éxito. Esta mujer tras realizarse sus pruebas y ver que todas se ajustaban a la normalidad y realmente se hacen muchas estaba pendiente de su alta tras administrársele su tratamiento. El estado de esta mujer era completamente dentro de los parámetros normales para lo que es una infección leve. En un momento el médico de urgencias y yo nos acercamos a ella y le comunicamos la normalidad de sus pruebas y que su tratamiento había sido efectivo. La mujer estaba completamente normal y le dijimos que se iba a casa. Ella nos miró y se sonrió y nos dijo: si ya lo sé, sé que me voy pues han venido a visitarme mi hermana y mi madre para decírmelo. En un momento pensamos que ciertamente sus familiares se encontraban en la sala de espera, llamamos y no acudió nadie sorprendentemente desde nuestro puesto la observamos que hablaba con alguien que no estaba allí puesto que esta mujer estaba sola. Me acerque a su cama y le pregunte con quien hablaba y me respondió: tú no puedes verlas niña, pero es mi madre que está aquí. Pensé que quizás deliraba y le puse el termómetro sin que hubiese evidencias de fiebre ni nada anormal. La señora siguió hablando como si nada con algo o alguien, no entendíamos qué ocurría y se decidió no dar alta por esa actitud. En un rato me avisó y me dijo mira R. me tengo que marchar, ya es la hora de irme a casa a lo que yo respondí: sí no se preocupe le están realizando el alta y cuando este todo solucionado se irá. Al volver al puesto de enfermería en la telemetría vimos que esa señora hizo una parada cardiorrespiratoria inexplicable y a pesar de todos los esfuerzos falleció. Quedamos sin respiración ya que cuando acudió a traer los documentos un sobrino nos comentó

ante lo que le contamos que su madre falleció joven y su hermana en un accidente hacia años”, Grupo ECM.

“Yo me acuerdo del padre de una amiga mía, él murió en la Arrixaca, y ella tenía un hermano que había muerto hacía pocos años y la noche antes de morir dice que, el padre estaba mal, inconsciente, y que de repente se sienta en la cama y dice: “hija que me voy”, y la hija: “Papá, ¿cómo que te vas?, sí está aquí tu hermano A, ¿cómo que está aquí A? (la amiga), el padre: “Sí, me está aquí esperando”, y ella dice que sí notó algo, y esa misma noche murió. Pero es que él, estaba sedado y en ese momento se sentó en la cama, yo cada vez que me acuerdo...” (..) Testimonio nº 175.

2- Cambios físicos:

Ver la luz en todo el cuerpo justo antes de la muerte o ver algo semejante al vapor o neblina saliendo de su cuerpo en el momento de la muerte;

“Cuando estábamos con mi madre en el hospital mi hermana y yo, una a cada lado de la cama, vimos las tres, mi madre también una inmensa luz muy blanca, la vi desde el pecho hasta por encima de la cabeza de mi madre, tan intensa que cegaba y no podía verla a través de ella. La vimos las tres y nunca olvidare la cara de asombro que puso mi madre, sin hablar preguntaba con la mirada si la habíamos visto o qué era, cambiamos a otra cosa y no hablamos con ella de esto, fue impresionante” Grupo ECM.

“percibo un olor como si fuesen miles de flores juntas de diferentes clases muy fino el olor al poco fallecen me pasa desde que falleció mi abuelo paterno me crie con ellos”, Grupo ECM.

Un cambio en la temperatura de la habitación del paciente moribundo;

“se siente mucho frio yo lo he sentido.” Grupo ECM.

El mal funcionamiento de los equipos eléctricos, detención de relojes en el momento de la muerte, suenan los teléfonos o tañen las campanas en el momento de la muerte;

“cuando se murió mi padre se pararon varios relojes en mi casa y marcaban la hora que murió.” Grupo ECM.

“Hubo una bajada enorme de la luz.” Grupo ECM.

“El reloj de mi padre se paró justo a las 6 de la mañana cuando murió”, Grupo ECM.

Actividad inusual de los animales especialmente los que conviven con el moribundo:

“Mi padre estaba en la uci por una complicación del cáncer que padecía. Estaba yo en su casa durmiendo con mi madre y sobre la 1 de la madrugada la perrita empezó a aullar como nunca lo había hecho, la verdad es que nos asustó. Esa misma madrugada a las 4'15 hrs nos llamaron del hospital para que fuéramos porque mi padre había empeorado y entrado en coma. A la mañana siguiente falleció a las 10. Creo que la perrita lo presintió”, Grupo ECM.

“La noche que murió mi padre mi perro no paraba de llorar, y murió en su casa.” Grupo ECM.

“Puedo contarte querida Cristina, que en la época que falleció un hermano mío, teníamos una mascota en casa y que sobre la hora que el falleció estaba muy nervioso y a la hora que el falleció empezó a aullar. Ese aullido que decimos nosotros que llaman a difunto, y estuvo bastante tiempo con ese aullido como de dolor de llanto, y cuando paso un rato ya se calló, la verdad que como hace muchos años no recuerdo bien el tiempo que estuvo aullando, esos lloros que tienen ellos de pena o dolor. Te diré que mi hermano no se encontraba en la casa, si no que, en el hospital, pero coincidió la hora de su fallecimiento con los aullidos de dolor del animal”. Grupo ECM.

“Cuando mi suegra murió los perros de mi cuñado siempre lo recibían al llegar a casa ladrando. Esa noche al entrar él estaban los dos llorando y viven lejos de donde murió ella...lo percibieron” Grupo ECM.

3- **Coincidencias en el lecho de muerte:**

La aparición de la persona moribunda a un familiar que no está presente en el lecho de muerte; generalmente es experimentada por un allegado del moribundo. Suele ocurrir que la persona moribunda va a contactar con su familiar o allegado justo en el momento de la muerte, sin que la otra persona tenga, en muchas ocasiones, conocimiento del deterioro físico de la persona que está falleciendo en el momento en el que se produce el contacto.

“mi marido estaba en el hospital muy enfermo pero a mi madre se lo ocultaba porque esta delicada de salud y cuando la llame por la mañana antes de que le dijese nada llorando me dijo <<ya sé que Miguel se ha muerto porque hace un rato ha venido a despedirse de mí, me ha tocado los pies y he sentido su cariño>>, mi marido tenía soriasis en las manos y mi madre dijo que sabía que era él porque conocía el tacto de sus manos .No sé si esto te servirá de algo, yo antes era muy escéptica pero desde que leo sobre estos temas cada vez me interesan más, ojalá algún día me ocurriese algo así”. Testimonio 51 EFV

Aunque no este caso no ocurre en el momento de la muerte, es significativo el tiempo de los tres días, que ocurre también en las visiones en el lecho de muerte que tienen los pacientes antes de fallecer:

“Mi suegra tenía Alzheimer durante 16 años, había adelgazado mucho hasta quedar en 37 kg. La vecina me cuenta después de morir que tres días antes de esto llamaron a la puerta y era mi suegra, vestida, arreglada, con su ropa de siempre que le decía que se iba, que se tenía

que ir y que iba a despedirse. Se quedó extrañada porque sabía que estaba enferma con Alzheimer y sin un lenguaje lógico. A los tres días murió" Testimonio 176.

4- Sueños:

Los sueños pueden tener un significado profundo para el moribundo. Algunos informan de tener sueños vívidos con familiares ya fallecidos (Brayne et al, 2006). Por lo general son tranquilizadores y ayudan a la persona a hacer frente a los problemas no resueltos antes de morir, como una repentina necesidad de reconciliación con algunos aspectos o situaciones de su vida.

"Una familiar mía, el día anterior de morir soñó que su hermano (ya fallecido) aparecía en la puerta de ella diciéndole que se fuera con él y cuando ella se acercaba él desaparecía..."
Grupo ECM.

Hay otras manifestaciones físicas muy comunes (Fenwick y Fenwick, 2015) donde estos contactos toman una forma física como olor a flores, luces que se encienden y apagan en el lugar donde acaba de fallecer alguien, cuadros que se caen, golpes secos en el mismo momento en el que alguien allegado muere,

"Mi mujer va al hospital a ver a su amiga, la habían internado nuevamente, ella llega al hospital como a las 18h, yo le preparo la cena a nuestros hijos y los acuesto. Estando ya en mi habitación como a las 20h escucho un fuerte golpe, tomo mi teléfono móvil y le digo a mi mujer tu amiga falleció y me contesta que sí y que la había visto morir... No sé por qué ni cómo, pero lo sabía", Grupo ECM.

"Mi abuelo cuando murió volvió a despedirse de mi abuela, después del entierro mi abuela llegó a casa y notó un olor a rosas y mi abuelo estaba sentado en su sillón y sólo le dijo, adiós T y el olor desapareció y con él mi abuelo", Grupo de ECM.

Hay casos en los cuales la experiencia de una persona en torno a la persona moribunda es compartida por otra, o las experiencias son percibidas por otros independientemente del testimonio de la persona moribunda

Muchos investigadores han recogido testimonios de ECM donde los experimentadores aseguraban escuchar música (Ring, 1980; Grey, 1985). En el estudio de Peter y Elisabeth Fenwick (1995), se dice haber escuchado música durante las ECMs en buena parte de los testimonios caracterizada por ser muy hermosa, armoniosa, como celestial.

Autores como Bozzano (1923; 1943/1982) y Scott Rogo (1970; 1972), también recopilaron casos interesantes de música que era escuchada en el lugar donde se encontraba la persona próxima a morir. Uno de estos casos recopilados era el de la

familia una niña llamada Lilly que murió; escucharon ese tipo de música desde tres días antes de que la niña falleciera hasta el mismo día de su muerte: “Notas impetuosas de un arpa eólica, que claramente aumentaba y disminuía, y que aumentaba gradualmente, hasta que el cuarto se llenó de sonido...” (Gurney, Myers, & Podmore, 1886).

Es posible encontrar entre los testimonios aquellas experiencias de personas que manifiestan tener síntomas físicos en la mayoría de las veces inexplicables (Fenwick y Fenwick, 2015) durante un corto período de tiempo y que coinciden con el momento de la muerte de un allegado, que, además, presentó esos mismos síntomas.

“Una tarde de septiembre de 2014, sobre las 19:00 h me disponía a entrar a un centro comercial, había aparcado y me dirigía a la puerta de acceso cuando de repente sentí un profundo dolor en el pecho, tuve que pararme un momento porque era un dolor muy profundo que se desvaneció en cuestión de segundos. Después de terminar de hacer la compra fui a mi casa, a los pocos minutos mi hermana me llamó para decirme que mi tío, que hacía un mes había sido trasplantado de corazón había muerto escasamente una hora antes”, Testimonio 209 b.

“Mi esposo falleció en un accidente de moto. El día y la hora que falleció mi bebe despertó llorando y no podíamos callarla y aun no sabíamos que mi marido había muerto, pero después nos dimos cuenta que fue a la misma hora en la que ocurrió el accidente”, Grupo ECM.

“La paciente es ingresada por angina de pecho el día siguiente a la muerte de su hermana.

P: Mi hijo dice que su hija, a las 3 de la mañana empezó a llorar.

E: La niña ¿qué edad tiene?

P: 3 años. Y empezó a llorar, a llorar y mi hijo le dijo A ¿qué te pasa? La niña: ¡la tita, la tita que ha venido a verme, (es como llamaba a mi hermana), la tita ha venido a verme!, y llorando, a la misma hora que mi hermana falleció. Qué cosas más raras ¿no? Pasan cosas raras. Ayer me dijo me hijo: " mamá es que nos dejó...". Porque estaba con ella... porque tengo 11 nietos, pero esta como está malica... siempre estaba (mi hermana): " ay, que no voy a ver a A, ya no la voy a ver", ella estaba que ya no podía hablar (...)" Testimonio nº 44.

Las EFV con significado final se refieren a la motivación del paciente para resolver los asuntos pendientes y mejorar las relaciones familiares complejas. A veces los pacientes moribundos tienen un momento de lucidez repentina después de estar en estado de coma o demencia, que les permite comunicarse o despedirse de sus familiares, lo que culturalmente se conoce como *La mejoría de la muerte*. Tanto en las EMT como en las EFV el lugar en el que se adentra el paciente es de una realidad absoluta. En las EFV las dos realidades coexisten y lo espectacular del caso es que no muestran confusión, sino que comprenden de manera sorprendente que sea la única persona capaz de ver esta otra realidad y según Fenwick y Fenwick (2015), mantienen

su conciencia social y pueden llevar conversaciones separadas presentando a ambos grupos y diferenciando perfectamente los mismos.

También hay testimonios no menos interesantes de personas que en sus últimos momentos de vida han podido atrasar su muerte a la espera de que llegara un familiar o pudieran despedirse, recopiló algunos de ellos:

“Mi padre tenía un cáncer avanzado cuyos síntomas se habían presentado solo tres meses antes. Fue operado y el cirujano apreció que estaba tan extendido que no podía hacer nada, y volvió a cerrar sin más. Para llegar a su lado tuve que dejar a mi mujer embarazada con amenaza de aborto, a un hijo chico, a sortear dificultades en el trabajo, y viajar más de 11.000 kilómetros. Mi único hermano recorrió 1.600 kilómetros, en coche, y ya estaba allí. Llegue junto a él, y en menos de 24 horas se fue en paz...” Grupo ECM.

“Mi abuela aguantó a que viniera mi padre y cuando lo escucho soltó el último suspiro. Y mi abuelo por parte de madre también esperando a ver el último hijo, se despidió con sus dos manos moviéndolas entre cruzadas antes de su partida” Grupo ECM.

“Dos bisabuelas de un mismo niño. Una de ellas estaba ingresada en la planta del hospital donde trabajo. Era una señora muy agradable y serena, 94 años. Me habló una mañana de su biznieto iba a hacer la comunión y le había comprado un anillo. Dijo que hasta que el no hiciera la comunión no se iba a ir de este mundo, al mismo tiempo, su otra bisabuela se puso mal y la ingresaron en otra planta y comentó lo mismo: que hasta que su biznieto no hiciera la comunión no pensaba morir. La señora q estaba en mi planta llegó muy mal, dábamos por hecho que se iba a morir no tardando, pero para nuestra sorpresa estuvo cerca de un mes y con notable mejoría para más inri. A los dos días de comulgar su biznieto murió plácidamente y luego con el tiempo me enteré que la otra bisabuela también. Lo supe porque la madre de este niño es compañera mía de trabajo, un día coincidí con ella de noche y hablando salió el tema”. Grupo ECM.

“Mi madre espero que yo llegara me cogió la mano y me dijo creí que no te veía más ahora voy a descansar cerro los ojos y dos horas después estaba muerta”, Grupo ECM.

“Mi madre espero que yo llegara me cogió la mano y me dijo creí que no te vería más, ahora voy a descansar cerró los ojos y dos horas después estaba muerta”, Grupo ECM.

“El caso más cercano fue el de mi madre que le preguntó el día antes de morir a su mejor amiga: “¿mañana vas a venir a verme?”, a lo que le contestó su amiga: “sí claro como todos los días”, mi madre respondió: “pues no vengas muy tarde, porque no me veras ya”. Y así fue, a media tarde partía para el otro lado sin que su amiga pudiera despedirse de ella”, Grupo ECM.

“Mi padre estaba en coma, estábamos mi hermana y yo con él, pero mi hermano venía a estar a su lado, al poco de llegar mi hermano abrió los ojos y hasta que no lo vio y se despidió de él mi padre no murió, fue raro porque los médicos dijeron que era un coma irreversible pero mi padre abrió los ojos para ver a su hijo y despedirse de él”, Grupo ECM.

En este testimonio se relata un suceso, que, aunque no es desconocido, no es tan común encontrar en los relatos que cuentan los entrevistados pues además de la

espera a que llegue el ser querido, el moribundo es visto y se ha comunicado con su familiar en otro lugar geográfico en el que su cuerpo en coma se encuentra:

“Cuando mi padre entró en coma para morir, un hermano mío que vive en Canarias, pensaba yo que no le daría tiempo a venir hasta Cádiz, pues el 27 de diciembre de 2014, vio una luz muy potente y a mi padre en ella a las ocho de la mañana y le dijo que se despedía de él, pero mi hermano le pidió que esperara que él venía en avión por la madrugada, y mi padre asintió, pero le dijo que ya no estaba en el cuerpo, que estaba fuera. Mi padre le esperó, cuando llegó a las dos en punto se sentó frente a él y no dijo palabra alguna. A partir de ahí, los niveles de dióxido pudieron con mi padre y por la mañana expiró a las diez. Miramos mi hermana mayor y yo como se vino abajo del tirón a partir de que vino mi hermano”, Grupo ECM.

Otro tipo de encuentros se producen comúnmente tras varios meses o años después de la muerte de un familiar o amigo. Estos encuentros son a veces entendidos como mecanismos psicológicos en el proceso de duelo, pero a veces aparecen cuando el duelo ya ha sido superado:

“Una noche, meses después de que mi abuela muriera, tenía yo entonces 17 años, me desperté sintiendo su beso en mi mejilla, no vi su imagen, pero aún sentía el débil roce de sus labios en mi cara y sus palabras: me tengo que ir. Aunque yo la echaba de menos tenía muy superada su partida, nunca había soñado con ella tras su muerte. Recuerdo que una sensación de paz y alegría me invadía, algo que nunca había sentido de una forma tan intensa, pese a las situaciones que he vivido en mi vida, era algo distinto, inexplicable, tuve y tengo la sensación de que realmente vino a despedirse de mí”. Testimonio nº 209.

“Mi padre murió el 26 de agosto del 2004, yo me encontraba en Perú con mi esposo en casa de su familia, mi padre murió en estados unidos donde yo vivo también, me acuerdo que mi hija me llamó desde California para darme la noticia; yo no podía creer lo que mi hija me estaba diciendo, parecía estar en un sueño. Ese mismo día llamé a la agencia de viaje para comprar un pasaje de regreso, finalmente conseguí un pasaje para viajar en dos días, me encontraba muy confusa y triste porque no puede despedirme de él, al día siguiente de haber fallecido mi padre estaba todavía acostada en cama, era temprano por la mañana, mi esposo estaba en la misma habitación haciendo un trabajo en su computadora, yo no estaba dormida cuando sentí que mi esposo salió de la habitación; en cuanto salió sentí que alguien estaba a los pies de la cama, después sentí, y esto es lo más curioso o raro, es que tuve un sueño muy profundo no sé si fue un sueño pero desperté en la misma habitación pero ahora la habitación ya no tenía muebles, solo un espejo grande y yo estaba parada en frente del espejo. En él se reflejaba mi padre detrás de mí, lo veía muy joven y traía un traje negro, se veía tan elegante y feliz alzó sus brazos para abrazarme, pero en ese momento mi esposo entró a la habitación y desperté. Yo hubiera jurado que el sueño duro una eternidad como si en el sueño no hubiera existido el tiempo, le pregunté a mi esposo cuánto había durado fuera de la habitación y me dijo que ni tres minutos. A pesar de la distancia mi padre fue a despedirse de mí”, Grupo ECM.

“fue con mi marido no lo vi morir, pero lo sentía a mi lado, estaba mucho tiempo, no lo sé explicar no lo veía, pero lo sentía en los momentos que yo estaba muy mal, a mi lado. Tuve un sueño en el hospital el diciéndome adiós con la mano, era un sueño como si fuera verdad”, Grupo ECM.

“Vino a despedir un tío que yo, a 170 km de distancia, estaba yo rezando por él, vino en el momento que partía y me dijo gracias J., por todo lo que estás haciendo por mí, y desapareció, lo que más me chocó fue que me dijo también, ya no nos volveremos a ver más, claro que no sé si se refería como persona o como espíritu, pero eso fue lo que pasó”, Grupo ECM.

“Enterrando a un amigo al que no pude asistir y yo sufría por uno darle el último adiós, cuando con su aliento y su voz dijo mi nombre al oído; estaba allí en medio del salón despidiéndose de mí”, Grupo ECM.

Todas las culturas han tenido a lo largo de la historia sus propios mitos en torno a la muerte y especialmente al momento previo en el lecho de muerte. Fenwick y Fenwick, (2015), recopilan algunos de ellos, como la aparición de una valquiria en el campo de batalla que para el guerrero nórdico suponía la confirmación de que iba a morir. La aparición a los miembros de una familiar de cuervos o una Dama Blanca para los Habsburgo del Imperio Austrohúngaro, presagiaba una pronta desgracia. Otros presagios de muerte eran los caballos y perros negros que vagaban por el norte de Inglaterra y las mariposas negras en Filipinas. En Cornualles, Inglaterra, se cree que cuando los mirlos vuelan alrededor de una casa donde hay un enfermo presagian su muerte. En España es muy común atribuir el llanto de los perros a una muerte próxima. Los gallos, según la tradición, tienen dos o más formas de cantar, cuando cantan “de forma triste” presagian una muerte, así también ocurre con el canto de la garza. En el antiguo Egipto se asumía que el alma se transformaba en ave. En la tradición judía quien guiaba al alma era una paloma y en Siria águilas.

Como bien apunta Fenwick y Fenwick (2015) en muchas culturas las visiones en el lecho de muerte tienen una doble misión, por un lado, ser mensajero de la muerte y por otro ayudar a los recién desencarnados en el tránsito a la otra vida. Hay muchos ejemplos que podemos citar. En la Antigua Grecia, Hermes era el encargado de acompañar a las almas hasta el Hades. En el Antiguo Egipto había textos, en los sarcófagos y en el Libro de los Muertos, con indicaciones para el tránsito del alma hasta la otra vida. Los monjes budistas siguen una guía de instrucciones para los fallecidos y los moribundos, según la cual, después de 49 días sobreviene el ciclo del renacimiento, según las enseñanzas del Bardo Thodol. En el cristianismo es el ángel de la guardia quien guía al alma hasta la otra vida.

4.1.6.1. VISIONES EN EL LECHO DE MUERTE (VLM).

Como ya anunciaba en el capítulo anterior, y retomando el tema de las visiones en el lecho de muerte que acabo de comentar, son muchos los casos en los que personas moribundas, antes de fallecer creen ver y oír a sus familiares o amigos ya fallecidos y que, en algunos casos, el moribundo viaja en varias ocasiones durante los días u horas previos a la muerte, con este familiar, a un lugar luminoso lleno de amor que considera más real que la vida que conoce. Ciertamente es que muchas de estas visiones pueden corresponder a las llamadas Alucinaciones, podría asumirse esta teoría si definiéramos las alucinaciones como una “experiencia sensorial que no se basa en la percepción física y que no es compartida por los demás” (Fenwick y Fenwick, 2015). Desde este punto de vista sí podríamos considerarlas alucinaciones, pero ¿carecerían de significado para quienes las experimentan? El DSM-IV-TR considera que una alucinación es una “percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado” (APA, 2000:914). En algunos casos se consideran las alucinaciones como normales, por ejemplo, escuchar una voz o intuir por unos instantes a un ser querido que ha muerto recientemente puede ser parte del proceso de duelo. En el caso que nos ocupa no se trata exactamente de tener la visión por un momento de un familiar que acaba de morir, dado que hablan con ellos durante un tiempo prolongado y/o varias veces a lo largo de los días o incluso semanas previas a la muerte, y tampoco se da el caso de que están en proceso de duelo ya que son los propios moribundos quienes viven esta situación. Tampoco se trataría de delirios pues el mismo DSM-IV establece como criterios diagnósticos del delirio: “A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención. B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo. C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.” A tenor de lo que sabemos sobre las ECM y en concreto sobre las EFV, no podemos catalogarlas como delirios, pues durante estas experiencias no se reduce la capacidad de mantener o dirigir la atención, sino que conservan la mente clara,

no hay desorientación, ni deterioro de la memoria, están bastante orientados y lúcidos, como bien apunta Barrett (1926).

Existe el convencimiento entre la población científica de que estas visiones pueden estar provocadas por el conocimiento de los moribundos de que van a morir y conocen el dicho de que, en esos momentos, estas personas en las puertas de la muerte, ven a sus familiares ya fallecidos. Se les atribuye estas visiones a los fármacos o a los procesos fisiológicos previos a la muerte (Blacher, 1979; Rodin, 1980; Carr, 1982; Jansen, 1989, Morse, Venecia, y Milstein, 1989) o a una respuesta psicológica por parte del moribundo ante la percepción de su propia muerte (Noyes y Kletti, 1976; Roberts y Owen, 1988; Appleby, 1989). Pero estas visiones no son debidas a una visión normal, si fuera el caso todos los presentes podrían verlo. Tampoco tiene su origen en una ilusión visual producida por un objeto real que pudiera confundirse con una persona, en la mayoría de los casos suelen tener la visión de una pared lisa. Cabría además preguntarnos ¿por qué acordarse en el lecho de muerte de personas que llevan fallecidas mucho tiempo en lugar de tener más presentes a aquellas que están más cerca temporalmente y que son los seres queridos que aún están vivos y con los cuales tendría experiencias vitales importantes compartidas en un más corto espacio de tiempo?

Las investigaciones sostienen que estas experiencias son diferentes de las alucinaciones inducidas por drogas y se producen cuando la conciencia está clara (Brayne et al, 2006; Brayne et al, 2008; Fenwick et al, 2009; Sartori et al, 2006; Sartori, 2008). Como bien apunta la enfermera Penny Sartori (2008), los pacientes que había recibido un fuerte medicamento analgésico tenían experiencias confusas y desagradables y eran menos propensos a reportar una ECM o EFV. Por lo tanto, grandes dosis de fármacos analgésicos pueden inhibir los aspectos espirituales que pudieran emerger durante el proceso de muerte.

Mientras que las alucinaciones pueden dar lugar a ansiedad o confusión, las experiencias al final de la vida dan como resultado la aceptación de la muerte y una inmensa sensación de paz (Brayne et al, 2008).

Osis (1961:53) afirma que *“los análisis demuestran claramente que no es el delirio la base de estas apariciones en el lecho de muerte, por lo que la balanza se equilibra hacia la hipótesis de la otra vida”*. Osis y Haraldsson (1977:45) afirman que *“las alucinaciones ordinarias dependen de la personalidad, las visiones de los moribundos no*

son afectadas por este factor; las apariciones parecen tener una fuente externa, en lugar de ser meras proyecciones de pensamientos o deseos insatisfechos”.

El Dr. William Barrett en su libro *Deathbed Visions* (1926:5), citaba a Charles Robert Richet, Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1913, a propósito del tema de las visiones en el lecho de muerte atribuyéndole las siguientes palabras: *“Los hechos de esta índole son de gran importancia. Resultan mucho más explicables según la teoría espiritista que por la hipótesis de la mera criptestesia¹⁶. De todos los hechos admitidos para probar la supervivencia, éstos son, a mi parecer, los más desconcertantes (esto es desde el punto de vista materialista). Por consiguiente, he juzgado un deber mencionarlos con toda escrupulosidad.”*

Frederick Myers comentaba al respecto en su libro *Phantasms of the Living* (1886), que este fenómeno de las visiones al final de la vida *“probablemente, a menudo tendrá lugar, aunque rara vez pueden registrarse”.*

La escritora irlandesa Frances Power Cobbe reflexiona en su libro, *Peak in Darien* (1882), notablemente sobre las visiones en el lecho de muerte que no dejan de estar vigentes en la actualidad:

“El moribundo yace tranquilo cuando, de pronto, en el mismo momento de expirar, alza la vista- a veces se incorpora en el lecho- y se queda mirando fijamente en el vacío (o lo que tal parece) con una expresión de perplejidad, que unas veces se transforma instantáneamente en alegría, y otras acorta la primera sensación de un asombro y un temor solemnes. Si el moribundo fuera a percibir una visión totalmente inesperada, pero instantáneamente reconocida, que le causara una gran sorpresa o una exultante alegría, su rostro no podría revelar mejor el hecho. En el mismo instante en que se produce este fenómeno tiene lugar la muerte, y los ojos se vidrian, sin dejar de contemplar el espectáculo ignorado”.

Según apunta Osis en su monografía *Deathbed Observations* (1961): *“Los pacientes en el lecho de muerte ven apariciones con más frecuencia cuando están plenamente conscientes y tienen capacidad de respuesta ante el entorno que cuando la conciencia y la comunicación se hallan dañadas”.*

¹⁶ Sensibilidad cuya naturaleza se nos escapa. Richet, C. (1922) Tratado de Metapsíquica. Candil Insólito.

Osis y Haraldsson (1977:43) afirmaban que en su estudio piloto *“en la mayor parte de los casos las visiones no parecían alucinaciones ordinarias. Por ejemplo, el paciente podía ser muy racional y bien orientado en todos los aspectos, pero seguir insistiendo en que veía apariciones que “venían para llevárselo” a otro mundo. Generalmente, estas experiencias eran más breves, más coherentes y más relacionadas con la situación del moribundo y de otra vida que los desvaríos de un cerebro enfermo”*. Y continúan diciendo, *“Con ello se confirmaron los descubrimientos previos de las más antiguas observaciones de casos clínicos debidas a Barrett (1926) y Hyslop en 1908 (2014): principalmente que la mayor parte de las alucinaciones de personas eran verdaderamente apariciones en el sentido de que sólo una persona era alucinada o percibida por ESP (percepción extrasensorial) mientras permanecían intactas la percepción que tenía el paciente de la habitación y la atención que prestaba al médico.”*

Pero el aspecto evidente y manifiesto de muchos testimonios en los que el moribundo no conocía la muerte previa de alguna de las personas a las que veía en su lecho de muerte constituye, según William Barrett (1926) una de las evidencias más concluyentes de la supervivencia tras la muerte.

He podido recoger durante mi investigación testimonios al respecto:

“Mi hermano tenía cáncer y coincidía con compañeros de quimio, un compañero de él P. falleció, pero decidimos no decirle nada para que no lo pasara mal, estaba durmiendo y cuando despertó me empezó a llamar y me dijo que P. había muerto, yo le quise quitar importancia preguntando qué P., y entonces me dijo que el de Huelva, le pregunte que quién se lo había dicho y me dijo que había venido a la habitación, que se reía y que él murió con la pipa de la paz, llamábamos pipa de la paz al espirómetro”, Grupo ECM.

“Mi madre hablaba con su vecino A. que acababa de fallecer meses antes y tampoco se lo dijimos, decía que se reía y decía que estaba muy bien ¡cuántas veces he ido con mi madre y él en las ambulancias! aunque solo lo veía ella, pero me lo contaba”, Grupo ECM.

En estos casos suelen tener la certeza de hablar con personas cuya muerte no siempre es conocida por ellos, tal es el caso, como he mencionado anteriormente, de quienes relatan estar viendo a un familiar o amigo ya fallecido y cuya muerte no le ha sido comunicada. Pero, ¿qué explicación podría darse a tales visiones?

Quizás la más frecuente o la que racionalmente se podría pensar es la de las alucinaciones, la cuestión y también lo comentaba Barrett (1926:7), es si se trata de una mera alucinación ilusoria (que no se correspondería con nada) o verídica (correspondiente con un acontecimiento real, pero que es invisible a la vista normal),

ambas diferentes de la ilusión, donde no se corresponden con ninguna realidad, o de una idea mágica como la transferencia del pensamiento o acción telepáticas de las personas que se encuentran alrededor del moribundo. Barrett asegura que quizás el azar podría causar o la casualidad podrían explicar algunos de los casos, pero la casuística que se ha encontrado al largo de la historia hacen muy improbable tal explicación.

Osis y Haraldsson (1977:17) argumentaban que *“ni el condicionamiento médico, ni el psicológico, ni el cultural pueden explicar las visiones en el lecho de muerte; visiones que, además, son independientes de los factores de edad, sexo, educación, religión y estatus socioeconómico”*.

Un ejemplo de ello lo pude recoger en una entrevista que realicé a una señora que acompañó a su padre en el lecho de muerte, a los pocos meses de esta entrevista ella falleció:

“Mi padre era ateo, había tenido muchas pérdidas familiares en su vida y el sufrimiento tal vez le llevó a no creer en nada y a no querer saber nada de la religión. Estaba convencido de que cuando nos morimos ya no hay nada más. En su lecho de muerte, en los años 50, nos dijo a los que estábamos con él: “Se ve algo sobrenatural. Me pesa de no haber creído en nada durante toda mi vida, ahora sé lo que estaba equivocado, sé lo que hay” besó el crucifijo y al poco tiempo murió”. Testimonio nº 200 b.

Lo cierto es que hasta la fecha no son muchos los estudios científicos que se han desarrollado sobre el propio proceso de la muerte o sobre las experiencias al final de la vida. En el ámbito médico, esta falta de interés por conocer las experiencias la final de la vida puede deberse a que la muerte significa el fin de la actividad cerebral que es hasta donde la medicina llega y puede conocer, pero la reflexión científica sobre este tema discurre por conocer si estos fenómenos asociados a la EFV aportan signos de una vida después de la que ya conocemos (Dewi Rees, 1971; McCready y Greeley, 1976; Osis y Haraldsson, 1977), no en vano, en la actualidad, a estas experiencias se les asume un origen trascendental o espiritual debido a la relevancia y al sentido personal y particular que le aportan al paciente (Weisman, 1972; Callanam y Kelley, 1992; Heyse-Morse, 1996; Patterson, 1997; Brayne, Lovelace y Fenwick, 2006).

4.1.6.2. VISITANTES EN EL LECHO DE MUERTE.

Las visiones en el lecho de muerte han ido variando con el paso del tiempo. En la antigüedad, a menudo eran relacionadas con seres religiosos, como Jesús, San Pedro, la virgen María, los ángeles, como también he podido recoger en mi investigación, pero en la actualidad, son más comunes las visiones en las que quienes son vistos por los moribundos son los familiares o amigos de quien los ve (hay que reflejar que estos últimos son vistos sin defectos físicos que pudieran tener en vida, sino todo lo contrario, más jóvenes en la mayoría de los casos y en su época de mayor esplendor, no como murieron ni como fueron vistos por última vez y quedó en su *recuerdo*:

“yo he podido ver a varios y estaban con el mismo aspecto que tenían, he incluso a un primo mío que no lo sabía de él hacía mucho, lo vi con el pelo muy corto, mi tía me dijo que se había cortado el pelo unos días antes de morir”, “Mi madre que murió con 82 años al despedirse de mí aparentaba unos 50 y pocos. La sorpresa nos la dio mi padre que tendría unos 18 o 20 años. Digo que nos la dio mi padre porque mi hija me contó que había soñado con él y parecía un chaval. Le pregunté cómo estaba y su sueño coincidía con el mío.” Grupo ECM.

La explicación que podemos dar a este cambio significativo de las visiones en el lecho de muerte es que estas hayan evolucionado culturalmente, y cuando antes se interpretaba que era un ser místico el que aparecía en el lecho de muerte, sobre todo en la época medieval, caracterizada por el auge del cristianismo especialmente, ahora se le da un nombre concreto de alguien que ha sido conocido en vida.

Según Osis y Haraldsson (1977), en la muestra estadounidense recogida para su estudio, la proporción de los visitantes de naturaleza mística era de un 13% frente al 70% atribuido a los familiares y conocidos. Sin embargo, en la India el porcentaje era del 50% atribuido a personajes religiosos frente al 29% correspondiente a los familiares. Lo que podría demostrar que la cultura y la religión serían un factor importante a la hora de interpretar la propia experiencia. Independientemente de quién sea el visitante lo que sí podemos afirmar que se mantiene es el significado de la visita. Para aquellas personas que han cultivado un profundo sentido religioso o espiritual, estas visiones en el lecho de muerte les fortalece sus creencias en un *más allá*, y para aquellos que nunca tuvieron ese sentimiento religioso o espiritual puede incluso transformar su creencia, como en el ejemplo citado en el apartado anterior.

Lo cierto es que tanto el moribundo como el familiar o acompañante suelen creer que estas experiencias tienen un propósito (Fenwick y Fenwick, 2015) *“guiar al moribundo en el proceso y en el viaje al más allá”*. De los testimonios que he podido obtener respecto a la creencia de este propósito destaco los siguientes:

“Pienso que con el propósito de que en el tránsito no teman nada, de que se sientan tranquilos y digamos un buen recibimiento.”

“Para que la persona que marcha esté más preparada y digamos que se siente como guiada por sus seres queridos que marcharon antes.”

“Los ven para hacer el tránsito más llevadero.”

“Yo creo para acompañarnos y recibirnos igual que aquí los despedimos o nos despiden, es un viaje”.

“Para tranquilizarles y hacerles saber que no estarán solos.”

“Hacerles sentir todo el amor y que estén seguros y no tengan miedo de empezar un nuevo cambio”.

“Para que estemos tranquilos, para que no nos preocupemos por ellos, como si nos estuviesen diciendo con su aparición: “mira, me aparezco para que sepas que sigo existiendo”.

“Para acompañarles en el tránsito y darle tranquilidad.”

“Pienso que para ayudarle y acompañarle en el “viaje”. En el caso de mi madre, vio a los padres de mi padre y a extraños.”

“Para recoger a sus seres queridos y quitarles el miedo.”

Esta misma visión de tranquilidad, de paz que denotan las palabras de quienes acompañan a un ser querido, reconfortan también al moribundo y está asociado a una muerte a corto plazo de quién tiene estas visiones. Pero son acogidas por el propio moribundo con alegría y paz, lo que para Fenwick y Fenwick, (2015) constituye un proceso desligado de cualquier tipo de confusión, proceso psicótico, satisfacción de una expectativa o consuelo, es más, concluyen que *“En el estado actual de nuestros conocimientos científicos, es difícil mencionar un mecanismo cerebral específico que fundamente o explique estas maravillosas experiencias”*. Como bien apuntan, lo que

podría ser más importante de estas experiencias son la validez y el significado que estas tienen, no sólo para quién va a morir, sino también para los familiares que los acompañan.

4.1.6.3. EXPERIENCIAS DE MUERTE COMPARTIDA (EMC)¹⁷ O EMPÁTICA.

Esta es la experiencia quizás de la que menos se haya hablado, pero no por ello menos interesante (Kircher,1995; Fenwick y Fenwick, 1996^a; Van Lommel P., 2012; Moody R., 1999). Realmente las EMC son visiones en el lecho de muerte, con la peculiaridad de que no sólo las perciben quienes están muriendo, sino quienes les acompañan. Moody y Perry dicen que son *“como las ECM, solo que se producen en una persona que no está enferma. Suelen suceder a una o varias personas que están junto al lecho de muerte de otra, y tienen lugar cuando la persona enferma está próxima a la muerte o cuando acaba de morir. Pueden suceder en una persona, o a varias”* (Moody & Perry , 2010). Son muchas las explicaciones que aparecen para explicar estas experiencias. Una de ellas se las debe a las neuronas espejo, donde sería posible que en el momento de la muerte tenga lugar una transmisión del pensamiento a través de estas neuronas (Moody & Perry , 2010), la telepatía, alucinaciones o histerias colectivas.

Moody declara en (Moody & Perry , 2010), *“No tengo en cuenta la posibilidad de que estas experiencias de muerte compartida sean casos de contagio social o del efecto emocional del estrés, como han dicho algunos. He pasado muchas horas junto a lechos de muerte, y muchas más junto a personas que han tenido estas experiencias increíbles, y puedo decir, como psiquiatra, que el ambiente del lecho de muerte no es un ambiente de desorden e histeria. También puedo afirmar que las personas que me cuentan sus casos no son histéricas ni tienen alucinaciones. Son, más bien, personas corrientes que han tenido unas experiencias extraordinarias”*. En una entrevista realizada al Dr. Moody durante la celebración de un Congreso Internacional en Marsella este me contaba *“Estas mismas experiencias les suceden frecuentemente también a los testigos de personas que están muriendo. Estos testigos poseen todos los elementos de lo que nosotros llamamos una ECM. Así que no es necesario estar a punto de morir para vivir esta experiencia. Esto*

¹⁷ En el texto, de aquí en adelante utilizaremos la abreviatura EMC para hacer referencia a la Experiencia de Muerte Compartida.

da lugar a una situación difícil de explicar ¿cómo es posible que el oxígeno salga del cerebro si los testigos no se encuentran enfermos ni dañados?” (Anexo 3) y continuaba “esas experiencias son diferentes en calidad si las comparamos con el tipo de conciencia ordinario que experimentamos en un día normal. La gente afirma que este tipo de conciencia es mucho más trascendental, que la percepción se expande y los sentimientos se intensifican. Llegan a entrar en un estado de hiper-realidad, donde las cosas parecen ser más reales que en la realidad física común”.

“Yo estuve con mi madre en sus últimas horas agarrada de su mano, en su último suspiro apareció una luz bella, esa es la palabra, la vi adentrándose en ella, ella se giró y sonrió era una paz inmensa nunca viví algo parecido y esa luz que vi y la paz que me dio no se pueden describir con palabras, es maravillosa, es paz profunda, no sé, es difícil decirlo con palabras”, Grupo ECM.

Este testimonio es un tanto diferente en cuanto que no es algo que la persona podido constatar, pero sí asegura ser muy real para ella en el momento en que acompañaba a su padre:

“Esto es difícil de explicar. Primero por recordar el momento más doloroso de mi vida, el fallecimiento de mi padre, segundo porque no es un hecho cotidiano, se trata de una experiencia, incomparable, complicado para encontrar similitudes y palabras para describirlo.

Mi padre había ingresado en el hospital hacia tres días, a consecuencia de un derrame cerebral, ingresó consciente, pero al día siguiente, mientras le hacían un TAC, entró en coma.

Era de madrugada, yo desde el ingreso no me había separado de su cama, agarrada a su mano. Observaba su respiración, cada mínimo movimiento... mi padre tenía insuficiencia respiratoria por lo que llevaba una mascarilla de oxígeno, aunque él, a pesar del coma, tenía todos sus órganos en perfecto estado y no necesitaba maquinas. A pesar de la mascarilla, respiraba muy fuerte y seguido, igual que hacia cuando dormía normalmente.

Yo realmente estaba agotada, pero no podía separarme ni un metro, era imposible. Mi familia, amigos me decían que por favor descansara, que me diera una vuelta, pero no lo conseguían.

Por las noches, venia mi amiga Vicky, como una hermana, como una sobrina para mi padre. Pasaba la noche con nosotros, pegada conmigo y con mi padre a la cama. Esa tercera noche, yo no conseguía mantener los ojos abiertos, pero tampoco conseguía cerrarlos para dormir. Llegó un punto, que, en la misma cama de mi padre, me tumbaba junto a él para no caerme. Vicky entonces, me pidió que me acostara 15 minutos en el sofá estirada, yo acepté con la condición de que al soltarle la mano se la cogiera ella y que cualquier mínimo cambio me dijera. (Cuento todo esto, porque creo que es muy importante que quede reflejado, la unión emocional que tenía con mi padre).

Durante todo este tiempo, yo no hacía más que hablarle, física y mentalmente, toooooooooooooo el tiempo.

Me eché en el sofá, a menos de un metro de distancia de su cama. Yo estaba realmente agotada, pero, aun así, mi obsesión era no perder ni dormida cualquier sonido, era como encender el sentido del oído al mayor nivel, para seguir conectada con él, y ¿cómo podía hacerlo? con su respiración.

Así que, igual que un mantra, su respiración consiguió unirme otra vez a él. ¡Sin poder dormirme, de pronto ufffff no sé cómo explicar esto!, vi una serie de luces, fue casi de pronto, mis ojos se cerraron, todo era negro, me concentré en la respiración y ahí estaban, unas lucecitas en

cadena con formas geométricas y en círculo, ¿cómo decirlo? una especie de mandala, pero no estaban quietas, se unían y se movían, pero como un dibujo perfecto, era como un hilillo de lucecitas que se conectaban entre sí, todas haciendo un dibujo dentro de una esfera mayor. ¡No estaba soñando! quiero que quede muy claro, lo sé porque estaba tan alucinada de lo que estaba viendo, la sensación era de tener los ojos abiertos, quería decírselo a mi amiga, pero no me atrevía a hablar para no perder la visión, estaba concentradísima, porque no tenía ni idea de lo que estaba sucediendo y no sabía si iba a pasar más cosas, por eso se perfectamente que estaba despierta. La respiración de mi padre y el movimiento de las lucecitas estaban sincronizados, era como una danza. También otro detalle de que estaba completamente despierta, es que escuchaba cualquier movimiento de mi amiga, todo era súper intenso.

Acabó igual que apareció... de pronto. Lo último que recuerdo, es que del centro venían como hacia mí unas luces creo que roja y otra azul y zas, la oscuridad de tener los ojos cerrados. Intenté hacer el esfuerzo de que volviera a aparecer, pero fue infructuoso.

Entonces abrí los ojos y muy excitada le conté lo que me pasó a Vicky, me dijo que había estado unos 20 minutos y que ella notó que no dormía.

Sinceramente, no sé qué ocurrió, lo único que sé, es que me dejó una sensación extrañísima, eso no era normal.

De hecho, cuando mi padre falleció, mi obsesión fue saber que me había pasado ahí. Han pasado tres años y aún no lo sé.

Pero...hay algo que mi sensatez me obliga a ser escéptica y a la vez una fuerza mucho mayor que me dice - Sabes perfectamente lo que pasó, no te lo tiene que decir nadie. Esa fuerza me dice, que estaba viendo lo mismo que estaba viendo mi padre"(...) "El día que murió su respiración iba haciéndose más suave y lenta eran las cinco en punto de la tarde y en la habitación había un gran ventanal era 1 de marzo y ese día amaneció soleado pero en el momento que mi padre iba expirando fue entrando una luz súper cálida y te aseguro que siendo lo más terrible que a toda familia le puede suceder, ver cómo se te va lo que más quieres, mi madre mi hermano y yo sentimos lo mismo, sin hablar, en completo silencio, solo adorándole y cogidos todos de las manos a su alrededor. Lo hablamos, meses más tarde, los tres recordábamos lo mismo, que entró una luz muy cálida como que incluso deshacía las formas y una PAZ y AMOR que te envolvía de dentro hacia afuera era una sensación...entre dolor-amor inmenso y todo ese dolor te lo compensaba esa PAZ una PAZ que te calmaba completamente, te liberaba de cualquier miedo...es muy difícil explicarlo", Testimonio VLM 60.

En este caso no podemos saber con seguridad si la experiencia fue compartida. Si ciertamente fue así entonces supondría hablar de un fuerte vínculo entre paciente y acompañante, que va más allá de lo físico y que se produce en un momento clave para el paciente.

4.1.6.4. EXPRESIONES LINGÜÍSTICAS UTILIZADAS EN LAS EFV.

Es interesante las expresiones eufemísticas que se suelen usar para hablar de la muerte, por lo general, en todas las culturas no referimos a la misma en términos de " pasar a mejor vida", "irse", " cruzar", (Fenwick y Fenwick, 2015), expresiones que coinciden con las que los moribundos suelen decir en sus últimos momentos,

asumiendo, de alguna manera, que la muerte no es un fin en sí misma, sino que es la expresión de una continuación, un viaje hacia algún otro y asumiblemente misterioso destino.

Las expresiones que se han podido recoger en los testimonios de esta investigación muestran la claridad con que los moribundos expresaban la idea de su próxima muerte: “Tengo que irme”, “me voy”. Tal vez podría interpretarse como un mecanismo psicológico de autodefensa ante la percepción de la propia muerte para sobrellevar dignamente la aceptación de la misma, por cuanto que la muerte no sería un concepto reconocido o asimilado por el propio moribundo.

Otras palabras muy comunes para designar el momento de la muerte son: Viaje, partir y tránsito. Palabras usadas tanto por los moribundos como los familiares, así como “vienen a por mí”, “vienen a recogerme”, “no me voy solo”. Palabras que, como apuntaba anteriormente, están relacionadas con dos ideas, por un lado, la idea del traslado de algo inmaterial que forma parte de la propia identidad, hacia otro lugar o destino, es decir, la creencia en un paraje de orden místico; y por otra, la idea de estar acompañado de seres queridos durante el momento de la partida. Ejemplos de ello que he podido recoger son, *“Acompañarle en el "viaje”, “La persona que marcha”, “Hacer el tránsito más llevadero”, “Dan tranquilidad en ese trance al cruzar al otro lado”*.

4.1.6.5. OTRAS EXPERIENCIAS

Muchos testimonios que he podido recoger no están tan estrictamente relacionadas con las visiones en el lecho de muerte y no las experiencias compartidas sino más bien con las experiencias de comunicación después de la muerte. Aunque este tema puede quedar en lo simplemente anecdótico, y no es el objeto de estudio de esta tesis, han sido tantas las personas que se han dirigido a mí para contarme estas experiencias que por el valor antropológico y de la creencia en un *más allá* creo interesante reflejar algunas de ellas en este texto de investigación.

Si bien es cierto que, en muchos casos, la aflicción por la pérdida y el dolor puede provocar sensaciones alucinatorias especialmente en los más allegados al difunto, hay ciertos testimonios de personas que refieren esa comunicación sin haber tenido un

contacto muy directo con el fallecido. En siguiente relato lo contaba una señora a propósito de la muerte del padre de una amiga:

“Estaba en el funeral del padre de una amiga. Había acabado la ceremonia y estaban sacando el ataúd al exterior de la iglesia. Justo cuando pasa muy cerca de mi (unos 4 metros) escucho una voz (la de su padre, con su timbre de voz) que dice: "Dile a mi hija que, aunque no se lo puede decir que la quiero mucho". Me quedé atónita. ¿De dónde había salido esa voz? No era un sonido normal que escucho exterior, no era un pensamiento interior que género; nunca había escuchado nada de esa manera. En el momento anterior a escuchar esa voz me sentía simplemente presente donde estaba, sin pensar en nada; no interrumpió ningún pensamiento; y de repente escucho.

Me empecé a sentir inquieta y a cuestionarme lo que me había ocurrido. No me parecía muy apropiado decirle eso a mi amiga en esos momentos, no sabía cómo le podía sentar. Yo sabía que su padre no era muy comunicativo para expresar emociones de cariño con ella, pero aun así los días previos a su muerte podía haberlo hecho. Dudaba de lo escuchado. Pero, ¿y si era verdad? ¿Y si su padre se quedó con ganas de expresarle su afecto y no se lo decía? Me pasé dos días agitada decidiendo qué hacer. Ella se iba de viaje hacia donde vivía ahora y no sabía si se lo podría decir algún día.

Finalmente decidí decírselo, aquello fue realmente extraño.

Quedé con ella la tarde en la que se iba a ir. Tras hablar un tiempo, esperando el momento adecuado, le comenté que le iba a contar algo extraño y que sentía si no era el momento más apropiado para comunicárselo. Le dije que había oído la voz de su padre y me había dicho que le dijera que la quería mucho, aunque no se lo puedo decir. Ella asintió, me dijo que se había quedado con esa sensación, de que quisiera haberle dicho algo, pero no lo hizo. Nos abrazamos. Me invadieron una alegría y gozo inmensos, parecía que lo que había escuchado de donde quiera que viniese había sido real. Ella se fue y volví a casa con una gran satisfacción de haberme arriesgado a comunicarle algo que no me era fácil de transmitir y haber contribuido a la felicidad de mi amiga, gozo que duró tiempo”, Testimonio recogido vía email.

El siguiente testimonio pertenece a una enfermera que se encontraba en la UCI durante los primeros meses de la investigación de campo y quiso compartirlo:

“F: Pues yo tenía mis días libres normales y me bajé el viernes a V (pueblo), entonces ya mi hermana pequeña me había dicho que el bebe estaba en la casa, que lo cuidaba ella porque mi tía tenía que hacer cosas. Entonces yo llegué a casa con ganas de ver al crío. Yo llegué a casa y el niño estaba en el carricoche, sentado, y mi hermana estaba haciendo cosas en el comedor.

E: ¿qué edad tenía el niño?

F: pues 4 meses, entonces yo llegué y lo primero que hice fue, pues ya ves tú, irme para el crío, la maleta y todo en el pasillo y yo me fui para el zagal, entonces lo saqué del carricoche, lo tomé lo abracé, me senté en el sofá, entonces fue cuando sentí una sensación rara, lo aparté y lo tomé así (separando los brazos del cuerpo) y un miedo que me dio que vamos, que me acordé de mi abuelo J, digo: "si es que está aquí", una cosa muy rara. Tenía miedo, sensación de miedo.

E: ¿Al coger al niño?

F: Al coger al niño, al mirarlo.

E: ¿Y antes no te había pasado?

F: No, yo estaba con el niño desde que nació y nada, pero tuve una sensación más rara y un miedo, una cosa, que yo me vi extraña, dejé al crío, y dije: "ay, que me tengo que ir", y ya en todo el fin de semana no pude ir a verlo. Me daba miedo, me daba cosa ir a verlo. Y eso que me llamaron porque el sábado había fútbol y había ganado el Juventus y estaban de celebración en casa de mi tía, porque mi tío es italiano, y vistieron al niño de la Juventus, con la camisa blanca y negra, y le hicieron fotos y yo no fui porque me daba cosa ir. Entonces el lunes, cuando yo iba

a ir a verlo antes de venirme a Murcia, fue cuando yo estaba en la calle, para con el coche, haciendo un stop que hay para ir a casa de mi tía, y me dije: "mira, si es que es muy tarde...", buscando excusas " no voy a ir a ver al crío, ya lo veré otro día", y me fui a por mi compañera que me estaba esperando para traérmela para Murcia también (...) empecé a poner excusas, de que se me iba a hacer tarde de que tal, ya ves que yo no trabajaba hasta la noche, salimos antes de comer y entraba a las 10 de la noche (...) y me fui, entonces cuando llegué a Murcia, sobre las 4 o así de la tarde, me llamó mi prima y me dijo que se había muerto. Y yo, cuando di la vuelta y fui a casa de mi amiga escuché la ambulancia (pero no sabía que era para él).

E: ¿Coincidió que al niño le pasara algo con el momento en que decidiste no ir?

F: en el que murió, sí. (...) Testimonio nº 174.

Al igual que en las Experiencias al final de la vida que los enfermos tienen sueños con sus familiares ya fallecidos, que les ayuda a reconciliarse con aspectos de su vida antes de fallecer, las personas allegadas también suelen tener sueños que en la mayoría de las ocasiones les ayuda a llevar el duelo y sobreponerse, he aquí uno de los relatos testimoniados:

"Yo era responsable de una planta del hospital, tenía a cargo a personal tanto enfermeras como auxiliares. Una de las auxiliares era diabética, hipertensa, tenía problema renal y al final falleció con unos cuarenta y tantos años. Era una persona muy querida por nosotras, sus padres eran muy mayores (...) yo fui un día a su casa, ella ya había perdido la vista por el azúcar, empezó a tener fallos renales, estuvo ingresada en la Arrixaca, fui una vez, pero ya no volví, la vi muy deteriorada pero ya no volví. Fui a la misa de duelo, es tuve en el entierro y yo lloraba mucho, mi madre se vino conmigo porque como me veía como estaba ... (...) una noche, acordándome y llorando por ella, sintiéndome culpable como que la había abandonado y una noche cuando me quedé durmiendo, en el sueño vi una luz grande, como cuando miras al sol pero no puedes mirarlo, era una luz completamente blanca, (me estoy erizando) era resplandeciente, porque la podías mirar y vi ella como sentada en una nube, noté que me tocaba y me dijo: "MD, no llores más por mí, yo estoy muy bien donde estoy, estate tranquila, no llores y lo que quiero es que digas a las compañeras (las nombra) que estoy muy bien donde estoy y que no se preocupen por mí, no llores más". Ya se fue y a raíz de ese día yo me quedé más tranquila y dejé de llorar", Testimonio 178.

Yo misma tuve uno de estos sueños dos semanas después de fallecer mi madre. Tuve la fortuna de conocer dos semanas después del mismo al Dr. Pim Van Lommel en un congreso y durante una grata conversación junto a su esposa acerca de las ECM y las VLM le conté mi sueño. El doctor tajante y contundente tras preguntarme por las características del mismo, me dijo: "no fue un sueño, fue un contacto, ellos así se pueden comunicar, a través del sueño y quería transmitirme lo que querías saber". Sus palabras fueron un bálsamo para mi alma, por provenir de quien me las regalaba y por el contenido de las mismas, que tranquilizan y consuelan sobre manera. Podrían darse muchas explicaciones especialmente desde la psicología, pero lo cierto es que hoy, tras 8 meses de haberlo experimentado, lo recuerdo de manera intacta.

4.1.7. EFECTOS POSTERIORES.

Después de una ECM, es muy común que al *experimentador* les cueste adaptarse de nuevo a la vida, ya que estas experiencias suponen asumir muchos cambios y especialmente porque su experiencia vital no es conocida y/o en muchos casos no es comprendida por quienes les rodean (Grosso, 1981), e incluso la misma persona le cuesta trabajo entender lo que ha experimentado ya que nada es comparable a esa experiencia vivida. Según la Dra. Sartori, estas personas son reacias a compartir su vivencia por miedo a ser ridiculizados, y es que la primera persona con la que se comparte la experiencia suele ejercer un gran impacto en la forma en que la persona la integrará en su vida. Sartori (2015) identifica varios efectos secundarios:

Efectos secundarios desagradables. En algunos casos crece el nivel de angustia personal (Wren-Lewis, 2004) y el número de divorcios (Christian, 2005); pueden desear volver al estado en el que estaban antes de vivir la ECM (Kircher, 1995), e incluso caer en depresiones (Van Lommel P. , 2012). No obstante, se ha apuntado que estos problemas podría ser el inicio de un avance a nivel psicológico (Fracasso, Friedman, & Young, 2010).

Perder el temor a la muerte. Sartori expone que quienes no conceden un gran significado a su experiencia aún poseen un cierto grado de incertidumbre respecto a la muerte; quienes informaron de una ECM significativa con muchos componentes aseguran que no hay que temer a la muerte y esto es porque ellos ya saben lo que es puesto que ya han estado allí, según cuentan.

Más tolerantes, amables y compasivos. Muchos optan por trabajar en profesiones dedicadas a la atención a los demás y estudian enfermería (Atwater P. , 1999) o medicina (Kircher, 1995) o trabajan como voluntarios en hospicios.

Renuncia al materialismo y la búsqueda de estatus. Se produce una reevaluación de la vida y cobran más prioridad las cosas sencillas, como pasar más tiempo con los seres queridos.

Una nueva apreciación de la vida. Dejan de preocuparse por cosas que antes les molestaba y valoran lo que es importante en sus vidas.

(...) E: ¿Cambió algo en su vida esa experiencia, en su percepción de la vida y la muerte?

P: Pues mira eso sí, porque te hace ver que todo es muy relativo, que en un momento se te puede todo al garete, que a veces le damos importancia a cosas que no las merecen y eso te hace relativizar mucho las cosas, aun así, cuando pasa mucho tiempo te hace caer otra vez en la rutina, pero de momento, sí es verdad que te paras a pensar en lo que realmente merece la pena (...) Testimonio nº: 173

Cambian los valores espirituales. Algunos tienden a ser más religiosos, incluso hay quien se ordena sacerdote (Storm, 2000), para otros su religión no explica adecuadamente lo que “les ha sido revelado durante su ECM”. Suelen volverse más considerados con los demás y “sienten gratitud por tener otra oportunidad de vivir y perciben un propósito espiritual” (Van Lommel P. , 2012).

Sensación de una misión o propósito en la vida. Es muy posible que desconozcan la naturaleza de tal propósito, aunque tienen la certeza de que tienen algo que cumplir.

La ECM es un recuerdo vívido. Incluso años después la vivencia es recordada con todo lujo de detalles como si hubiera ocurrido el día anterior.

Aumento de la preocupación por cuestiones ecológicas y medioambientales. Sienten un profundo “respeto por la naturaleza y consideran el efecto global que los seres humanos causan en ella”.

Sensibilidad eléctrica e incapacidad de llevar un reloj de pulsera. En algunos casos, el reloj de pulsera se para cuando lo llevan puesto, aunque con otras personas funciona con normalidad, otras veces no da la hora correctamente. Esta sensibilidad a los campos magnéticos es mayor en personas que han experimentado una ECM que en quienes han estado al borde de la muerte (Nouri & Holden, 2008).

Algunas personas desarrollan capacidades intuitivas y sensitivas muy altas.

Ser curado o desarrollar la capacidad de curar. Hay casos en los que tras haber vivido una ECM la persona desarrolla la capacidad de curar a los demás (Sutherland C. , 1995a). También hay casos en los que los experimentadores cuyas enfermedades desaparecieron tras vivir la ECM (Dossey, 2011; Moorjani, 2014).

Enorme impulso espiritual. Las ECM pueden tener un gran impacto en la vida personal de las personas y puede incluso ser un verdadero motivador para lograr proezas increíbles.

De acuerdo con la Asociación Internacional para los Estudios al Borde de la Muerte (IANDS), cerca del ochenta por ciento de quienes experimentan los estados de casi muerte aseguran que sus vidas cambiaron para siempre. Los Experimentadores no

regresan con sólo un entusiasmo renovado por la vida y una perspectiva más espiritual, sino que sienten diferencias fisiológicas y psicológicas importantes que les puede causar grandes dificultades de reajuste durante bastante tiempo. Esto se aplica tanto a niños como a adolescente o adultos.

En el año 2006, y dentro del amparo de esta institución IANDS, se reunieron 25 personas para compartir sus experiencias con los demás (Stout, Jacquin, & Atwater, 2006). Allí identificaron seis retos principales que los experimentadores debían encarar:

- Asimilar un cambio radical en la visión de la realidad.
- Aceptar volver a la vida.
- Compartir la experiencia.
- Integrar nuevos valores espirituales con expectativas terrenales.
- Ajustarse a una sensibilidad elevada y a regalos sobrenaturales.
- Encontrar el propio camino vital y seguirlo.

La investigadora australiana Cherie Sutherland, entrevistó a 50 experimentadores de ECM y encontró que los efectos en sus vidas habían sido admirablemente consistentes, y muy diferentes de los efectos producidos por las alucinaciones inducidas por drogas o por químicos (Sutherland C. , 1995). Ella identificó muchos efectos como los siguientes:

- creencia universal en la vida posterior.
- una proporción elevada (80%) creen en la reencarnación
- ausencia total de temor a la muerte
- cambio importante de la religión organizada a la práctica espiritual
- aumento estadísticamente significativo de la sensibilidad psíquica
- visión más positiva de sí mismo y de los demás
- aumento del deseo de estar solo
- aumento del sentido de propósito
- falta de interés en el éxito material junto con un marcado aumento en el interés del desarrollo espiritual
- El 50 % experimentaron mayores dificultades en sus relaciones íntimas como resultado del cambio de prioridades
- aumento en el sentido de la salud

- la mayor parte pasó a tomar menos alcohol
- casi todos dejaron de fumar
- la mayor parte dejó de usar las medicinas de la industria farmacéutica
- la mayor parte pasó a ver menos programas de televisión
- la mayor parte leyó menos diarios
- aumento del interés por las curas alternativas
- aumento del interés de aprender y del autodesarrollo
- 75% experimentaron grandes cambios en sus carreras hacia áreas en las que se ayuda a los demás.

Por su parte la IANDS (2016) cree que los efectos de las ECM pueden entenderse mejor si se diferencian dos tipos de cambios, por un lado, los psicológicos y por otro los fisiológicos. Veamos lo que apuntan.

Características psicológicas principales:

Se refiere a que estas personas pierden el miedo a la muerte, son más espirituales y menos religiosos, participan fácilmente en el pensamiento abstracto, son más filosóficos. Puede pasar por varios episodios de depresión, son más generosos y caritativos que antes, forman conceptos expansivos de amor, mientras que al mismo tiempo inician y mantienen relaciones satisfactorias. El "niño interior" o los problemas no resueltos de la infancia tienden a manifestarse. Son menos competitivos, están convencidos de que hay un propósito en la vida. Rechazan las limitaciones anteriores en la vida y los roles "normales", sienten aumentados los sentidos del gusto, tacto y el olfato. Experimentan un aumento de la capacidad intuitiva o psíquica además de la posibilidad de conocer o "re-vivir" el futuro. Son más carismáticos. Experimentan sensaciones de asombro y alegría, tienen menos estrés, son más independiente y objetivos. Son muy curiosos, les atrae el conocimiento y el aprendizaje.

Características fisiológicas principales:

Procesamiento de pensamiento alterado. Se sienten cómodos con la ambigüedad, presentan inteligencia elevada, tienen más creatividad e inventiva. Poseen una inusual sensibilidad a la luz y los sonidos. Presentan menor presión arterial, tienen más aceleración en la tasa de absorción de sustancias y el metabolismo (disminución de la tolerancia de los productos farmacéuticos y los productos tratados químicamente), a menudo recurren a tratamientos de salud alternativos. Tienen más sensibilidad

eléctrica, aumentan las alergias, puede poseer capacidad de curar. En la alimentación tienen más preferencia por las verduras y cereales que por la carne y físicamente están más jóvenes.

La IANDS apunta que los efectos secundarios no se pueden falsificar. Tampoco se puede ocultar su respuesta a la forma en que les afectan. Es posible que se pueda retrasar su aparición o disminuir el impacto que tienen, pero no se puede evitar los efectos que estas experiencias traen consigo.

Independientemente del drama provocado por los estados cercanos a la muerte, lo que sucede después es donde se establecen el verdadero valor y significado real.

El Dr. Melvin Morse encontró efectos secundarios muy parecidos a los de la IANDS. Él determinó que los supervivientes de las ECM tenían tres veces más experiencias psíquicas verificables que la población en general; frecuentemente no podían usar relojes de pulsera y, a menudo, tenían problemas de conducción de electricidad tales como el de causar cortocircuitos en los ordenadores o inhabilitar tarjetas de crédito (Morse & Perry, 1993). Morse encontró también que las personas que habían tenido una ECM daban más dinero a las instituciones de caridad que los sujetos de control, eran más propensos a trabajar como voluntarios en la comunidad o a trabajar en las profesiones de ayuda a los demás, no sufrían de abuso de drogas y comían más frutas y verduras que la población de control.

En un artículo publicado en noviembre de 2015, el D. Bruce Greyson afirmaba que “Independientemente de las causas o las interpretaciones de las ECMs, éstas están consistentemente asociadas con efectos secundarios profundos y duraderos en *experimentadores*, y pueden tener implicaciones importantes para los no experimentadores también”.

4.1.8. ECM EN NIÑOS

Desde que Raymond Moody publicara en 1975 *Life After Life*, el tema de las ECMs ha fascinado a mucha gente, sin embargo, las ECM en niños raramente se mencionaron hasta que en 1983 Melvin Morse publicara el caso de una niña de siete años que estuvo a punto de morir ahogada. Morse resucitó a la niña en la sala de urgencias de un hospital cercano; cuando el Dr. Morse le preguntó a la niña si recuerda algo de su experiencia

ella respondió: ¿Se refiere a cuando visité al Padre celestial?, una semana más tarde Katie, que así se llamaba la niña, describió viajar por un túnel oscuro, que se convirtió en brillante cuando una mujer alta con el pelo de color amarillo brillante apareció. Esta guía de otro mundo la acompañó al cielo, donde se encontró con familiares fallecidos y dos almas que esperaban para renacer y entonces se encontró con el “Padre celestial y Jesús”. Se le preguntó si quería ver a su madre otra vez y ella dijo que sí y despertó en su cuerpo (Morse & Perry, 1991).

Tras la publicación del artículo de Morse sobre este caso, Nancy E. Bush (1983) informó de diecisiete casos de ECMs en niños, Gabbard y Twemlow (1984) publicaron tres casos más, este último había tenido una ECM de niño. Las publicaciones sobre las ECMs en los niños, aunque pocas, comenzaban a producirse, como es el caso de las publicadas por Irwin, (1989); Herzog y Herrin, (1985); Morse, Conner y Tyler, (1985) y Serdahely, (1990), porque se creía que los testimonios de los niños, especialmente los más pequeños, estaban libres de influencias culturales.

A edades tempranas es difícil imaginarse que un/a niño/a pueda crear o elaborar acontecimientos que superan su comprensión, ya que, además, la información que estos puedan tener acerca de estas experiencias tanto social como culturalmente es bastante inferior a la de los adultos (Sutherland, 1995^a; Bush, 1983), especialmente cuanto menor es el infante. Los recuerdos de las ECMs se mantienen intactos, no son adornados con el paso del tiempo, según apuntan los estudios (Bush N. , 1983), los relatos retrospectivos de adultos eran indistinguibles de ECM pediátrica contemporánea (Serdahely, 1991). A diferencia de los recuerdos o sueños ordinarios, no parece que las ECM sean reorganizadas o alteradas con el tiempo (Morse M. , 1994b).

Aunque en la actual sociedad occidental el nivel de conocimientos religiosos recibidos en la población infantil es a menudo bajo, y por ello muchos investigadores tienen interés en las ECMs de esta población, otros muchos se han cuestionado los condicionamientos culturales (Bush, 1983; Gabbard y Twemlow, 1984; Morse y Perry, 1993; Serdahely, 1991). Sin embargo, Sutherland (2012) señala que ella misma se había encontrado casos, en los que los niños comentaban lo diferentes que eran ciertos aspectos de sus experiencias de lo que podrían esperar por sus antecedentes culturales y religiosos. Como Bonenfant señala (2001) *“Los testimonios de los niños son a menudo simplemente informativos porque ellos informan exactamente de lo que ven sin grandes*

preocupaciones por la interpretación racional de sus observaciones”; sus relatos parecen no estar contaminados (Sutherland C. , 2012). La autora dice que se ha encontrado con adultos que relatan sus ECMs de la infancia con términos infantiles.

El Dr. Melvin Morse, al entrevistar a doce niños supervivientes de paro cardíaco vio que, en prácticamente todos, había al menos un elemento de las ECM (Morse, Conner y Tyler, 1985; Morse y Perry, 1991), por su parte el Dr. Jeffrey Long, en relación a su estudio afirma *“no encontramos diferencia alguna en el contenido de una ECM cuando se es tan joven en comparación a una ECM en un adulto. Es el mismo patrón, no importa la edad”* (Ver Anexo 3).

Para Peter y Elisabeth Fenwick (1995) *“parece haber muchas más semejanzas que diferencias entre las experiencias infantiles y adultas. Son vistas las mismas características, y éstas parecen ocurrir con más o menos la misma frecuencia.”*

Las experiencias vividas en niños son prácticamente similares a las de los adultos en cuanto al contenido y elementos (Sutherland C. , 1995a), aunque en los niños los colores son más intensos que en los adultos. Experimentan también grandes sentimientos y conocimientos, perciben una presencia y oscuridad protectora y bondadosa que deja una profunda impresión en ellos (Atwater P. , 1999). Los niños hablan de amigos, animales y familiares fallecidos, de figuras religiosas; y cuentan haber visto a familiares que aún están vivos (Sartori P. , 2015). En muchos casos, como en los adultos, a los niños se les ofrece volver a la vida y lo hacen para no inquietar a su familia.

Otra diferencia entre las ECMs de los adultos y las infantiles, es la reacción ante el fenómeno (Sutherland C. , 1995a); en este caso los niños no suelen cuestionar la experiencia, no es algo extraordinario, su aceptación es mayor que los adultos, no hablan de ello porque creen que es algo natural que le pasa a todo el mundo.

Se ha visto en las investigaciones en referencia al elemento de la revisión vital que, a diferencia de las primeras investigaciones que apuntaban a que no se daba en la infancia (Morse, Conner, & Tyler, 1985), los niños también la tienen en sus ECMs (Atwater, 1999; Sutherland, 1995a). Una de las interpretaciones que se da con respecto a la aparición de las ECMs es que cuanto mayor es el niño al tener la experiencia, mayor serán los efectos vitales que se sucederán en la misma (Serdahely, 1990).

Los adultos que tuvieron una ECM cuando eran niños recordaban con mucho detalle sus experiencias, aunque estas hubieran ocurrido a una edad muy temprana,

incluso en la edad prelingüística (Sutherland C. , 1995a); la autora afirma que la edad de los niños en el momento de la ECM no determina su complejidad, incluso niños prelingüísticos han informado más tarde experiencias muy complejas.

El siguiente, es un testimonio que he podido recoger de una señora de 57 años, tuvo una experiencia a la edad de 7 años fruto de una caída:

“Yo vivía en una finca en Cehegín, había otra casa cerca, de una vecina, (...) me bajé a jugar (...). Allí tenían una parra y jugábamos los niños. Yo me subí arriba del todo y cuanto estaba en la punta de arriba, se resbaló el ovillo aquel donde estaba y caí de cabeza. Yo no pensaba que me iba a matar sólo pensaba: ¡uhhhh cuánto daño me voy a hacer!!! (pero no sentí nada), sólo recuerdo que “me levanté” del suelo y flotaba y decía (pensaba) yo: ¡Qué bien me siento! (flotando por la placeta). Nada más que me acuerdo de eso. Entonces sé que mi vecina salió y cogió un delantal que llevaba y me lió en él y me entró a la “casica” y me sentó en una “sillica”. Entonces la mujer gritaba “socorro, socorro” y pasó un hombre que tenía la cara muy blanca (...) y me curaron con vino.

Yo pasé de flotar y pensar: “con el porrazo que me he dado y no me he hecho daño”, a despertarme en el delantal y con dolores”, Testimonio 187.

Sartori (2015) se hace eco del testimonio de un niño que experimentó una ECM a los seis meses de vida, sintió ansiedad mientras reptaba por el túnel con sus hermanos (Herzog & Herrin, 1985). A los tres años de vivir esa experiencia le explicaron que su abuela estaba muriendo y preguntó si tendría que recorrer el túnel para encontrarse con Dios.

La edad más temprana a la que se puede tener una ECM no se puede decir en estos momentos con un poco de rigor, lo que sí podemos es recopilar información sobre las edades más tempranas de las que se tiene testimonio según los investigadores.

Melvin Morse comentó (Morse & Perry, 1992) que encontró testimonios referidos a una experiencia perinatal, otra ocurrida a los cuatro meses de edad y otra a la edad de nueve meses (Morse & Perry, 1991). Por su parte, Sutherland recogió el testimonio de una niña de diez años que decía haber tenido una ECM en su primer día de vida, y el de otra de cinco años que decía haber tenido una, tres años antes (Sutherland C. , 1995a).

A continuación, muestro un testimonio que he podido obtener sobre una ECM a la edad de 3 meses:

“Yo nací el 19 de marzo del año 56, me crie muy bien los tres primeros meses, mi madre tenía mucha leche, ahí es donde empezó quizás el problema, tenía demasiada leche y le salieron unos bultos que se los extirparon, pero mientras esto se lo detectaron yo estuve mamando esa leche. Eso me produjo deshidratación e inanición. Todo lo que comía lo devolvía, el agua... cualquier cosa que comía, todo lo que me entraba por la boca iba fuera. Hasta que llegó un punto

que mi madre me llevó al médico (...) y le dijo (el médico): <<llévatelo a tu casa que no tiene remedio>> me mandó unas inyecciones (suero) por si salía, me llevaron a mi casa hecho un "pajarico", muerto y lo que sí recuerdo es de ver un túnel azul y me encontraba en una situación placentera completamente (...) me acuerdo perfectamente, y según me contaron, y esa imagen la recuerdo muy bien, es un tío de mi madre, que me lleva veinte años a mí , al bajar unas escaleras silbó y ante eso yo reaccioné y desperté", Testimonio nº 188.

Tales historias, de acuerdo con Peter y Elisabeth Fenwick (1995), son importantes porque indican claramente que "*las ECMs no depende de la maduración y el desarrollo del cerebro*" y posiblemente incluso que "*reflejan algunas de las características fundamentales de la experiencia a la que el cerebro moribundo, a cualquier edad, tiene acceso*".

Según Atwater (1999), si la ECM ocurre a muy temprana edad, es posible que la persona tenga más de una a lo largo de su vida, si esto ocurre, a menudo, la última suele dar sentido a la anterior.

En cuanto a las causas, según la autora, que pueden desencadenar una ECM en la infancia se ha puesto de manifiesto en las investigaciones que la causa principal es el ahogamiento, seguida de la asfixia, la cirugía, tonsilectomía y abuso de menores. Sutherland (1995a) asocia las ECM como causa principal a enfermedades como la neumonía, el asma y la cardiomiopatía, seguidas del ahogamiento y por último abuso o violencia contra menores (Sartori P. , 2015).

Varios investigadores consideran que, aunque las ECMs en la infancia son escasas, las hay, y algunos se preguntan si esto podría deberse a un hecho real o a la reticencia de asociar la infancia con lo malvado y lo desagradable (Bonenfant, 2001).

Entre los niños también hay efectos secundarios de las ECM y son muchos y variados, fisiológicos, neurológicos, psicológicos, emocionales, sociales, comportamentales, actitudinales, espirituales y hasta paranormales, pero muchos de estos efectos son exitosamente integrados y vividos como positivos (Sutherland C. , 2012). Muchos de estos niños aseguran querer volver al lugar en el que estuvieron, aunque para ello tuvieran que quitarse la vida (Sartori P. , 2015). La mayoría deja de tener miedo a la muerte tras la experiencia, en el estudio de Sutherland (1992) fue el 98% de los casos.

Según Atwater (1999), la mitad de los niños de su estudio padecían depresión y el 21% había intentado suicidarse frente al 4% de los adultos, lo que nos hace pensar,

de nuevo, en la necesidad de un profesional de la psicología para ayudarles a integrar esta experiencia, también en la infancia.

Sutherland (1995a) sostiene que algunos de ellos dejan de hablar de su experiencia, se vuelven más tímidos y otros son considerados más problemáticos o introvertidos (Atwater P. , 1999). Otros como afirma Hoffman (1992) comienzan a practicar la meditación. Sutherland (1992), afirmaba que el 76% de su estudio (50 niños), decían ser más espirituales que religiosos después de sus experiencias. Hay otro tipo de efectos muy comunes entre los niños, algunos comenzaban a contactar con familiares fallecidos (Sutherland C. , 1995a) y otros hablan de figuras como “el ángel de la guardia” que se comunica con ellos (Atwater, 2003; Morse y Perry, 1992). Algunos niños tienen precogniciones, saben cosas antes de que ocurran como saber quién está llamando por teléfono, tener sueños o visiones que pueden ser tan angustiosas que puede querer no tener esa capacidad (Fenwick & Fenwick, 1995), otros comienzan a tener experiencias fuera del cuerpo (EFC) y otros, saber cosas de otras personas y leerles la mente (Sutherland C. , 1995a).

Suelen mostrar buenos resultados académicos, desarrollan habilidades creativas y suelen presentar un alto coeficiente intelectual (Sartori P. , 2015). Muchos destacan en artes, humanidades e informática (Atwater P. , 1999). Según Sartori (2015), es probable que muchos de ellos terminen trabajando en empleos relacionados con la atención y la curación de los demás.

Como apunta Atwater (1999) estos niños, de adultos tienden a tener relaciones afectivas duraderas (las ECM en adultos suele traer una elevada tasa de divorcios). Estos niños, en la adultez, no van a considerar el dinero ni la posición social como factores importantes en su vida, aunque sí la estabilidad; el 80% estaba satisfecho con su trabajo y el 68% poseía su propia casa.

Atwater (1999) sostiene que hay aspectos relacionados con la salud en los adultos que de niños tuvieron una ECM, muy relacionados con la misma, por ejemplo, los experimentadores creen que su buen estado de salud se atribuye a su actitud espiritual ante la vida y las terapias complementarias. Otro aspecto es que toleraban menos los productos farmacéuticos a medida que crecían y suelen tener una baja presión sanguínea y mucha sensibilidad a la luz y el sonido y objetos eléctricos (Atwater P. , 2003).

Hay niños y adolescentes que describen tener otro tipo de fenómenos como no poder llevar relojes porque siempre se rompen (Morse & Perry, 1992). Bonenfant (2004) tuvo muchos ejemplos de sinestesia, como *“sentir colores, saborear palabras u oler sonidos”*.

4.1.9. ECM EN CIEGOS

Son muy pocos los casos registrados de ECMs en personas con discapacidad, pero los hay en discapacidad intelectual (Kason & Degler, 1994), y cuadriplejía (Serdahely & Walker, 1990); pero quizás los que más llaman la atención son los casos de los ciegos, por el hecho de que muchos de ellos pueden “ver” durante su experiencia. En 1997 se publicó un artículo (Ring & Cooper, 1997) donde se describían casos de personas ciegas que tienen experiencias visuales vívidas cercanas a la muerte, experiencias extracorpóreas no asociadas a una ECM, aunque lo que más destaca son los casos de personas ciegas de nacimiento que habían tenido una ECM con los elementos descritos en las personas no ciegas y con contenido visual organizado (Long & Perry, 2011).

Los autores Ring y Cooper (2008) realizaron el primer estudio, de cierto rigor, sobre ECMs en ciegos, cuyos objetivos eran saber si los ciegos tenían ECMs, y si era así saber si son diferentes o iguales a las del resto de experimentadores. También querían saber si tienen percepciones visuales durante sus ECMs y EECs y por último si podían corroborarse las percepciones visuales que los ciegos tenían durante sus ECMs y EECs (Fernandez-Palacio, 2013).

Contactaron con treinta y una personas, de cuarenta y seis consideradas, que encajaban con los criterios de la selección (haber tenido una ECM o una EEC y poseer cierto grado de ceguera). Los datos se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad con los experimentadores, y de fuentes externas, cuando así fue posible (Ring & Cooper, 2008).

Uno de los principales rasgos a destacar de esta investigación fue el descubrimiento de que las ECMs de las personas ciegas no se diferenciaban de las que comúnmente tenían las personas que pueden ver (Ring & Cooper, 2008). El punto fundamental en el que se centró el estudio fue en intentar descubrir si los ciegos tenían experiencias visuales durante sus ECMs y EECs.

De estas treinta y una personas, quince habían tenido una ECM, tres no estaban seguras y tres no la habían tenido. En cuanto a las EECs, nueve sí las habían tenido y una no. En relación a los tres experimentadores que no estaban seguros de haber tenido experiencias visuales y los otros tres que creían que no, Ring y Cooper matizan que no está claro si realmente no tuvieron esas experiencias visuales, porque no supieron identificarlas como tales (Fernandez-Palacio, 2013), ya que no sabían lo que era “ver”; por lo tanto, se considera que hay quince ciegos que afirmaban haber visto durante sus ECMs, y el resto, seis personas, que no se sabe con certeza si pudieron o no haber tenido experiencias visuales durante sus ECMs.

Long afirma en *Evidencias del Más Allá* (2011), que el que una persona ciega de nacimiento tenga una experiencia visual detallada y organizada resulta inexplicable para la ciencia médica y que como durante la ECM no funciona la capacidad fisiológica normal de ver, todo apuntaría a que la vista que se describe durante las ECM es diferente a la vista terrenal con la que estamos familiarizados.

4.2. MARCO TEÓRICO

“No existe ningún otro conocimiento más útil que tener siempre en mente: No es nuevo, es tan viejo como el mundo”.

Frederik van Eeden

4.2.1. PRECEDENTES HISTÓRICOS.

La muerte y el morir han sido estudiadas con énfasis a lo largo de la historia. Las diferentes culturas y sociedades veían la necesidad de conocer el tema, ya que fundamentaban la base de su religión y vida en torno a lo que ocurría con el cuerpo y el alma una vez que el ser humano dejaba de estar vivo. De ahí que el ser humano deseara conocer el momento en el que se dejaba de estar vivo y sobre todo saber quién debía decidir tal cuestión (Thomas, 1983).

A partir del S.XIX, el diagnóstico y certificación de la muerte pasó de ser responsabilidad de los familiares del fallecido y de los religiosos al médico surgiendo el término de “muerte clínica” (Trueba, 2007).

Pero las investigaciones sobre las ECM no son hechos estudiados a partir del S.XIX-XX. A lo largo de la historia han existido estas experiencias, pero quizás no habían sido interpretadas de la misma forma que se hace en estos tiempos.

Mucho puede decirse de las manifestaciones artísticas que tienen por objeto la muerte y el más allá, como hemos podido ver, por ejemplo, en el cuadro de El Bosco “Visión del más allá”, especialmente el segundo postigo donde se advierte con facilidad parte de los elementos de las ECM, los seres que acompañan al difunto después de morir, el túnel, la luz brillante y seres que les esperan al final de ese túnel.

Pero también pueden encontrarse más atrás en el tiempo. En los antiguos templos egipcios aparecen pinturas y relieves en las paredes cuyos temas principales son la muerte, el túnel, la luz o las experiencias extracorpóreas. En el libro Egipcio de la Muerte se afirma que cuando uno muere se es capaz de reconocer los amigos y parientes fallecidos dentro de este nuevo mundo (Ross, 1979).



Ilustración 7: “Visión del Más allá”, 1500-1504.

Muchos egiptólogos creen que a partir de que diversos pueblos fueron dándose cuenta de que había relatos de ECM que coincidían, se unieron tras una creencia religiosa y surgió la religión egipcia creando dioses y rituales relacionados con la muerte (Moody, R y Perry, P. 2010)

Según estos autores, en la religión egipcia se pueden encontrar muchos elementos de las ECM y de las EMC, que paso a relatar.

“La separación del Ka¹⁸, nuestra fuerza vital y el Ba, nuestra alma, tenía los elementos de la experiencia extracorpórea. En muchos templos y paredes de tumbas están representadas escenas en que se ve al espíritu abandonar el cuerpo, (Ver Ilustración 8). A partir de ahí, desposeído de su flujo vital dejaba de existir. En ese instante era cuando el BA (alma) se dirigía al encuentro con los dioses para la realización de su juicio. El alma humana o Ba, mostrada como un ave sobre el cuerpo momificado



Ilustración 8: Un egipcio moría cuando su Ka (o energía) abandonaba su cuerpo.

La visión de una luz brillante cuando la persona entraba en la muerte se describe en los Textos de las pirámides y en el Libro de los Muertos egipcio, y también se recoge en las paredes de las tumbas de los faraones.

¹⁸ Según se lee en el libro de los muertos un egipcio moría cuando su Ka (o energía) abandonaba su cuerpo. Al no tener energía vital dejaba de existir. El BA (alma) se dirigía al encuentro con los dioses para ser juzgado. El alma humana o Ba, era mostrada como un ave sobre el cuerpo momificado

El “Ib”, el corazón, era la sede de las emociones y de las intenciones. El dios Anubis examinaba sus cualidades de bondad y maldad y dictaba sentencia, dictaminando si se debía admitir a su propietario en la otra vida¹⁹.

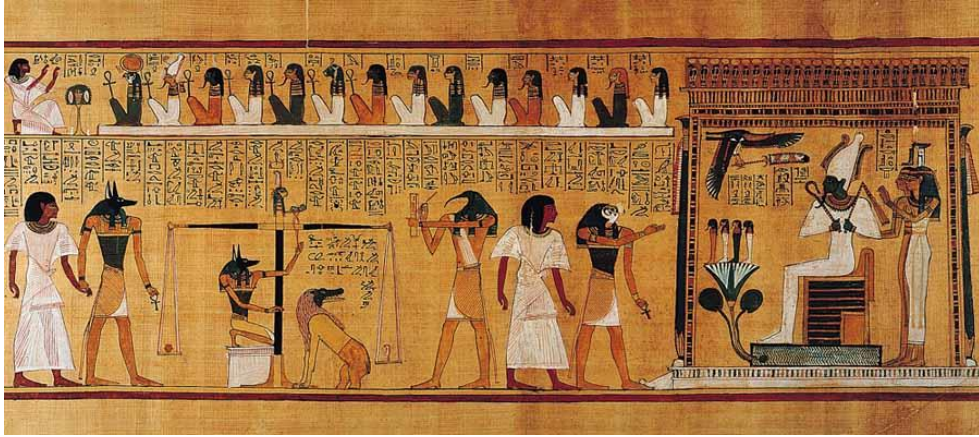


Ilustración 9: El Juicio de Osiris en el Papiro de Hunefer

El difunto recorría un túnel oscuro para reunirse con sus parientes muertos.” (Moody y Perry, 2010:157).

Los antiguos griegos también creían en la existencia del alma inmortal. Los filósofos griegos Sócrates y Platón ambos defendían que el alma salía del cuerpo físico hacia la muerte, libre, con el fin de reunirse con los amigos y parientes fallecidos. Platón creía que la reunión tenía lugar en un lugar de gran brillantez, después de lo cual el alma se iría con el fin de observar una revisión de la vida y recibir el juicio (Rawlings, 1978).

Platón, en “La República” (2010), se hace eco de estas experiencias en su “mito del soldado ER”, donde se menciona la cuestión de la supervivencia del alma tras la muerte, el valor de la justicia y el aprendizaje de las verdades de la vida. En este relato aparecen varios de los elementos que los investigadores actuales asumen como propios de las ECM, lugares hermosos y terribles (inframundo), la luz brillante y la revisión de los actos en la vida.

También se hace alusión, en el mito de Caronte, al tema del inframundo, abordando el tema de la vida después de la vida y el paso de las almas por la laguna Estigia

¹⁹ En el Antiguo Egipto se creía que cuando el cuerpo físico de una persona murió el alma entraría en el Salón de Juicio de Osiris en el que entonces comenzaría una vida llena de alegría eterna y la felicidad.

La Biblia muestra un pasaje en el que S. Pablo parece tener una ECM, una luz lo deslumbró y escuchó una voz que le decía que fuese a Antioquía. Revivió su pasado de enemigo de los cristianos, comprendió todo el mal que había causado y transformó su vida por amor a la luz que vio durante su experiencia (II Cor 12, 1-17; II Cor 5:1, 7-10); es interesante observar que San Pablo menciona un proceso de revisión de la vida y el juicio, los elementos comunes que aparecen en gran parte de la literatura contemporánea de las experiencias cercanas a la muerte.

Según apuntan Walker y Serdahely (1990) muchas culturas orientales habían puesto de manifiesto su creencia en la vida después de la muerte desde el siglo III DC (Becker C. B., 1981; Ch'en, 1964), pero no fue hasta el siglo VIII de nuestra era, que esas ideas se expresaron en forma escrita (Rawlings, 1978), es entonces cuando se creó Bardo Thodol o El Libro Tibetano de los Muertos, para ayudar a los moribundos en su transición de la vida a la muerte, ya que es una guía de instrucciones para los moribundos y los muertos que permite alcanzar la iluminación durante el periodo inmediato posterior a la muerte y por algunos días más (Fremantle, F., & Chogyam, T. R., 1975; Moody R. A., 1977; Rawlings, 1978). En el libro se describe que después de la muerte física el alma se envuelve dentro de un nuevo organismo denominado brillante, tienen mayor conciencia sensorial, encuentros con sus seres queridos fallecidos, sentimientos de paz y alegría extrema, y un juicio (Becker C.B., 1985; Fremantle y Chogyam, 1975, Rawlings, 1978).

Dante Alighieri (1304-1321), recoge unos párrafos en la Divina Comedia que hacen recordar elementos de las ECM, *“luz que produce goce sin límites”*.

Leconte de l'isle habla de la visión panorámica de los que están a punto de morir²⁰.

Hay numerosos relatos que muestran escenas y hechos muy parecidos a lo largo de la historia, visiones panorámicas de la vida, sensación de bienestar y sentimientos de que la ida es más agradable que la vuelta a la vida. Estos hechos se recogen en “La revue Scientifique” del 2 de enero de 1897 en “Les idées sur le mort”. También en febrero, marzo y octubre de 1896 en los Art. De M. Victor Egger “Le moi des mourants”, de Taine,

²⁰ Museo Reverte Coma, JM. Disponible en http://www.museorevertecoma.org/v2/index.php?option=com_content&view=article&id=131:experiencias-de-casi-muerte-ecm&catid=10:muerte

“De l’intelligence”, en Ribot “maladies de la mémoire” y en Fere Pathologie des émotions”.²¹

Swedenborg, científico, teólogo y filósofo sueco, en el S.XVIII habla de los tres estados del mundo espiritual, el cielo, el infierno y el mundo de los espíritus. Cuenta que la vida en este mundo es muy corta en relación a la vida tras la muerte y que algunas personas que mueren creen que volverán a vivir.

Swedenborg asegura que el primer estado tras la muerte es muy semejante a la vida en el cuerpo físico, tanto que no todos sabe que están muertos, así que entiende la muerte como una transición. En el segundo estado entran en el interior de la mente y ve lo que era en el mundo, lo que hacía. El tercer estado es el de aprendizaje para adquirir conocimiento y verdad y seguir ascendiendo.

En relación al mundo de los sentidos y las sensaciones este autor asegura que son más exquisitas, más claras y perfectas que en vida, como aseguran la práctica totalidad de quienes han vivido una ECM. También coincide con ellos en que las visiones de quienes están en el cielo, como él llama al lugar donde están las almas una vez se ha fallecido, son de lugares bellos, música agradable, mucho amor, reina la justicia y nadie es juzgado. La luz del cielo es la verdad divina y el calor la bondad divina y deben concordar con la luz del sujeto para poder entrar tras pasar desde el mundo de los espíritus, atravesar un camino y ascender hasta una puerta que abre un guardián donde aguarda un examinado que les permite seguir avanzando en busca de una casa que pueda ser reconocida como la propia²² (Swedenborg, 2012).

Charles Darwin (1809-1882), cuenta en su autobiografía que tuvo una experiencia siendo niño cuando, distraído cayó desde una altura de dos metros y medio y añade “*el número de pensamientos que atravesaron mi espíritu fue extraordinario, lo que parece ser poco compatible con la aseveración de los fisiólogos de que cada pensamiento exige una cantidad de tiempo considerable*” (Darwin, 2009).

El antropólogo inglés Edward B Tylor (1871) afirmaba que el hombre primitivo creía en la existencia de algo invisible, una realidad espiritual y lo describía de la siguiente manera: “*Una tenue imagen humana sin cuerpo, una especie de vapor, película*

²¹ Reverte Coma, JM. Disponible en <http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/mundomuerte/ecm.html>

²² Disponible en <http://www.swedenborg.es> Consultado 01/04/2012.

o sombra, causa de la vida y del pensamiento en el individuo en que habita. Esa alma posee conciencia y voluntad independientes; puede abandonar el cuerpo para trasladarse velozmente de un lugar a otro en la mayoría de los casos, es invisible e intangible, pero es capaz de producir fuerza física y se aparece a los mortales (en estado de sueño o de vigilia) preferentemente como un fantasma separado del cuerpo, al cual, sin embargo, se parece; finalmente, puede penetrar en el cuerpo de otros individuos, animales y aun cosas, tomando posesión de ellos e influyéndolos”.

En el S.XIX, Albert Heim (1892), geólogo y alpinista suizo, estudió el tema de las ECM tras vivir una al caerse por un precipicio. Tuvo una revisión de vida, donde en un instante pudo ver pasar toda su vida y una sensación de bienestar y felicidad nunca antes vivida, como recoge en su libro “Notas sobre la muerte por caída”. Heim estuvo recopilando relatos de personas que habían sobrevivido a la muerte, muchos de ellos alpinistas como él, llegando a la conclusión de que las ECM vividas mostraban un 95% de semejanzas tales como una actividad mental ampliada, sentimiento de seguridad y calma, expansión del tiempo, revisión vital, visiones de gran belleza y música “celestial”.

El psicólogo James Hyslop, en 1907 también trabajó con enfermos terminales y descubrió que estos pacientes, uno o dos días antes de morir, tenían visiones de familiares o amigos ya fallecidos (Hyslop, 2014), al igual que encontró Ernesto Bozzano en 1923.

William Barrett, catedrático de física en el Real Colegio de Ciencias de Dublín, en 1926 llevó a cabo el primer estudio científico de la historia sobre la mente de los moribundos y encontró que “si bien los pacientes suelen estar lúcidos y racionales, los hechos que suceden a su alrededor suelen ser espirituales y sobrenaturales (Moody, R. y Perry, P. 2010). Se dio cuenta de que las visiones, tenían lugar mientras daban muestras de tener una mente clara por lo que era imposible atribuir las mismas a las alucinaciones y, además, un hecho relevante era que, no se correspondían a las ideas culturalmente preconcebidas por los pacientes.

También el psicoanalista Karl Jung sufrió en 1944 un infarto y en su experiencia cuenta que ascendió al cielo y vio el universo desde otra perspectiva completamente diferente.

Estas visiones también fueron estudiadas por el psicólogo Karlis Osis en 1959, incidiendo en la influencia de los medicamentos en la frecuencia de las visiones experimentadas concluyendo que no había relación alguna entre ambas.

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross, fue una de las pioneras de los estudios sobre la muerte y el morir en el S. XX. Encontró que la mejor manera de estudiarla era pidiendo ayuda a los propios enfermos desahuciados “Observaríamos a los pacientes que se encontraran en estado crítico, estudiaríamos sus respuestas y reacciones, evaluaríamos las actitudes de las personas que les rodearan, y nos aproximaríamos a los moribundos tanto como ellos nos lo permitiesen” (Kübler-Ross, 1975), a partir de ese momento se crearía el Seminario Interdisciplinar sobre la muerte y los moribundos, cuya repercusión ha durado hasta nuestros días, abordándose este tema desde diferentes disciplinas. La Dra. Kübler-Ross, debido a que permaneció largas jornadas, durante años, junto al lecho de muerte de muchos pacientes, tuvo acceso a gran información, de primera mano, de hechos que la comunidad científica no terminaba de encajar dentro del pensamiento materialista de la época y el lugar, la sociedad estadounidense de los años sesenta, así que el hecho de que la Dra., no considerara alucinaciones los relatos de sus pacientes, como las EFC, las visiones de seres fallecidos, la luz brillante, etc., le reportó muchas críticas y no pocos problemas.

El psiquiatra Russel Noyes, en 1971, realizó también un estudio en el que contó con 104 ECM en accidentes de carretera y encontró semejanzas, la primera de ellas es la lucha por la vida y posterior aceptación de la muerte, la segunda es la revisión vital y sensación de paz y bienestar y la tercera un cambio en el estado de la conciencia que trasciende el tiempo y el espacio.

Este tipo de visiones y experiencias fue estudiado más tarde por el psiquiatra y Dr. en Filosofía y Medicina, Raymond Moody en su libro *Vida después de la Vida* (1975). Las experiencias que Moody recogió se clasifican en tres tipos, las que provienen de personas declaradas clínicamente muertas, las que perdieron la conciencia por un accidente y las que provienen de agonizantes que cuentan lo que están experimentando.

Estudios en localizaciones geográficas a lo largo y ancho del planeta han obtenido conclusiones notablemente semejantes como son el estudio de Margot Grey sobre las ECM en Inglaterra (1985), el de Paola Giovetti en Italia (1982); el de Dorothy Counts en

Melanesia (1983), y el de Satwant Pasricha e Ian Stevenson en India (1986). Más estudios siguen saliendo de diferentes países regularmente y ejemplos históricos muestran que la experiencia ha sido notablemente consistente en el tiempo.

4.2.2. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

“Hablo alto y claro porque no haría ningún favor a la dignidad de la ciencia si se la pudiera acusar de callar sobre ciertos asuntos sólo porque no sabe cómo interpretarlos”.

Frederik van Eeden

El interés general en las experiencias cercanas a la muerte vino precedido de las investigaciones aportadas por Raymond Moody en su libro de 1975 *Vida después de la vida* y de las aportaciones de la International association for Near-death experiences (IANDS), a finales de los años 70 y Near Death Experience Research Foundation (NDERF) desde 1981 en Estados Unidos. Allí, la encuesta Gallup (Gallup y Proctor, 1982) afirma que más de ocho millones de estadounidenses aseguran haber tenido una experiencia cercana a la muerte, aunque la cifra es susceptible de cambio puesto que las personas que han experimentado una vivencia como esta, no suelen decirlo más allá de su contexto familiar o de amistad muy cercana, por temor a ser juzgados o a no ser entendidos. Las ECM comienzan a ser valoradas en España en los campos de la psicología, la psiquiatría, la medicina hospitalaria, la filosofía y ahora estudiada desde la Antropología, es por ello, que los datos que tenemos de este país aún están en ciernes.

Muchas de las investigaciones se han ido realizando en Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, Francia, Bélgica, India... pero se encuentran investigaciones sobre las mismas en todos los continentes llegando a resultados y conclusiones muy interesantes y esclarecedoras desde diversos puntos de vista y distintas disciplinas como la Psicología, la Medicina y la Antropología entre otras. En España aún hay pocas investigaciones al respecto salvo destacar las que realizó el Dr. Enrique Vila (2009) donde concluye en la página 231 *“por los casos estudiados constatamos que las fases, secuencias y desarrollo de las ECM son los mismos que otros autores han detectado en sus respectivas experiencias.”*

La bibliografía sobre las ECMs se remota a años atrás y ya en 1847 comienzan a publicarse testimonios que entran a formar parte de la bibliografía básica en torno a

este tema; aunque como ya se ha mencionado, los testimonios acerca de las ECMs y las EFC se han reflejado desde la antigüedad.

4.2.2.1. INVESTIGACIONES RECIENTES

Como apuntaba recientemente, el interés contemporáneo en el estudio de las ECM comenzó a suscitarse tras el libro de Raymond Moody (1975), siendo él, el mayor exponente y precursor del estudio de este fenómeno. De hecho, es a Moody a quién debemos el término de *Experiencias Cercanas a la Muerte*, pues hasta entonces fueron muchas las denominaciones que se les daba a estas experiencias. Teniendo en cuenta pues, que a partir de 1975 con la publicación de *Vida después de la vida* las investigaciones en distintas disciplinas comenzaron a sucederse, tomaré esta fecha como el inicio de las investigaciones recientes y estado actual de la cuestión.

Russell Noyes (1981) describió respuestas de 189 víctimas de accidentes amenazantes para la supervivencia como factores analizados en dimensiones de despersonalización, hiperalerta y conciencia mística. Noyes identificó interpretaciones significativas de estos fenómenos en términos de aproximaciones fisiológicas, psicológicas y místicas de las ECM.

Grosso (1981) afirmó que la universalidad de las ECM, el componente paranormal y los efectos beneficiosos no podían ser explicados por las actuales (hasta entonces) teorías de la experiencia. Propuso una aproximación Jungiana no reduccionista que podría explicar estos aspectos del fenómeno y señaló que la hipótesis de la supervivencia puede también dar cabida a estos fenómenos.

Harvey Irwin (1981) presentó datos que indicaban que los estudiantes que informaban de EFC estaban más atentos a sus procesos mentales que otros estudiantes, y tenían baja necesidad de logro y respeto.

Kevin Drab (1981b) analizó 71 descripciones de aparente movimiento a través de espacios parecidos a un túnel. El concluyó que estas experiencias variadas de túnel no eran ni una realidad objetiva ni una metafórica transición entre estados de consciencia, sino que lo más probable es que sean eventos alucinatorios. Chari (1982) propuso una tipología de experiencias de túnel basado en su aparente función y complejidad estructural. Concluyó que las experiencias del túnel pueden ser en parte eventos

paranormalmente inducidos construidos subconscientemente para salvar una brecha entre el mundo ordinario perceptual y el campo pseudoalucinatorio visual.

Michael Sabom (1981) realizó un estudio con ciento dieciséis supervivientes tras una ECM, de los cuales treinta y seis afirmaron haber observado sus cuerpos físicos durante una EFC, demostrando con un caso, un método por el cual la exactitud de estas observaciones de EFC se podían comprobar, y propuso estudios posteriores en esta línea.

En 1981, Glen Gabbard, Stuart Twemlow y Fowler Jones (1981) compararon 34 EFC ocurridas durante una ECM con otras trescientos cinco EFC. Estos autores vieron que no había características únicas al estado cercano a la muerte. A pesar de ciertos fenómenos, incluyendo efectos secundarios positivos, fueron asociados más a menudo con EFC en ECM que con otras EFC. Estos autores (Twemlow, Gabbard, & Jones, 1982) describieron las trescientos treinta y nueve EFC en términos de condiciones que rodean la experiencia, características fenomenológicas e impacto posterior. Reportaron que los sujetos que habían tenido EFC no diferían de los sujetos control en términos de salud psicológica. Los autores (Twemlow, Gabbard, & Coyne, 1982) reportaron un análisis multivariante de treinta y tres ECM aislando cinco grupos de condiciones cercanas a la muerte preexistentes: bajo estrés, estrés emocional, intoxicación etílica, paro cardíaco y anestesia. Ellos defendían que esta técnica estadística es particularmente adecuada para los estudios cercanos a la muerte con pocos sujetos o muchas variables.

Kenneth Ring y Stephen Franklin (1981-82) publicaron un estudio de treinta y seis intentos de suicidio, diecisiete de los cuales (47%) describían ECM que no se diferenciaban nada de las experimentadas en otros contextos. Encontraron en este estudio efectos inhibidores del suicidio tras las ECM y sus implicaciones terapéuticas.

En Italia, Paola Giovetti (1982) publicó un estudio con 120 ECM y ELM. Incluyó 46 casos de percepciones de conocidos fallecidos, 17 casos de percepciones de una frontera o punto de no retorno, 29 EFC, 21 casos de percepciones de paisajes celestiales, 11 casos de fenómenos paranormales observados por otras personas (acompañantes) en el lecho de muerte y 1 ECM reportada por un suicida, obteniendo como resultado que en Europa y Estados Unidos las ECM toman la misma forma.

Richard Kohr (1982) examinó la relación entre las ECM y los sueños, la meditación y las experiencias paranormales, entre 547 voluntarios de una organización paranormal

de potencial humano. Encontró que 84 experimentadores de ECM de esta muestra tendieron a reportar experiencias paranormales y afines más frecuentemente que aquellos que estuvieron cerca de la muerte sin ECM o aquellos que nunca habían estado cerca de la muerte. Kohr planteó la cuestión de si los individuos físicamente sensibles tienden a tener ECM, o si las ECM tienden a centrar la atención de los individuos en su fenómeno físico y conocido.

Varios investigadores han centrado su atención en supuestas transformaciones positivas de la personalidad después de las ECM. Bruce Greyson (1981a) revisó la literatura sobre los efectos inhibidores suicidas en las ECM y presentó varias hipótesis psicodinámicas para dar cuenta de estos aparentemente paradójicos efectos. En relación a este tema un grupo de investigadores alemanes (Kralovec K, 2009) describieron el caso de un paciente de 59 años de edad, que informó de una experiencia cercana a la muerte después de un intento de suicidio. La experiencia cercana a la muerte indujo la reducción de las tendencias suicidas. Estudios anteriores sugirieron una alta prevalencia de experiencias cercanas a la muerte tras el intento de suicidio y que las experiencias cercanas a la muerte pueden disminuir en lugar de aumentar el riesgo de suicidio posterior. Charles Flynn (1982), revisó la literatura previa sobre la transformación de valores después de vivir una ECM y presentó datos preliminares sugiriendo que las ECM aumentaban la preocupación por los otros, intereses religiosos y la creencia en el más allá al tiempo que disminuye el miedo a la muerte, los deseos materiales y la necesidad de aprobación de los demás.

Por su parte James Alcock (1981) revisó brevemente los argumentos para la interpretación de las ECM como “destellos de la otra vida” y como “ensoñaciones de un cerebro perturbado o moribundo”, y concluyó que la hipótesis de la otra vida está basada solamente en la fe y no puede ser apoyada por la evidencia de las ECMs.

Muchos investigadores se han centrado en las interpretaciones psicológicas del fenómeno de las ECM. Roy Kletti y Russell Noyes (1981) se hicieron eco de un artículo de Oskar Pfister de 1930, en el cual sugería que la persona, cuando se enfrentaba a la muerte, excluye la realidad de sus percepciones y busca refugio del peligro en las fantasías placenteras. Uri Lowental en su artículo publicado en *Psychoanalytic Review* (1981) sugiere que las ECM son un ejemplo de regresión frente a la muerte, y puede

reflejar bien recuerdos preverbales o fantasías de felicidad del niño bajo la protección amorosa de la madre.

Greyson (1981b) propuso muchas interpretaciones psicológicas de las ECMs que pueden adaptarse a la universalidad del fenómeno, componente paranormal y los efectos beneficiosos. Greyson concluyó que las ECM pueden servir a un número de funciones psicológicas.

Entre los años 1981 y 1982 hubo un punto de interés relacionado con la correspondencia entre los contemporáneos informes de Experiencias cercanas a la muerte y diversas tradiciones religiosas y culturales en relación con las experiencias lecho de muerte. Carl Becker (1981) describió el papel central desempeñado por las ECM en el budismo de la Tierra Pura, la escuela budista predominante en China. Lundahl (1981-82) describió otro mundo percibido como se revela en la literatura mormona sobre las ECM, y analizó la influencia del marco de referencia mormón.

Leon Rhodes (1982) comparó las ECM con descripciones de una existencia espiritual que se encuentran en los escritos del científico y místico sueco del S.XVIII Swedenborg.

Muchos autores se han posicionado en cuanto a interpretaciones objetivas frente a subjetivas del fenómeno (Greyson B. , 1982), por ejemplo, John Gibbs (1981) e Ian Stevenson (1981) criticaron el punto de vista de Ronald Siegel que las ECM son sólo subjetivamente reales, y presentó datos donde las explicaciones naturalistas de Siegel no podían explicar las ECM.

Otros autores se muestran más propensos a dar una explicación fisiológica a las ECM. Daniel Carr (1981) propuso que ciertas características de las ECM como euforia, revisión vital, disociación del cuerpo y alucinaciones, son indicadores de un “síndrome de lóbulo temporal” y puede ser precipitado en estados cercanos a la muerte y puede ser precipitado por la liberación de beta-endorfinas y péptidos cerebrales relacionados. Carr (1982) elaboró la teoría de que las endorfinas o los péptidos cerebrales liberados bajo estrés provocar una actividad neuronal del hipocampo y de ese modo provocar un síndrome del sistema límbico proporcionando una base fisiológica para algunas características de las ECM.

V. Krishnan (1981) argumentó que los sentimientos trascendentales y las EFC en estados cercanos a la muerte pueden tener una función protectora y no debería ser vistos como evidencias de la existencia post-mortem.

Scott Rogo (1982) revisó aquellas teorías psicológicas de EFC y ECM (que él consideró una categoría de EFC) que pretendía explicar el componente paranormal de esas experiencias. Su conclusión fue que, mientras algunas de estas teorías tienen crédito, están incompletas y no pueden explicar el alcance de las EFC como lo hacen las teorías de la separación entre mente y cuerpo.

Becker (1982) revisó la teoría popularizada por Carl Sagan, que las ECM son recolecciones de recuerdos de nacimiento. Concluyó que los recuerdos de nacimiento no tienen nada que ver con la realidad ontológica de ECM, son en sí mismos una realidad cuestionable y no podría explicar muchos aspectos importantes de las ECM.

Kenneth Ring (1982), profesor emérito de psicología en la Universidad de Connecticut, descubrió dos tipos de posibles fenómenos precognitivos que ocurren en las ECM: aparentes visiones del futuro personal de los experimentadores (flash-forward personal) y aparentes avances de eventos en todo el planeta (“visiones proféticas”). Ring habló de la importancia potencial de estas visiones precognitivas, así como diversas interpretaciones. Este autor (Ring K., 1981) también propuso que ciertas características como las EFC, encuentros con “presencias”, revisión vital, un mundo de belleza suprema, son mejor explicadas por un nuevo modelo de funcionamiento psico-espiritual y sugirió tal modelo basado en la existencia de la interpretación de los cuerpos físico, astral y causal.

En gran Bretaña se publicó el primer estudio en 1985 a cargo de la psicóloga Margot Grey (1985) motivada por la propia experiencia vivida. Ella llega a 3 conclusiones:

- 1- Encontró evidencias que de alguna manera parece que la conciencia sobrevive a la muerte física.
- 2- Existen experiencias tanto positivas como negativas y que se podrían llamar en estos días “experiencias de renacimiento”.
- 3- Cualquier persona puede tenerlas.

Grey afirma que la experiencia cambia la relación de la persona con la religión. El cambio principal se dirige hacia una ideología más espiritual. El hecho de que las

personas sean religiosas o no, no cambia la probabilidad de que tengan una ECM, resulta ser lo mismo, la única diferencia es la influencia religión tiene en su interpretación de la experiencia.

Es interesante destacar el estudio que ha desarrollado el Dr. Melvin Morse, (Morse, Conner, & Tyler, 1985) durante ocho años en el Children's Hospital de Seattle con niños que han vivido una ECM y ha encontrado que las historias que cuentan los niños sobre sus experiencias son iguales que las de los adultos.

En la actualidad, se están desarrollando multitud de investigaciones como la desarrollada por la NDERF en Estado Unidos a cargo del Dr. Jeffrey Long y la que en estos momentos dirige el Dr. Sam Parnia cuyos resultados se publicaron en octubre de 2014, relativos a la relación entre la mente y el cerebro en el momento de morir así como al estudio de las EFC.²³ Así mismo en la Universidad de Massey en Nueva Zelanda se está llevando a cabo un estudio a cargo de la Dra. Mary Murray, socióloga y profesora en Massey University y Natasha Tassell, profesora de Psicología en dicha universidad. El estudio que desarrollan será el primero a gran escala en Nueva Zelanda y sus resultados girarán en torno a la información de las ECM en este país, las consecuencias psicológicas y las dimensiones e implicaciones sociológicas de estas experiencias.

En 2001 varios autores en Inglaterra (Parnia, Waller, Yeates, & Fenwick, 2001), realizaron un estudio en el Hospital de Southampton con personas que habían tenido un paro cardíaco y habían sido reanimadas. El 11.1% de los 63 supervivientes reportaron recuerdos con características compatibles con las EMT, sin presentar en ningún caso diferencias en cuanto a los parámetros fisiológicos aparte de la presión de oxígeno que parecía mayor en el grupo de ECM. Según estos autores, la presencia de ECM durante el paro cardíaco plantea interrogantes acerca de la posible relación entre la mente y el cerebro.

En el mismo año, un equipo holandés (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001), realizó una investigación con 344 supervivientes de un ataque al corazón. El 12% afirmaron haber tenido una EMT no estando influida por la duración del estado de inconsciencia o del paro cardíaco ni tampoco por la medicación. Un hecho curioso que descubrieron fue que la mayoría de los casos de EMT correspondían a

²³ Este estudio será abordado con más detalle más adelante.

supervivientes que murieron poco tiempo después. Según estos autores, parece que cuánto más cerca se está de la muerte, más probable es tener una EMT.

En Alemania, un estudio liderado por Knoblauch encontró mayor incidencia en aquellas personas que pertenecían a una iglesia en comparación con los que no (Knoblauch; Schmied; Schnettler., 2001), este estudio está más detallado en el apartado 4.2.3.5.4.

En 2002 un grupo de investigadores de Estados Unidos (Schwaninger, Eisenberg, Schechtman, & Weiss, 2002) desarrollaron un estudio con el objetivo de evaluar prospectivamente la frecuencia de las experiencias cercanas a la muerte en los pacientes que sufren un paro cardíaco, para caracterizar estas experiencias y evaluar su impacto en las actitudes psicosociales y espirituales. Prospectivamente se evaluó a todos los pacientes que sufrieron un paro cardíaco en el Hospital Barnes-Jewish. De los 174 pacientes que sufrieron un paro cardíaco, 55 pacientes sobrevivieron, de los cuales 30 pacientes eran encuestables. De los 30 pacientes entrevistados, siete (23 por ciento) tuvieron una ECM, y otros cuatro (13 por ciento) reportaron una ECM durante una enfermedad que amenazaba su vida. Las experiencias se caracterizan con mayor frecuencia por la inefabilidad, tranquilidad, ausencia de dolor, falta de miedo, el desprendimiento del cuerpo, y la alteración del tiempo o el espacio. Se observaron diferencias significativas en la evaluación psicosocial de seguimiento entre los pacientes que experimentaron una ECM y los que no lo hicieron con respecto a la comprensión personal de la vida y del yo, las actitudes hacia los demás, y los cambios en las costumbres sociales y las creencias espirituales-religiosas. Los pacientes reportaron que era beneficioso recibir apoyo psicosocial antes del alta hospitalaria después de haber tenido una ECM. Los resultados sugirieron que las ECM son bastante comunes en los supervivientes de paro cardíaco. Estas experiencias cambiaron la conciencia psicológica, social y espiritual tanto a corto como a largo plazo de quienes las experimentaron.

En 2003 el doctor en Medicina y profesor de Psiquiatría de la Universidad de Virginia Bruce Greyson publicaba un artículo donde exponía los avances en su investigación sobre las Experiencias cercanas a la muerte donde concluía que estas podían precipitar cambios de actitud y de comportamiento generalizados.

Greyson y su equipo realizaron un estudio durante 30 meses para identificar las experiencias cercanas a la muerte en un centro de atención de servicios para pacientes

hospitalizados cardiacos. Obtuvo una muestra consecutiva de 1595 pacientes ingresados en el servicio de cardiología (edad media 63 años, 61% varones), de los cuales el 7% ingresó con un paro cardíaco.

El 10% de los pacientes con paro cardiaco reportaron haber tenido Experiencias cercanas a la muerte y el 1% de pacientes con otras afecciones cardíacas. Los que tuvieron Experiencias cercanas a la muerte eran más jóvenes que los otros pacientes, también eran más propensos a haber perdido el conocimiento y relatar experiencias previas supuestamente paranormales, y tenían una mayor orientación a la aceptación de la muerte. Los Experimentadores de ECM y los pacientes del grupo control no difirieron en las variables sociodemográficas, apoyo social, calidad de vida, la aceptación de su enfermedad, la función cognitiva, la capacidad para las actividades físicas, el grado de disfunción cardíaca, la proximidad objetiva a la muerte, o el pronóstico coronario.

La doctora en enfermería Penny Sartory, realizo un proyecto de investigación (Sartori, 2005) en un hospital de Gales, que produjo muchos resultados interesantes con propuestas importantes para la investigación futura (Rousseau, 2011). Debido a que la muestra de casos ECM era tan pequeña, 15, los resultados de Sartori no podían ser sometidos a pruebas estadísticas. Sin embargo, se recogieron suficientes datos para determinar conclusiones de gran interés sobre el tema de las ECM. En primer lugar, se encontró con que el número de ECM relatadas era probablemente muy inferior al real. De los 15 casos que ella recopiló, sólo dos fueron reportados espontáneamente. Su investigación sugiere que las personas no sólo se inhiben al contar estas experiencias por temor al ridículo, sino también porque muy a menudo no reconocen la experiencia vivida con una ECM.

En segundo lugar, se encontró que la probabilidad de que alguien experimentara una ECM aumenta en proporción a la gravedad de su estado de salud, lo que sugiere que la experiencia podría ser provocada por estar, en cierto sentido, “cerca de la muerte”, como anteriormente sugería el estudio liderado por Van Lommel en 2001. En la muestra de Sartori de siete pacientes de paro cardiaco que informaron de las ECM, 43% tenían asistolia, ritmo cardíaco asociado con la tasa de mortalidad más alta. Por el contrario, en el grupo control con 32 pacientes de paro cardiaco que no informó de una ECM, sólo el 25% tenía el ritmo en asistolia.

En tercer lugar, obtuvo resultados interesantes en relación con las hipótesis escépticas de que las ECM son los resultados de la falta de oxígeno (hipoxia) o de una sobrecarga de dióxido de carbono (hipercapnia). En su estudio, hubo dos pacientes en los que los niveles de gases en sangre podían saberse con certeza en el momento de su experiencia, ya que se daba en el momento de recibir oxigenoterapia continua. Curiosamente, los gases de la sangre del paciente EFC²⁴ fueron normales, mientras el paciente con ECM tenía un nivel de oxígeno normal, pero inferior a un nivel normal dióxido de carbono. Aunque son muestras muy pequeñas, no apoyan las hipótesis que atribuyen las ECM a la anoxia o la hipercapnia.

En cuarto lugar, se encontró diferencias importantes entre las ECM y las experiencias generalmente consideradas como alucinatoria. Por ejemplo, a diferencia de las ECM, las alucinaciones eran desorganizadas, y los recuerdos de ellos se desvanecían.

En quinto lugar, hizo un descubrimiento importante en relación con la hipótesis escéptica de que las ECM eran confabulaciones postraumáticas o sueños basados en conjeturas y conocimientos previos de los procedimientos del hospital. Sartori pidió a los ocho pacientes que informaron EFC que describieran los procedimientos de reanimación a los que fueron sometidos, y parecieron ser muy precisos. Cuando le preguntó a un grupo control de 33 pacientes que informaron que no tuvieron conciencia durante el paro cardíaco, o tuvieron una ECM sin un componente de EFC, que imaginaran cómo fueron resucitados, se encontró que 28 no pudieron siquiera dar una respuesta. Los relatos de los otros cinco que lo intentaron contenían muchos errores sobre el equipo utilizado y los procedimientos empleados. Estos dos últimos hallazgos sugieren que se puede distinguir entre alucinaciones, fantasías y experiencias fuera del cuerpo reportadas como parte de las ECM. Aunque estos hallazgos no son por sí mismos estadísticamente significativas, son de gran interés. La doctora Sartori señala que las ECM son potencialmente importantes para el desarrollo de una comprensión válida de lo que somos.

²⁴ La abreviatura empleada es OBE, siglas en inglés de Out-of-Body Experience. No obstante, para mayor facilidad de lectura adoptaré las siglas en español EEC, Experiencia fuera del cuerpo.

En 2006 se realizó un estudio para determinar la prevalencia de las ECM en Australia (Perera, Padmasekara, & Belanti, 2006). Desarrollaron un cuestionario que se administró por vía telefónica entrevista. Los autores determinaron que el 8% de la población reportó una ECM. Había una prevalencia del 36% de personas que se habían enfrentado a una situación de muerte inminente, casi una cuarta parte de los cuales informó de una ECM.

En el año 2007 se realizó un estudio en Taiwan (Lai et al, 2007) donde encontraron que las ECMs no son poco comunes en la población en diálisis y se asocia con efectos secundarios positivos. La alta incidencia de acontecimientos que amenazan la vida, la disponibilidad de los registros médicos, y la accesibilidad y la cooperatividad de los pacientes hacen que la población en diálisis sea muy adecuada para la investigación de ECM.

Un año más tarde Pasricha (2008) publicaba su estudio donde pretendía conocer la tasa de prevalencia en una gran población de la India. Encuestó a 36.100 personas en 60 pueblos del sur de la India. La tasa de prevalencia fue de 4 casos por cada 10.000 personas. A diferencia de los estudios occidentales que han sido llevados a cabo por lo general en el ámbito hospitalario, este estudio se realizó en el entorno comunitario. Entre los elementos encontrados están la visibilidad de otros lugares, la experiencia de la luz brillante pero suave, sensación de una cueva, experiencias extrasensoriales, y la actitud hacia la vida y la muerte. Pasricha observó características comunes en todas las culturas y esto le sugirió la presencia de alguna universalidad de características, apoyando las tesis anteriores de que la homogeneidad en las características es indicativa de un verdadero fenómeno que subyace en las ECM.

Corazza y Schifano (2010) publicaron un estudio que realizaron con el objetivo de evaluar el abuso de la ketamina, la concordancia entre las características típicas de las ECMs y los efectos psicoactivos de las drogas que los sujetos experimentaron. 125 participantes tuvieron un primer contacto con el investigador y 50 reportaron una puntuación mínima de siete en la "Escala de ECM Greyson". Los entrevistados tenían un rango de edad de entre 21-66 años; 27 participantes (54%) eran licenciados universitarios, 18 (36%) tenían un master, y 5 (10%) un doctorado. Ocho (16%) de los entrevistados tenían un trasfondo religioso definido. En 45 (90%) casos, la ECM ocurrió durante las primeras ocasiones de ingesta. Las características más frecuentes

informados incluyen: percepción alterada del tiempo (90%), fuerte sentido de separarse del cuerpo físico propia (88%), y un sentido de la paz / alegría (76% de los sujetos). Aunque los resultados aquí descritos se obtuvieron de forma no aleatorizado con un tamaño de la muestra auto-seleccionada y limitada al abuso, se sugiere que el consumo de ketamina con fines recreativos puede estar asociada con la aparición de estados relacionados con los cercanos a la muerte.

En este mismo año, se investigó el efecto de las presiones parciales de O₂ y CO₂, y los niveles séricos de Na y K en la aparición de las ECM en sobrevivientes de un paro cardíaco fuera del hospital (Klemenc-Ketiš, Kersnik, & Grmec S, 2010). El estudio fue observacional prospectivo y se realizó en los tres hospitales más grandes de Eslovenia. Se incluyeron cincuenta y dos pacientes (edad media de 53,1 años, 42 varones) después de un paro cardíaco fuera del hospital. La presencia de las ECM se evaluó con una escala Greyson autoadministrada. Se estudiaron y analizaron la presión parcial inicial de CO₂ espirado, las presiones parciales en sangre arterial de O₂ y CO₂ y los niveles de Na y K en la sangre venosa. Se utilizaron análisis univariados y modelos de regresión múltiple.

Obtuvieron como resultados que las mayores concentraciones de CO₂ resultaron significativas, y los mayores niveles séricos de K podría ser importante en la provocación de las ECM.

Un estudio realizado en 2013 acerca de los recuerdos de características de las experiencias cercanas a la muerte en comparación con recuerdos de hechos reales e imaginarios en la Universidad de Liege, Bélgica (Thonnard, y otros, 2013) concluyen que los recuerdos de las ECM tienen más características que los recuerdos de acontecimientos imaginarios y reales ($p < 0,02$). Los recuerdos de ECM contienen más autorreferencias e información emocional y tienen una mejor claridad que los recuerdos generados en estado de coma ($p < 0,02$). Este estudio mostró que los recuerdos de las ECM contenían más características que los recuerdos de eventos reales y recuerdos de coma. Por lo tanto, esto sugiere que no pueden ser considerados como recuerdos de eventos imaginarios. Por el contrario, sus orígenes fisiológicos podrían conducirlos a ser realmente percibidas, aunque no vividos realmente.

En 2008 un equipo de científicos de la Universidad de Southampton, en el Reino Unido, inició el primer estudio a gran escala que duró 4 años. La investigación "AWARE" (Parnia S, et al, 2014) fue realizada en 15 centros hospitalarios del Reino Unido, de

Norteamérica y de Europa con pacientes al borde de la muerte, muerte clínica por paro cardíaco, y que posteriormente fueron reanimados.

Los resultados fueron que los temas relativos a la experiencia de la muerte parecen ser mucho más amplios de lo que hasta ahora se había contemplado, pues van más allá de las ECM.

También se comprobó que, en algunos casos de paro cardíaco, los recuerdos de conciencia visual compatibles con las llamadas experiencias extracorporales o extracorpóreas pueden corresponderse con hechos o situaciones reales, y señalan que podría darse en un porcentaje más alto del registrado, ya que muchos de ellos pierden sus recuerdos tras la resucitación, por el efecto, de las lesiones cerebrales o la sedación.

De los 2060 casos primeros que se encontraron, se vio que el 39% de los pacientes que sobrevivieron a un paro cardíaco y pudieron someterse a las entrevistas describían una percepción de conciencia durante el evento, pero curiosamente no tenían ningún recuerdo explícito de los acontecimientos.

Entre los que sí informaron de una percepción de conciencia y completaron todas las entrevistas, el 46% señaló haber experimentado muchos recuerdos mentales relacionados con la muerte, no siempre compatibles con el término "ECM" (algunas de miedo y persecución). El 9% de estos individuos contó experiencias compatibles con las ECM y un 2% con las EFC con recuerdos explícitos de "haber visto" y "escuchado" los acontecimientos que les rodeaban mientras estaban clínicamente muertos.

Uno de estos últimos casos fue validado mediante la utilización de estímulos auditivos durante el paro cardíaco, los recuerdos detallados de percepción visual que contó el paciente fueron consistentes, según las verificaciones hechas, con los eventos ocurridos en realidad (Parnia S, et al, 2014).

Parnia comenta que, en varios pacientes, la conciencia pareció darse durante un período de tres minutos mientras sucedía el paro cardíaco y RCP (a pesar de que se considera que el cerebro deja normalmente de funcionar tras 20 ó 30 segundos de haberse producido la parada cardíaca y de que no se reactiva de nuevo hasta que el corazón se ha puesto otra vez en marcha) (Parnia S, et al, 2014).

Con los avances recientes en las técnicas de reanimación cardíaca, el número de las ECM reportadas ha aumentado. Las experiencias que se han descrito en las revistas médicas las consideraban mayoritariamente como características de las alucinaciones,

mientras que los parapsicólogos, los creyentes religiosos y algunos científicos las han señalado como prueba de la trascendencia de la consciencia, de una vida futura, y/o el dualismo mente-cuerpo.

4.2.3. VARIABLES INTERCULTURALES

Cada individuo tiene su propia manera del ser. En situaciones de grupo éstas pueden ser modificadas. La influencia combinada de aprendizaje, lenguaje, religión, dimensiones socio-políticas y culturales puede cambiar las actitudes humanas hacia la muerte y la vida en un grado indefinido

“Todas las sociedades tienen unas ideas, valores y normas sobre cómo debe ser el pensamiento, la conducta y el sentir correctos de las personas: patrones culturales ideales, que refuerzan y justifican las limitaciones directas e indirectas de la cultura sobre los individuos” (Barañano-Cid, 2010) , tanto en las ciencias sociales como, sobre todo, en la antropología, continúa Barañano, siempre fue difícil concretar si la cultura conforma una realidad mental y subjetiva de carácter psicológico o si es un fenómeno social, capaz de ser afrontado como algo con leyes propias .

Generalmente hay una predisposición a definir la cultura como un todo, incluyendo lo biológico, lo económico, lo social, los sistemas de conocimiento, las creencias, los valores o las normas.

“A pesar de las diferencias entre individuos, los miembros de una misma sociedad comparten, en mayor o menor medida, las creencias, actitudes, valores, sentimientos y comportamientos que les caracterizan como grupo, siendo usual que coincidan en sus respuestas ante ciertos fenómenos. Cuando sólo es una persona la que hace, siente o piensa algo, ello se define normalmente como un comportamiento individual y no como un rasgo cultural. Algo constituye un rasgo cultural, cuando es común a más personas o grupos de personas. No obstante, si una práctica o representación no fuera realizada por un gran número de personas, podría considerarse un rasgo cultural, si la mayoría de los individuos que integran el grupo que la protagoniza lo entienden así. Pensemos en las minorías. Además, compartimos formas culturales con nuestros familiares y amigos, aunque estos rasgos no sean comunes a toda la sociedad y, también, con gentes que no

son de nuestra sociedad. En ambos casos hablamos asimismo de rasgos culturales” (Barañano-Cid, 2010).

En las primeras investigaciones realizadas en los EEUU por Raymond Moody, las ECM experimentadas tienen en común una serie de elementos, la cuestión que se plantea es si tales elementos se dan en testimonios de otros grupos sociales y si se dan, entonces habrá que ver si lo hacen con bastante frecuencia como para ser considerados elementos frecuentes de los testimonios de esos ámbitos culturales (Fernandez-Palacio, 2013), o si son producto de un rasgo social del país en cuestión. Lo que queda claro a los ojos de investigadores como Sartori (2015), es que las experiencias subjetivas cercanas a la muerte o durante la inconsciencia asociado a la enfermedad suceden en diferentes culturas, aunque lo que varía es el contenido de la experiencia.

Dado que cada cultura tiene influencias y muestra diferentes puntos de vista respecto a la muerte, los informes de las interpretaciones de tales experiencias se toman en consideración a través de los condicionamientos culturales, lo que en palabras de Jung podría significar la existencia de una conciencia colectiva subyacente (Jung, 1970). Si esto fuera así se descartarían las explicaciones fisiológicas de la experiencia en favor de las interpretaciones psicológicas de una serie de símbolos.

Según informa Sartori (2015), la mayoría de los informes de ECM fueron recopilados por exploradores y antropólogos que tenían intereses diferentes y registraron los relatos con diferente finalidad. El problema es que no se tenían en cuenta las diferentes consideraciones en cuanto a la metodología y los protocolos de entrevistas además de que existía la barrera lingüística y la cantidad de información que se perdía en la traducción era importante.

4.2.3.1. ECM EN ASIA

No hay muchos casos obtenidos en Asia sobre las ECM, pero a continuación, expongo las obtenidas en diferentes países fruto de diferentes investigaciones salvo una, las ECM en el Tíbet donde he decidido recogerlo en este apartado dado su interés antropológico y cultural.

4.2.3.1.a. ECM EN INDIA

El primer estudio intercultural de visiones en el lecho de muerte en sujetos indios y estadounidenses se realizó en 1977 (Osis & Haraldsson, 1977), en el que entrevistaron a médicos y enfermeras que observaron a pacientes moribundos por medio de un cuestionario. Se obtuvieron 1.000 casos de personas cercanas a la muerte. Conforme estos pacientes iban acercándose a la muerte los casos en que se comunicaban con “personas” no visibles o espíritus aumentaba. Los indios aseguraron ver a figuras religiosas hindúes como el dios de la muerte Yamraj y a sus mensajeros, los yamdoots, cuya finalidad y propósito era llevarse a la persona a otro mundo. La persona fallecida es llevada por los mensajeros ante Chitragupta, un hombre que tiene un libro donde están anotados todos los actos de la vida de la persona y estos actos deciden su destino. Así se determina que quienes realizan actos buenos van al cielo y quienes realizan actos malos o se hayan portado mal van al infierno (Pasricha & Stevenson, 1986). A veces se cometen errores y se lleva a la persona errónea, con lo que el experimentador vuelve a su vida terrenal, llevado por los mensajeros, se le empuja y revive; estos errores se producen porque hay una persona con el mismo nombre del experimentador, pero de diferente casta, o porque una persona de un pueblo cercano, muere y es llevado en vez del experimentador (Pasricha & Stevenson, 1986).

Hay varias diferencias entre los casos indios y los americanos, una de las más acusadas es que en los testimonios indios el tema del retorno se produce a causa de un error. Otro era que el libro de los actos sustituía a la revisión vital de los testimonios americanos; Otro aspecto destacable era la ausencia de ciertos componentes en los testimonios indios como los seres de luz que envían a las personas a la tierra de nuevo, el túnel, la luz y las EEC. También se observa en algunos testimonios indios las marcas corporales residuales tras la ECM (Pasricha & Stevenson, 1986).

La Dra. Susan Blackmore (1993b) puso un anuncio en el periódico *Times of India* solicitando personas que habían estado cerca de la muerte; a quienes respondieron al anuncio se les envió un cuestionario sobre ECMs, aunque, además del cuestionario, los participantes en el estudio también enviaron descripciones de sus ECMs. Blackmore recibió diecinueve respuestas, de las cuales, siete no testimoniaron ECM, cuatro testimoniaron experiencias parecidas a los sueños o alucinatorias (según Blackmore), y

ocho testimoniaron ECM, puntuando algo en el Índice de Ring (Fernandez-Palacio, 2013). Blackmore apunta que los resultados de estudio que obtuvo fueron diferentes, a los de Pasricha, Stevenson (1986), ya que los testimonios de estas personas eran muy similares a los de los occidentales. Por ejemplo, uno escuchó música hermosa, tres pasaron por un túnel o una zona oscura, tres tuvieron la sensación de viajar, cuatro vieron la luz, cuatro tuvieron emociones de gozo o paz, dos encontraron otros seres, y tres testimoniaron cambios en sus vidas o creencias tras la experiencia (Blackmore, 1993b).

4.2.3.1.b. ECM EN TAILANDIA

El teólogo budista Todd Murphy realizó un estudio sobre ECMs tailandesas. Este investigador reunió 10 testimonios tailandeses de ECMs; los cuales los obtuvo de segunda mano, provenientes de la literatura popular tailandesa (Murphy, 2001). De estos Diez casos, nueve incluyen encuentros con yamatoots, que son los mensajeros enviados por Yama, el dios de los muertos, para llevar a las personas al infierno. También en las ECM tailandesas se dan casos de identidad errónea, en este caso fueron cinco, donde los yamatoots se llevaron a la persona equivocada y por lo tanto volvieron a la vida. También en Tailandia el destino lo elaboran las acciones buenas o malas que la persona haya acumulado en su vida y que están registradas en un libro.

Las diferencias entre las ECM tailandesas y las occidentales estriban en la ausencia de varios componentes como por ejemplo el túnel, los sentimientos de felicidad y éxtasis (Sartori P. , 2015). La revisión vital era sustituida también por un libro de actos de la vida. En cuanto a la visión de los familiares fallecidos sólo ocurrió en cuatro casos y para informar de las reglas de la vida después de la muerte. Así como en las ECM occidentales suelen ser en su mayoría agradables, las tailandesas eran en su mayoría inquietantes (9 de las 10 recogidas) y representaban escenas infernales y de tortura, la mayoría de los casos la persona era obligada a observar las torturas sin experimentarlas en carne propia. Suele aparecer un ser más o menos central o superior, aunque no supremo, denominado Yama, el señor del inframundo o del Infierno (Fernandez-Palacio, 2013), que se manifiesta como lo opuesto al “ser de luz”,

Murphy considera que el mismo proceso se da tanto en Tailandia como en occidente, pero los contenidos están determinados culturalmente (Murphy, 2001), es decir, adentrarse en la muerte, encontrarse a un ser superior, revisión kármica o vital, la experiencia trascendente positiva o negativa, y la vuelta al cuerpo físico.

4.2.3.1.c.ECM EN CHINA

Los primeros relatos de ECM en China fueron descritos por monjes enfermos que terminaron recuperándose y que durante su enfermedad vivieron experiencias tremendamente subjetivas que les motivaron para convertirse al budismo de la Tierra Pura (Becker C. , 1981).

Un análisis de cerca de cerca de ciento veinte visiones en el lecho de muerte mostró semejanzas y diferencias entre las ECM chinas y las occidentales (Becker C. , 1984).

Zhi-ying y Jian-xun (1992) realizaron un estudio sobre las ECMs tenidas por los supervivientes del terremoto de 1976, que se produjo en Tangshan, China. Seleccionaron cien pacientes del Hospital de Convalecencia Parapléjica de Tangsham, de los cuales ochenta y uno finalmente participaron en el estudio por presentar una situación de casi-muerte. De ellos, treinta y dos pacientes (40%) puntuaron siete o más en la Escala Greyson. Según los autores en su estudio se encontraron elementos fenoménicos no mencionados, o raramente mencionados, en los estudios de otros países como la sensación de que el mundo será destruido, ambivalencia sobre la muerte, sensación de ingravidez, sensación de ser empujado, olores inusuales, y sentirse una persona diferente. Tampoco coincidirían, según estos investigadores, los elementos con mayor frecuencia como la extrañeza del cuerpo, pensamientos inusualmente vívidos, la vida como un sueño, revisión vital, pérdida de emociones, sensaciones corporales inusuales, sentirse muriendo, sentimiento de paz o euforia y/o pensamiento acelerado (Fernandez-Palacio, 2013). Así que concluyen que estas diferencias deben de estar vinculadas a la raza, la religión y el trasfondo cultural (Zhi-ying & Jian-xun. , 1992).

Hou et al (2013) realizaron un estudio sobre pacientes supervivientes de coma producido por traumatismo cerebral grave. De ochenta y seis pacientes, solamente siete testimoniaron recuerdos, de ellos solamente tres puntuaron siete o más en la escala

Greyson. Los investigadores subrayan los siguientes elementos fenoménicos: luz, intensos sentimientos de sorpresa, placer y miedo, sensación de descontrol, y ver la experiencia como algo sobrenatural pero racional y llena de sentido (Fernandez-Palacio, 2013). Los tres experimentadores expresaron creencias de supervivencia (Hou et al, 2013).

4.2.3.1.d. ECM EN JAPON

Los informes de ECM en Japón han sido muy escasos hasta los últimos años. En los que trascendieron, abundaban elementos paisajísticos como largos ríos y flores bonitas (Morse & Perry, 1993).

Yamamura (1998), estudió las experiencias de un grupo de cuarenta y ocho pacientes, de ellos el 37% reportaron ECM. Entre las ECM reportadas hubo elementos como volar por un espacio vacío negro con luz tenue por delante, encuentro con familiares o amigos fallecidos, estar al borde de un arroyo, río o estanque, y el regreso al mundo en respuesta a una voz que llamaba desde atrás.

Quizás el mayor estudio realizado en el país fue realizado por Takashi Tachibana, un apreciado periodista que hizo una encuesta a cuatrocientos individuos que habían sobrevivido a circunstancias comprometidas para la supervivencia. En su estudio titulado *Near-Death Experience* (Tachibana, 1998) argumenta que las características más comunes de las ECM japonesas eran la visión de un largo y oscuro río y flores preciosas.

De mayor relevancia académica son probablemente los resultados de la investigación de Yoshia Hata y su equipo de investigación de la Universidad de Kyorin (Hadfield, 1991). Los investigadores entrevistaron a diecisiete pacientes que se recuperaron de una situación donde había habido mínimos signos de vida, la mayoría de ellos habían sufrido infartos, ataques de asma o intoxicación por drogas. Ocho de ellos, el 47% afirmó tener recuerdos del tiempo en el que estuvo inconsciente. Nueve de ellos, el 53% no tuvo ningún recuerdo. De los ocho que habían tenido una experiencia, prevaleció en gran parte las visiones claras de ríos o largos estanques.

Uno de los más importantes hallazgos en el estudio de Hata fue que cinco de los ocho participantes (62.5%) reportó experiencias negativas, caracterizados por el miedo, el dolor o el sufrimiento.

Otro pequeño estudio de casos se realizó en el *Centro de Estudios de la muerte y la vida* en la Universidad de Tokyo a cargo de la Doctora Corazza, quien en 2008 publicó un libro (Corazza, 2008) donde daba cuenta de su estudio de ECM en Japón y de tres casos muy bien documentados de personas que estuvieron en circunstancias amenazantes para su supervivencia. En estas ECMs aparecían ríos, familiares fallecidos que los enviaban de nuevo a su cuerpo, niños vestidos de monjes que hacían ruido, luz dorada, alteración del tiempo. Las tres experiencias eran positivas e insistieron en la realidad de sus experiencias alejadas de ser un posible sueño.

4.2.3.1.e. ECM EN EL TIBET

En los pueblos del Himalaya, y en torno a la religiosidad tibetana, aparecen unos personajes llamados *Delog* (también llamados Delok o Das-log) que significa “persona que vuelve de la muerte”. En su mayoría son mujeres que a raíz de una enfermedad grave entran en un estado de muerte aparente (Severi, 2013). En este estado entran en una experiencia que les trae del más allá a su propio cuerpo, incluso después de una semana "Por cinco días completos que se mantuvieron en frío, sin aliento y privado de todo otro signo vital, mientras que su conciencia se desplazaba libremente por otros reinos" (Drolma, 2005).

El *delog* es enviado al Señor de la Muerte y conducido a través del infierno o el *Bardo* para contemplar la tortura de otros pecadores que transmiten al *delog* un mensaje para su familia, les piden que oficie rituales con el fin de que se redima su sufrimiento y anime a los demás a vivir más éticamente. Allí, el *delog* pueden ver a sus familiares ya fallecidos ir al paraíso y volver junto al señor de la muerte; es juzgado y como hemos visto en la India, si ha acumulado buen karma es enviado de nuevo a la vida.

4.2.3.1.f. ECM EN TAIWAN

En Taiwán se realizó una investigación sobre ECM en varias fases con pacientes en diálisis. Los autores argumentaban que la elección de estos pacientes fue debido a que el índice de supervivencia era superior al del paro cardíaco (Lai et al, 2007).

De un total de setecientos pacientes, cincuenta testimoniaron alguna ECM, de ellos treinta y tres fueron antes del reemplazo, de los cuales dieciséis estuvieron vinculados con la uremia.

En relación a las ECM occidentales no hubo muchas diferencias salvo ausencia de varios componentes como las visiones precognitivas, el túnel y sentirse muerto. Hubo catorce personas que vieron a diferentes “seres supremos” todos ellos relacionados con la religión que cada uno profesaba (Lai et al, 2007), lo que vuelve a poner de manifiesto la importancia de las creencias en la interpretación de lo experimentado.

4.2.3.1.g. ECM EN SRI LANKA

Hay muchos informes anecdóticos y un par de libros sobre las ECMs que han sido publicados en lenguaje Sinhala (Corazza & Kurupparachchi, 2012). Jayawardana (2007), publicó cerca de veinte casos de ECMs, junto con otros fenómenos relacionados. En un estudio que implicó intentos de suicidio no se encontraron casos de ECM, aunque algunos de los encuestados informaron de un conocimiento del fenómeno (Kurupparachchi, Gambheera, Padmasekara, & Perera, 2008). En otro estudio, ochocientos pacientes ingresados en un hospital docente han sido encuestados. Aproximadamente el 20% de entre los que habían estado cerca de morir informaron de ECM (Corazza & Kurupparachchi, 2012). Es notable que una proporción similar fue obtenida del estudio prospectivo holandés en pacientes infartados (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001).

Aunque las investigaciones y textos sobre las ECM son muy escasos en la Literatura de Sri Lanka, las visiones en el lecho de muerte son más comúnmente conocidas. Por ejemplo, por las experiencias en el momento de la muerte de un antiguo conocido rey de Sri Lanka, Dutugemunu (Dutthagamini) quien gobernó Sri Lanka hace varios siglos. Él dijo haber visto seis deidades en carros llamando desde seis diferentes cielos con el fin de acompañarle al cielo in carro (Bullis, 2005). Historias de casos investigados en Sri Lanka sobre renacimiento o reencarnación han sido bien documentados (Story, 2000) y es interesante observar que testimonios de niños que hablan de sus vidas pasadas han sido encontrados en las más importantes comunidades religiosas de Sri Lanka (Haraldsson, 2001).

Las historias de casos vistos en Sri Lanka muestran que muchos han tenido ECMs con elementos similares a los occidentales tales como ver la luz brillante, el encuentro con los familiares fallecidos, similares experiencias fuera del cuerpo, sensación de paz, flotar, no querer volver al cuerpo, etc. El fenómeno se ha sido observado no solo entre la religión budista sino en otras religiones como la musulmana o cristiana. La mayoría de la gente informó que era una experiencia agradable, y algunos con infarto afirmaron que habían observado el procedimiento de reanimación. La mayoría de ellos describían la experiencia vivamente (Corazza & Kuruppuarachchi, 2012).

También se han documentado experiencias negativas (ver los actos pecaminosos realizados en la edad temprana de la vida) (Jayawardana, 2007).

4.2.3.2 ECM EN AFRICA

En 2006 se publicó un artículo (McClenon, 2006) en el que recogía una comparación de ocho ECM recopiladas en el Congo y dos del pueblo sotho en el sur de África.

De entre ellas destacan que los sujetos de las ECM cristianas (McClenon, 2006) obtenidas del Congo describían temas como caminar hacia un destino en compañía de otras personas, uno de ellos antes dificultades al invocar a Jesús desaparecían y veía a personas que sostenían el libro de la vida y aunque él estaba inscrito, no le había llegado su hora y volvió a la vida.

4.2.3.2.a. ECM EN ZAMBIA

Los Doctores Melvin Morse y Paul Perry (Morse & Perry, 1993) habla se hacen eco de un estudio realizado por una investigadora de Zambia llamada Nsama Mumbwe. Esta investigadora reunió quince ECMs de zambianos pertenecientes a diferentes ámbitos sociales. Según Morse Y Perry, eran personas que nunca habían oído hablar de ECMs, pero, aun así, tenían la misma experiencia troncal que los experimentadores del resto del mundo, es decir, ser devuelto a la vida, caminar en la oscuridad, encontrarse con personas vestidas de blanco, encontrarse con una barrera. Algunos de los experimentadores creían que sus ECMs se debían al hecho de que estaban embrujados,

es decir eran interpretadas de forma supersticiosa y considerada como un mal presagio o como un presentimiento de fuerzas malignas

4.2.3.3. ECM EN AMÉRICA

4.2.3.3.a. ECM EN NORTEAMÉRICA NATIVA

De nuevo, la fuente principal de información sobre los indios de Norteamérica proviene de los primeros exploradores, de los informes etnográficos y de relatos autobiográficos (Schoolcraft, 1975; Hallowell, 1940), era común hablarles a los muertos mientras se les amortaja y avisarles de los peligros que pueden encontrar como ríos oscuros y de corriente rápida. Un caso detallado de ECM ocurrido entre 1900 y 1910 fue descrito por el indio hopi Don Talasyesva (Talasyesva, 1942), entre los componentes de su ECM se encuentran el abandono del cuerpo, sentirse liberado del dolor, ver a los familiares y que ellos no vean al sujeto, el encuentro con un hombre que lo guió a la tierra de los muertos, la entrada en un agujero semejante a un túnel, una voz tranquilizadora, el lugar del juicio y la presencia de Masau'u, el dios de la muerte (Sartori P. , 2015). Se enfrentó a brujas desnudas y payasos con cuerpos pintados. La aldea estaba custodiada por un espíritu que conducía a los muertos, de nuevo aparece el concepto de que los virtuosos eran conducidos por un sendero de fácil acceso mientras que las malas personas tenían que atravesar un terreno escabroso. Se le dijo que tenía que regresar a su cuerpo antes de que cerraran el ataúd y despertó.

Hubo once informes más y se incluyeron dos relatos de individuos que resucitaron después de haber sido enterrados (Wade, 2003). Los componentes que aparecieron fueron: observar e intentar comunicarse con familiares vivos, recorrer caminos arduos o fáciles, y asentamientos muy poblados con paisajes hermosos y grandes animales. No hubo revisión de la vida, no se dijo que la experiencia fuera agradable ni hubo "seres de luz" ni experiencias extracorporales y el túnel apareció en pocos casos; lo que sí aparecían eran guías que les protegían. Algunos regresaron a su cuerpo para decir a los demás cómo vivir, algo hoy en día, que podríamos interpretar como la lectura que ellos sacan de su experiencia y que creen debían transmitir.

H. R. Schoolcraft en su obra "*Travels in the central portion of the Mississippi valley*", publicada en 1825 por primera vez (Schoolcraft, 1975) recogió dos narraciones nativo-americanas, de la tribu de los ojibwa o chippewa (de la zona de Michigan), de lo que parecen ser ECMs.

Según Schorer (1985-86), la revisión de los numerosos relatos nativo-americanos de viaje al más allá, indica una sustancial fascinación por las ECMs de estas personas antes de la llegada del hombre blanco.

4.2.3.3.b. ECM EN CHILE

Gómez-Jeria rescató un testimonio de ECM recogido en 1968 perteneciente a la etnia precolombina de los Mapuches en Chile y Argentina (Gómez-Jeria, 1993). Describió su recorrido a un volcán donde sólo van quienes ya no están vivos. Otros componentes fueron el encuentro con familiares difuntos, la barrera, que en este caso era una serie de puertas, el regreso a la vida y un caballero alemán escribiendo en un libro (de nuevo aparece el libro donde aparecen los nombre de los que mueren). Tras resucitar contó a todos que los muertos estaban juntos en un lugar muy feliz.

Gómez-Jeria ve una combinación de factores neurobiológicos (Saavedra-Aguilar & Gómez-Jeria. , 1989) y culturales, como el hecho de que apareciera un alemán escribiendo en un libro (los mapuches no tienen escritura) (Fernandez-Palacio, 2013).

4.2.3.4. ECM EN OCEANÍA

4.2.3.4.a. ECM EN HAWAI

Únicamente hay un informe documentado de ECM que apareció en *Hawaiian Folk Tales* de Thomas Thrum (1907). Tras la aparente muerte de una mujer, su cuerpo fue amortajado, pero resucitó en el funeral relatando su ECM que incluía una experiencia extracorpórea, recorrer un camino hacia un volcán el encuentro con personas fallecidas y el regreso a la vida (Sartori P. , 2015).

CAPITULO 4. MARCO DE REFERENCIA

4.2.3.4.b. ECM EN AUSTRALIA

La investigadora australiana Cherie Sutherland confirmó explícitamente que el modelo mostrado por el Dr. Moody es el mismo en la población australiana (Sutherland C. , 1992). No se encuentran diferencias en los testimonios recogidos por Sutherland y los norteamericanos.

El estudio realizado por (Perera, Padmasekara, & Belanti, 2006) presentó que el 8% de la población reportó una ECM.

4.2.3.4.c. ECM EN MELANESIA

La antropóloga Dorothy Counts obtuvo tres testimonios de ECM (sin comprobación médica de la casi-muerte) y otros dos de EEC con características similares a las de las ECMs en la etnia Lusi-kaliai, de Papua Nueva Guinea (Counts, 1983). En estos casos encontrados por Counts se ven diferencias en cuanto a las occidentales. Las escenas de jardines hermosos que se veían en otros lugares aquí son sustituidas por fábricas, industrias y autopistas. Incluyen familiares difuntos o una figura religiosa, no querían volver a sus cuerpos; uno de ellos cuenta haber visto a un hombre barbudo vestido de blanco. Hay escenas de juicio y castigo a los brujos.

4.2.3.4.d. ECM EN GUAM

En el pueblo indígena chamorro se registraron cuatro casos de ECMs con los siguientes componentes: “volar por el aire y visitar a familiares vivos en países remotos (experiencia extracorpórea), reunirse con allegados difuntos y recorrer un camino, viajar a través de las nubes y encontrarse con alguien que les envían de nuevo a su cuerpo” (Green, 1984).

4.2.3.4.e. ECM MAORI

La Dra. Sartori recoge una Experiencia ocurrida a una mujer maorí (Sartori P. , 2015) a la que creyeron muerta. Mientras el pueblo la acompañaba en su funeral, la

mujer resucitó y les contó que había sentido cómo si espíritu abandonaba su cuerpo y cómo les sobrevolaba mientras se dirigía a Te Rerenga Wairua, desde donde parten los espíritus (Kellehear, 2008; King, 1985). Realizó rituales de los muertos y se preparó para saltar al inframundo, pero oyó una voz que le dijo que no había llegado aún su hora, que debía regresar y que volvería a ser llamada.

4.2.3.4.f ECM ABORIGEN

Hay un relato tradicional de una ECM aborígen que se ha transmitido durante décadas y que fue recogida por muchos autores (Warner, 1937; Berndt y Berndt, 1989). Un hombre que había fallecido se despertó en la pira funeraria contando que había viajado hasta la tierra de los muertos en canoa. Allí se encontró con familiares difuntos y con el espíritu del Hombre Tortuga. Supo entonces que tenía que volver, los espíritus le dijeron que aún no había muerto, que aún tenía huesos, pero podría volver cuando estuviera realmente muerto. Tres días más tarde murió.

4.2.3.5. ECM EN EUROPA

4.2.3. 5.a. ECM EN ESPAÑA

En España se han realizado pocos estudios sobre las ECM, de hecho, salvo la investigación de Dr. Enrique Vila (2009), de carácter divulgativo que se publicó de manera póstuma, hasta hoy, no ha habido investigaciones serias y fundamentadas a las que poder tener de referencia para comparar con las producidas en otros países. En este libro donde el Dr. Vila recoge más de cincuenta casos de personas que habían experimentado ECM, el doctor asegura que se adecúan a los modelos occidentales.

4.2.3.5.b. ECM EN HOLANDA

El Dr. Van Lommel lideró una investigación en Holanda con pacientes que habían sufrido un paro cardíaco (Van Lommel, Van Wees, Meyers, & Elfferich, 2001). En sus

CAPITULO 4. MARCO DE REFERENCIA

resultados no se encuentran diferencias con los recogidos en los estudios más conocidos como los de (Moody, 1975; Ring, 1980; Sabom, 1982; Greyson, 2003).

4.2.3.5.c. ECM EN REINO UNIDO

Margot Grey estudió las posibles semejanzas y diferencias entre las ECMs norteamericanas y las británicas (Grey, 1985). Su estudio estuvo basado en 41 experimentadores, de los que 32 eran ingleses y 9 americanos. Grey no informó de ninguna diferencia importante entre los testimonios norteamericanos y los ingleses; el patrón de la experiencia Kenneth Ring se daba sin que la nacionalidad fuera un factor predisponente (Fernandez-Palacio, 2013).

En otros estudios ingleses, como el de Fenwick y Fenwick (1995), Parnia et al (2001) o Sartori (2008) no se indican tampoco diferencias con el modelo norteamericano;

La psicóloga inglesa Susan Blackmore (1993) considera universales a las ECMs, aunque a veces varían con el individuo, la cultura y las circunstancias, hay consistencia, pero no invarianza.

4.2.3.5.d. ECM EN ALEMANIA

Un estudio realizado en 2001 Berlín por el sociólogo Hubert Knoblauch llegó a la conclusión de que el 4 % de la población alemana había pasado por una experiencia cercana a la muerte (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001). Los investigadores encontraron que los testimonios más detallados no se correspondían con el modelo Moody, ni ninguno similar. Los testimonios se componían de escenas singulares de contenido muy variado; la mayoría de los testimonios consisten en un tema o escena singular sin ninguna secuencia de eventos temporales. Los autores obtuvieron elementos como: experiencia trascendental o ultramundana, experiencia emocional, experiencia del contraste entre luz y oscuridad, experiencia escénica (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001).

El 80% expresó inefabilidad o dificultad para transmitir la experiencia. Pero a diferencia de lo que ocurre regularmente, los experimentadores no tuvieron problemas en comunicar sus experiencias a otras personas.

Hubo determinantes culturales, especialmente en relación a la división alemana en dos sistemas ideológicos diferentes; parece que no hay diferencias en la incidencia de ECMs entre el este y el oeste, pero sí en relación a los contenidos; los testimonios del oeste fueron más positivos que los del este, los túneles fueron más frecuentes en el este, y la luz fue más frecuente en el oeste (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001).

Los investigadores no encontraron diferencias sobre la incidencia entre los diferentes grupos religiosos, pero sí encontraron mayor incidencia en aquellos que pertenecían a una iglesia en comparación con los que no (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001).

Sobre los efectos de la ECM, los autores también encuentran diferencias en relación con las ECM habituales. Solo un 28% había aumentado sus creencias religiosas y en Dios, y un 67% no había sufrido ningún cambio. El miedo a la muerte decreció solo en un 40%, permaneció igual en otro 40%, se incrementó en un 20% (sería interesante saber si coincidió o no con ECM negativas). Un 70% declaró un incremento en su sentido de vivir más conscientemente; y un 63% declaró un mayor interés por el sentido de la vida. Los autores defienden que las interpretaciones religiosas de los experimentadores de las ECMs son muy escasas, en contra de lo supuesto usualmente; existe Dios, un 35%, existe un Dios cristiano, un 22%, creencia en el más allá, un 43%, no hay más allá, 28%, creencia en la reencarnación, 27% (Fernandez-Palacio, 2013).

En Alemania no se da mucha importancia a la interpretación religiosa al contrario que en Estados Unidos donde las ECM tienen un efecto más moral y religioso (Knoblauch, Schmied, & Schnettler, 2001).

4.2.3.6. ECM MUSULMANAS

Joel Ibrahim Kreps (2009) publicó relatos de ECM musulmanas. Informó de ocho ECM musulmanas, siete traducidas de la fuente original italiana (Giovetti P. , 2007) y una de la inglesa (Lerma, 2009). Aunque los informes recogidos eran muy bajos, estos indican que la estructura y el contenido de las ECM de muchas comunidades

musulmanes no occidentales son muy similares a los reportados en la literatura occidental sobre las ECM. En su informe, Kreps llegó a la conclusión de que las ECM musulmanas son raras y que los musulmanes tienen un menor número de ECM que los occidentales no-musulmanes y que los no-musulmanes no-occidentales, como los chinos. Sin embargo, Nahm y Nicolay (2010) afirman que el estado actual de la investigación sobre las ECM musulmanas permite una doble conclusión provisional:

1) la estructura y contenido de las ECM musulmanas publicadas parecen muy similares a las de las ECM occidentales.

2) las ECM musulmanas podrían no ser tan raro como (Kreps, 2009) concluyó.

Las personas que pudieron ser entrevistadas poco tiempo después de su ECM mencionaron que habían ampliado sus perspectivas de vida. Algunos de ellos parecían ser más religiosos y generosos tras la experiencia, lo que confirma la universalidad, no sólo de la experiencia sino también de sus efectos posteriores. La cultura también tiene un impacto en las ECMs, aunque no consecuentemente, es decir muchas visiones están relacionadas con la cultura a la que pertenecen, aunque como apuntaba (Sutherland C. , 1995) los contenidos de muchos de los casos obtenidos, eran substancialmente diferentes a la cultura y religión a la que pertenecían las personas que relataba tales experiencias. Por lo tanto, las ECM nos son siempre las mismas desde un punto de vista transcultural. Por ejemplo, Allan Kellehear (1993, 1996, 2008) después de haber completado una serie de extensas revisiones de ECMs en países occidentales y no occidentales sugirió que sólo dos características de ECMs están presentes transculturalmente:

- La transición a un período de oscuridad.
- El encuentro con “otros seres”, una vez que se llega al “otro mundo.”

Otro aspecto como “la revisión vital”, está casi siempre ausente en las experiencias no occidentales. Otros como (Corazza O. , 2010) indica que el único elemento común en las diferentes culturas es el elemento espacial de “estar en un lugar”.

Los autores Belante, Perera y Jagadheesan (2008) examinaron los aspectos transculturales de las ECM usando una aproximación fenomenológica. Comentaron la rica interacción de muchos factores que se juntan, cuando un individuo narra su experiencia, “a pesar de que puede haber un componente básico en las ECMs, las

influencias culturales deben ser considerados cuando se trata de interpretar los relatos individuales”.

En Irán (Fracasso, C. L., Aleyasin, S. A., Friedman, H. L., & Young, M. S., 2010), identificaron diecinueve musulmanes iraníes que informaron haber experimentado una ECM. Treinta participantes decían tener recuerdos de un período de inconsciencia asociado con un roce con la muerte completaron una traducción persa de la escala de Greyson, así como los antecedentes y preguntas semi-estructuradas. De éstos, 19 (63%) obtuvieron 7 o más en la escala, el criterio de Greyson para una ECM válida. Los experimentadores fueron diez mujeres y nueve hombres; de entre 16 y 65 años de edad, con una edad media de 33; sin educación secundaria (5%), con estudios secundarios (37%), con licenciatura (58%); informaron de ECM por accidente (58%), intento de suicidio (16%), enfermedad (11%), desastres naturales (11%), y trauma emocional (5%); A pesar de baja fiabilidad y los problemas para continuar el análisis estadístico de los datos o la comparación de ellos con los resultados de estudios anteriores occidentales, en la evaluación informal se vio que tanto los contenidos como los efectos secundarios de la ECM musulmanas eran bastante similares a las de los occidentales. Llegaron a la conclusión de que las ECM no son especialmente raras en los grupos musulmanes y que su similitud con las ECM occidentales sugiere que pueden ser un fenómeno universal transculturalmente y transpersonal.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que la comparación cultural entre las ECMs en diferentes países es un tema muy difícil de investigar, especialmente a falta de datos extensos, así como de un profundo conocimiento de la estructura lingüística del período de tiempo en el que se describe la ECM. Sin embargo, Corazza y Kurupparachchi (2012) sugieren que hay ciertas estructuras cognitivas que son comunes en todas las culturas, independientemente de lo que ha sido experimentado. Estas pueden incluir los sentidos de: realidad, la convicción de que lo que ocurrió fue una amenaza real y no una alucinación; transcendencia, la experiencia de visitar otro mundo o plano de consciencia; transformación, la experiencia tuvo algunos efectos importantes que cambian el curso de la vida o las creencias personales, por lo general en un sentido más espiritual; Valor/originalidad, la experiencia es una de las experiencias más importantes de sus vidas.

En conclusión, podemos decir que las ECMs son un fenómeno universal; los factores culturales y los sistemas de creencias están presentes en ellas, ocurre en personas con cualquier creencia religiosa y hay un cambio en las actitudes, sistemas de creencias y comportamiento tras la experiencia.

4.2.4. EXPLICACIONES CIENTÍFICAS.

A pesar de que el contenido de algunas ECMs puede ser influido por las expectativas culturales y los parámetros de estar cerca de la muerte, el núcleo central de la fenomenología cercana a la muerte no ha variado a lo largo de los siglos en todo el mundo (Greyson B. , 2015).

A las ECM, se les ha intentado dar explicaciones que podríamos encuadrar en tres ámbitos del conocimiento (Owens, Cook, & Stevenson, 1990) . En primer lugar, la trascendental, es decir, que las experiencias sean vislumbres de lo que aguarda al ser humano tras la muerte; en segundo lugar la fisiológica, las experiencias son el resultado fisiológico o farmacológico de los estados que acompañan a la muerte (Blacher, 1979; Rodin, 1980; Carr, 1982; Jansen, 1989, Morse, Venecia, y Milstein, 1989), y en tercer lugar la psicológica, la respuesta del individuo ante la percepción de una inminente muerte (Noyes y Kletti, 1976; Roberts y Owen, 1988; Appleby, 1989). Pero en esta última hipótesis ocurre que a las llamadas alucinaciones relacionadas con las visiones en el lecho de muerte se las relaciona con la necesidad de ratificación de sus creencias mediante una visión que le ayude a afrontar su propio destino y que sea tranquilizadora. En esta cuestión, Barrett (1926) decía que las visiones que experimentan estas personas en el lecho de muerte no se corresponden a las creencias ni a las ideas culturales concebidas previamente.

Durante una entrevista el Dr. Raymond Moody me comentaba *“La realidad es que en 2013 el método científico no es aún el adecuado para probar que hay vida más allá. Por ello, en ese sentido, considero que Platón estaba más cerca de encontrar un razonamiento racional para explicar lo que ocurre tras la muerte. Estoy completamente seguro que para alcanzar una prueba racional de la vida más allá de la muerte vamos a tener que retroceder y observar lo que los griegos decían sobre esto, porque, por ejemplo, lo que Platón dijo se asemeja más a la realidad racional de la situación de lo*

que los parapsicólogos afirman. Platón era consciente de que se trataba de una cuestión conceptual, es decir, que lo que hace falta no es un test científico, sino una serie de conceptos. No conocemos todas las cuestiones racionales o científicas, hay muchas que son perfectamente racionales, pero carecen del formato adecuado para ser probadas por esta ciencia. En este punto es donde considero que nos encontramos con este asunto de la vida después de la muerte, sin un formato para abordarlo vía métodos científicos” (Anexo 3).

Explicaciones fisiológicas

En este contexto he de decir que el fenómeno de las ECM ha atraído la atención de muchos científicos, de diferentes áreas de la salud, interesados, sobretudo, en darles una explicación fisiológica. Para ello proponen dos estados fisiológicos, la hipoxia ó falta de oxígeno en sangre, células y tejidos del organismo, comprometiendo las funciones de estos, y la hipercapnia, aumento de dióxido de carbono en la sangre (Rodin, 1980; Blackmore, 1993; Lempert, 1994) y, como los causantes de las “alucinaciones” que ocurren en las ECM. Pero debemos tener en cuenta que, un hecho que debilita la hipótesis de la hipoxia, es que muchas de las ECM ocurren en situaciones que no se consideran amenazantes para la vida y, por tanto, ocurre en ausencia de la misma. Un ejemplo de ello son los síntomas que hipoxia en pilotos de caza (Lambert y Wood 1946; Whinnery, JE. 1997; Mobbs y Watt, 2011), cuyas manifestaciones como la pérdida de la memoria que se produce antes que la consciencia, hormigueo en las extremidades, confusión, etc., no ocurre en las ECM y las imágenes que estos pilotos tenían eran de personas vivas, no de fallecidas como en las ECM y tampoco vivenciaban la revisión vital o las Experiencias Fuera del Cuerpo. Además, estas experiencias son difíciles de recordar y ninguno de los pilotos parece haber experimentado los cambios vitales que aparecen tras una ECM (Sartori P. , 2015). Hay un testimonio recogido de un piloto que vivió ambas situaciones, una ECM y las consecuencias derivadas de la hipoxia en altitud elevada y él afirmaba que las experiencias eran completamente distintas (Fenwick & Fenwick, 1996a).

Otra de las explicaciones que se da es que la hipoxia y los medicamentos que se administran en la reanimación (Blackmore, 1993), adrenalina o atropina, provocan la

visión del túnel y la luz brillante (Woerlee, 2004). Sartori (2015) defiende que, la reacción cuando se la iluminan las pupilas con una luz es cerrar los ojos porque molesta, por lo que la luz no se puede describir como brillante; la luz que aparece en las ECM no molesta, incluso uno de los adjetivos más comunes es la de “no cegadora”.

Esta teoría tampoco explicaría los casos en los que no se administraron esos medicamentos ni se realizaron procedimientos de reanimación tras la hipoxia (Sartori P. , 2015).

En cuanto a la Hipercapnia se le atribuye parte de los hechos característicos de las ECM ya que tiene síntomas parecidos a las experiencias, pero en estas no suele haber ese aumento de dióxido de carbono propio de la hipercapnia.

En 1950, el neurólogo húngaro Ladislav Meduna, les pidió a sus pacientes que respiraran dióxido de carbono. Lo que algunos experimentaron fue una sensación de disociación de su cuerpo, en algún caso, se mencionó la luz brillante, el túnel, sensación de sosiego y ráfagas de memoria (Van Lommel P. , 2012). Las imágenes eran esporádicas, muy fragmentarias y no ocurría la revisión vital, el encuentro con personas fallecidas ni cambios vitales tras la experiencia (Meduna, 1950).

Los autores Van Lommel, Van Wees, Meyers y Elfferich en su estudio de 2001, afirman que, si el factor puramente fisiológico resultante de la anoxia cerebral causa las ECM, la mayoría de los pacientes con este cuadro deberían tener una experiencia y no es así.

Otros científicos han abogado por la explicación neuroquímica de las ECM. Agentes como la endorfina podrían ser los causantes de algunos elementos de las ECM, (Carr, 1982; Saavedra-Aguilar y Gómez-Jeria, 1989), como las emociones o sentimientos intensos (Greyson, Kelly, & Kelly, 2009). Las endorfinas pueden neutralizar el dolor y provocar sensación de paz y bienestar, pero los efectos suelen durar varias horas, al contrario que las ECM que se desvanecen cuando se recobra la consciencia. Aunque según apunta Bonilla en *Experiencias cercanas a la muerte. Revisión* (Bonilla, 2011), la liberación de endorfinas no explicaría algunos de los elementos de las ECM como son la visión panorámica, las EFC y la visión de otros seres.

También se ha atribuido a la Ketamina (Mobbs, y Watt, 2011), que actúa bloqueando los receptores de NMDA (Bonilla, 2011), sensaciones como atravesar un túnel o sensación de estar fuera del cuerpo (Collier, 1972; Liao, et al, 2011), pero estas

experiencias suelen ser desagradables, terroríficas reconocidas como alucinaciones y los pacientes no desean volver a vivirlas a diferencia de las ECM (Strassman, 1997), otra diferencia significativa es el hecho de no tener revisión vital, ver a personas fallecidas tras la dosis de ketamina ni tener cambios positivos vitales.

Algunos científicos apuntan que un anormal funcionamiento de la dopamina puede producir alucinaciones y visiones (Blanke, et al. 2002), como por ejemplo el caso de pacientes con Alzheimer y Parkinson progresivo (Mobbs, y Watt, 2011).

Existe la creencia, entre los científicos que se apuntaron al estudio de las explicaciones neuroanatómicas de las ECM, que tanto el estrés psicológico como la hipoxia, son las responsables de la actividad anormal del lóbulo temporal y de la liberación de neurotransmisores que producen analgesia y euforia (Saavedra-Aguilar y Gómez-Jeria. 1989) atribuidas a las ECM. Afirman que la disfunción del sistema límbico y de los lóbulos temporales y las epilepsias en estos lóbulos, ocasionan las ECM (Morse, Venecia y Milstein, 1989). Los estudios demuestran que los sujetos con epilepsias del lóbulo temporal, tienen sensaciones de miedo, distorsionadas y fragmentadas (Gloor, Olivier, Quesney, Andermann y Horowitz. 1982; Gloor, 1990). Sin embargo, Gabbard y Twemlow (1984) y Long (2010) tras sus investigaciones sobre EFC afirman que son muy escasas las distorsiones durante la misma.

Podríamos, a la luz de estas explicaciones, concretar que las experiencias vividas fruto de la administración de determinados fármacos lejos de producir sensaciones de paz y tranquilidad son más perturbadoras y menos significativas para el paciente (Fenwick y Fenwick, 2015) y se pueden controlar mediante un cambio de la medicación.

Según el estudio realizado por Bonilla (2011) se llega a la conclusión de que los tres marcos en los que los científicos se han movido para explicar las ECM no corroboran tal hecho, afirma que cada elemento por separado podría tener una explicación psicológica o fisiológica, pero todos los elementos que se presentan en una ECM juntos, no pueden ser explicados por las teorías anteriormente expuestas.

En una publicación en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences* (Borjigin, y otros, 2013), varios científicos de la Universidad de Michigan escriben: *“Si las experiencias cercanas a la muerte son un resultado de la actividad cerebral, éstas se deberían poder medir poco después de la interrupción del suministro sanguíneo del cerebro.”*

Estos científicos implantaron electrodos por debajo del cráneo de nueve ratas, lo primero que se observó fue la actividad cerebral durante los períodos de vigilia normales de los roedores. Después se narcotizó a los mismos. Cuando los investigadores les inyectaron una solución de cloruro de potasio que desencadenó un paro cardíaco se obtuvieron valores más importantes. Se continuó registrando la actividad cerebral de las ratas agonizantes hasta 30 minutos después de la interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro.

La intensidad de algunas ondas gamma aumentó considerablemente 10 segundos después de producirse el paro cardíaco en los roedores. Después de otros 20 segundos, los animales mostraban un perfil de ondas cerebrales que apuntaba a una intensa actividad en el cerebro de entre 25 y 55 hertzios, valores que eran superiores a los medidos en estado de vigilia. También aumentó la sincronidad de las ondas gamma, que se mantuvo durante más de 15 segundos y en el que también participaron las ondas theta más lentas. Después, las ondas cerebrales fueron disminuyendo poco a poco hasta que finalmente desaparecieron por completo. “Esta fuerte ráfaga de actividad podría ser el desencadenante de experiencias percibidas como altamente reales en la transición entre la vida y la muerte”, comentan los científicos.

El neurólogo Michael Schroeter, de Colonia, también considera que el estudio proporciona una explicación de las experiencias cercanas a la muerte. Según él, el rápido aumento de la actividad se explicaría por la carencia de una entrada de información desde el exterior. Sin embargo, estos resultados no proporcionan ninguna prueba de que esta hiperactividad del cerebro sea la causa de las experiencias cercanas a la muerte (Schmitzer, 2013), de hecho, asegura que ciertos elementos de ECM pueden ser inducidos, por ejemplo, por la estimulación eléctrica del lóbulo temporal derecho o el uso de sustancias alucinógenas. Es posible que los transmisores alucinógenos (y endorfinas) del cerebro en sí mismo desempeñen un papel en la ECM. Sin embargo, hay elementos de ECM, como la revisión vital, frecuentemente reportado y la adquisición de información externamente verificable, en relación con el entorno físico durante la experiencia, que no pueden ser explicados por causas fisiológicas (Schroter-Kunhardt, 1993).

Los profesores Leary, Metzner y Alpert (1964), encontraron grandes semejanzas entre el LSD y la muerte tibetana, según afirma Metzner “*lo que solía suceder era similar*

a una muerte del yo anterior, seguida de una fase intermedia, seguida finalmente por una especie de nacimiento de un nuevo yo, y ahí se encontraba la analogía con el libro tibetano de los muertos, de los que mueren realmente”, (The history channel, 2007), sin embargo, la muerte y la experiencia psicodélica son dos cosas muy diferentes, ya que las experiencias de estos últimos no muestran el patrón de la ECM (Sartori P. , 2015) y su comportamiento no corrobora una transformación por tal experiencia (Masters, 2000:127), como sí ocurre en las anteriores.

Las sustancias psicoativas DMT, mescalina y psilocibina tienen el mismo receptor 52 que la serotonina. La DMT se fabrica en la glándula pineal que también fabrica sustancias que pueden transformar la serotonina en DMT y otras capaces de bloquear su descomposición enzimática (Van Lommel P. , 2012) *“La producción de DMT se ve estimulada por las hormonas adrenocorticotropas cortisol, adrenalina y noradrenalina. Durante un período de estrés, como un accidente de tráfico, una parada cardíaca o dolor agudo, el cuerpo libera grandes cantidades de estas hormonas, que, por turnos, activan una gran cantidad de DMT. Se cree que durante el proceso de agonía se alcanzan enormes niveles de DMT debido a la muerte de las células de la glándula pineal”*. La experiencia provocada por sustancias psicoactivas suele ser muy parecida a las ECMs, especialmente con DMT, aunque según la dosis puede provocar percepciones aterradoras o confusas. Los componentes que aparecen son: experiencia extracorporeal, sensación de separación del cuerpo, encuentros con seres de luz, sentimiento de amor incondicional, pensamientos lúcidos y acelerados, encontrarse en un entorno celestial, profunda sabiduría comunicación telepática con seres inmateriales (Van Lommel P. , 2012). En algunas ocasiones ocurre un cambio vital tras la administración de DMT o LSD, incluida la desaparición al miedo a la muerte (Strassman, 2001; Grof y Halifax, 1977).

En un caso de estimulación eléctrica en epilepsia se ha mencionado la aparición de la experiencia extracorpórea, pero incompletas y distorsionadas (Blanke et al, 2002), por el caso único que muestra Blanke, Van Lommel (2012) asevera que no es posible citar el efecto de la estimulación de un área del cerebro con epilepsia como evidencia de que esa área produce ese fenómeno.

Explicaciones psicológicas

Como respuesta a una situación de riesgo vital y huir del miedo a la muerte, es posible evocar cierto tipo de experiencias. Como resultado de los deseos provocados por las expectativas culturales y religiosas se puede generar ensoñación inducida por estrés. Pero, como hemos visto en apartados anteriores, para muchas personas la ECM no cumple sus expectativas acerca de la muerte, si el conocimiento previo altera el contenido o la incidencia de la ECM.

Una teoría psicológica para las ECM es la despersonalización. Aunque se refiere a la pérdida de identidad, disociación o irrealidad, durante una ECM se conserva la identidad y experimenta una conciencia clara y lúcida. Al contrario que la despersonalización se presentan sentimientos positivos y se da en ambos sexos y edades, no se limita a las mujeres jóvenes como en la mayoría de los casos de despersonalización (Van Lommel P. , 2012). En los casos de disociación hay una huida de la realidad de un trauma. Aunque se ha intentado dar una explicación a las ECM no es posible explicar mediante la disociación casos en los que la vida de las personas no corre peligro y se da la ECM.

Hay una teoría por la cual las ECM se construyen a partir de recuerdos falsos o de la imaginación, pero el hecho de que personas de todo el mundo informan de ECM prácticamente idénticas invalida esta teoría según el Dr. Van Lommel, quien además asegura (2012) que, *“la evidencia demuestra que el contenido de una ECM, las palabras seleccionadas para describirla y las emociones que evoca siguen siendo en esencia las mismas cuando, años más tarde, estas personas traen de nuevo a su memoria su ECM”*. En los casos en los que se pedían a los pacientes cardíacos que describieran su resucitación, se cometían varios errores importantes, al contrario que los que habían tenido una ECM en ese proceso, que daban detalles asombrosos del proceso (Van Lommel P. , 2012). Se ha dicho que los testimonios de EFC eran reconstrucciones de percepciones ocurridas antes y después de permanecer sin consciencia. Las investigaciones muestran que quienes han despertado de un coma no tienen recuerdos previos ni posteriores a ese lapso de tiempo (Parnia y Fenwick, 2002; Cook, Greyson y Stevenson, 1998).

Otra explicación relacionada con el lugar en el que ocurren las ECM son los recuerdos y fantasías durante el coma o la operación quirúrgica. En muchas ocasiones los pacientes anestesiados reproducen frases del cirujano o el anestesista y normalmente es llamado “consciencia”, pero lo atribuyen a una falta de dosis adecuada de anestesia. Hay muchos testimonios de ECM ocurridos bajo anestesia general que se mantienen archivados en la Universidad de Virginia y que cifran del 23% de los pacientes (Kelly & Kelly, 2007).

Otra teoría muy socorrida para las ECM es la alucinación, esta suele asociarse a desordenes psiquiátricos como la psicosis o esquizofrenia, también a las migrañas, al consumo de alcohol o drogas y al delirium tremens; la mayoría de quienes tienen una ECM son estables emocionalmente y no consumían alcohol o drogas antes de la experiencia (Van Lommel P. , 2012). Como ya indicaba en capítulos posteriores, las alucinaciones no tienen base real, cuando una ECM da datos verificables ya se puede afirmar que no es una alucinación pues sí hay una base real, al igual que el encuentro con personas fallecidas de lo cual no tenía información sería otro signo de que las ECM no son alucinaciones. Quienes han tenido ambas experiencias asegura que son completamente diferentes (Kelly & Kelly, 2007).

En ocasiones se dice que las ECM podrían ser sueños, pero estos se dan durante la fase REM. Una ECM se produce a veces cuando no hay actividad cerebral. Aunque hay ciertas semejanzas entre un sueño y una ECM, como la ausencia del espacio y tiempo, la expansión de la conciencia, visiones premonitorias y el encuentro con personas fallecidas, los sueños tienden a olvidarse después de un breve periodo de tiempo y no van seguidas de un cambio vital (Van Lommel P. , 2012).

Hay quienes creen que una ECM puede derivarse de un delirio provocado por la medicación, según recoge Van Lommel (2012), pero hay que mencionar que con frecuencia las personas que han tenido una ECM no toman medicación.

Las teorías expuestas podrían explicar en parte algunas de las características de las ECM, pero no serían determinantes a la hora de explicar este fenómeno totalmente.

Una interesante teoría es explicada por el Dr. Moody en la pregunta nº 5 de la entrevista recogida en el Anexo 3.

2. PARTE EMPÍRICA



Ilustración 10: Rosa Celestial. Gustave Doré. 1868

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y JUSTIFICACIÓN.

"El hombre no muere, sino que su esencia sufre una transformación tan grande que nuestros ojos de barro ya no lo pueden ver. ... Lloramos por los difuntos, pero ninguno murió. Los encontraremos a todos".

Vicente Ferrer

Hoy en día es muy común haber oído hablar de las Experiencias cercanas a la muerte, incluso la expresión “ver la luz al final del túnel” es socialmente utilizada para expresar la esperanza en que algo se resolverá y volverá la tranquilidad y la paz. Pese a ello, hay mucha confusión respecto al tema de las Experiencias Cercanas a la Muerte debido a que socialmente, hasta hace unas décadas, ha sido la tradición oral la que ha manejado el significado de este término, a veces embelleciéndolo, a veces confundiéndolo y otras creando un halo de misterio que lo ha llevado a ser clasificado de paranormal, incluyéndolo en el saco donde respiran la ufología, los fantasmas, las casas encantadas y/o las diversas mancias.

El papel de los medios de comunicación, especialmente la televisión no ha ayudado tampoco a conocer más y mejor el tema, sino que se ha enfocado en generar debates socarrones en busca de audiencias o cuota de pantalla, o de publicidad encubierta del libro del divulgador de turno que se quiere promocionar, ya que en los últimos tiempos parece haberse puesto de moda el tema de las ECMs.

La literatura investigadora que encontramos viene fundamentalmente de fuera del territorio español y raramente los interesados en las ECMs buscan artículos o publicaciones académicas o científicas para ilustrarse sobre el tema, sino que se asume como válido lo que a nivel divulgativo se publica, tanto a favor como en contra, a veces sin rigor e influenciado en algunos casos por la perspectiva y creencia del autor, fortaleciendo así las creencias y actitudes frente a las ECMs de los lectores.

Todo esto ha influido en gran parte, en que muchas personas que han vivido una ECM sean reacias a comentar tales experiencias, ya que no quieren ser tildados de “chalados” o “majaretas” o demasiado incrédulos por creer que ha tenido encuentros con el más allá cuando “realmente” ha podido ser fruto de procesos fisiológicos o psicológicos. Por lo tanto, el sentirse entendido y poder compartir una gran experiencia

vital como puede ser las ECMs con alguien, sea de la naturaleza que sea, sin reparos ni juicios, ha sido uno de los objetivos (implícitos) de estos 5 años de investigación en las ECMs.

Dado también que en España no hay una base de datos sobre las ECM que podamos tener como referencia para esta y futuras investigaciones, este estudio aparece o se convierte en la primera investigación académica, desarrollada en dos escenarios, dentro y fuera del contexto hospitalario en el territorio español, lo que se convierte en sí misma en un gran objetivo.

Investigaciones previas como la de la Dra. Sartori, se han centrado, en gran parte, en analizar las causas que pueden estar provocando las ECMs. Ha habido un gran interés en conocer si las ECMs estaban provocadas o eran producto de cambios o alteraciones fisiológicos o psicológicos, poniendo de manifiesto que no hay evidencias claras de que esto sea así y afirmando que aún hay mucho camino por recorrer en ambos sentidos, tanto por demostrar fehacientemente la no implicación de ciertos estados fisiológicos o psicológicos en la aparición de las ECMs como por confirmar, como dice la casuística, la no localidad de la Consciencia.

En esta investigación de corte antropológico, se analizarán los aspectos personales y culturales, así como los efectos en sus protagonistas, puesto que las investigaciones científicas previas, originadas en y por investigadores en ciencias de la salud, como se ha recogido en apartados posteriores, han avanzado más en las posibles causas.

1.1. OBJETIVOS

Averiguar hasta qué punto los factores sociales y culturales pueden determinar e influir en las actitudes ante la muerte propia y ajena y la atención al enfermo al final de la vida, ha sido un tema muy trabajado en la última década. El auge de los cuidados paliativos y la tanatología ha ayudado mucho en los procesos de morir y de la muerte. Desde una vertiente social y personal las ECMs ofrecen un nuevo punto de apoyo tanto al familiar/acompañante como al enfermo que tiene que enfrentarse al proceso de la enfermedad y la muerte.

Teniendo estas premisas en consideración, el objetivo principal de esta investigación es profundizar en la comprensión e incidencia del fenómeno de las

Experiencias cercanas a la muerte en general y en Murcia en particular y valorar las implicaciones biopsicosociales relacionadas con las mismas dentro y fuera de entorno hospitalario.

Para conseguir estos objetivos generales, es necesario plantearse otros objetivos más específicos. Son estos:

- 1- Establecer la incidencia de las ECM en Murcia.
- 2- Analizar si el contenido de las Experiencias de Muerte Temporal en Murcia es similar a las estudiadas en el extranjero.
- 3- Comparar los resultados de los datos hospitalarios (prospectivos y retrospectivos) con los extra-hospitalarios, con el fin de valorar los puntos de unión y desunión.
- 4- Profundizar en la incidencia de las Experiencias al Final de la Vida y sus semejanzas y diferencias con las estudiadas en otros países.
- 5- Verificar la influencia de los procesos emocionales y cognitivos de la ansiedad ante la muerte del personal de enfermería de la UCI del HGURS de Murcia.
- 6- Valorar si es necesario que el profesional sanitario esté informado sobre las ECMs para mejorar la calidad asistencial del enfermo.
- 7- Proporcionar propuestas de mejora asistencial del enfermo en relación al acompañamiento y al abordaje de las ECMs.
- 8- Comparar el grado de ansiedad ante la muerte de estudiantes de ciencias de la salud (psicología, enfermería y medicina) y ciencias sociales (marketing) con los profesionales.

1.2. HIPÓTESIS

En relación a los objetivos anteriores, he establecido las siguientes hipótesis:

H₁- La mayor parte de las personas que tienen una ECM pierden el miedo a la muerte y creen en algo más allá de la vida (Obj 3).

H₂- El género y la edad no afectan a la incidencia de aparición de las ECM (Obj 2).

H₃-El conocimiento de las ECMs es de gran ayuda para los profesionales que trabajan con enfermos terminales y con enfermos hospitalizados en:

H_{3a} la integración de las experiencias en su vida cotidiana, especialmente en la superación del trauma de ECMs negativas,

H_{3b}. alivio del sufrimiento al final de la vida y

H_{3c}. mejor elaboración del duelo de los familiares.

H₄- Las personas que al final de su vida tienen visiones en el lecho de muerte, mueren de forma apacible.

H₅- Los medicamentos administrados a los pacientes no son la causa de la aparición de todas las ECM.

H₆- La figura del psicólogo en las unidades de cuidados paliativos y Cuidados intensivos es imprescindible en la gestión del burnout en relación a la muerte, procesos de duelo y atención al enfermo y familiar (obj 5, 7).

H₇- El grado de ansiedad ante la muerte de los estudiantes de enfermería es superior al de los trabajadores en activo (Obj 5).

H₈- Los estudiantes en ciencias de la salud presentan menor grado de ansiedad ante la muerte que los estudiantes de ciencias sociales (Obj 8).

1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Tras examinar la literatura existente me planteé varias preguntas de investigación:

1- ¿Son similares Las ECM en España, en cuanto a su contenido e incidencia, a las del resto de países estudiadas?

2- ¿Influye el conocimiento previo de las ECM o de las VLM en su aparición?

3- ¿Tienen los relatos extra-hospitalarios sobre las ECMs más contenido y son contados con más vehemencia que los hospitalarios?

4- ¿Ayudaría a los pacientes a afrontar la ECMs, especialmente las negativas, si el personal de enfermería tuviera conocimientos tanto de las mismas como de la forma de abordarlas?

5- ¿El grado de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería se reduciría con programas asistenciales y de formación?

6- ¿Se podría disminuir el grado de burnout del personal sanitario con programas psicológicos de reducción de burnout?

7- ¿Cambiaría en algo la competencia relacional del personal médico y de enfermería si se tomara en cuenta la trascendencia de la consciencia?

1.4. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de esta investigación pueden ser útiles ya que esta, parte con el propósito de contribuir a una serie de finalidades, entre otros aspectos pueden ayudar a:

1- Ofrecer un conocimiento acerca de las ECMs que pueda servir en un futuro para afrontar mejor la propia muerte y la de un ser querido.

2- Avanzar en el conocimiento en España en relación a las ECMs y por lo tanto de la Consciencia.

3- Conocer algunos procesos cognitivos y emocionales hacia la muerte que pueden incidir en la motivación de los profesionales, para poder mejorar y afrontar de forma más adecuada, el estrés que genera el trabajar con la muerte de forma habitual.

CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA

“En última instancia, es nuestra concepción de la muerte la que decide nuestras respuestas a todas las preguntas que la vida nos hace”

Dag Hammarskjöld

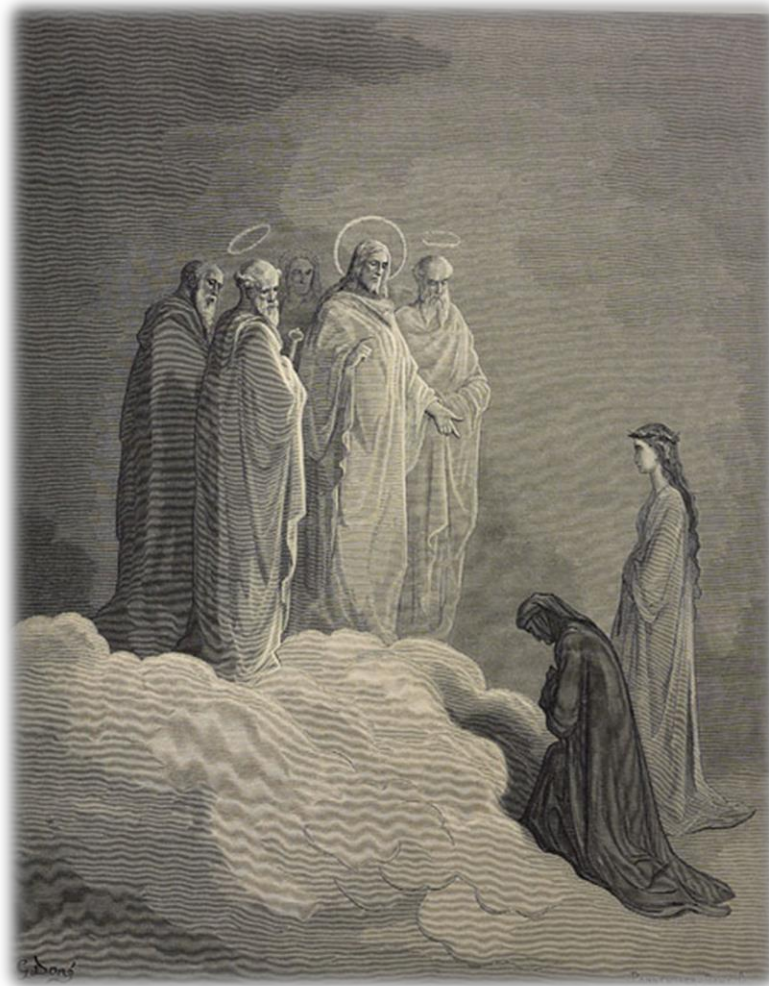


Ilustración 11: St. John examines Dante on love. Gustave Doré. 1868

Es necesario destacar que tanto el tema de las ECM como en última instancia, el de la muerte y la existencia de una vida tras la muerte, o en otras palabras, la continuidad de la conciencia tras la muerte, es un tema que, no sólo se ha abordado desde disciplinas humanistas enfocadas a una metodología más cualitativa como la filosofía, la antropología o incluso la psicología, sino que, desde el ámbito científico cuantificable, ha sido muy estudiado, con el objeto de, o bien corroborar, desde la ciencia, la posibilidad de la existencia de una vida posterior o bien de demostrar la posible poca validez de las investigaciones que han apoyado esas teorías.

La estrategia metodológica que desarrollé, es una metodología mixta, es decir, métodos y técnicas tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, cuya idea se ha impuesto en las ciencias sociales, entre otras en la antropología, como bien apunta la antropóloga E. Bott (1990). De esta manera, no sólo obtendremos una riqueza de información a nivel cualitativo, sino que además se dará validez externa a la investigación, ya que actuamos con una muestra representativa.

He de decir, que en el transcurso de esta investigación no recibí financiación alguna ni beca para el desarrollo de la misma, ni tampoco para ayudar en las tasas universitarias ni los gastos de asistencia a congresos donde participé como ponente, y dado que la antropología de la muerte se trabaja fundamentalmente en el continente americano, los gastos que generaron los ocho Congresos en el extranjero y los 6 celebrados en España han ocasionado un importante gasto económico.

6.1. ACTUACIONES METODOLÓGICAS

He de aclarar que recoger información acerca de las Experiencias Cercanas a la Muerte de un paciente no es sinónimo de rescatar información del paciente y su familia acerca de cómo están viviendo su momento próximo a morir y sus sentimientos y emociones al respecto, sino que se trata de analizar el discurso de esos últimos momentos sobre todo a lo referente a la incorporación de elementos nuevos o que hagan prever un pronto desenlace, como por ejemplo, la visión de sus familiares ya fallecidos que vienen a recogerlo, o que están viendo una luz muy luminosa, etc.

Una de las cuestiones que se suscitó en el comité de investigación del hospital en relación a esta metodología (marzo de 2013) fue, si era apropiado entrevistar tanto

a familiares como a enfermos en los momentos finales de su vida. Esta cuestión ha sido discutida desde las primeras investigaciones e intervenciones que se llevan realizando en el ámbito hospitalario con enfermos próximos a morir. Una de las primeras investigadoras en el tema de la muerte y el morir fue la psiquiatra Elisabeth-Kübler Ross, que tuvo, en sus primeros momentos, no pocos obstáculos con el personal médico de los hospitales donde trabajaba. Más tarde pudo demostrar que, no sólo sus visitas a los enfermos “desahuciados” como ella les llamaba, no eran poco apropiadas, sino que eran beneficiosas para los enfermos y los familiares, que se encontraban en un medio en el que no les era familiar, frío en ocasiones, ya que tenían la oportunidad de desahogarse y liberarse de aquellas cuestiones personales que les preocupaba con respecto a su propia muerte y los últimos días de su vida y con respecto a la del familiar, facilitándose en muchos casos la preparación, en ambos sentidos, para la muerte.

Como profesional de la psicología, especialista en pérdida y duelo y cuidados paliativos y habiendo hecho prácticas de auxiliar de enfermería en un servicio de UCI años atrás, creo que, aunque puede haber algún caso en el que por diversos motivos el paciente o familiar no esté en disposición de comunicarse en este aspecto, la mayoría de ellos encuentran un alivio cuando pueden expresar libremente cualquier aspecto relacionado con esta situación.

Quiero también señalar que en el transcurso de los dos años de investigación de campo han sobrevenido acontecimientos a nivel del estudio que han ampliado el programa inicial y que comentaré en su apartado correspondiente.

6.1.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.

Las estrategias metodológicas empleadas en el trabajo de campo han venido marcadas por las características propias del objeto de estudio, por los pocos datos que se tienen en España sobre el mismo, las características de la población y por las condiciones, circunstancias y escenarios en los que se produce la investigación y en gran medida, a la dimensión teórica que se pretende otorgar a los resultados, con el fin de poder compararse con estudios homólogos de otros países. Este estudio integra métodos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos, siendo los objetivos del mismo, los que condicionan la modalidad de investigación elegida (Bisquerra, 2004).

Estos métodos cualitativos de recolección de datos, como entrevistas, observación y análisis de documentos, pertenecen a los llamados "métodos etnográficos" (Kawulich, 2005) y he utilizado en esta investigación:

- Las entrevistas en profundidad realizadas a los pacientes, experimentadores y expertos sobre las ECM.
- Grupo de discusión virtual.
- Observación participante y no participante.
- Grabaciones en audio y video.
- Notas de campo.
- Análisis de documentos.

Los métodos cuantitativos utilizados han sido:

- Diseño del cuestionario de ECM
- Diseño del cuestionario de VLM
- Administración de las escalas de Greyson, DACS y MBI.
- Pretest de la escala DACS.
- Análisis estadístico de los datos con el software SPSS-19.0

6.1.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Como apuntaba al principio del apartado 6.1.1, las estrategias metodológicas venían dadas por una serie de aspectos basados en las características de la población, el entorno y los resultados. Para ello, se desarrollaron varios cuestionarios y se administró una escala validada con el fin de dar fiabilidad y consistencia a los resultados del estudio.

Se establecieron dos diseños de investigación diferenciados, el fenomenológico y el transversal descriptivo, histórico y correlacional, cualitativo y cuantitativo respectivamente, según la etapa de la investigación.

En la parte cualitativa del estudio (Rodríguez, 2012) se utilizó un diseño fenomenológico con el objetivo de conocer las percepciones y los significados que la población de estudio da a un fenómeno (Bogdan & Biklen, 2003) o a un concepto (Creswell, 1998). El diseño fenomenológico persigue apreciar las experiencias subjetivas de los entrevistados, atendiendo a su relato y discurso, para el estudio antropológico es una buena fuente de información. Según apuntan (Hernandez, Fernandez-Collado, &

Baptista, 2006), el diseño fenomenológico se diferencia de otros diseños cualitativos en que se centra en las percepciones y significados propios otorgados al fenómeno objeto de estudio. Se puede decir que es un diseño de investigación idiográfico, es decir, describe los significados asociados al fenómeno en cuestión contemplando cada entidad única y sus circunstancias personales. Sandín, (2003) indica que el propósito es descubrir aquello que subyace a las formas en las que se expresan las percepciones o los acontecimientos y Husserl consideró la fenomenología como la ciencia que intenta descubrir las estructuras esenciales de la conciencia. Partiendo de las concepciones de Husserl (1998) y Heidegger (2006) la fenomenología es definida como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y son vividos por las propias personas. Los rasgos del diseño fenomenológico (Moustakas, 1994, Creswell, 1998, Keeves, 2004) son los siguientes:

- Busca entender los significados otorgados a fenómenos o conceptos.
- El instrumento más utilizado en el diseño fenomenológico es la entrevista.
- La fenomenología hace de la experiencia humana su principal objeto de investigación.
- Una estrategia para acercarse al discurso y al significado construido por el participante es el análisis de casos por el mismo participante.
- El investigador ha de analizar las diferencias y similitudes acerca de cómo es percibido un fenómeno o un concepto en los participantes de la investigación.
- En el estudio fenomenológico es fundamental el propio relato de quien experimenta el fenómeno o construye significados.

Para Van Manen (1990: 8-13; citado por Mélich, 1994: 50), el significado y el trabajo de la investigación fenomenológica se podrían resumir en los siguientes ocho puntos:

- “La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada”.
- “La investigación fenomenológica es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad. Toda ciencia es conciencia de algo”.

- “La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es un universal, es un intenso sistemático de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida”.

- “La investigación fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos”.

- “La investigación fenomenológica es el estudio científico-humano de los fenómenos. La fenomenología puede considerarse ciencia en sentido amplio, es decir, un saber sistemático explícito, autocrítico o intersubjetivo”.

- “La investigación fenomenológica es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la práctica de la educación de todos los días”.

- “La investigación fenomenológica es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño, en el conjunto de su mundo de la vida, de su entorno sociocultural”.

- “La investigación fenomenológica es el pensar sobre la experiencia originaria. En definitiva, la fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia”.

Esta parte cualitativa de la investigación fenomenológica contiene elementos biográfico-narrativos y etnometodológicos, ya que se procura dar protagonismo al participante y reflejar su propia percepción personal algo que es esencial en la investigación inclusiva (Susinos, 2008, 2009; Parrilla, 2010), ya que la etnometodología intenta estudiar los fenómenos sociales incorporados al discurso y a las acciones a través del análisis de las actividades humanas. Bisquerra (2004), señala que en el análisis de datos del diseño fenomenológico hay tres fases principales (Rodríguez, 2012):

a) Fase descriptiva: Análisis descriptivo en base a las categorías de análisis predeterminadas; son categorías de análisis, que se complementan con la posterior aparición de subcategorías que explican las diferentes formas en los que los entrevistados dan significado al concepto a través de actitudes, creencias o ideas

subyacentes. En este estudio estas categorías se ven reflejadas en las tablas 7.1.7; 7.4.1;7.5.1 y 7.6.2.

b) Fase emergente e interpretativa: Fase donde tiene lugar la aparición de las subcategorías resultantes del análisis, desde la ausencia de objetivación y el respeto a la elaboración subjetiva y personal, realizado sobre el contenido obtenido en la fase descriptiva.

c) Fase esencial y comprensiva: En esta fase se quiere lograr un mayor grado de complejidad comprensiva de los significados dados por los entrevistados, esta categoría se puede ver en las interpretaciones que los propios experimentadores hacen de lo que han vivido y se ven reflejados en los testimonios insertados.

Salkind (1998), apunta a los diferentes métodos de investigación clasificados en no experimental, experimental y cuasi-experimental. Perteneciente a la no experimental que es la que nos interesa en este estudio, destaca la descriptiva, histórica y correlacional.

En cuanto a la investigación descriptiva, según Salkind, puede ser autosuficiente, pero además puede servir como base para otro tipo de investigaciones posteriores, ya que en muchas ocasiones es necesario describir las características de un grupo antes de abordar el análisis de la significatividad de cualquier diferencia observada.

En relación a la investigación histórica, esta relaciona hechos del pasado con otros acontecimientos de la época o con sucesos actuales. Se utilizan fuentes primarias (documentos originales o personas que han experimentado el suceso en primera persona) y fuentes secundarias (documentos de segunda mano o personas que podrían tener cierta información acerca del hecho, pero no estaban presentes cuando ocurrió). Uno de los principales retos para estas investigaciones está en saber cuánto puede el entrevistador confiar en la veracidad y exactitud de las fuentes.

Por último, en la investigación correlacional se examinan relaciones entre variables, pero no implica que una sea la causa de la otra, es decir, proporciona indicios de la relación que podría existir entre dos o más cosas.

En resumen, esta investigación, vino marcada por un carácter descriptivo, observacional, ya que el factor de estudio no era controlado por mí y me limitaba a observar y medir, y retrospectivo en la fase de recogida de información en pacientes de UCI y entrevistas personales. Fue prospectivo en los casos de pacientes de Cuidados

paliativos, cuyo momento de inicio vendría marcado por el momento del pronóstico de vida y el punto final, el fallecimiento del paciente, en las entrevistas personales y el momento de transmisión de información de sucesos ocurridos en los informantes a través del correo electrónico o internet.

FINALIDAD	SECUENCIA TEMPORAL	CONTROL DE ASIGNACIÓN A LOS FACTORES DE ESTUDIO	CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS
DESCRIPTIVO	TRANSVERSAL	OBSERVACIONAL	PROSPECTIVO
ANALÍTICO			RETROSPECTIVO

Tabla 6.1. Tipo de Estudio.

En el estudio se diseñaron unos cuestionarios *ad hoc* para recopilar información a los tres sectores que iba a entrevistar, pacientes, acompañantes y personal médico, especialmente en los casos de los pacientes de paliativos. Cuando fue posible, se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas, con el fin de recoger cuánta información viene reflejada en la guía confeccionada y que se puede ver en los cuestionarios y escalas. Creí conveniente usar estas técnicas ya que el entrevistado puede expresarse de forma libre. Así mismo, nos permitía recoger expresiones manifiestas de carácter no verbal, lo que considero de vital importancia.

6.1.1.2. OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Los instrumentos de investigación para la obtención de información que se utilizaron en esta tesis fueron:

LA OBSERVACIÓN

La observación permite obtener información sobre los fenómenos o acontecimientos tal y como se producen y es muy útil cuando algunos informantes, por

múltiples factores, no pueden dar información verbal. Es por esto que la observación tuvo lugar mayormente en los pacientes de cuidados paliativos cuyo estado no permitía el uso de la entrevista.

LA ENTREVISTA

La entrevista es un valioso instrumento para obtener información sobre un determinado problema en la investigación cualitativa.

Esta, es la etapa más extensa del estudio ya que para obtener una necesaria validez externa era preciso tener una amplia muestra con la duración adecuada.

Según Hernández, la entrevista en profundidad (Hernandez B. , 2009) “proporciona una comprensión detallada que solo suministra la observación directa de las personas o escuchando lo que tienen que decir en la escena de los hechos”. Tiene las siguientes características según Taylor y Bogdan (1986):

- Los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos.
- Los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo.
- El investigador tiene limitaciones de tiempo.
- La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.
- El investigador quiere establecer experiencias humanas subjetivas.

Todas ellas, se ajustan a las características de esta tesis, por ello, fue la principal herramienta de obtención de datos.

En este tipo de entrevistas hay que tener presente varios elementos. Uno de ellos es la selección de informantes. Un dato importante era que no el número ni el tipo de informantes se deben especificar de antemano ya que el número de casos estudiados no es tan importante como el potencial de cada caso (Hernandez B. , 2009). En esta investigación traté de entrevistar a todos los pacientes que ingresaban en UCI y que hubieran tenido una ECM y a familiares de pacientes que estuvieran en una fase crítica para su supervivencia, aunque como ya apuntaba en apartados anteriores tuve contacto con prácticamente todos los que ingresaban durante mi permanencia en el hospital.

Otro de los elementos es la aproximación a los informantes y el comienzo de las entrevistas que en esta investigación tenían lugar en el transcurso de los dos primeros

días posteriores a la aparición del problema que les llevó a la UCI, siempre que estuvieran conscientes y en condiciones de ello (tanto en pacientes de UCI como en las entrevistas con familiares de pacientes de paliativos esta era la forma de aproximarme a los informantes). Comenzaba presentándome y les planteaba una única primera pregunta: ¿Conserva algún recuerdo del período de su paro cardíaco (quienes lo hubieran tenido) o de su tiempo de inconsciencia? Si la respuesta era afirmativa explicaba el propósito de la entrevista y la confidencialidad y codificación de los datos y tras estar segura de haber establecido "*rapport*"²⁵ para que el paciente se encontrara a gusto y poder contar cuántos más detalles posibles de su experiencia, se realizaba y grababa la entrevista. Si era negativa, continuaba un tiempo con ellos ya que algunos de ellos me informaban de que en esta ocasión no, pero la vez anterior sí. Otros simplemente deseaban hablar y desahogarse.

La entrevista se planteaba en varias fases. La primera fase constaba de la explicación detallada y/o lectura de la hoja de información donde al paciente se le explicaba el propósito del estudio, el procedimiento, beneficios, privacidad y confidencialidad, participación y retiro voluntarios (Anexo 5). La segunda fase constaba de una pregunta inicial donde se le pedía al paciente que contara su experiencia y a continuación, con el fin de ahondar más en profundidad en el tema, les formulaba preguntas sobre cuestiones más puntuales. La tercera fase constaba de la administración de la Escala de Greyson para obtener de la entrevista datos tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

Durante las entrevistas iba anotando los datos más relevantes. Siempre me acompañaba mi diario de campo donde registraba la fecha, paciente, box, causa del ingreso, datos de la conversación y/o entrevista con el paciente o familiar y con su enfermero/a y/o facultativo, cuando fue necesario.

ENTREVISTAS A EXPERTOS

Con el objetivo de ampliar información y conocimientos acerca del tema de estudio y entrevisté a expertos sobre el tema de las ECM.

²⁵ Término que en Psicología se define como "una conexión especialmente armónica o comprensiva" (The Random House Dictionary of the English Language (2nd Ed.). (1987). New York: RandomHouse.)

Ya en la investigación previa para el TFM entrevisté al Dr. y posterior Codirector de esta tesis Raymond Moody quien ofrecía una perspectiva filosófico-científica del tema de las ECM. Desde su vertiente médica considera la vida después de la vida como un hecho cada día más próximo a ser demostrado por la ciencia.

En la entrevista realizada al Dr. Raymond Moody, el 28 de octubre de 2011, éste, analiza los comienzos de sus investigaciones sobre ECM remitiéndose a las teorías de Platón reflejadas en la “República”, al mencionar que el relato habla de una vida más allá de la vida y del sentido de la Justicia. Otro hecho importante fue el de tener conocimiento de un suceso increíblemente sorprendente entonces, ocurrido a un colega suyo, que supuso que se interesara por el fenómeno y comenzase a reflexionar e investigar lo que después denominaría ECM.

El Dr. Moody comentó los factores o elementos que ocurren en las ECM destacando que hay muchas cosas que aún no se conocen de este tema y que, en un futuro cercano, se tendrán las herramientas cognitivas necesarias para entender este tipo de fenómenos. Destaca el hecho de que las personas que han vivido una ECM experimentan cambios perceptibles en su forma de vivir, entre ellos, la eliminación del miedo a la muerte y sobretodo aprender a amar (Anexo3).

El Dr. Moody cuenta que fue un poco más allá del estudio de las ECM y desarrolló un sistema basado en el Oráculo de los Muertos de la Antigua Grecia, denominado Psicomantium, que conecta ambos mundos, el de los vivos y el de los muertos, y es usado, sobre todo, en procesos de duelo, aunque podría ser considerado un sistema de transcomunicación.

Por otro lado, y con el fin de aportar una visión más antropológica del tema, en noviembre del mismo año, entrevisté a la prestigiosa médium y vidente Marilyn Rossner, cuya figura fue llevada al cine por Steven Spielberg en la película “Poltergeist”. Marilyn Rossner es profesora retirada de Educación Especial en la Universidad Vanier de Montreal (Canadá), McGill y Concordia en el mismo país. Está especializada en psicoterapia infantil y yoga y es fundadora del Instituto Internacional de Ciencias Humanas Integrales de Montreal.

Marilyn Rossner abordó el tema de la muerte en tanto que el término tiene un significado de cambio, tránsito u otra forma de vida. Desarrolla el tema de los elementos de las ECM desde el punto de vista espiritual, el de los seres espirituales que vienen a

acompañarnos durante nuestra existencia, no desde el lado del moribundo. Así mismo, explica el acompañamiento que los guías espirituales hacen desde que nacemos hasta que morimos y la labor que desempeñan durante toda nuestra vida.

La Dra. Rossner cuenta que, el espíritu, al salir del cuerpo, atraviesa algo que, al no tener la palabra exacta por no existir nada igual en la vida, llamamos túnel, de la revisión de los acontecimientos vividos durante la vida y también de la necesidad de hacer todo el bien posible durante la misma, coincidiendo con las declaraciones del Dr. Moody en su revisión vital. Esto aparece también, en los testimonios de varios de los encuestados de este estudio. Ambos expertos coinciden con que existe algo llamado retribución por todo lo que hemos hecho y de la justicia que se produce en ese momento en el que nos enfrentamos a todo lo que hemos causado, bueno o malo.

Marilyn Rossner también aborda el tema del conocimiento de ciertas situaciones que vamos a vivir a lo largo de nuestra vida y del aprendizaje que se nos brinda en las mismas. La entrevista termina abordando el tema de la evolución de las almas, el nivel de consciencia y el lugar que alma ocupa durante los estados de coma (Anexo3).

En marzo de 2013 asistí a un congreso internacional que llevaba por título “*2èmes Rencontres sur l'Expérience de Mort Imminente EMI*” en Marsella, organizado por Sonia Barkallah, productora de televisión S17 Production y confundadora del C.N.E.R.I.C, (Centre National d'Etudes, de Recherches et d'Information sur la Conscience). En este encuentro acudieron expertos sobre el tema de la consciencia y las ECM. Entre otros ponentes se encontraban: Dr. Raymond Moody, Dr. Eben Alexander, Jody Long, Dr. Jeffrey Long, Vanessa Charland, Dra. Penny Sartori, Dr. Jean Jacques Charbonier o el Dr. Olivier Chambom. En esta ocasión, volví a entrevistar al Dr. Moody y al Dr. Jeffrey Long, fundador de NDERF en EEUU. En esta entrevista el Dr. Long, médico radioncólogo y experto en la investigación de las ECM, creador de la Fundación para la Investigación de la Experiencia próxima a la muerte y coordina el sitio web www.nderf.org, habló del controvertido tema de la muerte clínica, de los elementos de las ECM y los efectos posteriores en sus vidas, de las ECM en diferentes culturas, la consistencia de las ECM, la separación del cuerpo y la Consciencia (Anexo 3). Tuve de nuevo la oportunidad de entrevistar a Raymond Moody cuya entrevista adjunto en el Anexo 3.

En mayo de 2013, quise conocer más acerca de la relación entre los estados no ordinarios de consciencia y el chamanismo, así como las implicaciones de estos en la psicología transpersonal cuyo fundador Stanislav Grof, acudía a Madrid a un Congreso donde pude entrevistarle. Grof, es Doctor en Medicina y Filosofía, psiquiatra con más de treinta años de experiencia en la investigación de los estados no-ordinarios de consciencia. Fue jefe de investigación psiquiátrica del Centro de Investigación psiquiátrica de Maryland y profesor asistente de psiquiatría en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Es uno de los fundadores y pioneros de la Psicología transpersonal (Anexo 3). Grof, en una entrevista muy interesante, de los estados no ordinarios de consciencia, los estados holotrópicos, el chamanismo y la relación entre ciencia y espiritualidad.

En Julio de 2014, con motivo de la llegada a España de Su Santidad Lama Sakya Trizin, solicité una audiencia para realizarle una entrevista. Su Santidad Sakya Trizin es el sostenedor de la Tradición Sakya, una de las cuatro escuelas principales del budismo tibetano. Su Santidad es un gran maestro reconocido y muy respetado dentro del budismo tibetano, no solo por su actividad como guía para la comunidad tibetana, estando al frente de varios monasterios, sino también por su gran labor en transmitir el Dharma a nivel mundial, viajando regularmente para impartir enseñanzas por diferentes ciudades alrededor del mundo²⁶. En esta entrevista pregunté a Su Santidad acerca de algunas cuestiones que hemos hablado a lo largo de esta tesis: el sentido de la vida y la muerte, qué es la consciencia y dónde reside, qué pasa cuando morimos según el budismo o cómo podemos ayudar a un moribundo (Anexo 3).

Tras realizar el trabajo de campo y estar muy en contacto durante estos dos años y medio con personas en estado crítico, creí interesante mantener una entrevista con profesionales que se dedicaran a trabajar en este campo y para ello entrevisté a una enfermera de la UCI pediátrica y *Counsellor* en Cuidados paliativos pediátricos que adjunto en el Anexo 3.

CUESTIONARIOS Y ESCALAS

Según apuntan Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2006), un cuestionario puede aplicarse de forma autoadministrada, por entrevista personal o por entrevista

²⁶ <http://fundacionsakya.org/maestros/director-espiritual>

telefónica. En este caso, el cuestionario individual de ECM y familia, así como la escala Greyson se aplican a través de una entrevista personal mientras que la aplicación del cuestionario anexo visiones en el lecho de muerte, (MBI)²⁷ y (DACS)²⁸ se lleva a cabo de forma autoadministrada, tanto los obtenidos en la UCI como los obtenidos a través del grupo de facebook.

CUESTIONARIOS	HOSPITALARIO	EXTRA HOSPITALARIO
ENTREVISTA PERSONAL	ECM, A familias de CCPP, Escala Greyson	ECM, A familias de CCPP, Escala Greyson
AUTOADMINISTRADO	MBI, DACS	ECM y Visiones en lecho de muerte, Escala Greyson (Facebook), DACS (Estudiantes)

Tabla 6.2. Cuestionarios administrados.

6.1.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

El cuestionario utilizado en la entrevista está compuesto de preguntas de diferente naturaleza. Algunas de estas preguntas están basadas en los cuestionarios diseñados por expertos investigadores de las ECM, y, por lo tanto, basadas en la literatura más relevante sobre las mismas. De este modo, y en función de lo dicho hasta ahora, se tuvieron en cuenta las escalas que, ante la necesidad detectada de algunos investigadores de conocer la variedad del fenómeno de las ECM y su profundidad, se crearon. Entre ellos se encuentra K. Ring (1980), quién creó un índice de profundidad de las ECM, basado en la creencia de que las ECM ocurrían por etapas: sensación de paz, EFC, entrada por un túnel, visión de la luz y entrada en la misma (Bonilla, 2011).

En base a lo anteriormente expuesto en el diseño del cuestionario se tuvieron en cuenta: los elementos vividos en las ECM, las sensaciones durante la misma, visiones y encuentros, y cambios en su vida tras la experiencia.

Además de los cuestionarios que servían de apoyo a la entrevista utilicé la escala que desarrolló el Dr. Bruce Greyson (Greyson, 1983). Esta escala también estaba

²⁷ Maslach Burnout Inventory.

²⁸ Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte.

compuesta de 16 ítems que miden cuatro aspectos: Cognitivos (sentido alterado del tiempo, aceleración del pensamiento, revisión vital y comprensión de los hechos), afectivos (sensación de paz, estar rodeado de luz, sensación de gozo y de unidad cósmica), paranormal (EFC, agudeza de sentidos, percepción extrasensorial, visión de futuro), trascendentales (existencia de otro mundo, encuentro con otros seres, encuentro con seres místicos y llegada a una frontera), y establece la puntuación de corte a partir de 7 para considerar que existe ECM. Esta escala de Greyson fue posteriormente utilizada por varios investigadores como Pacciolla (Pacciolla, 1996) y Schwaninger y otros (Schwaninger, Eisenberg, Schechtman, & Weiss, 2002). El estudio se queda en las dos primeras fases en el caso del estudio prospectivo, donde se ha contactado y recogido información a pie de cama, pero como toda investigación sería interesante ahondar en la fase 3, que es la relacionada con la realización de entrevistas posteriores, transcurridos varios años.

A medida que el estudio iba avanzando me daba cuenta de que había aspectos importantes que aparecían y que sólo es posible conocer si se está inmerso en el lugar de estudio. Detecté ciertos estados de estrés en el desarrollo profesional del personal de enfermería que trataban todos los días con personas en situación crítica, así que creí interesante valorar los factores que se interrelacionaban con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte en la UCI. Para ello realicé un estudio descriptivo transversal, con técnicas cuantitativas y cualitativas. Utilicé una encuesta autoadministrada y anónima al personal de enfermería (auxiliares y enfermeros/as) compuesta por: cuestionario de datos sociodemográficos, relato extenso de una situación percibida como estresante en relación a la atención del dolor y la muerte, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) y la Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte – DACS de Moya-Faz (Moya-Faz y otros, 2010).

Por otra parte, me pareció interesante comparar los resultados de la Escala Clínica de Ansiedad antes la Muerte (DACs) de los profesionales en activo con los estudiantes de enfermería, para valorar si el hecho de trabajar en estos servicios pudiera influir en algo sobre la ansiedad ante la muerte, y del mismo modo de estos estudiantes con otros del ámbito sanitario y no sanitario, cuyos resultados comentaré en apartados siguientes.

A continuación, se exponen sus características principales en las siguientes fichas técnicas:

ENTREVISTA	MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)
OBJETIVO	Medir el riesgo psicosocial del burnout o síndrome de estar quemado.
TIPO DE PREGUNTAS	Numérica. Escala de Intensidad tipo Likert.
ADMINISTRACIÓN	Individual.
Nº CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	3 dimensiones
DURACIÓN APROXIMADA	10- 15 minutos (sin límite).
MATERIAL	Cuestionario, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Estadístico descriptivo, factorial y análisis de varianza.

Tabla 6. 3.a. Ficha técnica del "Inventario de Burnout de Maslach". Fuente: (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996)

ENTREVISTA	ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE – DACS
OBJETIVO	Evaluar la ansiedad existente ante la muerte.
TIPO DE PREGUNTAS	Cerradas. Dicotómicas
ADMINISTRACIÓN	Individual.
Nº CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	6 dimensiones
DURACIÓN APROXIMADA	5-10 minutos (sin límite).
MATERIAL	Cuestionario, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Estadístico descriptivo, factorial y análisis de varianza.

Tabla 6.3.b. Ficha técnica de la "Escala clínica de Ansiedad ante la muerte-DACS". Fuente: (Moya-Faz y otros, 2010)

ENTREVISTA	ESCALA DE GREYSON
OBJETIVO	Medir la profundidad de la ECM de un individuo.
TIPO DE PREGUNTAS	Cerradas. Numéricas
ADMINISTRACIÓN	Individual.

Nº CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	4 dimensiones
DURACIÓN APROXIMADA	10-15 minutos (sin límite).
MATERIAL	Cuestionario, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Descriptivo, analítico.

Tabla 6.3. c. Ficha técnica de la "Escala de Greyson". Fuente: (Greyson B. , 1983)

ENTREVISTA	ECM
OBJETIVO	Obtener información sobre la experiencia vivida, relativa a la ECM
TIPO DE ENTREVISTA	Semiestructurada
ADMINISTRACIÓN	Individual.
TIPO DE PREGUNTAS	Abiertas y Cerradas
DURACIÓN APROXIMADA	Sin límite.
MATERIAL	Guion de preguntas, grabadora, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Análisis de contenido por categorías.

Tabla 6.3.d. Ficha técnica de la entrevista sobre "ECM". Fuente: Elaboración propia

ENTREVISTA	VISIONES EN EL LECHO DE MUERTE
OBJETIVO	Obtener información sobre los aspectos que tienen lugar en los momentos previos al fallecimiento.
TIPO DE ENTREVISTA	Semiestructurada

ADMINISTRACIÓN	Individual.
TIPO DE PREGUNTAS	Cerradas y abiertas.
DURACIÓN APROXIMADA	10-20 minutos (Sin límite).
MATERIAL	Guion de preguntas, grabadora, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Análisis de contenido.

Tabla 6.3.e. Ficha técnica de la entrevista sobre "Visiones en el lecho de muerte". Fuente: Elaboración propia

ENTREVISTA	FAMILIAS CC.PP
OBJETIVO	Obtener información aspectos relativos a los momentos previos al fallecimiento en medio hospitalario.
TIPO DE ENTREVISTA	Semiestructurada
ADMINISTRACIÓN	Individual.
TIPO DE PREGUNTAS	Abiertas y cerradas.
DURACIÓN APROXIMADA	10 minutos (Sin límite).
MATERIAL	Guion de preguntas, grabadora, bolígrafo.
ANÁLISIS DE DATOS	Análisis de contenido.

Tabla 6.3.f. Ficha técnica de la entrevista a familias. Fuente: Elaboración propia

Además de estos instrumentos utilizados, tuve acceso a las historias clínicas de los pacientes y me era posible asistir a las visitas y a las sesiones diarias médicas cuando lo creyera oportuno.

Debido a que durante toda la investigación la interdisciplinariedad era manifiesta puesto que se entrelazaban disciplinas como la antropología, la psicología, la medicina o la educación en tanto que la enfermedad, como protagonista, se entrelazaba con el miedo, el duelo, la cultura o la formación, fue necesario ampliar las redes de recursos bibliográficos en las distintas disciplinas. Para ello, además de la excepcional biblioteca que en estos 5 años he ido creando en mi buhardilla de estudio, he contado con recursos

tales como Teseo, Dialnet, Pubmed, Scielo, google académico, TDR (tesis doctorales en red españolas, europeas y mundiales) y otras webs de recursos de acceso gratuito en ocasiones y previo pago las más, y bibliotecas como la de la Universidad de Murcia y la de Almería.

6.1.3. ESCENARIOS DE INVESTIGACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES.

ETAPA HOSPITALARIA

Esta etapa de la investigación hospitalaria se centró tanto en la elección del centro hospitalario como en la selección de los informantes.

Comenzar a realizar el trabajo de campo en un centro hospitalario supone un reto metodológico en la investigación antropológica ya que presenta unas condiciones especiales tanto comportamental como relacionalmente. A la dificultad de que la investigación se valore desde su aspecto metodológico más que el divulgativo que el propio tema puede sugerir, hay que sumar el hecho de que hay ciertas demandas éticas e investigadoras de los comités que hay que superar y que, lejos de parecerme inadecuado creo que avalan la calidad de la investigación al cumplir con los requisitos que se demandan desde los mismos.

El hospital donde realicé el trabajo de campo es el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre julio de 2013 y diciembre de 2015. Los datos generales del centro son²⁹ los siguientes:

Se encuentra en la Avda. Intendente Jorge Palacios, 1, 30003, Murcia. Pertenece al área de salud de referencia VII (Murcia/Este) y sus zonas de salud de referencia son: Beniel, Llano de Brujas, Murcia-El Carmen, Murcia-Alquerías, Murcia-Beniaján, Murcia-Infante, Murcia-Montegudo, Murcia-Puente Tocinos, Murcia-Vistabella, Santomera.

La población atendida de este hospital es de 202.000 personas.

Sus recursos estructurales son:

Quirófanos instalados: 12; Locales de consulta: 75; Puestos hospital de día médico: 10; Puestos hospital de día quirúrgico: 21; Puestos sala hemodiálisis: 31

²⁹ Extraído de <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7664&idsec=944>

Servicio	Número de camas
Alergología	1
Cardiología	22
Cirugía	46
Dermatología	1
Digestivo	8
Endocrinología	2
Ginecología	11
Infecciosos	12
Maxilofacial	1
Medicina interna	70
Nefrología	10
Neumología	14
Neurología	19
Psiquiatría	30
Oftalmología	2
Otorrinolaringología	6
Reumatología	2
Traumatología	26
Unidad de Corta Estancia	16
Unidad de Cuidados Intensivos	12
Unidad de Desintoxicación Hospitalaria	4
Urología	15
Total de camas	330

Tabla 6.4. Servicios y número de camas del Hospital Reina Sofía de Murcia. Fuente: Internet.



Foto 1: Vista frontal del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Fuente: Internet



Foto 2: Vista aérea del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Fuente: Internet.



Foto 3: Mapa áreas de salud Región de Murcia. Fuente: Internet



Foto 4: UCI. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Fuente: Internet.

He de decir que el hospital donde realicé el trabajo de campo fue el segundo al que me dirigí con esa intención. El primero consideró *“que la realización de este trabajo en el medio hospitalario, es inviable, fundamentalmente por la dificultad de encontrar pacientes con estas características y por considerar que es poco apropiado entrevistar a los familiares o a los pacientes que están en los momentos finales de su vida”*.

En el segundo hospital al que me dirigí, me informaron en todo momento de los pasos a seguir. El CEIC, me comunicó que, aunque las modificaciones que me habían pedido hacer tras las reuniones mensuales previas eran correctas y se ajustaban a lo que me pidieron, no veían claro que fuese ese comité quién tuviera que evaluar este proyecto pues los proyectos eminentemente cualitativos no eran de su competencia, con lo que me remitieron al comité de investigación y al comité ético asistencial. Tras las reuniones y las correcciones pertinentes, y las autorizaciones de los jefes de servicio de UCI y medicina interna, así como la Unidad de Paliativos, me fue otorgado, desde la dirección médica del hospital, tras los dictámenes favorables de los Comités de Investigación y ético asistencial, la autorización para llevar a cabo el estudio (Anexo 6). Desde el intento en el primer hospital hasta la obtención de la autorización en el HGURS pasaron 7 meses, así que el día 1 de Julio de 2013 comenzó mi andadura antropológica en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Los pacientes que incluimos en el estudio eran aquellos que estaban en un estadio muy comprometido para su supervivencia, con diagnóstico de terminalidad, o esperanza de vida inferior a 6 meses, y aquellos que habían superado una situación vital muy complicada para la supervivencia y pudieran haber experimentado una EMT.

Muchos de ellos tenían un alto nivel de sedación lo que dificultó mantener una entrevista en esos momentos en la Unidad de Cuidados intensivos que se postergaba hasta que el paciente estuviera en condiciones de mantener una conversación. En cuanto a los pacientes de cuidados paliativos lo que buscaba encontrar eran esos últimos diálogos o expresiones, así que, si bien estos pacientes en muchos momentos no podían ser entrevistados, sí lo pudieron ser las familias, que fueron de gran ayuda en la investigación tanto como los pacientes que no presentaban deterioro cognitivo.

En este caso, cuando en la familia había más de un cuidador principal, se seleccionaba a aquel o aquellos de grado más cercano y al personal sanitario, sobre todo

aquellos que estaban más en contacto con los enfermos y pueden dar información más detallada.

La mayor parte de la información fue recogida en la Unidad de Cuidados intensivos, ya que, en el Hospital Reina Sofía, la Unidad de Cuidados paliativos escasamente estaba formada por una enfermera y en los últimos 6 meses del trabajo de campo se amplió el personal en dos facultativas más que compaginaban su trabajo en UCI y Medicina Interna respectivamente con Paliativos. Esta medida de ampliación, aunque aún escasa, creo que fue un gran acierto, sin embargo, la atención psicológica al enfermo y al acompañante, actuación necesaria ya que ayuda a mitigar el sufrimiento, en el momento de escribir esta tesis está sin cubrir. Es por esta falta de personal en la unidad, que, aunque se dio información a los supervisores de todas las plantas (4ªD, 4ªI, 5ªD, 5ªI, 6ªD, 6ªI, 7ªD, 7ªI)³⁰ sobre el estudio, tanto en entrevistas personales como por escrito para que el personal de enfermería y auxiliar pudiera contactar conmigo en el caso de que detectaran una EMT o una EFV, sólo en escasas ocasiones se me informó de ello, ni en las rondas semanales ni al teléfono proporcionado.

La unidad de cuidados intensivos es un escenario privativo donde el paciente sobrevive en un contexto de total vulnerabilidad donde no sólo su vida es la que pende de un hilo, sino también su estabilidad psicológica. El paciente se encuentra solo ante un grupo de desconocidos que tratan de salvarle la vida pero que, en ocasiones, poco se preocupan por salvar su dimensión emocional. En su tesis, Zomeño (2015) señala la necesidad de una adecuada formación pre y postgraduada de los profesionales de la enfermería. He conocido muy bien al personal de este servicio y dadas las circunstancias puedo afirmar que no pueden hacer mejor su trabajo, pero como una vez me dijo un intensivista: *“a mi jamás se me hubiera ocurrido preguntar a mis pacientes si están bien, o si necesitan algo, sin referirme a su aspecto biomédico”*.

El ser humano es desprovisto de todo cuanto posee, incluso su salud, que es lo que le ha llevado hasta allí y se encuentra desnudo, solo, frágil, rodeado de cables y máquinas que pitan, con un reloj en la pared que les marca y les remarca la lentitud del tiempo y un techo cuyas manchas ya han formado todas las pareidolias que sus cerebros han podido crear. Perfectos desconocidos les asean, dejando su intimidad a merced de

³⁰ D= Derecha; I= Izquierda.

ojos sin apego, mientras en ocasiones escuchan relatos de cosas que no entienden, ni les interesa; se sienten un objeto de trabajo. El paciente necesita una sonrisa cómplice, una palabra cariñosa, un gesto de empatía, no escuchar mientras se les asea lo que esos extraños han hecho o van a hacer durante el fin de semana, mientras asume con tristeza que él/ella va a seguir en el mismo sitio, mirando el mismo reloj y creando imágenes en las manchas del techo, y si tiene suerte, le otorgarán el gran premio del traslado a la planta, un lugar que se ansía como si fuera el mejor lugar del mundo, por lo que representa: la mejoría y la compañía. A todo esto, hay que sumar, que en ocasiones el paciente no procesa de forma totalmente adecuada la información que se le facilita acerca de su estado y esto puede llegar a crear cierto estado de malestar, angustia, estrés que, en otras circunstancias no existiría. En varias ocasiones ha habido pacientes que me han preguntado qué era el cateterismo que le iban a practicar, pues sabían que tenían programado uno, pero no conocían el riesgo, la duración o la praxis del mismo. Una aclaración precisa y ajustada al estado del paciente calmaría la ansiedad que en ocasiones he podido ver en los boxes. A pesar de estas circunstancias descritas considero que el personal de la uci actúa con la mayor profesionalidad.

Desde esta perspectiva, cuando una persona se acerca al enfermo, les mira a los ojos y se interesa por su estado y no sólo del físico, es recibido con gratitud y les hace más llevadero el tiempo que pasan solos hasta el horario de visitas, dos al día, a las 13.00h y a las 20:00h, de no más de una hora de duración; en una ocasión un paciente me dio las gracias (todos lo hacen) por haberle visitado en el box, llorando me agradecía la visita y decía que le emocionaba que personas desconocidas y educadas se interesaran por él y por cómo se encontraban. Puedo decir que les reconforta sentir que otras personas, aunque sea su trabajo, se interesen por su bienestar. Muchos de ellos me pidieron que les visitara cuando les dieran el alta de UCI a la planta.

En estas circunstancias, cuando me presentaba a los pacientes y estos me contaban alguna de sus ECMs, estaban totalmente desprovistos de ego, con una experiencia reciente que apenas han podido procesar y con poca probabilidad de ser resultado de su imaginación o de su creatividad.

El personal de la UCI, tras comentar con cada uno de los que formaban el equipo, facultativos, enfermeros y auxiliares el trabajo a investigar, la mayor parte de ellos fueron muy colaborativos y me informaban de los pacientes que eran más susceptibles

de haber tenido una ECM. En algunos casos me pedían que hablara con alguno de ellos (aunque todos los enfermos conscientes mantenían una primera entrevista conmigo para detectar posible ECM), ya que había quien presentaba graves síntomas de depresión, angustia e incluso en un caso detecté ideas de suicidio lo que transmití al jefe de servicio y se solicitó una interconsulta a psiquiatría para que valoraran al paciente. Son muchos los casos con los que pude encontrarme que fortalecían la necesidad de un equipo multidisciplinar en este servicio y que comentaré en apartados posteriores.

La implicación del personal era tal que en algunos casos me contaban lo que a título personal habían vivido ellos mismos o algún familiar en relación a las ECM. Me quedó muy claro que el tema, en el personal sanitario era de interés, pues muchos de ellos pudieron entender algunas situaciones vividas en el transcurso de su vida laboral. Es más, entendí que hacían esfuerzos en conocer más sobre las vivencias de sus pacientes cuando una mañana, mientras caminaba por el pasillo me chistó una paciente haciéndome gestos con la mano para que entrara al box y me preguntó: “¿Tú eres la chica que pregunta por cosas raras?, pues es que tengo una historia personal que contarte”. No supe quién de los “compañeros” le había hablado de mí pues era lunes y esta paciente entró durante el fin de semana, pero era obvio que se comenzaban a interesar por el tema con sus pacientes y, además, su testimonio fue muy interesante. Alguien me informó que, como todo el personal de UCI, ya tenía un mote “la psicóloga de cuarto milenio”, esto significaba que ya era parte del equipo, en ocasiones me recordaba a Nigel Barley en *El antropólogo inocente (1989)*.

Durante los dos años y medio que duró el trabajo de campo acudía al hospital de lunes a viernes por la mañana. Al principio acudía a partir de las 9 de la mañana tras los relevos y comenzaba en la reunión matutina de facultativos, pero después vi que era más productivo empezar algo más tarde, puesto hasta las 10 a.m. más o menos no se terminaban los aseos y hasta que los aseos estuvieran hechos y los desayunos estaban servidos no era funcional entrar en los boxes ya que los pacientes no iban a estar solos mucho tiempo como para lograr hacer las entrevistas adecuadamente.

Durante el tiempo que pasaba con los pacientes, podía ser interrumpida por diversas causas perfectamente comprensibles, no en vano se encontraban en la unidad de cuidados intensivos, y era raro cuando no pitaba un monitor o tuvieran que dispensarle la medicación o ser informados de su evolución por el médico asignado, pero

era cuestión de segundos o minutos y no cambiaba la disposición del paciente a comunicar su experiencia.

En este tiempo, entrevisté a todos los pacientes ingresados en cuidados intensivos a los que tuve acceso, independientemente de lo cerca que habían estado de la muerte, por tres razones, para comprobar qué dolencias o enfermedades se asociaban a las ECM, también determinar hasta qué punto las ECM eran comunes y garantizar que no perdería ninguna ECM porque no me fueran contadas voluntariamente.

No todos los pacientes que pasaron por la UCI pudieron ser entrevistados, ya que en algunas ocasiones coincidía el ingreso y el alta durante el fin de semana o día festivo y no llegaba a conocerles, o entraban en situación crítica y no sobrevivían, otros eran pacientes de psiquiatría, y otros no se encontraban en condiciones de mantener una entrevista ya que el estado de deterioro o confusión no les hacía aptos para el estudio, así que, aunque en realidad fueron bastante más, el total de pacientes entrevistados a pie de cama fue de 170, un 14% del total de ingresos. De ellos experimentaron algún tipo de experiencia antes o durante del ingreso 19 pacientes. Los 10 que sí recordaban algo durante su estado de inconsciencia accedieron al cuestionario semiestructurado y los que pudieron, a la escala de Greyson, ya que las características de la misma no eran adecuadas para todos los pacientes, especialmente los mayores.

En relación a cuidados paliativos (CCPP), en conversaciones con el personal de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), todos comentaban que en casi la totalidad de los pacientes que atendían decían ver en los días previos a sus familiares y amigos, en concreto una de las enfermeras dijo: “ah, sí, eso lo ven todos”. De modo que me parecía muy interesante obtener información de los equipos de Cuidados Paliativos. El problema fue como ya he indicado, que en el hospital donde desarrollaba el trabajo de campo, el equipo de CCPP lo formaba sólo la enfermera que era quien, si había algún paciente que ella detectara que comenzaba ese proceso indicado hablaría con la familia y si estaban de acuerdo me ponía en contacto. Esto ocurrió en pocas ocasiones dado que estos pacientes eran trasladados a su domicilio y allí eran atendidos por el ESAD. Otra posibilidad era acompañar al ESAD en sus visitas domiciliarias, pero mi autorización sólo se circunscribía al hospital y no tenía seguro para acompañarles en los desplazamientos. Con lo que resolvimos que cuando los equipos detectaran VLM

hablarían con la familia y de estar de acuerdo me personaría en sus domicilios para hablar con ellos. Sólo recibí una llamada de uno de los médicos (30/07/2013), los demás nunca me llamaron y no porque la familia no lo autorizara. En definitiva, tuve que valerme con los testimonios que pude recoger en el hospital y los que me contaban por otras vías tales como conversaciones personales o email.

ETAPA NO HOSPITALARIA

Otra forma de recoger testimonios fue a través de los contactos personales. Es decir, de las personas que yo conocía y que habían tenido una ECM o había acompañado a un familiar en su lecho de muerte. En otras ocasiones eran amigos de conocidos y se ponían en contacto conmigo para contarme su historia; otras veces estas personas vivían cerca, sabían del estudio y querían conocerme para contarme su historia y que yo les dijera si era o no una ECM y otros casos eran personas que conocía en el hospital (acompañantes, personal médico o de enfermería) y que ellas mismas habían experimentado una situación difícil de explicar. En estos casos, el contacto era directo, y se administraba los mismos cuestionarios que a los pacientes ingresados.

Paralelamente al trabajo de campo hospitalario quise llevar una recogida de datos al estilo de la NDERF³¹, a través de una página web que ya se había construido en febrero de 2012 para el TFM. El grupo superó los 14.200 miembros, llegando a convertirse en el grupo de Facebook dedicado a las ECMs más numeroso a nivel mundial. Aún hoy sigue activo y los miembros que quieren comparten sus experiencias, otros leen y otros muchos preguntan o cuelgan post y videos sobre el tema. El grupo ha dado pie a que muchas personas conozcan el desarrollo de este estudio y varios medios de comunicación se hayan puesto en contacto conmigo para entrevistarme o invitarme a participar en congresos.

En el post inicial marcado de forma permanente se informa de por qué se creó el grupo, la libre elección de participar en el estudio de los miembros que pertenecen al mismo y la forma de hacerlo. Como es lógico en un grupo tan numeroso hay quien

³¹ La NDERF es el mayor sitio web de ECM en el mundo, con más de 4000 Experiencias en más de 23 idiomas, <http://www.nderf.org/index.htm>.

confunde los temas y tras varias intervenciones dejando claras las intenciones del grupo el tema queda centrado en las ECMs. Los propios miembros decidieron a través de consulta abierta durante varios días sobre la privacidad del grupo, y la mayoría optó por que el grupo fuera cerrado ya que sólo así se atreverían a contar sus experiencias, puesto que sólo los miembros del grupo podrían tener acceso a ellas. Otros optaban por enviarme a mí sus testimonios para que yo anónimamente las colgara y así nadie temía por la revelación de su identidad. Esta página se ha convertido en un referente de apoyo a las personas que quieren conocer y leer sobre las ECMs por curiosidad o por necesidad de entender.

Aunque esta forma de obtención de datos no permite extraer frecuencia de testimonios con cierto rigor ya que no se realizan procesos de entrevistas personales ni se pueden tener en cuenta otros datos además del propio testimonio como los informes médicos o no se delimita adecuadamente un ámbito de recolección de donde se estudia la totalidad del ámbito, la totalidad de potenciales experimentadores, sí que se establece sobre la cantidad de participantes del estudio con los que he contactado de manera fortuita.

Todas las personas que contestaron los cuestionarios mantuvieron una conversación previa conmigo que en la mayoría de los casos me parecieron bastante coherentes. Las que no fueron así, porque mostraban evidentes signos de alteración o desorden psicológico o simplemente no eran ECM, aunque los hechos que presentaban se relacionaran con la muerte, no llegaron a recibir los cuestionarios.

Los cuestionarios solían enviarse a través del correo electrónico que se habilitó para ese fin y los que tenían problemas para recibir emails lo solicitaban a través del Messenger de Facebook y los enviaban a través de la misma vía.

6.1.4. ÉTICA DEL ESTUDIO

Como he mencionado en el apartado 6.1.1, el estudio fue aprobado por los correspondientes comités de investigación y ética asistencial. Ello entrañaba que todo estaba bajo el amparo de un marco de acción ético y que respetaba los derechos fundamentales del paciente y de los informadores, tales como la privacidad de la identidad, el derecho de revocación de participación en el estudio y la confidencialidad

de datos. Además, respeto al paciente y a los familiares y creo que todo acercamiento por mi parte a ellos fue con humildad y consideración, ya que me vi a la vez dentro y fuera de la bata blanca, por lo que empatizaba con ellos y entendía el proceso por el que podían estar pasando, respetando así los tiempos y espacios.

CAPITULO 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

“El temor a la muerte ha provocado más sufrimiento que todas las enfermedades físicas combinadas. Las ECM son una cura para el sufrimiento porque sugieren que la conciencia trasciende el cerebro y el cuerpo moribundo. Quienes han experimentado una ECM lo aprenden durante su vivencia, y regresan con la permanente ausencia del miedo a la muerte y la certeza de la inmortalidad.”

Larry Dossey



Ilustración 12: Rings of Glowing Souls. Gustave Doré. 1868

Organizar los datos para un posterior análisis de los mismos fue una ardua y laboriosa labor que duró los dos años (a pie de cama) y medio (recogiendo datos a nivel descriptivo de los pacientes) del trabajo de campo. La información obtenida y anotada tanto en el cuaderno de campo como en las entrevistas y los archivos de audio y video, eran trasladadas y codificadas en la base de datos. Lo mismo ocurrió con los datos obtenidos a través del correo electrónico, alojándolos en carpetas diferentes. Algunos de los archivos que provenían de entrevistas a expertos tenía que traducirlas si el entrevistado no hablaba español. Todo esto ocurría a la vez que iba actualizando las referencias bibliográficas que iban apareciendo durante estos cinco años de investigación. Durante ese tiempo, además compaginaba esta investigación que me llevaba todas las mañanas con mi trabajo en la consulta y la desoladora etapa que me tocó vivir con la aparición y fatal desenlace de la enfermedad de mi madre.

Se usó como software de análisis cualitativo el OneNote de Office ya que no fue posible conseguir el programa Atlas-ti que en un principio barajé como primera opción y no estaba familiarizada con los demás softwares libres, hacerlo implicaba una inversión de tiempo que no era factible en mi situación. Para el análisis cuantitativo, el programa usado fue el software de analítica estadística SPSS-19.0.

Los datos se agruparon en:

- ECMs en UCI en las circunstancias que originaron el ingreso.
- ECMs en pacientes del hospital retrospectivas (tanto de UCI como de otros servicios).
- ECMs extrahospitalarias (entrevistas realizadas tanto al personal laboral del hospital que en algún momento de sus vidas la experimentaron como de fuera del hospital).
- VLM en plantas con pacientes derivados a Cuidados Paliativos.
- VLM extrahospitalarias (entrevistas realizadas tanto al personal del hospital como de fuera del hospital).
- ECMs obtenidas a través del correo electrónico.
- VLM obtenidas a través del correo electrónico.

7.1. DATOS ECM EN HOSPITAL

Como ya se ha apuntado, la información recogida en el hospital se clasificaba en las dos diferentes unidades de estudio, las experiencias de muerte temporal, fundamentalmente en la UCI y las visiones en el lecho de muerte a través de cuidados paliativos.

En total, de los 1.134 pacientes que ingresaron en la UCI durante los dos años y medio de trabajo de campo, pude entrevistar a ciento setenta personas de los cuales 104 son hombres y 66 son mujeres (ver tablas 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4).

2013	HOMBRES	MUJERES
JULIO	16	22
AGOSTO	24	16
SEPTIEMBRE	26	20
OCTUBRE	30	10
NOVIEMBRE	21	24
DICIEMBRE	36	14
TOTAL	153	106

Tabla 7.1.1. Prevalencia de Ingresos Jul-Dic 2013

2014	HOMBRES	MUJERES
ENERO	28	15
FEBRERO	38	20
MARZO	32	17
ABRIL	31	16
MAYO	21	11
JUNIO	31	17
TOTAL	181	96³²

Tabla 7.1.2. Prevalencia de Ingresos Ene-Jun 2014

³² Los resultados de este semestre, han sido extrapolados del total de ingresos mensuales, siendo hombres el 65%, y mujeres 35% en el año.

LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.

2014	HOMBRES	MUJERES	2015	HOMBRES	MUJERES
JULIO	27	17	ENERO	42	21
AGOSTO	26	13	FEBRERO	29	17
SEPTIEMBRE	46	8	MARZO	39	16
OCTUBRE	27	21	ABRIL	23	19
NOVIEMBRE	35	28	MAYO	28	14
DICIEMBRE	34	19	JUNIO	35	14
TOTAL	195	106	TOTAL	196	101

Tabla 7.1.3. Prevalencia de Ingresos Jul- Dic 2014

Tabla 7.1.4. Prevalencia de Ingresos Ene- Jun 2015

Testimonios prospectivos

PACIENTE Nº	SEXO	EDAD	CAUSA	TIPO DE ECM	CONOC. PREVIOS
4	MUJER	48	PROB. CORONARIO	POSITIVA	SI
10	MUJER	73	OPERACIÓN	SIN CALIFICAR	NO
17	MUJER	67	OPERACIÓN	POSITIVA	ALGUNO
18	HOMBRE	20	INTOXICACIÓN	ANGUSTIOSA	NO
28	MUJER	63	PROB. CORONARIO	POSITIVA	SI
58	MUJER	67	INSUF.RESPIRATORIA	POSITIVA	NO
71	MUJER	67	OPERACIÓN/COMA	SIN CALIFICAR	SI
146	HOMBRE	44	PROB. CORONARIO	POSITIVA	ALGUNO
152	MUJER	67	PROB. CORONARIO	POSITIVA	ALGUNO
186	HOMBRE	46	INSF. RESPIRATORIA	INFERNAL	SI

Tabla 7.1.5. Características de los pacientes de UCI que reportan ECM en las circunstancias del ingreso.

Antes de examinar la información proporcionada por los informantes es necesario aclarar que ninguno de los testimonios fue reportado espontáneamente, por lo que creo importante que el abordaje de detección de las EMT debe hacerse conscientemente y con la finalidad de dar el apoyo necesario al paciente. Dicho lo anterior, se comenzará a considerar la información descriptiva y de contenido tanto de los informantes como de los datos recopilados.

Del total de personas entrevistadas, diez (5,88%) reportaban elementos de las ECMs debido a la causa del ingreso, seis eran mujeres y tres hombres. De los diez casos encontrados, seis eran experiencias positivas, dos están sin calificar por la brevedad del testimonio y dos negativas, que podrían catalogarse como angustiosa (18) e infernal³³ (186) respectivamente³⁴ y fueron reportadas por hombres, Véase Tabla 7.1.5.

El testimonio 186 reportaba dos escenas muy particulares en su experiencia que llaman la atención tanto por lo simbólica que es una de ellas como por lo aterrador de las escenas de la otra, como se puede leer en el extracto de la misma:

“(...) E: ¿Tuviste alguna experiencia diferente que conectara con lo más profundo, con lo más personal de ti?

P: Lo que tuve fueron como dos pesadillas, dentro de la misma percepción que yo tenía era como estar despierto, o sea, era como estar en un estado de vigilia, era como estar despierto, pero luego hubo como dos sueños dentro de esa percepción en los que yo me quedaba durmiendo y esos sueños fueron las pesadillas más desagradables que yo he tenido en mi vida y realmente era como una lucha realmente para sobrevivir. Uno de ellos era eso, era como una competición que hacía, una especie de juego, una competición en la que tú competías con otra persona y era a vida o muerte y competías con un vehículo, no sé si un coche o una moto, pero era una competición y encima el que perdía moría. Entonces era una situación súper...

E: Un poco como si la enfermedad y tú os retarais a ver quién ganaba.

P: Yo hago un paralelismo así, pero claro, puede ser una interpretación y luego claro por los libros que he leído después de la gente que ha tenido experiencias un poco similares, ellos han tenido una situación similar de eso, en un momento muy crítico, de estar luchando por sobrevivir y era al final una competición a vida o muerte y en el fondo se podría interpretar así. Y lo peor de todo es que no sabías qué es lo que tenías que hacer para sobrevivir, con lo cual eso, era lo que más angustia me provocaba.

E: ¿Los dos sueños iban sobre lo mismo?

P: No, el otro sueño era un sueño supuestamente erótico, pero que de erótico no tenía nada porque era un erotismo violento, tú eras una parte pasiva y veías a otros que tenían sexo, pero un sexo sangriento, casi de morirte, o sea, quiero decir, yo no lo llamaría erótico y realmente era más angustioso que el otro de la competición. Yo estaba ahí y desde luego excitación sexual o algo placentero... para mí lo contrario a lo que entiendo por sexo. O sea, era como una pesadilla

³³ Véase apartado 4.1.5.

³⁴ Para hacer una idea de conjunto véanse los testimonios completos en los anexos correspondientes.

y era como otras personas que estaban ahí entrelazadas unas con otras, supuestamente con relaciones sexuales pero sangrientas y prácticamente se estaban matando, eso sí que no puedo hacer una interpretación porque no sé lo que es, me parece una cosa muy rara”.

Tanto al principio de su experiencia (hasta el momento en que es intubado), como al final del relato, el paciente informa de la inclusión de elementos de la vida cotidiana como de la confusión que comenzó a producirse cuando empezaba a salir del estado en el que se encontraba. En estos momentos el paciente pudo construirse un modelo mental a partir de la estimulación y la visión residual a medida que recuperaba la conciencia, es por eso que el momento intermedio es lo que resulta más interesante, pues era cuando se encontraba en el estado de suma inconsciencia y es cuando aparecen los relatos anteriores que él califica como “sueños” dentro del estado de inconsciencia.

El otro caso angustioso (18) es ingresado en UCI procedente de urgencias donde acudió por intoxicación por organofosforados relata lo siguiente:

“P: Llegué al hospital con una reacción en los ojos por el producto que estuvimos fumigando y entonces me lavaron los ojos y a ponerme una medicación, que era fuerte, entonces me iban a hacer un electro y después de hacerme el electro se pusieron a pincharme una vía y me dio un dolor muy fuerte en el estómago y perdí la consciencia, y recuerdo ya “como al final del sueño” que estaba como ahogándome como en el fondo del mar o como en un ataúd, algo así, como si estuviera atrapado. La sensación era como que estaba llamando, gritando, pero no me oían, como si estuviera mudo.

E: ¿No te oías tú?

P: No, no me oía yo.

E: ¿Intentabas comunicarte con alguien?

P: claro, yo estaba como diciendo: ahhh (moviendo las manos), pero yo no me oía.

E: ¿Y tampoco veías a nadie?

P: No, todo negro. Hasta que poco a poco fui volviendo en mí (...).

E: ¿Y la sensación que tenías cuando estabas en ese momento cómo era?

P: De ahogarte, como estar en el fondo del mar y no poder salir, o estar bajo tierra, una cosa así.

E: La sensación entonces ¿Era de miedo?

P: Sí, de pánico más bien”.

Las causas que provocaron el estado de salud que les llevó a experimentar estas experiencias fueron: Operación (3), Insuficiencia respiratoria (2), Intoxicación (1), Problemas coronarios (4), y la mitad de ellos tenían conocimientos previos, en la mayor parte difusos, de las ECMs como puede verse en la tabla 7.1.5.

El elemento más común en la ECM era encontrarse en un lugar, plano o dimensión no terrenal; ocurrió en siete de los diez casos. Otros elementos frecuentes

fueron la sensación de paz y tranquilidad, la visión de la luz y encontrarse con otros seres. Curiosamente, ninguno de ellos tuvo una revisión vital o la experiencia extracorporal.

Como quedará manifiesto, las personas cuyo testimonio se recoge en los días que suceden a la experiencia son mucho más inefables que los retrospectivos, donde ya el informante ha podido elaborar una visión clara de lo que le aconteció. En esta inefabilidad reside la relevancia de los testimonios, sin menosprecio de aquellos que relatan la historia semanas, meses o años después de haberlas experimentado.

La paciente 4 tuvo seis paros cardíacos (síncopes) mientras le ponían un marcapasos. La paciente controlaba ambos estados pues era consciente de que accedía a otro plano y también lo era cuando volvía al de vigilia, pues tenía como referencia los dibujos de la pared. Ella misma decía que como estaban a su lado recuperándola en cada síncope, no podía estar mucho tiempo en esos lugares a los que accedía mientras perdía la consciencia. Obtuvo una puntuación de 7 en la Escala de Greyson. Su testimonio narra el encuentro con otros seres o personas que no conocía, estar en otros lugares y una sensación de paz y tranquilidad³⁵:

E: Cuando dices que querías volver ¿qué creías que te estaba pasando?

P: Pues no sé qué decirte, es como cuando estás durmiendo y no quieres dormir y dices tú no me quiero dormir, no me tengo que dormir, y estas luchando entre que tienes que ... Quiero estar despierta, pero al mismo tiempo me está dando ese sueño, ese bajón, no sé, cosas así. (...) yo es como si me trasladara a otro sitio, en ese sitio estoy a gusto, pero luego vuelvo.

E: ¿Es un sitio que siempre conoces o algunas veces no conoces el lugar donde estás?

P: Pues no lo sé, bueno, por ejemplo, cuando te he dicho que estaba en la playa... yo veía agua, agua tranquila (...) yo veía agua y estaba ahí a gusto. (...). No, es como un sueño, es el ir y el volver y mientras voy yendo veo alguna cosa, entonces como te he dicho veo agua o yo asemejo que es un parque porque a lo mejor veo un columpio, pero no veo el parque entero.

E: ¿Ves entonces escenas?

P: Escenas sí, entonces supongo que yo he estado en ese momento, he ido en ese momento, entonces, entonces mientras yo estoy así, inconsciente, mi mente está allí, y ya cuando vuelvo, pues ya... yo no puedo decir, mira pues he visto a fulanico o he visto a menganico, pue no. (...) Yo me encontraba tranquila, no con miedo ni nada, no tenía sufrimiento (...), yo decía cuando volvía: ¿dónde estoy? Porque yo me había visto en otro sitio.

E: ¿Tenías la sensación de que tus sentidos estaban vívidos, que sabías donde estabas y que era real?

P: Sí, yo he visto agua, he visto un columpio, eso sí, real, sino te diría he visto una cosa difuminada (...) era una cosa (...) que yo en ese momento estoy viendo que está enfrente (...) igual que cuando me dio el síncope cuando me estaban haciendo los electros y cuando volvía... recuerdo que había dos cuadros y entonces miraba y los veía y: "ya sé dónde estoy", cuando volvía en mí no sabía si

³⁵ Para más detalle véase testimonio completo en Anexo 2.

estaba en planta o donde estaba, entonces cuando me daba y cuando volvía miraba y decía: "ah, estoy aquí donde los electros", porque veía los dos cuadros. Entonces era consciente en ese momento porque si veía los dos cuadros era porque estoy haciéndome la prueba. Sí, era real pero no me daba tiempo a más, sí como si estuviera allí. (...)"

Sin embargo, la paciente 10 ingresa en UCI tras operación, es más escueta en su testimonio, debido a su debilidad, apenas puede definirlo, dice haber visto algo raro que no sabe explicar; estar en otro lugar con personas que no conocía y hablaba con ellos. Sólo recojo breves comentarios pues decidí parar la entrevista.

E: Durante ese tiempo, ¿la sensación era de estar tranquila o agitada?

P: No sé, rara. No sé dónde estaba. Ha sido un proceso que no se explicarlo.

E: ¿Y era como si estuvieras en otro sitio?

P: Exactamente.

E: ¿Veía gente durante ese tiempo de inconsciencia?

P: Claro, sí".

La paciente 17, llega a UCI por postoperatorio, puntúa 8 en la escala de Greyson. Relataba haber vivido varios de los elementos más comunes: La sensación de paz, escuchar sonidos, ver una luz, encuentro con otros seres, visita a otro lugar, como se puede leer en el siguiente extracto:

E: (...) decías que tenías la sensación de que te ibas a un lugar que tú reconocías como el cielo, ¿es así?

P: Sí claro porque estaba todo blanco, y no veía nada salvo todo blanco, y además hasta las personas iban de blanco.

E: ¿Cuántas personas había más o menos?

P: Pues yo, yo, me parece que vi ocho o nueve, pero no las conté, solamente pregunté a dos personas quienes eran.

E: ¿Los reconocías como hombres y mujeres?

P: Sí, sí, todos iban vestidos de mujeres con batas blancas.

E: Estas personas que veías ¿reflejaban luminosidad?

P: Iban de blanco, pero no reflejaban luminosidad.

E: Y ¿Quiénes creías que eran, otras personas, ángeles...?

P: No los vi como ángeles, yo los veía personas como yo. Yo les preguntaba quiénes eran, ¿qué haces aquí?

E: Y era al aire libre, ¿Pero dices que había pasillos?

P: Yo no sé si eran calles o lo que sea, yo... paredes no había, era todo, todo blanco, yo me pensaba que estaba en el cielo la verdad, porque además me imagino yo que allí no hay paredes.

E: Tu sensación cuando estabas allí era...

P: de Felicidad, no sé, de alegría, de satisfacción, todo, todo, todo bueno.

E: ¿Escuchaste sonidos?

P: Sonidos no escuché, solamente oía cuando me hablaban y me contestaban a lo que yo preguntaba, entonces es cuando yo oía, pero no se oía, no se oía los pasos, no se oía nada.

(...)

E: En el proceso en el que ibas a ese lugar ¿veías tu cuerpo?

P: sí yo me lo veía porque pensaba... yo pensaba.

E: ¿qué pensabas?

P: Pues nada, que estaba en el cielo.

E: ¿Te veías como ahora, las manos, pero no la cara...?

P: Yo no me veía nada porque como no tenía espejo, no me veía nada.

E: ¿Tuviste la sensación de pasar por un túnel?

P: No tuve sensación de eso.

E: ¿Y de ver una luz?

P: sí, al fondo de aquel camino, había una luz como dorada o blanca... yo creo que era blanca la luz. Es que... no sabía yo que me iban a preguntar esas cosas... jejeje, no puse yo mucha atención. (...)"

La paciente 28 llega a UCI por Síndrome coronario agudo, interpreta el paso por túnel como el momento en el que se "estaba muriendo", relata lo siguiente:

"P: Estaba en mi casa y vino a verme A, y cuando se iba le dije: "llama que venga alguien que yo estoy muy mala" (...) me encontré muy mal, devolviendo, por debajo... yo ya perdí los papeles y vi una cosa, una cosa muy honda muy honda y muy negra, muy negra (...) no tenía fin y muy negro, negro...

E: ¿cómo si fuera un túnel?

P: Sí.

E: ¿Y algo más, figuras humanas, sonidos?

P: No, es lo único que he visto.

E: ¿Y cómo recuperó el conocimiento?

P: Pues nada empezaron a: "venga L, venga", dándome porrazos, me reanimaron, me llevaron enseguida a la uci (...) pero me quedé muerta, si no me reanima... (...)

E: Y cuando veía esa oscuridad...

P: Es cuando yo me iba, me iba.

E: ¿Y ahí tampoco escuchaba nada, ni la gente que estaba a su lado y le llamaba?

P: No, yo ya vi el túnel, y luego ya la gente hablando venga trae esto... (...)

E: ¿qué piensa que podía ser aquello?

P: para mí es que me estaba muriendo, era el final de mi vida.

E: ¿Y qué sensación tenía, ¿cómo se encontraba?

P: Pues nada, yo con los ojos cerrados, y el túnel y el túnel y que me iba me iba y ya me fui.

E: Y mientras estaba en el túnel ¿qué sentía miedo, tranquilidad...?

P: No, miedo no, yo conforme me iba apagando y eso, iba corriendo, porque eso era una cosa, muy ligero muy ligero, y yo poco a poco me moría, que me morí, me quedé muerta, si no es porque me reaniman... y cuando me reanimaron, eso a mí no se me olvida, el túnel, eso no se me olvida nunca.

E: ¿y dice que iba muy rápido?

P: Sí.

E: ¿Se movía el túnel o se movía usted?

P: No eso yo, mi vista..., muy hondo muy hondo, muy ligero.

E: Entonces ¿iba como avanzando en él?

P: Sí.

E: ¿Y no llegó a ningún sitio?

P: No, ni me quedé más adentro ni más afuera, nada más que yo lo vi como muy hondo muy hondo, muy negro y yo iba con eso, al mismo tiempo. Como si fuera un vaso y yo estoy en la boca

del vaso, y de ahí no pasaba. Y ahí me quedé. Y la luz, hay quién dice que ve la luz, porque yo la verdad lo que me dio fue un paro cardíaco, y hay quién ve el túnel de la luz, yo no, yo vi una cosa muy negra muy negra y muy honda muy honda, y ahí perdí los papeles y ya cuando me desperté es lo que dije que había visto un túnel muy negro. (...)

E: ¿Y lo recuerda bien?

P: Sí, además parece que lo estoy viendo ahora mismo. Claro eso para mí es que yo me iba”.

La paciente 58 estaba viviendo una situación de duelo. Estaba ingresada en planta, pasa a UCI por insuficiencia respiratoria aguda, en el transcurso de la conversación, tras la pregunta que da pie a contar una posible experiencia, dice:

“P: Mira te voy a contar porque fue el jueves, me parece, que me dice mi hija: "mama quieres que venga el cura y que te de la unción de enfermos? Digo: "pues sí", vino el hombre, yo no podía hablar. Y rezando como me dijo, yo creía que era en otro sitio, pero era aquí, se formó como una cueva, un reflejo, así como una cueva. Y a lo primero se me aparece, porque no tengo madre ni padre, y de momento quien se me aparece es mi madre, ahí encima, y encima, no se lo conté a mi familia porque no podía hablar, a lo mejor me dicen que estoy loca, y enseguida veo a mi hermana abrazadica a mi madre (...)

E: ¿A su hermana?

P: La que había muerto.

E: ¿Y cuándo fue eso?

P: El jueves por la noche.

E: ¿Este jueves?

P: Sí, miércoles fue cuando ingresé, pues el jueves por la noche.

E: ¿Aquí en la uci?

P: Sí aquí donde mismo estoy. Vi, así como si fuera una cueva (...) sí se lo dije a mi marido: "he soñado con mi hermana y con mi madre, estas quieren que me vaya con ellas para allá arriba", y dice: "qué tonta eres". Pero no es que lo he soñado, es que lo he vivido, lo he visto.

E: ¿pero no estaba durmiendo?

P: Si dormir, dormí el viernes una hora desde que ingresé.

E: O sea, que estaba aquí tumbada despierta...

P: Y se me hizo así (mueve los brazos)

E: Y estaba su madre con su hermana, abrazando a su...

P: a mi madre, y llevaba una bata que tengo yo de ella y dije: "mira la bata que tengo yo en mi casa, se la ha llevado mi hermana" (...)

E: ¿Lo vivió?

P: Lo viví, yo aquí sola.

E: ¿Y le dijeron algo?

P: No,

E: ¿Sólo le miraban?

P: Me miraban, las dos abrazadas, primero se apareció mi madre y luego mi hermana.

E: ¿y con qué sensación se quedaba? ¿cómo fue, era algo desagradable, era...

P: No, me quedaba como con una satisfacción, como que estaban ellas viviendo juntas y que querían que me fuera yo con ellas.

E: ¿Sentía que ellas querían que se fuera?

P: Sí, eso era lo que yo me pensaba, digo estas me están llamando para que estemos las tres juntas. (...) A mi sobrina se lo conté, porque ella es cursillista y está en la iglesia mucho igual que

yo, y me dijo "no es por eso, eso es que estaban ellas pidiendo por ti", dice: "no seas tonta". Digo: "Si a mí me da igual, yo las vi ...

E: La sensación entonces no era desagradable...

P: No, no, al contrario.

E: Y ¿cómo fue, que apareció aquí...?

P: Se puso todo oscuro, como una cueva...

E: ¿Como si esta habitación fuera una cueva?

P: Sí, aquí en la entrada, arriba (...)

E: Fue una experiencia bonita ¿no?

P: Pues para mí sí. No le cogí miedo ni nada, al contrario, estoy muy contenta con haberlas visto.

E: Y después ¿cómo desaparecieron?

P: Pues después, estaba rezando y desapareció todo.

E: ¿Estaba rezando?

P: Es que cuando sueño con mis difuntos tengo la costumbre de rezarles un padre nuestro. Pero estas no fueron un sueño, estas fue que las vi, que es diferente, soñarlas a verlas. En el carácter... mi madre murió con 62 años, no, con 60.

E: ¡qué joven!

P: pero estaba, de estas personas mayores, mayores.

E: Y cuando la vio tenía la misma edad o diferente.

P: De mayor, de mayor.

E: ¿Igual que cuando se fue?

P: Y mi hermana y todo que cuando se fue.

E: Y las caras que tenían ellas ¿era de estar tranquilas o ...

P: Sí, sí, ellas estaban ahí abrazaditas, muy bien.

E: ¿Estaba rezando cuando las vio o después de verlas es cuando empezó a rezar?

P: No, no, cuando las vi, empecé a rezar, las vi abrazadas y (...)

E: ¿Se despidieron?

P: no, yo ya no vi nada más.

E: ¿Cuánto tiempo pasó más o menos?

P: Unos cinco... unos minutos, no lo sé porque... el tiempo de rezar un padrenuestro (...) yo no se lo cuento a nadie. A lo mejor se lo cuentas a alguien y empieza a reírse y dice esta está loca. Fin de la entrevista".

Confesaba *off the record* que esta experiencia le había servido mucho psicológicamente ya que apenas 20 días antes había perdido a su hermana y la echaba de menos.

El paciente 146 ingresa en UCI por Scasest y hace 2 paradas cardiorrespiratorias, su testimonio es uno de los más cortos, pues sólo dice haber visto una luz fugazmente:

"P: Yo creo que no perdí el conocimiento.

E: ¿Te acuerdas lo que pasó en esos momentos?

P: Me acuerdo de todo, bueno a lo mejor hay algo que no me acuerdo, pero yo creo que sí.

E: ¿De ese momento que podrías haber perdido el conocimiento tienes algún recuerdo?

P: Yo me sentía bien, estaba acordándome de mis crías.

E: ¿Estabas normal como ahora?

P: Sí, sí. Yo creo que me quedé tranquilo.

E: ¿Entonces fue cuando te dieron el golpe? (para reanimar) ¿Eso sí lo notaste?

P: Sí, boom, (...) y luego me dijo la enfermera que me dieron tres.

E: ¿tres golpes?

P: tres (...) yo creo que noté el primero, como iba mareado, mareado, como me llevaban en la camilla, rápido, curvas, me mareé un poco.

E: ¿Entonces sólo tienes recuerdos de un golpe?

P: de un golpe.

E: Y luego te pusieron el desfibrilador

P: Sí.

E: ¿Y ahí cómo te encontraste?

P: Bien, relajado, yo creo que ahí es cuando me quedé durmiendo.

E: ¿Y esa luz que viste?

P: Un fogonazo, ¡fum!, y pienso que fue cuando me dieron con el desfibrilador. Me estaba quedando durmiendo y creo que los ojos no los abrí. Y ya otro día me desperté aquí y me dijo la enfermera: "te voy a traer la tv para que veas la carrera de motos", digo: "pero si hoy es sábado", dice "no, es domingo", o sea que estuve 24h durmiendo un poco más. Entonces me dijeron que me habían hecho el cateterismo y ya está (...)

E: ¿cómo era la luz, fue un destello o estuvo durante un tiempo?

P: Era una luz blanca, igual fue un segundo, yo creo que estaba durmiendo y cuando vi la luz desperté. Ya no recuerdo más".

Uno de los testimonios más ricos en elementos es el de la paciente 152, donde, tras una parada cardiorrespiratoria relata haber estado en un paraíso, haber visto una luz, un túnel, a otras personas. En la escala de Greyson puntúa 15. Esta es parte de su entrevista:

"P: Me llevó mi vecina al centro médico y estando en el centro médico y estar esperando: " me encuentro mal, me encuentro mal", y allí me desmayé. Y estando en ese momento que no tienes consciencia que no sabes dónde estás, qué te ha pasado, pues yo me veía en un paraíso, con muchas flores, con muchas luces, me reía, como si hubiera sido una niña, y eso se me quedó. (...)

E: ¿Durante el momento de la experiencia, qué sensación tenía?

P: En aquel momento de paz y tranquilidad, sí.

E: ¿Escuchó algún sonido?

P: No, pero es como si allí hubiera habido animalitos, como si hubiera sido un paraíso, pues igual.

E: ¿Vio su cuerpo?

P: No, me sentía allí, yo pasé, como si aquello fuera un túnel y al fondo de ese túnel había una luz.

E: ¿cómo era la luz?

P: Era brillante, muy fuerte, se encontraba una paz, muchas flores, como si hubiera sido un prado con muchas flores... todas amarillas.

E: ¿Estaba sola?

P: Sí.

E: ¿No se encontró con nadie allí, ni familiares?

P: No, yo vi una luz fuerte, muy blanca. Si es que no lo he vuelto a ver. Era un jardín con flores.

E: ¿Era grande?

P: Enorme, igual que cuando miras al mar que no ves el fin, así, pero con flores amarillas.

E: ¿y se encontraba bien?

P: Yo, sí.

E: Y, ¿sabía qué era eso?

P: No.

E: ¿cómo fue la vuelta, de repente se encontró en su cuerpo?

P: sí.

E: ¿Le pareció que de pronto lo entendía todo?

P: Sí, lo entendí después, cuando volví en mí, que había estado en un sitio distinto que no era el mundo. (...)

E: ¿Cambió su percepción de la vida y la muerte tras su experiencia?

P: Pues no creo, porque como no soy supersticiosa. Puede ser.

E: ¿Le parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía?

P: Pues parecía que todo pasaba a la vez y te parece poco porque como estas tan a gusto y estas con tanta paz que eso no lo has vivido nunca, pues te puede parecer que en ese momento se paró y cuando vuelves, vuelves a la realidad. Te queda una paz, una tranquilidad. (...) Me acuerdo de decir "Estoy en un paraíso".

E: ¿Sensación de felicidad?

P: De sentirte en paz contigo mismo, el estar feliz, estar tranquila, eso es nuevo para tí y lo vives a tope (...)

E: ¿Tuvo sensación de armonía o unión con el universo?

P: Sí, es que yo me hubiera quedado allí.

E: ¿Esa luz era una inusual luz brillante o de origen místico o de otro mundo?

P: Aquella luz era como si hubiera estado, yo te voy a decir en el cielo, porque no conozco otra cosa, pero como si te hubieras ido y te vas... si es verdad que eso es así...

(...) Percibes, pero no sabes qué te está pasando. (...)

E: ¿Se sintió separada de su cuerpo?

P: Yo creo que salí de mi cuerpo y me sentía separada de él, porque al sentarme en otro sitio, no lo notaba.

E: ¿le pareció entrar en otro mundo?

P: Era desconocido y extraño para mí.

(...)

Perfectamente no me acuerdo, pero me pareció ver personas como si estuvieran jugando, todas vestidas de blanco y es verdad. Yo las veía a lo lejos. Yo vi personas agarradas de la mano, vestidas de blanco y había personas mayores y niños.

E: ¿qué cree que fue esa experiencia?

P: Yo, cuando salí de aquello y salí tan contenta, dije " eso es el cielo, es el sitio donde van todas las personas cuando han dejado de vivir", porque yo perdí de 11 años a mi madre.

E: Pero a ella no la vio ¿no?

P: A ella no, pero vi a gente que no podía identificar sus caras (...)"

En relación a la vivencia de la experiencia de los informantes, las pacientes 4 y 58 aseguran en sus testimonios que lo que vivieron no era un sueño, que lo habían vivido. Mientras que las pacientes 17 y 58 confesaban no querer contarlo fuera de nuestra entrevista por si le tomaban por locas. Esto es algo muy común en muchos informantes, aunque afortunadamente en este estudio no ocurrió en ningún caso.

En otros testimonios como los pacientes 18 y 186, denominaban su experiencia como "sueño", por no saber cómo considerarlo.

Debido al estado en que se encontraban los pacientes y dado que la investigación era realizada exclusivamente por mí, sólo ví oportuno, por respeto al descanso de los pacientes, administrar la escala de Greyson a tres de ellos (4, 17 y 152), que obtuvieron una puntuación igual o por encima del punto de corte que es 7 clasificándose dos de ellas en el componente trascendental y 1 sin clasificación. A ninguno de los 10 pacientes, excepto uno (186), les fue administrada medicación que pudiera confundir la experiencia con los efectos de la dicha medicación. Lo cierto es que los testimonios 4 y 152, ambos provocados por PCR³⁶, resultaban muy consistentes en sus descripciones. En el caso del paciente 186, no podemos descartar que la medicación mediara en la propia experiencia o en su recuerdo, aunque no se valora ese testimonio por las visiones al inicio y al final de su inconsciencia sino lo que el paciente cuenta como los dos “sueños” que tuvo durante su inconsciencia.

Testimonios retrospectivos

En cuanto a los pacientes que se encontraban hospitalizados y que reportaban haber tenido una ECM en otro momento de su vida, hubo un total de nueve, seis hombres y tres mujeres. Seis de ellos se encontraban en la UCI en el momento de ser entrevistados y tres en la planta. Del total, siete de ellos fue causado por problemas cardíacos y dos por operación. Todos relataban ECMs positivas y tres de ellos tenía algún conocimiento previo de las mismas (ver tabla 7.1.6).

De los nueve, uno no contestó la escala de Greyson, otro puntuaba 6 y el resto obtenían puntuaciones iguales o superiores a 7, de los cuales tres puntuaban en el componente trascendental, uno en el paranormal y 3 sin clasificación.

³⁶ PCR= Parada CardioRespiratoria.

PACIENTE	SEXO	EDAD/ EDAD	SERVICIO ³⁸	CAUSA	TIPO DE	CONOC.	ESCALA
Nº		ECM ³⁷			ECM	PREVIOS	GREYSON
22	HOMBRE	77/71	UCI	CORONARIO	POSITIVA	NO	7
77	HOMBRE	73/58	UCI	CORONARIO	POSITIVA	SI	14
87	MUJER	58/46	UCI	OPERACIÓN	POSITIVA	SI	8
126	HOMBRE	67/60	UCI	CORONARIO	POSITIVA	NO	10
145	HOMBRE	66/66	UCI	CORONARIO	POSITIVA	NO	7
164	HOMBRE	71/65	UCI	OPERACIÓN	POSITIVA	NO	6
173	MUJER	62/39	PLANTA	CORONARIO	POSITIVA	NO	
193	HOMBRE	83/83	PLANTA	CORONARIO	POSITIVA	NO	15
194	MUJER	64/64	PLANTA	CORONARIO	POSITIVA	SI	10

Tabla 7.1.6. Características pacientes que reportan ECM retrospectiva.

El paciente 22 se encuentra en la UCI por un síndrome coronario agudo y en el proceso de toma de contacto y tras la pregunta previa si había perdido la conciencia y si durante ese tiempo de inconsciencia tenía recuerdos me dijo que esa vez no, pero que hacía unos años estuvo en coma y sí le ocurrió algo. Obtiene 7 en la escala de Greyson:

P: La cama se movía y me llevaba hasta una puerta que daba a un campo de fútbol, yo me decía: "esto es el viento que me lleva", como no había nadie que me llevaba y se paraba en una puerta y yo allí veía el fútbol (...)

E: ¿Usted donde creía que estaba?

P: Yo sé que estaba en el hospital, pero yo creía que lo veía de verdad, que había un campo de fútbol, que estaban jugando.

E: ¿Algún equipo que le gustara?

P: Sí, el Madrid, estaba Roberto Carlos (...)

E: ¿Sabe usted si en ese momento estaban jugando de verdad?

P: Sí estaban jugando porque en ese momento era la liga, la copa de Europa, yo es que estuve 4 meses nada más, (...)

E: ¿y durante ese tiempo, vio a alguien, personas que le hablaran?

³⁷ Edad se refiere a la edad que tenían cuando se realizó la entrevista y EDAD ECM a la edad en la que tuvieron la ECM.

³⁸ El servicio al que se hace referencia es donde se encontraba el paciente cuando se realizó la entrevista.

P: No, yo vi que estaban las gradas llenas y yo me decía a mí: "¿pues cuando han hecho este campo de fútbol aquí en Murcia, al lado del hospital?, es lo único que me extrañaba y que cuando yo estaba ahí, pensaba que era el aire que me empujaba, porque llegaba allá hasta donde entra la gente y se paraba en la puerta y digo: "que me voy a caer", pero no, se paraba en la puerta y desde allí vi el fútbol.

E: ¿Y vio todo el partido?

P: no, al rato otra vez se fue la cama y ya me metí para adentro.

E: ¿Y se fue al mismo sitio, a la misma habitación?

P: Sí, a la misma habitación, pero sin nadie y es lo que más eso...

E: ¿y el trayecto como era, desde el campo de fútbol a la habitación?

P: Era como... un pasillo normal y cuando salías ya estaba el campo de fútbol allí. Y claro a mí me extrañaba porque yo decía: " si no había campo de fútbol aquí, lo habrán hecho ahora"

E: ¿Cuánto tiempo estuvo en coma?

P: A mí me operaron en marzo y hasta (...) hasta finales de abril ya no me acuerdo más (...)

E: ¿Tiene algún recuerdo más de ese tiempo que estuvo en coma?

P: Pues algunos, pero no me acuerdo muy bien, porque están un poco borrosos

E: ¿Tiene usted la sensación de haber visto un túnel?

P: Sí, un túnel sí y una luz.

E: ¿cómo fue?

P: Estaba en un pasillo y vi una luz al fondo, al fondo y al final pues: "Aquí no hay nada".

E: ¿Iba hacia la luz?

P: Sí

E: ¿Andando?

P: No, en la cama, en una, así como esta, claro si estaba en el hospital. Y claro lo más gracioso de todo era (...) ¿cómo me empujan si no hay nadie detrás? Y me llevan, y no hay nadie, pero luego se paraba en la puerta, es decir, para no caernos seguramente (...)

E: ¿y la vuelta cómo era?

P: La vuelta yo ya veía cómo me empujaba la cama sola y llegaba a la habitación; pues me pasó dos o tres veces (...)

E: ¿y la sensación cuando estaba en el túnel y en la luz cómo era?, ¿cómo se encontraba?

P: Pues mi sensación de que estaba bien, de que no estaba enfermo, cómo ahora me encuentro, que estaba bien para salir, pero estaba en coma.

E: ¿SE encontraba tranquilo?

P: Sí, sí, paz, tranquilidad y me encontraba como estoy ahora mismo, igual, igual, estaba en coma, pero me encontraba bien, es como si ahora la cama se fuera y hubiera un pasillo (...)"

El paciente 77 se encontraba ingresado en UCI tras un infarto y me contaba que años atrás había tenido una experiencia que le hizo cambiar de idea con respecto a este tema, ya que se encontró en un lugar con una luz impresionante y una voz le habló. Obtiene una puntuación de 14 en la escala de Greyson:

"Yo me encontraba en un sitio de mucho lujo, de mucho lujo se entiende de mucha luz. (...), un alumbrado que yo eso no lo he visto jamás en la vida.

E: ¿Era un sitio conocido?

P: No. No. Solo con mucha luz.

E: ¿Recuerda si tenía paredes?

P: No, no lo recuerdo, sólo la luz y que me decían que no podía entrar por ahí todavía.

E: ¿Quién se lo dijo?, ¿oyó la voz?

P: Es que como yo estaba de aquella manera, yo no sé la voz como sería. Así como me acuerdo de ese alumbrado que me llamó tanto la atención, porque después he dicho yo: " hay que ver se muere y hablamos y no viene ninguno hacia aquí. Si aquello como está cómo van a venir aquí", pensando que cuando nos muramos nos vamos: "cómo van a volver la gente si aquí se está muy bien". E: ¿Se encontraba a gusto allí?

P: Sí, sí, si

E: ¿Sensación de paz y tranquilidad?

P: Sí, sí, y un alumbrado fuera de serie.

E: ¿cómo llegó allí? ¿pasó por algún tipo de túnel?

P: No, no, me encontré allí de repente.

E: ¿y no había nadie más?

P: No, solamente la persona que me habló, que no puedo describir cómo era, porque era una voz.

E: ¿El sitio cómo era?

P: El sitio era que ya digo a mí me llamó mucho la atención por el alumbrado que tenía, pero no por que tuviera pared y eso, porque a mí en la cabeza solamente se me quedó la luz del sitio, una luz enorme, que me quedé sorprendido d aquella luz que no había visto yo nunca. (...)

E: Cuando despertó ¿qué creía que había sido, un sueño o que lo había vivido realmente?

P: Yo pensaba que lo había vivido realmente.

E: ¿Usted cree que eso lo vivió?

P: Sí, yo creo que sí.

E: ¿Eso qué sensación le crea?

P: Pues algunas veces... parece que se quita el miedo a la muerte, de lo que vi, parece que si la muerte me llegara es como si ya estuviera acostumbrado yo a recibir la muerte. Pienso que es aquello, vamos que tampoco me dijeron " este es tu sitio", pero pienso que aquel es el sitio adónde vamos.

E: ¿Se encontró usted con una barrera por la que ya no podía pasar?

P: Sí allí, me dijo una voz que no me había llegado mi hora.

E: ¿Esa voz era de hombre, de mujer o ya no lo puede precisar?

P: Pues no lo puedo precisar, yo diría que era de mujer, pero no puedo precisarlo.

E: ¿Le gustó a usted haber vivido esa experiencia?

P: Sí, fue buena y bonita, vi una cosa que no la había visto nunca. Lo que pasa es que nunca me he atrevido a comentarlo, porque tengo un amigo que ha tenido un infarto, pero flojo y está muy caído y a lo mejor yo, a ver si lo levanto de ánimo empiezo a contarle lo que a mí me pasó y no se lo cree, se ríe y no se lo cree que yo pasara por eso. Yo no es que se lo diga con ningún interés, nada más que la persona se ve caída por lo que le ha pasado, pues bueno, si yo le cuento que yo he estado peor que él pues a lo mejor él dice: "pues bueno entonces no estoy tan mal que mira que bien está él", o sea que no es que se lo diga porque yo estuve allí y vi eso, , a mí no me disgusta hablar de eso, pero tampoco me da gusto estar hablando todos los días (...) porque a mi mujer me parece que no se lo he dicho todavía que estuve allí, se lo tengo que contar. (...)

E: ¿Le parecía que lo entendía todo?

P: Sí, yo siempre he estado en contra de lo que la gente decía, por mi forma de ser, pero cuando yo me vi allí, mi cabeza ya pensó, cambió de pensar porque yo cuando volvía a estar bien yo recordaba que había estado en un sitio muy lujoso. Me habían hablado muchas veces y yo decía que era mentira, son las conclusiones que yo saqué cuando estaba ya bien. Yo decía, " cuando fulano me decía esto o el otro..., de las cosas que era..., si eso tiene que ser esto". Yo me encontraba igual que si hubiera estado allí, lo único que me llamó la atención era el alumbrado, aquello no es como si las luces las tuvieras encendidas, aquello era, yo que sé, muy luminoso, con la boca no se puede contar ni la gente entender aquello cómo era (...).

La paciente 87 La paciente no tiene ECM en este ingreso, pero tras la toma de contacto me comenta que sí tiene recuerdos de otra vez que estuvo inconsciente por una operación, obtiene 8 en la escala de Greyson:

E: ¿Puedes contarme cómo fue tu experiencia?

P: Fue en el 2002 por una operación. Yo, ver no sé exactamente solo que yo me encontraba flotando como por un bosque, con una tranquilidad, serenidad... todo parecía no sé..., como no sé, que daba gusto de estar, era como un paraíso.

E: ¿Fue en el transcurso de la operación?

P: Sí cuando ya me anestesiaron, ya no sé yo el tiempo que estuve, solamente que sé que estaba a gusto y no me hubiera despertado de ese sueño, ahí era feliz, ahí en ese sueño.

E: ¿Había tranquilidad...?

P: Una tranquilidad, una paz, era una cosa que no se puede explicar, no sé explicarlo.

E: ¿Escuchaste algún tipo de sonido?

P: No, eso no lo recuerdo yo.

E: ¿Tuviste la sensación de pasar por una especie de túnel o algo parecido?

P: Sí, eso sí.

E: ¿cómo era?

P: No sé, es como si fuera flotando como por un... no sé, cómo un camino y luego llegas al final y se ve como una luz, muchos árboles y un resplandor muy grande y todo iluminado, mucha luz, mucha luz.

E: ¿Ese túnel era corto o largo?

P: No, corto.

E: ¿Era luminoso u oscuro?

P: No, era oscuro.

E: ¿Y lo pasaste y encontraste la luz?

P: Sí.

E: ¿Encontraste alguna persona, algún ser...?

P: No, ni familiares, ni nadie, no, no.

E: En esos momentos, ¿tuviste recuerdos de hechos pasados de tu vida?

P: No.

E: ¿Algún tipo de límite o barrera?

P: No, tenía como una libertad, un bienestar, yo de esos "sueños", que, aunque estés toda la noche durmiendo y digas... ¡uy!, pues nunca jamás me he despertado de esa forma, esa relajación, ese bienestar, como cuando me desperté en la operación. Cuando me desperté y eso, hubiera querido seguir donde estaba.

E: ¿Te dio rabia?

P: Sí, porque estaba muy bien. Claro luego ya te despiertas, empiezas con el dolor, los pinchazos (...) y: ¡ojalá me hubiera quedado donde estaba!

E: ¿Y cómo era ese sitio, era como un lugar físico o...?

P: Sí, sí, es un sitio, no sé, es como un parque o un jardín o un bosque muy grande, con muchos árboles, luz, y yo estaba por allí, dando vueltas.

E: ¿Y cómo fue la vuelta?

P: Me despertaron, empezaron a darme en la cara: ¡venga que ya ha pasado todo!, me despertaron (...)"

El paciente 126 era parco en palabras, pero contestaba seguro a cada una de las preguntas. Obtuvo la puntuación de 10 en la escala de Greyson. En su testimonio cuenta

que vivió la experiencia cuando se desplazaba al hospital en su coche, aún no había sido medicado. En el transcurso de la conversación y al preguntarle sobre si tuvo pérdida de consciencia durante su dolencia dijo:

“P: Esta vez no, pero la anterior sí. Tuve un infarto y perdí el conocimiento en el coche cuando iba al hospital y entonces estaba como en una nube blanca y pasaba gente.

E: ¿cómo se encontraba usted?

P: Con una sensación de paz.

E: ¿Escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia?

P: Sí escuchaba voces.

E: ¿Se vio usted fuera de su cuerpo?

P: No.

E: ¿Entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado?

P: No.

E: ¿Se encontró con otros seres?

P: Sí, y me preguntaron que qué tal pero no recuerdo quienes eran.

E: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos?

P: Sí, uno que tenía barba.

E: ¿Se encontró con un límite o barrera?

P: Sólo con una voz que dijo que tenía que volver, que tenía muchas cosas que hacer.

E: ¿cómo fue la vuelta?

P: Pues de repente me encontré otra vez en mi cuerpo.

E: ¿tuvo alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

P: Fue muy rápido, todo pasó muy rápido.

E: ¿vio usted algún lugar, plano o dimensión?

P: Vi algo que no era de este mundo.

E: ¿Cambió su vida, su percepción de la vida y la muerte tras la experiencia?

P: Sí.

El paciente 145 pese a decir que estaba en un estado de semiinconsciencia y su insistencia en atribuir su experiencia a los fármacos, afirma haber visto a familiares fallecidos y tener una revisión vital durante su estado provocado por un infarto. Obtiene 8 en la escala de Greyson. Este es su testimonio:

“P: En la ambulancia me pusieron tratamiento sin parar (...) y luego... un estado que no sé cómo describirlo puesto que no lo había vivido antes (...), solamente sé que ... es que... no sé, que iba con gente de mi familia y mis amigos que habían muerto, pasaban por delante de mí y se reían, no iba a contarlos...(habla con cierto pudor), yo creo que fue un estado alterado de consciencia debido a los fármacos, uno no actúa normal, y lo tuve durante bastante tiempo porque cuando, en otro mundo muy lejano..., cuando me entraron en el hospital, oí el movimiento y como si me molestara (...)

E: ¿Y cuándo dice haber visto a los familiares, durante el traslado en la ambulancia?

P: Sí.

E: ¿le decían algo?

P: No, simplemente, es que era algo muy confuso y difuso, no digo que sea verdad ni mucho menos lo que estoy contando, pero mi mente lo único que veía era a estas personas que pasaban al lado de mí y se reían y como muy felices, no sé cómo explicarlo.

E: ¿Y qué sensación tenía usted en ese momento?

P: Es que no lo sé, es que era como si yo no existiera.

E: ¿Sentía una separación del cuerpo?

P: Tampoco lo puedo asegurar, era una sensación extraña. Yo no la he vivido nunca, más bien positiva, yo me alegraba de verlos, era como una película, como si alguien está en el cine y ve una película, personajes o pasajes que van pasando y luego a terminarlo y punto, la película ha terminado. Yo creo que en esos momentos en que se pasa mal uno se acuerda de sus seres queridos, y los fármacos y esto y lo otro que te van inyectando y en el cerebro pues una combinación de estas personas que faltan tanto.

E: ¿Todas ellas estaban muertas?

P: Sí, sí. La primera imagen que tuve fue: yo muy pequeñito que mi madre me llevaba de la mano. No sé por qué, que era yo un niño y a partir de ahí, es que no recuerdo exactamente... ni por qué ocurrió ni cómo ocurrió las personas, todas las personas que había.

E: ¿Eran hechos de su vida?

P: No.

E: ¿la imagen de niño sí?

P: El único hecho o pasaje, de las veces que mi madre me llevaba de la mano con dos añitos o tres.

E: ¿Lo veía desde fuera o como el niño que iba caminando?, es decir, ¿Estaba contemplando la escena?

P: No, yo lo veía como una pantalla de una TV o de cine, yo veía a mi madre y a mí y sabía que era yo claro.

E: ¿Y después fue cuando llegaron los otros familiares?

P: Y luego pues no sé, 7,8,10,12, es que era todo muy confuso, pero fue una realidad, bueno fue una realidad entre comillas, fue una realidad de mi cerebro o mi pensamiento o de lo que fuese.

E: ¿pero lo estaba viviendo como algo real?

P: Eso sí, sí. Y me molestaba incluso que hablasen, era una cosa muy lejana, me distraían, no guardaba yo toda la atención que estaba viviendo en ese momento.

E: Entonces estaba medio consciente porque por un lado escuchaba a las personas que tenía al lado...

P: A esa gente yo la escuchaba como muy lejana, como un eco, una cosa muy lejana, como que no fuese conmigo, que me molestaban. Eso durante un tiempo, luego ya, cuando salí de la intervención yo... me han jugado una mala pasada todos, yo lo recordaba, no con tanto detalle, cada vez se me van olvidando cosas, bueno, no se me olvida lo principal, o sea, el núcleo lo recuerdo.

E: ¿Y veía algún lugar?

P: No.

E: ¿cómo era el espacio?

P: Es que no había espacio, yo no veía nada, no había espacio, era...

E: ¿Y algún color?

P: Blanco, un color impreciso, es que es una situación realmente que uno... no lo sé.

E: sí, es un poco raro y difícil de explicar porque no se ha vivido antes ni se ha visto nada parecido.

P: Y que no me creo ni yo mismo, o sea, yo creo que eso fue que yo me encontraba ... por otro lado pienso esto son los fármacos que me han hecho todo esto, me encontraba en una situación complicada yo y ... creía que...que me iba a ir, en una palabra, porque (...) y a lo mejor fue también una predisposición mía... para llegar a ese lugar de alteración, ayudado por los fármacos y a lo mejor sin yo querer me acordé de mi familia, de mis padres, de mis tíos de mis parientes, de primos que los pobres están ya en la otra vida. Y no le di más importancia.

E: *¿Había algún tipo de luz?*

P: *No, había como un infinito, todo de un mismo color.*

E: *Y no escuchaba nada salvo a las personas que estaba con usted.*

P: *No, solamente rostros como sonrientes, como contentos y difusos, que no era una imagen clara y nítida, yo los rostros, creía en ese estado que yo estaba "ah, mis padres, mis tíos, mi amigo J", pero es que es difícil de explicarlo porque es un estado que yo...*

E: *¿Y las caras correspondían a la edad de cuando murieron?*

P: *Sí, eso sí, bueno dentro de lo difuso, sí. Y la ropa que llevaban. Recuerdo que mi abuelo por parte de mi madre, las camisas esas largas y negras, apareció con su gorro, pero es que no había lugar, me refiero, era como un infinito, no veía nada, no veía nada (...) todo del mismo color.*

E: *En ese momento ¿era consciente de dónde estaba y qué le había pasado?*

P: *A medias, cuando estaba en este estado de conciencia a medias, ¿cómo explicarlo?, reconocía las voces de los que iban en la ambulancia, pero como si los que estuvieran en otro mundo fueran ellos.*

E: *¿cómo si lo real fuera la experiencia que estaba viviendo?*

P: *Exacto, es una descripción más o menos cierta.*

E: *¿cómo más vivido, más real la experiencia?*

P: *Sí, sí. Pero no le di importancia a nada de esto porque yo creo que fue producto de los fármacos, hay un estado de conciencia alterado y uno ve cosas que no existen, por decir algo. Yo en mi estado de conciencia llegué a pensar que me iba a morir y fue una película, lo que pasaba por mi imaginación, yo creía que iba a morir.*

E: *¿Y eso le causaba algún tipo de ...*

P: *No, no, estaba muy tranquilo, al contrario, me molestaba cuando oía en la lejanía a ellos. Estaba muy tranquilo, muy tranquilo, o sea un estado de paz y me vinieron a la mente visiones o lo que fuese por esta situación.*

E: *¿cómo diría que era esa sensación, de alivio, de tranquilidad o de una paz o estado agradable?*

P: *Paz, paz, paz, paz, y un estado agradable, de bienestar. Es que... yo no sé cómo estoy contando esto porque yo no... (entre sonrisa) (...)*

E: *¿Le parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía, o que todo ocurría a la vez?*

P: *Es que, en este estado, yo diría que se ampliaba, que era enorme todo.*

E: *¿Sentía que el pensamiento se aceleraba, que iba más rápido?*

P: *No, al contrario, yo creo que más relajado, porque oía más lejano las voces, cuando ya estaba en el hospital, eran ruidos pequeños y muy lejanos, como si no estuviese allí, pero oía el eco de los ruidos y eso. Y ya luego, ya se perdió (...) ya me desperté en la uci de la Arrixaca y eso ya no se más nada de nada de nada (...) Yo lo que puedo decir es que en ese momento estaba feliz o en paz, como le queramos llamar, yo no estaba enfermo, yo no tenía nada, estaba muy relajado y eso sí que varias veces lo he pensado: " ¿y por qué me molestaba a mí que los médicos hablaran?", como muy lejano, como si ese fuese un mundo que yo lo tenía muy lejano, eso sí que se me ha quedado grabado (...) ¿cómo es posible que este mundo esté tan alejado?, pero una proyección muy muy alejada.*

(...)

Era un color uniforme, infinito sin final ni principio.

E: *¿Estaban sus sentidos más vívidos de lo normal?*

P: *Pues quizás sí, no lo sé, lo que sí es que yo estaba muy contento y feliz, no me parecía que estuviera en una ambulancia ni que me había dado un infarto.*

E: *¿No tenía conciencia del cuerpo?*

P: *No, no. Yo sólo he visto a estos personajes que he dicho anteriormente que iban vestidos como cuando vivían en su época. Vi a uno que me hizo mucha... porque yo estaba muy unido a él, y yo no sabía si yo estaba vivo o no, yo no sabía nada, yo nada más que sé que en el lugar donde estaba yo él me miraba y se reía y pasaba, pero no pasaba andando, era una figura que veía y que luego se difuminaba y venía otra, es decir, no era andar.*

E: *¿Los veía enteros o una parte de ellos?*

P: Sí, sí, difuso porque lo que más claro veía era la clara, y los vestidos... era su forma, su silueta sus andares, su sombrero y luego se desvanecían. Es como si yo hubiera querido estar allí, quedarme o estar, porque en ese momento yo estaba bien.

E: ¿Le ha cambiado su experiencia en algo su percepción de la vida y de la muerte?

P: De la muerte parece que sí porque yo en estos momentos no le tengo miedo, antes era una frontera... ahora pues si llega ha llegado, nada más, porque yo parece que de alguna forma ya he pasado por ahí, no, no, es que yo fue como despedirme de vida (...). Era algo inmaterial, era algo, por un tiempo es posible que fuera larga de 20 minutos o media hora y en otro momento parece que fue todo en fracciones de segundo (...) Yo nunca he reflexionado sobre esto, primero porque no me había ocurrido, nunca había estado en un trance de estos, y luego porque, para mí mismo, para investigarme a mí mismo o para saber exactamente qué me había ocurrido, pero no le encuentro sentido. Yo parece que estaba viviendo como en dos mundos, esta experiencia que tuve con mis familiares ya desaparecidos y este mundo en sí, yo tenía, como si estuviera viviendo de cerca ese mundo imaginario y de lejos este mundo, muy lejano, nada más (...) En mi vida lo que antes tenía mucho valor ahora ya...

El paciente 164 apenas es capaz de relatar lo que vivió en su operación, sólo que fue como un sueño y vio a sus padres fallecidos y una luz:

“P: Mis padres estaban muertos cuando a mí me operaron y parece que sí, que los he visto y me han preguntado. Eso es como cuando sueñas (...)

E: Dice que cuando vio a sus padres estaba sedado ¿no? ¿En qué operación fue?

P: En la de la garganta que fue en la que más tiempo estuve, 8 horas en la operación.

E: ¿qué más vio?

P: Pues ahora mismo no se decirte.

E: ¿Vio alguna luz?

P: Sí, sí, todo eso sí lo ves siempre.

E: ¿cómo que siempre?

P: Hombre, me supongo que al que le dan anestesia general verán todo eso. ¿o alguno no ve nada?

E: No pasa siempre.

P: ¿no?

E: ¿qué más puede contar?

P: Pues como me han operado dos o tres veces y esas veces sí he visto.... No sé cómo explicarte, ya te digo, como si estuviera soñando.

E: ¿qué pensaba que era lo que estaba viendo?

P: Yo creo que siempre han sido cosas positivas porque ves a tu familia o ves que estás hablando... o es que la vieras donde está (...)

E: ¿dónde estaban ellos?

P: No lo sé, estaba hablando con ellos.

E: ¿qué veía alrededor de ellos?

P: (...) Es que es como si fuera un sueño y en ese sueño pues aparecen cosas que vas viendo, pero no te podría yo... porque si te contara una fábula sería mentirte.

E: ¿cómo se encontraba usted cuando estaba con ellos?

P: (...) ellos no sabían lo que me había pasado, era como cuando tenía una conversación con ellos cuando estaban vivos.

E: ¿qué había alrededor de ellos?

P: Era una conversación normal, no es que yo los viera arriba, en el cielo, en el infierno o en el purgatorio o donde fuera, no, como si estuviera hablando con él, como en un sueño. (...)

La paciente 173 asegura haber salido de su cuerpo dos veces en el mismo día.

Incluyo parte de su testimonio:

“P: Yo fui al hospital porque había tenido una hemorragia interna, eso lo supe después, pérdida del conocimiento y estaba muy floja, en malas condiciones, y me llevaron al hospital. Cuando estaba en urgencias tomando los datos, era la primera vez que yo tuve la sensación extraña como de ver como por arriba, como fuera de mí a los que estaban a mi alrededor.

E: ¿Pero estaba sentada?

P: Estaba sentada en una silla de ruedas, pero claro, eso no sabes lo que es, no sabes lo que te pasa, simplemente piensas en lo que te pasa, en el mareo y el aturdimiento que llevas, porque llevaba una pérdida, una hemorragia importante, y después cuando ya me pasaron a quirófano, porque fue un embarazo ectópico, estaba embarazada de 10 o 15 días (...) es cuando ya sí sentí esa sensación un poco más fuerte, como de estar viendo a todos los que estaban a mi alrededor, a la altura de la lámpara de arriba, viendo lo que estaban haciendo; fueron segundos, yo no podría dar más detalles porque claro enseguida me pusieron anestesia, pero la sensación fue un poquito más fuerte, más que la de la puerta. (...)

E: ¿le habían administrado alguna medicación?

P: No, porque vine directamente de mi casa a allí, bueno, la que me estuvieran poniendo en el quirófano, me imagino que me estarían poniendo algo ya de anestésico (...) la intervención fue urgente (...) no estaba medicada para nada. (...) pero es que yo estaba en mi casa así dos días, a mí me dio el dolor, iba al baño porque se me descompuso el cuerpo, me desmayaba y mi marido me llevaba a la cama, o sea, perdía la consciencia totalmente (...)

E: Durante esas dos experiencias ¿qué sensación tenía?

P: Tenía sensación de tranquilidad.

(...)

E: ¿Tuvo algún tipo de pensamiento o de recuerdo, quizás del pasado o...

P: Pues pasó un poco como una película rápida pero no te podría decir en concreto un pensamiento, sí te pasan recuerdos.

E: ¿Recientes o de hacía algún tiempo?

P: Creo que eran más bien recientes, tenía 23 años, eran como de los últimos 8-10 años (...) se lo comenté a mi marido y me dijo: "Eso es que has soñado", se lo comenté a mis hermanos y tal y me dijeron "Chica pues estabas soñando", pero yo no estaba soñando, si yo estaba despierta, estaba viéndolo todo, pero claro, la gente duda mucho de lo que le estas diciendo (...)

E: ¿Cambió algo en su vida esa experiencia, en su percepción de la vida y la muerte?

P: Pues mira eso sí, porque te hace ver que todo es muy relativo, que en un momento se te puede todo al garete, que a veces le damos importancia a cosas que no las merecen y eso te hace relativizar mucho las cosas, aun así, cuando pasa mucho tiempo te hace caer otra vez en la rutina, pero de momento, sí es verdad que te paras a pensar en lo que realmente merece la pena (...)

El paciente 193, que se encontraba ingresado en planta, relataba que en agosto de 2014 tuvo una PCR y se encontró con un ser de otro mundo. Aseguraba que era San Pedro y vestía un hábito marrón y una barba larga. Este ser quería meterle a un lugar al que él no quiso y volvió a su cuerpo. En ese lugar tenía la sensación de felicidad y tranquilidad y notaba que el tiempo iba más rápido de lo usual. Obtuvo 15 en la escala de Greyson.

Por su parte, la paciente 194 comentaba que, durante el cateterismo, tuvo una PCR, cuatro meses antes de la presente entrevista, asegura no estar medicada. En ella afirmaba haber tenido una sensación de paz y tranquilidad, literalmente: *“estoy en la gloria, notaba cómo me iba, cómo salía. Pasé por un túnel grande, de colores, como el arco iris y después el túnel era oscuro y largo. Me dio miedo. Vi una luz al final, blanca, luminosa y hermosa (...) Llegué a un bosque, lleno de flores y verde. Noté un empujón, como un tirón y ya estaba en mi cuerpo”*. Puntuó 10 en la escala de Greyson.

Todos ellos, los nueve afirmaban haber tenido una sensación de paz y tranquilidad en su experiencia. Tres de ellos aseguraban que les daba reparo hablar de estas cosas por lo que pudieran decir de ellos. Cuatro de ellos manifestaba cambios en su vida tras la experiencia, como dar importancia a cosas que verdaderamente lo merecen.

Un hecho curioso que ha ocurrido en tres de los testimonios entre los prospectivos y retrospectivos, es que a pesar de que la vivencia fue intensa para los tres pacientes, estos intentaban explicar lo que les había ocurrido atribuyéndolo a la anestesia (17), a una alucinación (186) o a un estado alterado inducido por los medicamentos (145); esta inclinación a justificar la experiencia bien podría llamarse “Síndrome del experimentador incrédulo”, y estar caracterizado por una tendencia a interpretar lo vivido como fruto de un conjunto de procesos bioquímicos que producen tales visiones. No obstante, los tres estuvieron solícitos a la hora de contar su experiencia con todo lujo de detalles.

Llegados a este punto creo que, aunque se haya explicado la diferencia entre ECM y alucinación, y leídos y visionados algunos de los testimonios, creo interesante mostrar el de un informante que mostraba evidentes signos de alucinación como consecuencia de una intoxicación por cocaína:

“(...) a partir de ahí (...) como cables pequeños que salían de mi cuello (...) y estando en la habitación venían cables hacia mí y entonces al levantarme chocaron los dos cables de la luz que no tenían lámpara y se quedó a oscuras entonces sentí que había dos personas que me daban con la fregona (...) y yo me defendí con un palo que había allí, pero yo llevaba una linterna en el pecho, la encendí y desapareció todo, no había nadie, era por la cocaína. La tercera vez fue que estuve en casa y me inyecté y empezaba a ver que venían hacia mi cables y en esta ocasión me di cuenta que yo me sentía controlado vigilado, controlado, entonces venían hacia mí como

queriéndome ahorcar, y el cable de la TV me agarró en la mano y todo, porque yo luchaba con los cables, porque por la tv también me veían, (...) y veía que de los cables de la luz había un botón y trataba de agarrarlo para que no se escapara y él quería escaparse (...) fue tanta la lucha que yo perdí el conocimiento (...) pero recuerdo que estaba en una habitación blanca y había tres personas conmigo, desconocidas, y había 4 asientos, sillas y yo quería sentarme allí y ellos tiraban de mí y no tenían pies ni nada, pero yo sentía que me desmayaba y me decían no te mueras, no te mueras, levántate, tienes que luchar, y ellos tiraban de mí, querían que me cambiara de lugar y me cambiaron a otro porque si me iba a los otros lugares no era muerte pero si me quedaba en ese donde quería quedarme me moría. Entonces fue lo que me levantó para cambiarme de sitio (...)"

Teniendo en cuenta la tabla 7.1.7 se puede ver que los elementos que presentan una mayor frecuencia son, la sensación de paz y tranquilidad vivida durante la experiencia, ver una luz brillante y un lugar o dimensión especial no terrenal. En los resultados prospectivos tienen una mayor frecuencia los siguientes elementos: escuchar sonidos de naturaleza desconocida y encontrarse con otros seres. Los datos retrospectivos, a su vez, presentan mayor frecuencia en la sensación de alteración del espacio y del tiempo, y los cambios producidos tras la experiencia.

ELEMENTO	DATOS PROSPECTIVOS (N=10)			DATOS RETROSPECTIVOS (N=9)		
	MUJERES	HOMBRES	%	MUJERES	HOMBRES	%
Sensación de Paz y Quietud	5	1	60%	3	6	100%
Ruido o sonidos	4	0	40%	0	3	33,33%
Verse fuera del cuerpo	0	0	0	1	0	11,11%
Pasar por un túnel	2	0	20%	2	1	33,33%
Ver la luz al final del túnel	2	2	40%	2	2	44,44%
Encuentro con otros seres	3	1	40%	0	1	11,11%
Ver familiares y amigos	2	0	20%	0	2	22,22%
Encuentro con un ser luminoso	0	0	0	0	2	22,22%
Experiencia de revisión vital	0	0	0	1	1	22,22%
Encontrarse límite o frontera	0	0	0	1	2	33,33%
Regreso voluntario al cuerpo físico	0	0	0	0	1	11,11%
Posee percepciones extrasensoriales tras la ECM	0	0	0	0	0	0
Posee poderes de sanación desde la ECM	0	0	0	0	0	0
Sensación alteración tiempo y espacio	1	2	30%	1	3	44,44%
Ver lugar, dimensión especial o hermoso, no terrenal	6	1	70%	2	2	44,44%
Sensación de poseer conocimientos especiales de orden universal	0	1	10%	0	0	0
Cambios en la percepción de la vida y la muerte.	2	0	20%	1	3	44,44%
Conocimientos previos	4	2	60%	2	1	33,33%

Tabla 7.1.7. Comparativa de los resultados cuantitativos de las entrevistas prospectivas y retrospectivas.

7.2. DATOS ECM EXTRA-HOSPITALARIAS

Como se indica anteriormente, no sólo se recogieron datos de pacientes hospitalizados, sino que, durante el trabajo de campo, muchas personas que iban conociendo el objeto de estudio de esta tesis se ponían en contacto conmigo para contarme la suya y en su caso pedirme una explicación o simplemente para poder contarla y asegurarse de paso, que no “estaban locos” y que era algo que solía ocurrir.

En algunos casos, los protagonistas eran propios trabajadores del hospital, y aunque noté que hay una mayor apertura a tomar más en consideración este tipo de fenómenos tanto en ECM como VLM, el hecho es que hay un silencio autorizado en muchos casos donde aparecen.

En otras ocasiones, en conversaciones informales que se daban en los pasillos, cafetería, despachos e incluso ascensor del hospital, además del interés manifiesto por el tema y pese a los interrogantes de algunos otros, había historias que contaban acerca de algún familiar que aseguraba haber vivido una experiencia similar. Una de estas personas que, aunque era más partidario de las explicaciones tradicionales positivistas, estaba bastante abierto a considerar otras posibilidades, comentaba que, a pesar de su convicción en estas teorías biomédicas, escuchaba con asombro el relato de un amigo sobre su ECM a quien consideraba muy coherente y centrado. A veces las experiencias de quienes han sido incrédulos e incluso detractores, como el caso del Neurólogo Eben Alexander³⁹ (2013), influye en la forma en que hasta ese momento se ha considerado cierto tema en cuestión, abriendo el abanico a otras posibles causas, tanto para el que las vive como para quienes le rodea.

El número de personas que desde fuera del ámbito hospitalario entrevisté fue de veintitrés, cinco hombres y dieciocho mujeres, y la causas de sus ECMS eran diversas como se observa en la tabla 7.2.1. Algunos de ellos presentaban conocimientos previos de experiencias cercanas a la muerte.

Aunque considero que todos los informantes han sido sinceros en la información que facilitaron durante la entrevista, creo que es posible que, en algunos casos, con el paso del tiempo y el conocimiento posterior, fruto de la necesidad de entender lo que

³⁹ <http://www.simonandschuster.com/videos/Eben-Alexander-de-La-Prueba-del-Cielo/ucAtSatLh28r>

vivieron, se pudieran contaminar los recuerdos que de la experiencia tuvieron. Tal es el caso que me suscita la entrevistada nº 183 (Ver Anexo 2), cuyo relato es demasiado elaborado para las circunstancias vividas. Por lo general, la experiencia es tan extraña como inefable, y es común encontrar expresiones tales como “es que... no se explicarlo”, “me cuesta porque no hay nada que se parezca”, etc., por lo que titubean más y tratan de encontrar las palabras adecuadas para intentar reflejar al máximo lo que experimentaron.

Sin embargo, hay un testimonio el 190, con un lenguaje muy elaborado que, por sus circunstancias personales y académicas, así como por la relación personal con la entrevistada veo factible su veracidad.

En los testimonios recogidos en la tabla 7.2.1. que comprenden desde el nº 196 al 207, ambos inclusive, no se recogen las entrevistas en audio, pero sí los cuestionarios que se adjuntan en el Anexo 4. Los demás están incluidos a lo largo de la tesis. A continuación, inserto varios testimonios, algunos de ellos fragmentos, que me parecen interesantes destacar:

De los citados entrevistados sólo once contestaron la escala de Greyson y de ellos, tres no obtuvieron la puntuación de corte 7, en los otros ocho, cuatro puntuaron en el componente afectivo, uno en el cognitivo, dos no se clasificaron en ningún componente y uno puntuaba alto en el componente cognitivo, afectivo y trascendental y bajo en el paranormal, esta puntuación corresponde al cuestionario de la informante 183, que como mencionaba, su testimonio era dudoso en cuanto a su exposición de la experiencia y la contradicción de algunos hechos.

Aunque la escala de Greyson marca el 7 como la puntuación a partir de la cual se considera que la persona ha tenido una ECM, el propio autor dice que excluir algunos testimonios de pacientes que aseguran haber tenido una ECM sobre la base de un criterio de puntuación arbitrario, sería contraproducente desde el punto de vista terapéutico (Greyson B. , 1983). Es por ello que se insertó el testimonio nº 184, por su gran valor testimonial, aunque puntuaba 6 en la escala mencionada.

CAPITULO 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nº	SEXO	FECHA DE ECM	CAUSA	TIPO DE ECM	CONOC.PREVIOS
169	HOMBRE	1985	HIPOTERMIA	POSITIVA	NO
171	MUJER	1996	PARTO	POSITIVA	ALGUNA
177	MUJER	2008	PARADA RESPIRATORIA	POSITIVA	SI
180	MUJER	1978	PARTO	POSITIVA	NO
181	MUJER	1983	OPERACIÓN	POSITIVA	SI
183	MUJER	2001	PARTO	POSITIVA	SI
184	MUJER	1985	INTOXICACIÓN	POSITIVA	NO
185	HOMBRE	2007	PARADA CARDÍACA	POSITIVA	NO
189*	MUJER	1984	OPERACIÓN	POSITIVA	NO
190*	MUJER	1998	ACCIDENTE DE TRÁFICO	POSITIVA	NO
195	MUJER	1990	OPERACIÓN	POSITIVA	NO
196**	HOMBRE	2004	PANCREATITIS	POSITIVA	NO
197**	MUJER	1979	OPERACIÓN	POSITIVA	NO
198**	MUJER	1980	DISPARO ACCIDENTAL	POSITIVA	NO
199**	MUJER	2016	OPERACIÓN	POSITIVA	SI
200**	MUJER	2009	CORONARIO	POSITIVAS	NO
201**	MUJER	1998	PARTO	POSITIVA	ALGUNOS
203**	MUJER	1960	OPERACIÓN	ANGUSTIOSA	NO
204**	HOMBRE	1988	OPERACIÓN	POSITIVA	SI
205**	MUJER	2008	DESMAYO	POSITIVA	NO
206**	MUJER	2010	CORONARIO	POSITIVA	NO
207**	MUJER	1978	PARTO	POSITIVA	NO
208	HOMBRE	1956	ENFERMEDAD	POSITIVA	NO

Tabla 7.2.1. Características de los entrevistados Extrahospitalarios.

*Véase video de testimonio. ** Sin audio, se adjuntan cuestionarios en anexo 4.

Este testimonio (208) me fue revelado por un familiar comentando: “*entonces lo que a mí me pasó de niño es lo que tú dices en tus conferencias*”, nunca hasta entonces había revelado nada sobre su experiencia, pese a saber desde hacía tiempo el tema de mi investigación. Pese a su escepticismo ante ciertas cuestiones, pudo plantearse otra posible explicación para su experiencia:

E: Tú experiencia fue causada por una enfermedad, ¿verdad?

I: Sí, fue por una complicación, por el tifus, las fiebres reumáticas y enfriamiento en el costado, las tres cosas a la vez (...) me estuvo atendiendo un médico, en aquel entonces como no había seguridad social era todo de pago. Las medicinas que me daba eran las que a él le daban los representantes y sé que venía a verme y entonces estando allí, yo vi, es que... es que... yo ya es una cosa que no me... yo estaba arriba y me estaba viendo abajo y estaban allí alrededor de mí y yo no sé tampoco cuánto tiempo estuve.

E: ¿fue así de repente?

I: Se ve que fue en un momento que estaba mal, estaba ya... ese día estaba mal y no sé, yo sé que estaban allí, o sea estaban a la orilla de la cama y yo digo: "¿estoy aquí arriba y estoy abajo?, y están ahí ¿es que no me ven que estoy aquí? Es una cosa rara y yo tampoco sé si es, sueño no fue, un sueño no fue.

E: ¿Quiénes tú veías estaban realmente alrededor?

I: Sí.

E: ¿Era real, era de verdad?

I: Sí, sí, sí. ES que fue una cosa rara, rara, se ve que fue en un momento que estaba mal.

E: ¿Se temía por tu vida?

I: Entonces el tifus era una cosa por la que se iban la mayoría. Tenía las tres complicaciones ...

E: ¿De repente estabas otra vez en el cuerpo?

I: Sí. Pero no recuerdo cómo fue.

E: ¿Cuándo ocurrió todo esto, qué edad tenías?

I: Pues 14 años, hace 60 años.

E: Y te acuerdas bien

I: eso es que siempre lo he recordado, en un principio creí que era un sueño, luego ya no sabía lo que era porque yo los vi ahí, estaban allí, no podía ser un sueño (...). A mí lo que más me complicó fueron las fiebres reumáticas, lo otro también, en aquel entonces la mayoría se iban "para allá".

E: ¿qué sensación tenías mientras te veías abajo?

I: Puf, yo solamente estaba allí arriba y decía: "Están ahí abajo llorando y ¿no mirarán para arriba que me vean que estoy aquí?". También puede ser que me quedara dormido y soñara eso.

E: Y te acordaras de un sueño durante 60 años.

I: Yo que sé.

E: estabas despierto entonces durante la enfermedad.

I: Sí, entonces no se daban relajantes. Yo no sé por qué... es que fue un momento...eso es la duda que yo he tenido siempre, si fue sueño o fue de verdad, o que había visto antes que habían estado así ellos y luego fue un sueño, es que no

E: Pero lo estabas viendo desde otra posición, no como si estuvieras tumbado

I: Yo estaba viendo desde arriba y estaba viendo toda la habitación.

E: ¿como si hubiera una cámara en el techo?

I: Exactamente”.

El siguiente testimonio muestra varios de los elementos típicos de una ECM como la revisión vital, encontrarse con un túnel, una luz y la EEC, la informante durante casi hora y media estuvo contando su experiencia y hubo varios momentos en los que se emocionó recordando y expresando sus emociones, de manera que pudo recomponer la historia de su experiencia de una manera sana:

“me tuvieron que volver a abrir toda la barriga para buscar donde estaba la arteria o algo que se me había roto o... y entonces me operaron a vida o muerte, yo no sé las horas que estuve en el quirófano y en ese trance del quirófano, ahí fue donde yo noté como que el cuerpo se quedaba en la mesa del quirófano como si algo de mi cuerpo se desprendiera, dicen que puede ser el alma, es que no lo sé, mi cuerpo físico se quedaba ahí, y algo que se iba de mi cuerpo. Entonces fui hacia una luz blanca, un túnel con una luz blanca infinita, que no tenía fin y empecé a rebobinar toda mi infancia. Me veía como de pequeña, como saltando, pero solamente yo, como saltando de pequeña, vivencias mías de cuando yo había sido pequeña.

E: ¿Eran hechos reales?

P: Sí, sí.

E: ¿Y te veías a ti misma o te veías como si tú fueras...

P: no, me veía yo misma, o sea como si rebobinara mi pasado, mi vida como una película de esas que ponen...

E: sí, rápida ¿no?, una vista panorámica.

P: De esas rápidas que ves secuencias y que dices tú... entonces te ves tú misma, te ves saltando, te ves jugando, te ves riéndote, como de pequeña.

E: ¿pero sólo de pequeña?, porque tenías 21 años.

P: Tenía 21 año, pero más la infancia. No de bebé ni nada de eso, sino yo ya en activo, como saltando, como feliz, como riéndome.

E: Escenas bonitas.

P: Escenas bonitas. Pasé todo mi momento ese, cuando ya pasó, no sé qué tiempo pasaría, oí como, como en las películas, P, P, como que a lo lejos alguien te llama, entonces luego como en las películas como eso que ves las caras distorsionadas, como si tuvieras las caras encima de ti, que entonces ves como a lo lejos las caras de tu madre, un poco distorsionada, que a lo mejor puede ser por la debilidad de que habían sido dos operaciones seguidas con lo que conlleva, que no te has recuperado...

E: Los efectos de los medicamentos.

P: Los efectos de todo y ya... lo que más eso tengo es el túnel, el túnel y notar cómo el cuerpo sé que queda (...)

E: ¿Notabas la sensación de salir del cuerpo?

P: sí

E: y ¿Veías a tu cuerpo, lo viste?

P: Sí.

E: ¿Viste todo lo que había en...

P: Sí, sí, sí, perfectamente.

E: ¿Hubieras sido capaz de describir cómo estaba el quirófano donde estabas inconsciente si en ese momento, o al poco tiempo hubieras tenido que describirlo, habrías podido hacerlo?

P: Sí, bueno los quirófanos es que como todos se parecen.

E: Bueno, me refiero a la disposición.

P: sí, sí, sí. Lo que pasa es que lo recuerdo perfectamente, te puedo decir hasta la posición de la mesa del quirófano y toda la gente alrededor, el médico, todas las enfermeras de quirófano, toda la sensación de las batas, todas con las caras tapadas, todo eso, como si estuvieras en una secuencia de esas de las películas, que están diciendo: "que se nos va", yo cuando veo películas es que todo eso lo recuerdo porque es la sensación que yo viví, en las películas lo ponen como exagerado pero es que es así (...)" Testimonio 189.

Como apuntaba más atrás, establezco la denominación “Síndrome del experimentador incrédulo” en aquellas personas tendentes a creer cualquier interpretación bioquímica para explicar estas experiencias. El siguiente testimonio (185) es, a mi juicio, uno de los testimonios más bonitos por el significado que el propio protagonista otorga al mismo:

“El caso fue que me corté con un cristal y empecé a perder sangre. La pareja de mi hermana me dijo de ir al hospital, yo estaba muy tranquilo porque no era muy consciente de que me había cortado una arteria, y vamos andando y hubo un momento en que ya no veía y le dije que me tenía que sentar porque me daba un bajón (...) no veía hasta que llegué al hospital, me acostaron me pusieron una venda, pero como había perdido mucha sangre y me tenían que intervenir no podían hacerlo y me tenían que llevar a la Arrixaca, entonces me metieron en la ambulancia. De camino a la Arrixaca que tardaron un cuarto de hora en llegar de Mula a la Arrixaca y en ese momento yo sé que, mi imagen es que la muchacha estaba encima de mí, yo estaba acostado, entonces me tenía cogida la mano así para que no me desangrara.

E: ¿Te habían puesto alguna medicación?

P: No, no me pusieron medicación aún. Entonces yo estaba así y entonces hubo un momento, mi sensación fue como que de repente yo vi a mi padre. Pero en la posición que estaba ella, pero como, por ejemplo, donde estás tú, de repente desapareces y aparece mi padre, entonces fue que me hacía así con la mano, como cogiéndome la mano y ya pues fue una cosa muy rara, y lo vi ya fue durante unos segundos y entonces ya lo ves, estábamos ya llegando y fue cuando entonces oí que dijeron que estábamos llegando y fue cuando volví en mí. Fue un poco como que estás durmiendo y te despiertas, como que forma parte de eso. Por eso yo me “emparanollaba” porque decía: “no puede ser”. Yo pienso que de tanto perder tanta sangre, ves como una alucinación, que es como inconsciente porque es cuando estás durmiendo.

E: ¿Fue ahí cuando te desfibrilaron?

P: Yo no tengo conciencia de que lo hubieran hecho

(la madre cuenta previamente que tuvo una parada cardíaca en la ambulancia y lo tuvieron que desfibrilar)

E: Porque tú la estabas viendo a ella y de repente apareció tu padre.

P: Claro yo estaba en la ambulancia, todo era igual y él estaba allí. Lo que sí recuerdo era un detalle que me impresionó mucho y era que mi padre, cuando éramos pequeños tenía el pelo largo, pero luego se lo cortó, y casi toda la vida que lo he podido conocer tenía el pelo corto y en esa imagen salía con el pelo largo. O sea, yo lo vi con el pelo largo, pero que era él y simplemente tenía el pelo largo.

E: ¿Y la cara?

P: Igual simplemente ese detalle que tenía el pelo largo. Me dejó... se lo dije a mi madre, que tenía el pelo largo.

E: ¿Y cómo fue la vuelta a tomar conciencia de cómo estabas?

P: Es que no sé, muy rápido, como que lo estás viendo, pero no sabes si... es como una sensación de despertar, de estar aturdido, cuando ya empezaba a ser consciente que ya se me activó el corazón es como que lo que estoy viendo... como que vuelves en ti, como cuando estás borracho que dices una tontería y vuelves al estado normal, algo así. Como en plan, esto no es así.

E: Sin embargo, si habías tenido una parada cardíaca no estabas viendo por tus ojos.

P: claro, pues eso es, yo no sabía si estaba durmiendo, porque yo no era consciente de que me había dado un paro. No era consciente de... no sabía si lo estaba viendo despierto o durmiendo (...) Claro yo lo vi porque mis ojos lo vieron, pero claro. (...)

E: En ese momento en el que viste a tu padre ¿tuviste alguna sensación especial?

P: Pues No sé, no lo recuerdo (...). Fue como muy rápido todo. (...) lo asocio a la esquizofrenia, como si me hubiera dado un ataque de esquizofrenia y hubiera visto eso, pero muy corto.

E: ¿Para ti fue significativo?

P: Eso sí, porque yo a mi padre, la última vez que lo vi fue en el hospital y verlo, **aunque sea una última vez (bien), para mí fue muy significativo.**

E: Porque además lo viste bien ¿no?

P: Sí porque en ese sentido yo lo estaba viendo bien, no lo veía mal, con el pelo largo y eso para mí, era un síntoma... no sé por qué, de que estaba bien, en plan: "estoy a gusto".

E: ¿cómo si fuera un mensaje?

P: Claro, yo me lo tomo mucho así, **como una especie de mensaje**, es que yo me lo tomé como un mensaje de: "no te tienes que ir todavía, como que yo me fui pronto y a ti no te toca irte pronto, te toca vivir más vida que a mí". Yo me lo he tomado siempre así. Sí que es verdad que cada persona se lo toma las cosas, no tiene que significar eso, ni mucho menos, pero yo me lo tomé así, y en eso, sí que te lo digo, me dio gusto volver a verlo, por lo menos tener otra imagen última, porque la última que me llevé fue en el hospital y no me gustó, estaba muy malo entonces esa imagen no...

E: Y más de crío ¿no?

P: Sí claro yo de crío tengo muy buenas imágenes de él, de relación con él, pero la última imagen es la que ... de ver mal a esa persona y baff

E: ¿crees que él podría haberte dado ese mensaje?

P: No, yo creo que es un mensaje que me doy a mí mismo. Es como que él me ha dejado verlo, pero como para darme a entender que no era mi momento, te veo, pero para tranquilizarte y decirte que no es el momento, no para darte la bienvenida sino para cerrarte la puerta, no para abrirtela, me lo tomé más así.

E: ¿Crees que tú creaste esa visión?

P: Conscientemente no, pero inconscientemente como no podemos controlar, nos va a hacer siempre jugadas, yo creo que eso no (...) eso lo produjo mi cabeza. Pero bueno a veces hay que tomárselo como mensaje que es como yo me lo he querido tomar, porque realmente si te pones a pensarlo es que podría ser hasta un mensaje, si dijéramos que en todo esto hay un misterio y que después de la muerte hay algo y que como espíritu..., si fuera así, su mensaje sería ese, porque lo conozco, aunque no me haya dado tiempo a conocerlo como adulto sé que mi padre me hubiera dicho eso en ese momento (...)

E: ¿Cuánto tiempo crees que pasó?

P: No te lo podría decir exactamente, pero para mí, 20-30 segundos, pero claro, a lo mejor fue más tiempo. Totalmente perdí la noción del tiempo, pero para mí fue poco tiempo.

E: ¿Cambio tu experiencia la noción que tenías de la vida y la muerte?

P: Es que yo siempre he pensado que nuestra energía si se queda ahí, en un vacío... pero eso para mí no significó que estoy al 100% seguro de que... porque siempre pensé cuando se murió mi padre, "mi padre está ahí, y a lo mejor cuando yo me muera en energía si pueda ser que conecte con esa energía (...)", yo siempre he pensado que nos unimos en energía, como que nuestro espíritu queda ahí y tenemos que juntarnos. Yo siento que los humanos todos dependemos de todos, no somos independientes, eso es mentira, la dependencia entre nosotros es esencia, porque si no, no nos relacionamos, si no nos relacionamos no somos nadie, entonces yo pienso que en la muerte nos relacionamos de alguna forma. (...) Por eso digo que mi pensamiento no es que haya cambiado "oye pues ahora creo más", lo que sí puede ser es que ahora me aferré más a lo que pensaba, a que diga pues ahora lo creo más, pero no a que lo crea con más intensidad. Esta experiencia me sirve no a que cambie mi pensamiento de la vida y la muerte, pero tampoco lo hace más grande.

E: O sea, que se afianza las ideas que tenías con respecto a la muerte.

P: Claro. Pues a lo mejor si es verdad que cuando te tengas que morir te pase algo así... (...)"

Aunque los testimonios que muestro han sido fruto de entrevistas y contactos directos, ha habido muchos otros que me han sido contados en contextos diferentes, en conversaciones casuales y circunstancias distintas al de la investigación y en todos los casos aparecen rasgos comunes a los presentados en esta tesis.

7.3. EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA HOSPITALARIAS

Como indicaba en el apartado 6.1.3. los datos recogidos eran muy pocos debido a que la gran parte de los pacientes de CCPP eran atendidos en domicilio.

En varias ocasiones hablé con las familias de pacientes lo que, para ellos, en la mayoría de los casos, les servía de desahogo, ya que, aunque se turnaran en el cuidado de su familiar, la cantidad de horas que pueden pasarse junto a la cama es incalculable.

En una ocasión el hijastro de uno de los pacientes ingresado en la 4ª planta del hospital me decía que su padrastro llamaba a su hermana y a su madre, ambas ya fallecidas, durante todo el día. En otra ocasión, la hija de una paciente me comentaba que su madre estaba comenzando a hablar con su marido, que ya había fallecidos. Ella lo hizo al día siguiente.

En uno de los testimonios que recogí la nuera de la paciente contaba:

E: ¿has tenido alguna sensación o experiencia difícil de explicar con tu suegra?

F: Esta semana está mucho llamando a su madre y a su hermano T. y a Juanico que era uno que le repartía a ella los huevos y el aceite (...): "Juan ven, que te estoy llamando, que vengas".

E: ¿Y a su madre también?

F: Sí, y a su hermano T y tiene dos hermanas más muertas, pero a ellas no las llama.

E: ¿A su madre también la llama o habla con ella?

F: A su madre la llama: "mamá, mamá, ¿por qué?, ¿por qué? Habla con más dulzura con su hermano y con Juanico, con su madre habla más con un poco de genio. Ella la cuidó, pero no tenían mucho feeling, pero a su hermano lo quería mucho.

E: A su hermano lo llama...

F: Sí, sí, pero el caso es que a su hermana C que también la quería mucho y no la he oído nunca llamarla (...)

E: ¿Tiene algún momento de lucidez?

F: Pues desde que está aquí... a lo mejor los primeros días sí, pero ahora yo la veo que se está deteriorando mucho. Lo que no ha perdido... es que ... yo estoy segura de que no le gusta estar aquí, porque cuando yo le dije ayer, por ejemplo: "yaya que te vas a poner buena", hace así: "ffumm, ya", y esa forma de decirlo era como si dijera: "no me engañes" (...) pero yo la observo que es como si estuviera ya tres o cuatro días cayendo en picado.

E: Ella, aunque no tiene conversaciones ¿puede expresarse?

F: Si ella a lo mejor dice: "no quiero más, deja, calla, no, espérate un poco", cosas así, porque no quiere comer y le digo: "venga una cucharada" y dice: "espera un poco, espera" (...) "Virgen santa no me abandones que me estás abandonando"(...).

El nieto de la paciente dice que, el día anterior había dicho mirando hacia una esquina y lúcida: "no vengáis a por mí, que no, que no". Dos meses más tarde la nuera de la paciente se pone en contacto conmigo para decirme que su suegra murió 3 días después de entrevistarla: "El día de su muerte estaba destapándose y nerviosa. Le pregunté si quería hablar con su hija que vive en Valencia, dijo que sí, como encogiéndose los hombros. La llamé y le puse el auricular en la oreja, (madre e hija no se llevaban bien), la hija le pidió a su madre que la perdonara por todo, que lo sentía mucho. Mi suegra no pudo articular palabra, pero se le cayeron dos lágrimas, sonrió y a los veinte minutos murió. Se le quedó una cara de tranquilidad y paz muy grande, "como si" estuviera esperando hablar con su hija para morir" Testimonio 172b

Es muy común escuchar este tipo de comentarios donde aseguran que esperan a que alguien venga, o necesitan ver o escuchar algo para poder morir tranquilos.

En otro de los testimonios, un hijo contaba que unas horas antes de fallecer a causa de un fallo cardíaco su padre, decía que veía a los pies de la cama a su padre y a su mujer. Cuenta el hijo que se reía porque la veía más gorda, en ocasiones muchos dicen ver a sus familiares más jóvenes o en mejor estado que cuando murieron.

Unos días antes de fallecer la paciente 182 la hija me cuenta:

"E: El día que empezó a hablar con sus familiares ¿con quién hablaba?

P: Hablaba con su hermana, y "Antonio espera cariño, espera, que voy", mi padre se murió, tenía demencia senil. Cosas que ella vio y las recuerda.

E: ¿y eso que me contabas del perro?

P: Llamando a la Kiara, la perra que murió y ya no metimos a ninguno más (...) y llamando al perro, hablaba con él, la llamaba... (...) lo que ella ha vivido y lo recordaba. La noche anterior, llamaba a todos sus muertos a sus hermanas, a todos.

E: ¿Qué se decían?

P: A su hermana R, "espera, espera, si me queda poco, tú espérame que ya voy para allá, espérate, espérate, me queda poco"(...) y con mi padre también "A, espérate, que me voy contigo, si me queda poco, espérate y no te vayas, que ya sabes que yo me voy a ir contigo, voy a estar donde tú estés, pues ya sabes que te he querido mucho", así un trajín toda la noche.

E: ¿esa conversación la tuvo con su hermana y con tu padre, con ellos dos solos no?

P: No, no y con los otros (...) Yo digo... a lo mejor es lo que ella decía, porque ella siempre me ha dicho a mí ya sabes que cuando empiezas a hablar con eso (familiares fallecidos) es porque te queda poco".

La hija de una señora de 86 años contaba que su madre, dos días antes de la entrevista, se destapó, alzó las manos y dijo:

"¿dónde está mi rojo?" (su hermano que murió hacía 7 años). La hija le tocó y le preguntó: "¿qué estás diciendo?", "nada, nada" y se durmió y estuvo dos días enteros durmiendo.

Una paciente ingresada por angina de pecho el día siguiente a la muerte de su hermana cuenta:

"P: Mi hijo dice que su hija, a las 3 de la mañana empezó a llorar.

E: La niña ¿qué edad tiene?

P: 3 años. Y empezó a llorar, a llorar y mi hijo le dijo A ¿qué te pasa? La niña: ¡la tita, la tita que ha venido a verme, (es como llamaba a mi hermana), la tita ha venido a verme!, y llorando, a la misma hora que mi hermana falleció. Qué cosas más raras ¿no? Pasan cosas raras. Ayer me dijo me hijo: " mamá es que nos dejó...". Porque estaba con ella... porque tengo 11 nietos, pero esta como está malica... siempre estaba (mi hermana): " ay, que no voy a ver a A, ya no la voy a ver", ella estaba que ya no podía hablar (...).

E: Y los últimos días de tu hermana ¿dices que llamaba a tu madre y tu hermano ya fallecidos?

P: Ese día que murió no, porque llevaba mucha morfina, pero los días anteriores decía: "¡ay mamá, mamá!, ¡Nene! (mi hermano). Esas eran sus palabras. (...)" Testimonio 44.

Otro de los testimonios recogidos en el hospital reúne lo que dos de los hijos del paciente escucharon. La hija cuenta que llegó a la UCI en coma tras el traslado desde el hospital de Caravaca:

"F: Se despertó al día siguiente, pero como estaba intubado no pudo hablar. Al día siguiente lo desintubaron y dijo que había estado durmiendo la siesta con él un tal A. y que no paraba de darle codazos y no lo dejó dormir. A, era un hombre que murió hace unos años y cuando él (el padre) era joven tenía una carpintería y A tenía otra carpintería al lado de él, o sea que es un amigo de la familia. Después le hemos preguntado por él y sabe que se murió hace tiempo.

E: ¿qué medicación llevaba en esos días?

F: De sedante nada porque, en el otro hospital le dieron haloperidol, pero ya en la uci no le pusieron nada porque estaba en coma. Porque además hizo alergia al haloperidol con ronchas, inflamación de la lengua, de la boca.

E: ¿Y tuvo otro episodio?

F: Sí, luego, estando ya en la habitación arriba, en la esquina izquierda de la habitación dijo que había estado el "campusino", que era un socio que tuvo cuando tenía 55 años, compraron a medias una finca y... que lo había visto. Pero claro él mismo dijo: "lo he visto pero ese se murió hace tiempo".

E: Él mismo sabía que lo que había visto

F: No era real claro...o no era lógico.

E: ¿Y tampoco llevaba medicación?

F: Bueno calmantes no le han vuelto a poner desde que hizo intolerancia al haloperidol. Siempre han querido que se mantuviera despierto para que se recuperara del ictus y para no tener ningún problema. Desde que ingresó ha estado llevando antibiótico, sueros de hidratación.

E: ¿Tuvo un tercer episodio?

F: Sí, estando en la uci me dijo a mí: " hay un hombre ahí, encima de la puerta", digo: "¿dónde, encima? Y toqué encima de la puerta, dice sí, sí, hay un hombre ahí.

El hijo cuenta:

F: Al segundo o tercer día de estar en la uci, dijo que él se había llegado a encontrar muy mal, que en el otro hospital llegó a pensar que se estaba muriendo, textualmente dijo: " yo pensaba

en morirme" y añadió y " cuánta gente había que no me dejaban" y le pregunté: "¿pero te molestaban? Y respondió: "sí, me molestaban, me molestaban".

E: ¿dijo de quienes se trababa? ¿él estaba sólo ...?

F: Él estaba en coma.

E: ¿Entonces se refería a que cuando estaba en coma había ido a verle mucha gente?

F: Sí, que había mucha gente y que le molestaban que no le dejaban tranquilo.

E: ¿En algún momento dijo si le había dicho algo, si había hablado con ellos?

F: No, de eso no. Testimonio 179.

En este, como en otros casos, pudiera ser que parte de lo que pasara en la uci lo estuviera incorporando a las creaciones mentales que el paciente estuviera teniendo en su estado.

En este caso una paciente ingresada en UCI por SCASEST, me ve andando y me llama preguntándome si era la chica que pregunta por cosas raras y me dice que me va a contar algo que le pasó pero que no fue a ella, pero sí fue testigo.

"P: Mi madre estaba ingresada en el Hospital, estaba enferma del corazón y tenía una trombosis, empezó a no querer comer porque se murió mi padre y antes del año y medio se murió mi madre también. Tenían 64 años uno y 62 el otro. Pero es que fue porque dijo: "Si están ahí, han venido mi madre y el papá".

E: Ella ¿tenía la conciencia clara?

P: Sí, ella nada más que decía que quería morirse que quería irse. Es que mi padre y ella han sido uña y carne, entonces al faltarle ya no había nadie alrededor suyo, estaban mis 4 hijos, mi marido, mi nieta, mis hermanos, todos estábamos a su alrededor y no había nadie con ella.

E: ¿Así que ella estaba lúcida en todo momento?

P: Sí, lo que pasa es que ella estaba molesta: "cámbiame" no sé qué, "cógeme" no sé cuántas, pero no es que dijeras que estaba loca perdida, pero que de pronto me mira y me dice: "no, si me voy a ir muy pronto", pero muy tranquila, muy serena, "me voy a ir muy pronto, mira, han venido mi madre y el papa a por mí".

E: ¿Cuánto tiempo pasó desde que lo dijo hasta que falleció?

P: Eso lo dijo por la tarde- noche, así ya atardeciendo, a la mañana siguiente se trastornó, fue a la UCI y de ahí ya no salió.

E: ¿Un par de días?

P: Que va, el mismo día. Yo la vi muy tranquila, muy tranquila, muy tranquila

E: ¿Dijo algo acerca de si estos familiares le habían dicho algo?

P: No, no, solamente que habían venido, que estaban ahí los dos: "han venido a por mí". (...) el susto que me dio, se trastornó, un trastorno rápido, rápido, rápido (...) enseguida se la llevaron y por la tarde ya se había muerto (...) pero es que la vi más serena... como diciendo: "por fin me voy a ir con ellos y voy a estar ya con ellos", no se puede explicar esa sensación que se nota, no es que lo sintiera yo, lo sentí en ella. Una tranquilidad como diciendo: "que ya han venido a por mí, que ya me voy con ellos, que no voy a estar sola". (...)" Testimonio paciente 56.

El siguiente testimonio lo recogí atendiendo a la llamada del ESAD, debido a que había una paciente en domicilio que comenzaba a hablar con sus familiares fallecidos. La familia estuvo de acuerdo en ser entrevistada.

A la pregunta *¿Ha manifestado su familiar ver o hablar con familiares o amigos ya fallecidos?, la hija responde:*

F: Una tía mía, una hermana suya, que murió hace unos 7 años más o menos, que murió también de cáncer, entonces pues dijo: ¿Ha venido mi G?, ¿Está aquí mi G?, lo ha dicho varias veces pero sobre todo aquella vez fue así: ¿Ha venido Mi G?, R: "No, mamá, no ha venido, la tita no ha venido" y dice: "¿Cómo que no, si está ahí?", señalando al lado donde yo estaba, "no, no, no ha venido"(hija), y dice: " ah, es verdad, es que ha venido a recogerme, a que me vaya con ella, me está esperando".

E: ¿Ella ha mantenido alguna "conversación" con su hermana?

F: Sí, sí, yo a lo mejor entro a la habitación y está hablando: " Pues sí G...", o a lo mejor con dos tíos míos que también están muertos, "Pue sí", es como si estuviera hablando con ellos.

E: ¿Usted le ha oído hablar con ellos, la conversación?

F: Sí, pero habla como una cosa normal, como si fuera que estuvieran ahí al lado de ella. Y lo que dijo en el caso de mi tía es que había venido a por ella, que se tenía que ir con ella; los otros como si estuvieran aquí al lado de ella, y preguntándoles que qué hacen... una conversación así más...

E: Y cuando usted entraba, ¿cuál era su reacción?

F: Era como si estuviera en ese momento durmiendo y de repente me mirara "Ah, ¿Qué?, estaba durmiendo, me he despertado", como si no hubiera estado en ese momento consciente.

E: ¿Pero estaba consciente?

F: Sí, vamos los ojos, los tenía abiertos y era como mirando a un punto, y a lo mejor mira hacia la ventana y se pone a hablar. Y yo es que no sé si interrumpirla o dejarla... porque me ha pasado alguna vez que estando yo en la habitación se ha puesto a hablar y entonces al rato, a lo mejor se calla y me dice que se ha despertado.

E: Y los otros dos familiares también habían muerto...

F: Bueno, eran cuñados, hermanos de mi padre.

(...)

F: Aquel día de lo de mi tía sí le pregunté: "mamá, ¿la chacha G? y me dijo: "Ah, pues eso", y ya está no dijo nada más, yo creo que en ese momento se dio cuenta de... si está muerta, si... pero era como que en aquel momento la tenía delante de ella.

E: Y luego, ¿seguía normal, sabiendo dónde está, etc.? ¿Ha perdido el contacto con la realidad?

F: No, no, lo que sí es que alguna vez se pone como a hablar de hace 50 años atrás (...) y muchas veces cuando nos ve haciendo cosas dice: " ay, os vais a cansar de mí, de tanto hacerme las cosas" (...) " es que ahora tenéis que limpiarme..." a veces le da por llorar..., (...) Ahora lo que he notado es que lo que piensa lo dice y ella ha sido siempre muy prudente para decir cosas y ahora... lo que piensa lo dice, en plan broma, pero lo dice (...).

E: ¿Emite algún sonido o palabras ininteligible?

F: Sí, sí, ¿Así como murmurando?, sí, dormida, despierta y, de todas formas. Durmiendo a lo mejor tiene también conversaciones.

E: ¿Le pasaba antes de estar enferma?

F: No, yo creo que no, no.

E: ¿Canta?

F: Sí, no lo suele hacer muchas veces, pero alguna vez sí, así sin venir a cuento.

E: ¿Canciones que ella ya sabía?

F: Sí, de Manolo Escobar.

(...)

F: Yo me acuerdo del padre de una amiga mía, él murió en la Arrixaca, y ella tenía un hermano que había muerto hacía pocos años y la noche antes de morir dice que, el padre estaba mal, inconsciente, y que de repente se sienta en la cama y dice: " hija que me voy", y la hija: "Papá, ¿cómo que te vas?, si está aquí tu hermano A, ¿cómo que está aquí A? (la amiga), el padre: "Sí, me está aquí esperando", y ella dice que sí notó algo, y esa misma noche murió. Pero es que él, estaba sedado y en ese momento se sentó en la cama, yo cada vez que me acuerdo... (...)

Testimonio 175

Fuera del ámbito hospitalario uno de los testimonios que he recogido tiene como protagonista a una señora de 75 años que unas horas antes de fallecer a causa de una PCR, según cuenta la sobrina que estaba con ella, hablaba con sus padres y hermana ya fallecidos, y les decía que se iba con ellos de paseo.

Otro de los testimonios puede verse en el Anexo 2 y en el testimonio visual 191.

Una de las veces que fui a entrevistar a la familia de una paciente en una de las plantas del hospital, comenzaron a relatarme la experiencia al final de la vida de otro de los miembros de la familia, relataban esto:

"Mi padre era súper reacio, te lo digo de verdad, decía que había un dios de los ricos y otro de los pobres. Cuando mi padre estaba en el lecho de muerte, fue en la Arrixaca, con un cáncer de estómago y luego uno de la parótida, pues, mi padre, ese día estaba súper raro yo le decía: "papá venga que nos vamos a ir a la casa, que nos vamos a ir a la casa", él decía: "Pues sí venga vamos a la casa". De repente viene un chico que repartía rosarios y estampas, mi padre nunca aceptaba ninguna cosa de este estilo; " todo eso es chatarra", decía él. Cuando entró el muchacho me miró y me miró con una cara, una sonrisa relajada, me mira, se vuelve al muchacho y le dice: "¿dónde vas? El muchacho le pregunta ¿pero quiere usted que me acerque?, como le había dicho varias veces que no quería nada, cogió el rosario que era de plástico, lo agarró, lo besó, y lo tuvo así en los brazos. Eso mi padre.... No me lo podía creer, llamé a mi tía, su hermana, y dije: " tita, mira lo que ha hecho", dice: " ¿mi hermano?". Y se vino con el rosario porque quiso morir en mi casa. A última hora, por lo que fuese, le entro una cara, una relajación: decía: "sí vale, de acuerdo", hablando así yo no le reconocía con lo agitado que era siempre, a las 48 horas se murió.

E: ¿Él había dicho algo extraño a parte de esos cambios anormales en él?

F: Lo que sí dijo la última semana era que su madre le había dicho que lo quería mucho: "me siento tan querido por mi madre, me lo acaba de decir, y por la abuela", la abuela era su suegra, mi abuela, yo me había criado con ella, "me han dicho que me quieren tanto", como si hubiera hablado con ellas: "es que me siento tan querido", esas fueron sus palabras (...) y una paz, se murió con una sonrisa, le dio una especie de roquerilla, así y fue mi marido, pero sin ponerse colorado ni agitado y entonces mi marido hizo así y le cerró los ojcos.

E: Así que fue dulce...

F: Dulce, dulce, sin morfina, ni medicación, los de paliativos iban a empezar a venir el lunes y a mi padre lo enterramos el día del entierro de la sardina (...) ya no llegaron a venir.

E: Y cuando os dijo lo que su madre le había dicho, ¿tampoco llevaba medicación?

F: Mi padre apenas necesitó medicación (...) no llegó a llevar morfina. Y cogió el rosario y besándolo (...)" Testimonio 172a

Hay muchas otras experiencias que me han sido contadas, pero en el transcurso de una entrevista, aunque no está expresamente relacionada con las visiones en el lecho de muerte si tiene un componente simbólico y psicológico que merece la pena destacar:

A: Yo era responsable de una planta del hospital, tenía a cargo a personal tanto enfermeras como auxiliares. Una de las auxiliares era diabética, hipertensa, tenía problema renal y al final falleció con unos cuarenta y tantos años. Era una persona muy querida por nosotras, sus padres eran muy mayores (...) yo fui un día a su casa, ella ya había perdido la vista por el azúcar, empezó a tener fallos renales, estuvo ingresada en la Arrixaca, fui una vez, pero ya no volví, la vi muy deteriorada pero ya no volví. Fui a la misa de duelo, estuve en el entierro y yo lloraba mucho, mi madre se vino conmigo porque como me veía como estaba ... (...) una noche, acordándome y llorando por ella, sintiéndome culpable como que la había abandonado y una noche cuando me quedé durmiendo, en el sueño vi una luz grande, como cuando miras al sol pero no puedes mirarlo, era una luz completamente blanca, (me estoy erizando) era resplandeciente, porque la podías mirar y vi ella como sentada en una nube, noté que me tocaba y me dijo: "MD, no llores más por mí, yo estoy muy bien donde estoy, estate tranquila, no llores y lo que quiero es que digas a las compañeras (las nombra) que estoy muy bien donde estoy y que no se preocupen por mí, no llores más". Ya se fue y a raíz de ese día yo me quedé más tranquila y dejé de llorar.

E: ¿Tienes la sensación de que se había puesto en contacto contigo?

A: Si, si, si, por supuesto, por supuesto, por supuesto.

E: ¿Habías hablado de estos temas con ella alguna vez?

A: No, nunca, nunca, eso sí, cogí a mis amigas y se lo dije, aunque yo creo que me tomaron... esta con la obsesión que tiene está soñando o ha soñado o algo de eso (...) Testimonio 178.

7.4. DATOS Y TESTIMONIOS DE ECMs RECOGIDOS VÍA EMAIL

En relación a los datos obtenidos vía email procedentes en su mayor parte del grupo de Facebook "Experiencias cercanas a la muerte" durante los 4 años que lleva en funcionamiento, estos se detallan en la tabla 7.4.1.

Siendo consciente de que los datos obtenidos por esta vía no son metodológicamente rigurosos ni se ha delimitado el ámbito de recolección de datos, ni comprobado informes médicos que atestigüen que el informante se ha encontrado comprometido biomédicamente hablando, creo interesante interpretar estos datos desde un punto de vista cualitativo. En primer lugar, el hecho de que un grupo de personas que sólo tienen en común pertenecer, por propia voluntad a un grupo de una red social y querer contribuir con su testimonio revela, como así lo manifiestan en los textos de los mensajes a los cuales adjuntan sus cuestionarios y escalas, un deseo de aportar su testimonio en aras a conseguir más información sobre lo que les ha sucedido, de contribuir a esa revelación de información siendo útil, y ayudar a otras personas a entender lo que les ha sucedido.

DATOS RETROSPECTIVOS (N=45)						
ELEMENTO	HOMBRES (N=18)	%	MUJERES (N=27)	%	TOTAL (N=45)	%
Sensación de Paz y Quietud	17	94,44%	23	85,18%	40	88,88%
Ruido o sonidos	10	55,55%	11	40,74%	21	46,66%
Verse fuera del cuerpo	13	72,22%	15	55,55%	28	62,22%
Pasar por un túnel	10	55,55%	13	48,14%	23	51,11%
Ver la luz al final del túnel	14	77,77%	17	62,96%	31	68,88%
Encuentro con otros seres	8	44,44%	15	55,55%	23	51,11%
Ver familiares y amigos	5	27,77%	5	18,51%	10	22,22%
Encuentro con un ser luminoso	4	22,22%	6	22,22%	10	22,22%
Experiencia de revisión vital	7	38,88%	9	33,33%	16	35,55%
Encontrarse límite o frontera	2	11,11%	9	33,33%	11	24,44%
Regreso voluntario al cuerpo físico	1	5,55%	5	18,51%	6	13,33%
Posee percepciones extrasensoriales tras la ECM	8	44,44%	6	22,22%	14	31,11%
Posee poderes de sanación desde la ECM	2	11,11%	7	25,92%	9	20%
Sensación alteración tiempo y espacio	9	50%	9	33,33%	18	40%
Vio lugar, dimensión especial o hermoso, no terrenal	5	27,77%	7	25,92%	12	28,57%
Sensación de poseer conocimientos especiales de orden universal	6	33,33%	7	25,92%	13	28,88%
Cambios en la percepción de la vida y la muerte.	17	94,44%	24	88,88%	41	91,11%
Conocimientos previos	7	38,88%	8	29,62%	15	33,33%

Tabla 7.4.1. Comparativa de los resultados cuantitativos de las entrevistas retrospectivas obtenidas vía email.

En estos resultados podemos destacar que el dato que más ha llamado la atención es que, salvo dos casos, el resto de testimonios recopilados han sido

experiencias positivas caracterizadas porque en un 91% de los casos comunicados aseguraban haber experimentado cambios en su vida tras la experiencia y que sólo el 33% tenía conocimientos previos a la misma, según informan, de las ECM. En estos cambios que aseguran producirse, se encuentra que el 34% dejan de tener miedo a la muerte, el 15% muestran conductas más altruistas y el 7% comienza a relativizar la importancia de las cosas; el 18% asegura que se hubieran quedado donde estaban, no querían volver.

Otro dato en donde estos informantes manifiestan una mayor frecuencia es en haber experimentado la sensación de paz y tranquilidad al vivir su experiencia. Así mismo, aquellos elementos más comúnmente conocidos como son la sensación de paz, la experiencia extracorporeal, atravesar un túnel, ver una luz y encontrarse con otros seres, también se han visto presentados con mayor frecuencia.

Si se comparan estos datos con los obtenidos en el hospital se puede ver que coinciden en que los elementos que más alto puntúan son la sensación de paz y tranquilidad y ver una luz brillante.

El informante 230, a quien pude conocer y entrevistar durante un largo tiempo y constatar que lo que había reflejado en su cuestionario se corroboraba con lo que volvía a contar un año después, respondía de esta manera antes los cambios provocados en su vida tras la experiencia:

“Vaya si cambio mi vida, pero desde mi aterrizaje de la ECM hasta que no tuve la certeza de lo que me había sucedido era esto, igual pasaron 10 o 20 años. Mi vida se transformó porque me fui a vivir con una familia desconocida. Mi vida cambió porque cuando tenía 9 años mi padre era Dios y que me hubieran “expulsado” del paraíso me sumergió en un mundo de sentimientos encontrados. Mi vida también cambió porque quise desde el minuto cero regresar, como nadie me entendía, me volví algo más introvertido y testarudo. Mi vida también cambió porque nací de nuevo en el sentido que apenas recordaba nada de la vida previa al accidente”.

Cuando el informante cuenta que “a los 9 años mi padre era Dios y que me hubieran “expulsado” del paraíso (...)” se refiere al hecho de que su ECM fue provocada por un accidente de tráfico cuando él tenía 9 años, y su padre ya había fallecido, cuenta: *“mi estancia fue corta y estaba alucinado con el reencuentro con mi padre y me abuelo, pero sobretodo con la calidez de esa luz omnipresente”.* De este testimonio también se puede extraer varias cuestiones importantes. Por un lado, manifiesta que les costó asimilar su experiencia en el sentido de que no entendía muy bien cómo su padre, quien ya no le acompañaba en vida, le decía que tenía que volver. En este caso, se evidencia la

necesidad de profesionales con conocimientos en ECM que pudieran haber ayudado al niño a procesar e integrar su experiencia de una manera más saludable. Por otro lado, manifiesta que quería volver a ese “lugar” porque nadie le entendía y se volvió más introvertido. Una experiencia de estas características para un niño de 9 años huérfano de padre, puede convertirse en un evento traumático. Ha vivido algo que no comprende, ha visto a su padre, lo que le produjo una gran alegría, pero esa alegría se trunca porque este le dice que se tiene que ir, y una vez que ha regresado, nadie le entiende y desea volver a aquel lugar del que ha sido “expulsado”. Estos casos deben ser detectados en el ámbito sanitario e inmediatamente derivados al profesional de la psicología, que debería tener suficientes conocimientos de ECM para intervenir en estos casos, de manera que no se convierta en un acontecimiento traumático.

En otro de los testimonios la informante 231 cuenta en relación al regreso tras su experiencia: *“Sentí que alguien me agarraba de la mano y me acompañaba por el mismo camino que había ido. La decisión de volver fue mía, durante la conversación que mantuve conmigo misma delante de la puerta me pregunté si quería quedarme o volver, decidí volver”*. En un intercambio de emails con la doctora Sartori, esta me decía que, aunque la mayoría de las ECM siguen el patrón descrito por Raymond Moody, no todas son exactamente así y algunos pueden estar influenciados por sus pensamientos e imágenes que les son familiares. En este caso la informante comentaba ante la pregunta de si se había encontrado con un límite o una frontera, lo siguiente: *“Sí, concretamente a una montaña inmensa con una enorme puerta de madera muy vieja, cerrada, delante había una mesa y una silla también de madera vieja, y sentada en la silla...¡¡¡estaba yo!!!”*. El hecho de encontrarse consigo misma podría interpretarse desde un punto de vista psicoanalítico, pero sin duda tiene una gran carga simbólica para la informante, y puede, como apuntaba la doctora, estar influenciado por su contexto vital, no en vano puntúa por encima de 5 en los cuatro componentes de la escala de Greyson (cognitivo, trascendental, afectivo y paranormal).

El siguiente testimonio me llegó vía email, pero el informante de 77 años se puso en contacto conmigo telefónicamente animado por su esposa. Tras esa conversación telefónica, y de aclararme que jamás había contado su experiencia, me dijo que estaba dispuesto a colaborar si sus datos personales que lo identificaran no salían a la luz. Su relato extraído del cuestionario dice:

“Me caí a la edad de 8 años aproximadamente y me di un golpe en la cabeza, me recogieron unos amigos, me pusieron tumbado con la cabeza hacia el cielo. Entonces vi como mi cuerpo se elevaba hasta una altura de entre 3 y 5 metros. Podía ver mi cuerpo entero en la posición antes descrita y alrededor a todos los que me rodeaban. No supe que me había llevado a la posición en la que estaba. A continuación, lo que voy a describir no me acuerdo de todos los detalles ya que fue hace muchos años.

Una vez suspendido en altura y viendo el cuerpo físico mío debajo recuerdo vagamente que había una reunión de señores (no me acuerdo el número exacto, pero podían ser 5 o 6), uno con barba blanca y pelo blanco que discutían muy efusivamente alrededor de una mesa, me fije en este en concreto por que los demás no tenían pelo blanco. A ninguno de ellos lo había visto jamás, y tampoco intuí que fuera alguien conocido. Al final de la discusión, que según recuerdo hablaban sobre la posibilidad de que yo siguiese hacia arriba (en alusión al cielo) o hacia abajo. Tengo que decir que estos señores que discutían estaban vestidos con trajes que por lo que yo deduzco era de la época medieval hecho con tela gruesa, como si fueran monjes.

Una vez terminada esta discusión, el señor de barba blanca que parecía ser el jefe de todos ellos, me preguntó que si quería subir para arriba o regresar con mis padres. Yo conteste inmediatamente que con mis padres. En ese momento, viendo mi cuerpo debajo y a todos los amigos empecé a descender lentamente hasta unirme con mi cuerpo físico y en ese momento recobré la consciencia.

Cuando estaba arriba y veía mi cuerpo físico debajo no sentí dolor, solamente miedo por la determinación de lo que ellos iban a decidir. También tengo que decir que en ese momento creía en Dios porque mis padres eran muy católicos. En la actualidad no creo en Dios”.

La informante 246 reflejaba en su cuestionario lo siguiente:

“solo vi una imagen donde pude reconocer familiares y amigos que ni siquiera sabía que uno de ellos había muerto durante mi experiencia cercana a la muerte, aparte los vi mucho mejor que cuándo estaban vivos”.

Estos dos datos son muy interesantes pues no son tan conocidos como los elementos de ver la luz o el túnel. Uno es el hecho de no saber que, uno de los amigos que vio durante su experiencia, había muerto. El otro dato es el hecho de verles mejor que cuando estaban vivos antes de fallecer. Esto puede suponer que la informante, que afirma tener conocimientos de las ECM por curiosidad, pueda haber leído sobre el tema e incorporarlos a su experiencia o bien que realmente así hubiera sido.

Por último, la informante 223 comenta en su cuestionario su experiencia extracorporal:

“Empecé a sentir mareo y de pronto me encontraba mirando desde arriba toda la sala de partos en especial recuerdo como veía a mi hija en manos de la enfermera y después cuando pensaba en lo que había vivido me di cuenta que desde la perspectiva que yo tenía en la camilla no podía ver a mi hija y sin embargo recuerdo como la veía desde arriba y yo todavía no la había visto, porque nada más salir la niña, sufrí una hemorragia y ni pude verla”.

En cuanto a los resultados de la escala de Greyson, contestaron 34 informantes, de los cuales 2 puntuaban por debajo de la puntuación de corte 7. Del resto, 15 puntuaban en el componente cognitivo, 6 en el afectivo, 1 en el paranormal y 7 en el trascendental. Los otros 5 obtenían una puntuación no clasificable en ninguno de los anteriores componentes.

En relación a los datos cuantitativos obtenidos, se ha realizado un análisis de la varianza⁴⁰ con la variable dependiente Escala Total y los cuatro componentes, y como variables independientes el género, la edad y el tiempo transcurrido⁴¹ desde que se tuvo la ECM, dado que es interesante valorar si el paso del tiempo tiene alguna influencia a la hora de contar las características de misma. Se han encontrado diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$) en la Escala Total y al 99% ($p < 0,01$) en el componente paranormal, debidas al rango de edad, como esto es sucesivo en los distintos rangos de edad se puede concluir que, los informantes menores de 30 años puntúan más en la escala total y en el componente paranormal, es decir recuerdan sus experiencias con mayor intensidad que los de más edad, según la escala de Greyson. Al ser este un análisis exploratorio, los resultados podrían convertirse en una futura línea de investigación.

En los otros tres componentes (cognitivo, trascendental y afectivo) no hay diferencias significativas. Tampoco las hay debidas al género, como ya han apuntado otros autores como es el caso del mismo Greyson (1983), ni al tiempo transcurrido desde que la persona ha tenido su ECM hasta la fecha en la que se ha recogido.

7.5. DATOS Y TESTIMONIOS DE EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA VÍA EMAIL

Además de los cuestionarios que los miembros del grupo de Facebook me enviaban, también me relataban sus historias con respecto a las visiones en el lecho de muerte de sus familiares. Uno de los testimonios que me enviaron es el siguiente:

⁴⁰ Se ha utilizado el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS-19.0.

⁴¹ Dado que la edad de los informantes oscila entre los 27 y los 77 se ha establecido un rango de edad en tres grupos: igual o menor de 30, entre 31 y 50 y más de 51. En cuanto al tiempo transcurrido desde que tuvieron la ECM hasta que es contada también se agrupó en: de 0-5; entre 6 y 10 y más de 11.

“Hola Cristina,

Estoy en tu grupo Experiencias cercanas a la muerte de Facebook. Te envío mi experiencia por si te sirve de algo. Te lo escribo de manera extensa, pero si aún necesitas más información contacta conmigo y te la daré. Si quieres que te rellene algún cuestionario no hay problema, me lo envías por mail.

Mi madre murió el 30 de enero de 2012 de cáncer. Tenía un tumor de Klatskin que le detectaron en julio de ese año y le dieron de 6 a 9 meses de vida. Durante su enfermedad en dos ocasiones entró en coma, la primera vez fue unos 3 meses antes de morir y la segunda unos días antes de morir. Esta segunda vez ya no salió del coma (o del estado agonizante). (...)

Siempre he sido escéptica y no sabía nada de estas cosas, ni de ECMs, ni apariciones ni nada por el estilo. Me parecían cosas paranormales, fuera de mis intereses y de mi vida normal, cosas que se hablan de vez en cuando entre amigos, pero como entretenimiento, sin darles credibilidad.

Cuando mi madre salió del primer coma, me contaba que había visto a sus padres y a otros familiares, que había hablado con ellos. No la contradije nunca, pero pensaba que eran alucinaciones provocadas por su estado, por eso no le di pie a que se explicara más. Sabiendo lo que sé ahora, sé que era una ECM.

Otra cosa que ocurrió fue que mi tío, marido de la hermana de mi madre, que había ido a verla hacía poco tiempo, cayó gravemente enfermo y murió en noviembre, dos meses y medio antes que ella. Ella me iba preguntando cómo estaba y yo le iba contando, pero cuando se puso peor y murió nos pareció a la familia que no debíamos decírselo. El caso es que después de la muerte de mi tío, me preguntó por él sólo una vez más y yo le dije que estaba mejor, que se iba recuperando. Ella me miró rara y me dijo “ya...” y no me volvió a preguntar más. Mi madre siempre ha sido una persona muy intuitiva y a veces sabía las cosas sin decírselas, por eso en broma a veces le decíamos que era una “bruja” (en el buen sentido de la palabra), así que esa vez yo estuve segura de que ella ya sabía que había muerto, aunque no me dijo nada.

Mi madre eligió el día y el momento de morir. Me explico. En sus últimos días mi madre, estando agonizante, no respondía a nada ni a nadie, pero yo me inventé una forma de comunicarme con ella con una ligera presión en mi mano. La doctora de paliativos que venía a casa me dijo que sí era posible que me comunicase con ella como lo estaba haciendo, de hecho, se lo demostré en casa. Yo presentía que no se iría hasta despedirse de mi hermano, que no estaba en Vinarós con ella porque nosotros vivimos en Barcelona y él, por trabajo sólo podía venir los fines de semana. Le pregunté si quería hablar por teléfono con él y con una ligera presión con el dedo me dijo que sí. Entonces le llamé y le hice hablar a mi hermano con ella, a pesar de que él pensaba que no se enteraba de nada. Se lo hice pasar muy mal a mi hermano, pero sé que mi madre era lo que quería. Cuando colgué el teléfono, vi cómo le caían lágrimas a mi madre, a pesar de que estaba agonizante, como he comentado antes. A los pocos días murió. Además, yo me pasaba todas las horas que podía a su lado, excepto para comer, ir al baño y fumar de vez en cuando un cigarro. Por la noche dormía con ella. Pues ella esperó uno de esos momentos en que yo no estaba para irse. Cuando murió estaban con ella en la habitación mi padre y la chica que nos ayudaba en casa. Esta chica me llamó enseguida y fui rápido a la habitación. Cuando llegué, sabiendo que ya no le podía hacer daño, la cogí en mis brazos y aunque ya había fallecido, dio un último suspiro. No sé cómo pudo ocurrir eso. He llegado a obligarme a pensar que me lo imaginé, pero sólo porque no tiene sentido.

Justo 17 meses y medio después murió mi padre, el 11 de julio de 2013. Mi padre ya era mayor y a mediados de junio tuvo un ataque de ciática del que se hubiera podido recuperar, pero no quiso. No quería vivir más y por eso no quería levantarse de la cama. Su recuperación era complicada porque era un hombre muy delgado, con una artritis muy avanzada y con EPOC. Pero no quiso poner nada de su parte.

Mi madre, durante ese período del año y medio desde su muerte, estuvo "visitando" a mi padre casi a diario. Mi padre era una persona atea y no creía en cosas sobrenaturales. Sin embargo, me decía que mi madre se sentaba cerca de él, pero cuando él a veces se le acercaba para tocarla, porque le parecía tan real, dice que desaparecía.

Mi padre, cuando recibía la "visita" de mi madre, no estaba bajo ningún efecto de medicación alucinógena, ya que la medicación que tomaba era la habitual desde hacía muchos años. Lástima no haberle preguntado más sobre ello. Por aquel entonces yo no sabía nada de esto y sólo pensaba que veía a mi madre porque la quería tanto que se lo imaginaba. Pero lo poco que hablamos sobre esto, por lo que me contaba, decía que le echaba "broncas" y le decía lo que tenía que hacer. Ahora sé que le preparaba para que se fuese en paz. Es que mi padre tenía un carácter difícil, y las cosas que le decía eran para que cambiase actitudes y se fuese en paz, como así ha sido. De hecho, mi padre cambió su actitud mucho desde que murió mi madre, se hizo mucho más cercano y amable.

(...)

No sé si algo te servirá, si es así puedes utilizarlo para lo que creas conveniente respetando el anonimato" Testimonio 46 EFV.

Otro relato recibido muestra, y esto ha ocurrido en dos de los relatos recibidos, que la persona que va a fallecer ya ha estado en "otro lugar" y sabe lo que le espera y cuándo. Uno de estos relatos es el siguiente:

"Hace 3 días que murió la suegra de mi hija (...) esta señora tenía mucho miedo a morir y así se lo decía a sus hijos, estando ya moribunda, pero con su cabeza totalmente alerta, al entrar su hijo a la habitación que hacía 10 minutos que había salido, la encontraron rompiendo papeles," ¿qué haces mamá?" preguntó su hijo, a lo que la madre respondió, "ya he estado al otro lado y he visto a tu padre, al final, esperándome, y había otro hombre con él que no conozco, y me está diciendo que ya me tengo que quedar allí. Allí están todos muy felices y yo puedo andar, estoy muy feliz de moverme", el hijo la dijo: "y ¿por qué no te quedas?", a lo que contestó, "porque aquí también estoy feliz, estáis tú y tus hermanos y mis nietos". El hijo la respondió: "mamá siempre estas igual, dices que te mueres, pero yo te veo muy bien". Ya, respondió ella, pero esta vez me están esperando y ya no puedo quedarme más tiempo, dame el crucifijo que voy a rezar", "anda mamá descansa, y duerme un rato", ella insistió: "que te digo que me des el crucifijo", se lo dio y empezó a rezar, pidiendo por sus hijos y nietos sin perder el sentido, viendo cómo se aceleraba su respiración nos dimos cuenta, que no duraría mucho, y así fue, con una cara llena de paz aspiró aire y se fue. Esta señora era gallega, y se fue con 90 años". Testimonio 47 EFV.

Tanto en testimonios como el anterior, como en los cuestionarios sobre visiones en el lecho de muerte, los informantes cuentan situaciones como las que se muestran a continuación:

“Estando con él en el hospital, estando él en sus facultades, me llamó y me dijo: “está merodeando por aquí la de la guadaña, no sé a quién se llevará”. A mí, como si alguien me lo hubiese revelado por dentro, dije para mis adentros: “a ti, papá” y a los dos días falleció”.

“Si, parece ser que entre los que iban llegando, apareció el asesino de su primer marido, causándole una tremenda desazón, de pronto la oímos dar gritos en la habitación, le increpaba, lo interrogaba ¿qué haces aquí, a qué vienes, ¿qué quieres? la oía gritar. Recuerdo que como esa situación duró bastante pues yo entré en su habitación en una ocasión para ver qué pasaba, señalaba un lugar cerca del armario donde supuestamente estaba el asesino, y desde su cama lo increpaba, mi madre le hizo gestos y se calló, por más de dos semanas mi madre le llevaba infusiones de tila, para que se tranquilizara”.

“Venían seguido a visitarla, pero el día que murió (estaba ciega desde hacía 4 años atrás) algunas personas vinieron a por ella, los reconoció y les decía que se fueran, que no quería ir con ellos, y así murió poco a poco”.

“(…) aparentemente aquella persona del otro lado le respondía sus dudas y le decía lo que iba a pasar y la hora exacta, porque el día que se despidió de mí me pregunto la hora, estuvo preguntando todo ese día constantemente la hora. Llegada la noche me pidió que no me fuera que me quedara allí acompañándolo, que me acercara a él. Entonces volvió a preguntar la hora y yo le respondí las diez de la noche y él ahí se despidió de mí como si supiera que ya se iba. A la hora falleció y sé que sintió mucha paz. No encuentro explicación alguna de quién era esa persona con quien hablaba, solo sé que le avisó exactamente todo lo que ocurriría”.

“Nos estremecimos cuando empezó a decir: “abridme la puerta, por favor abridme la puerta y al rato comenzó a llamar a JESÚS en repetidas ocasiones y estirando los brazos en alto, como si alguien la sujetara o tirase de ella, repetía: esperadme que ya voy, madre mía, espérame que ya voy...”.

Del total de los 59 emails recibidos sobre Experiencias al final de la Vida⁴², 41 aseguraban que su familiar o amigo manifestó, durante los días previos a su fallecimiento, ver o hablar con familiares o amigos fallecidos, 10 respondieron que no y 8 fueron relatos acerca de lo que les había ocurrido con un familiar, de los cuales cuatro eran visiones en el lecho de muerte y cuatro eran otro tipo de experiencias. El hecho de que haya más personas que aseguran la aparición de las visiones en el lecho de muerte se debe a que, aquellas personas pertenecían al citado grupo de la red social y estaban dispuestas a colaborar para aportar su testimonio. La gran mayoría que no tenía conocimiento de que sus familiares tuvieran las citadas visiones, no se molestó en pedir el cuestionario, puesto que entendían que no podían aportar nada. Por lo tanto, no es un dato que asegure en ningún momento la prevalencia ni la incidencia de estos hechos.

Estas visiones que cuentan los acompañantes de quienes están a punto de fallecer, por lo general, ocurren desde unos días antes hasta el día del fallecimiento, pero en los testimonios recogidos cuentan que aparecen incluso bastantes meses antes. Véase tabla 7.5.1.

⁴² Véase anexo 4.

RESUMEN DE LOS ELEMENTOS QUE APARECEN EN LAS EXPERIENCIAS AL FINAL DE LA VIDA
GRADO DE PARENTESCO
Padres, hermanos, conocidos, abuela, esposa, hijos, primos, marido, cuñado, mujeres de negro, tío, amiga de la infancia, un ser de blanco (mujer), Jesús.
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA VISIÓN HASTA EL FALLECIMIENTO
9 meses, 6 meses, 3 meses, 1 mes, 2 semanas, 1-2 Semanas, 10 días, 1 semana, 4-5 días, 3 días, 36 horas, 2 días, 1-2 días, 10 horas, 4-5 horas, 30 minutos,
QUÉ SE DECÍAN
<p>Habían ido a verla. Todo acabaría pronto. Se iba a tomar algunos vinitos con su padre. Que no tuviera miedo, pronto estarían juntos. Que no se preocupara, todo iba a ir bien. Que la esperaran. Venían a verla y a que se fuera con ellos. Le sonreían. Le preguntaron cómo estaba. Estaban bien. La esperaban para una fiesta.</p>
HECHOS OCURRIDOS EN LOS MOMENTOS PREVIOS Y POSTERIORES AL FALLECIMIENTO
<p>Estaba ciega y supo reconocer “quienes” habían venido a verla. Señalaba hacia el lugar donde “estaban”. Sabía que un hijo suyo había muerto y no se lo habían dicho. Frío en la estancia*. Luz blanco-azulada en la habitación*. Sensación de Paz* Se fundieron varias bombillas. Sentía (un familiar) que algo traspasaba la mano. Sentían algo al lado. Tras hablar “con ellos”, cayó en coma. Olor a flores*. Comenzó a amar a su esposa. Ruidos estruendosos. Extendió los brazos para coger a alguien y murió. Extendía la mano. Le daba gusto “verlos” pero a la vez le extrañaba.</p>

Tabla 7.5.1. Elementos que aparecen en las experiencias al final de la vida. *varias veces comentado

7.6. DISCUSIÓN

Como se ha podido comprobar en las entrevistas, las ECMs, sea cual sea su naturaleza, evidencian un gran contenido simbólico y psicológico que el ser humano necesita explorar y conocer.

Por una parte, como veíamos en la entrevista 186, la lucha por la supervivencia que transmite una de esas visiones que tiene el paciente reflejaba su estado físico real y recuerda las etapas del Bardo en el Budismo Tibetano. No obstante, y pese a lo horroroso de tales visiones, la experiencia no es vivida por el paciente de forma traumática o angustiosa como podría parecer, sino que la considera positiva, en palabras del paciente: *“he tenido la suerte de haberla vivido y haberla sobrevivido. Para mí es una experiencia enriquecedora totalmente”*, experiencia que, además, está reforzada por las muestras de cariño que tuvo a lo largo de su ingreso. Nancy Evans Bush (2002) a propósito de lo que ocurre en experiencias como esta, comenta que, si la persona es capaz de aceptar esta experiencia y buscarle un sentido, tendrá un cambio positivo.

Pero no todas las experiencias se viven positivamente, hay algunas que producen en el experimentador un gran desasosiego tras recobrar el estado de conciencia o vigilia. Una acertada validación de las emociones y una adecuada exploración en este tipo de casos, ayudaría al paciente a recuperarse, con su mundo emocional intacto. Especialmente conveniente es en el caso de los niños, donde es de vital importancia que puedan reconocer estas experiencias. La figura de un profesional puede ayudar a integrarlas en su vida de manera eficaz y terapéutica, como también apunta la investigadora P. Atwater (1999:108). Es necesario darse cuenta de que en muchos casos hay que recomponer la experiencia puesto que, las ECMs llevan asociadas, en algunos casos, pérdidas de diferente naturaleza, como la pérdida de la salud, la pérdida de un hijo u otro ser querido como veíamos en los testimonios 58 y 189. Es necesario saber detectar y gestionar la relación e influencia de ambas experiencias desde el primer momento, dentro del ámbito hospitalario, para su posterior derivación, si fuera necesario, al profesional correspondiente.

La experiencia, en la mayor parte de los casos es positiva y el experimentador la vive gozosamente y en paz, pero los condicionamientos sociales y el miedo a ser juzgados, como apunta la Dra. Sartori (2015), hacen que guarden sus vivencias y sólo las

comenten en casos especiales de mucha confianza o con alguien que les muestra interés y respeto, como era mi caso. Los testimonios 145 y 173 son ejemplos de esa prudencia a la hora de hablar del tema.

Una buena parte de los datos prospectivos (70%), afirmaba haber estado en un lugar o dimensión no terrenal. Alguno hablaba en términos de arriba y abajo, cielo, bosque o citaba elementos como agua, columpios, flores, nubes, etc. No se puede obviar el elemento de recreación especialmente en los datos retrospectivos y en la interpretación que uno hace de su propia experiencia con el afán inconsciente de creer haber estado en el cielo o en el más allá. No en vano, la creencia en la supervivencia del alma es el motor de todas las religiones donde se le asegura al practicante la resurrección, la reencarnación o la vida eterna, eliminando de esa forma el temor a ser aniquilado y a la completa desaparición, es decir, la caducidad de la existencia humana.

Quizás muchos de los experimentadores quieran interpretar y dar explicación de esa forma a su experiencia, por lo que los testimonios de quienes eran reacios a estas vivencias o incluso detractores, como el paciente 77, son considerados con más detenimiento pues el cambio de valores y creencias es un factor que se da con relativa frecuencia como se explica en los diferentes estudios retrospectivos que se han publicado (Ring, 1986; Grey, 1987; Atwater, 2001).

Uno de los datos que más llaman la atención especialmente en los datos retrospectivos es que el recuerdo de los hechos importantes o destacados se mantiene prácticamente intacto con el paso del tiempo (Sartori, 2015) como veíamos en el testimonio 208. El hecho contrasta con diversas hipótesis que asumen que estas experiencias son sueños o alucinaciones o cualquier otra explicación biomédica (Mobbs & Watt, 2011). Varios pacientes aseguraban vehementemente que no se trataba de un sueño, sino que lo habían vivido, como son los testimonios 58 y 4, así como la sensación de no estar ya enfermos durante la experiencia (Van Lommel, 2012:52) véanse los testimonios 145 y 22.

En relación al lenguaje utilizado, ya se ha comentado que tiende a ser más elaborado con el paso del tiempo debido fundamentalmente a que, en algunos casos, el experimentador ha analizado muchas veces su experiencia, ha leído y ha escuchado sobre el tema, por lo que no están exentos de que se hayan incorporado elementos externos a la propia experiencia. Sin embargo, en los datos prospectivos, aunque hay

que tener en cuenta las variables socioeducativas y la edad del informante⁴³, las experiencias suelen ser menos elaboradas pues acaba de ocurrirles y no han procesado del todo la vivencia, por lo que vacilan y buscan ejemplos que puedan describir de una forma más adecuada lo que vivieron, en otras palabras, la inefabilidad (Van Lommel, 2012:51) que se pudo comprobar en los testimonios 145, 87, 77, 189.

En relación a la percepción del tiempo podemos encontrar testimonios donde los pacientes sentían que el tiempo se aceleraba o que ocurría todo a la vez (152,126, 145) tanto en los datos prospectivos como en los retrospectivos. El doctor Jeffrey Long y Paul Perry (2011), en su estudio realizado para la NDERF en los que fueron recogidos 613 encuestas⁴⁴encontraron que el 60,5% de los encuestados respondieron positivamente a la pregunta de si tuvieron alguna sensación de alteración del espacio y del tiempo.

Por otra parte, encuentro de vital importancia los testimonios 189 y especialmente el 145 donde los informantes cuentan que tuvieron una revisión vital fragmentada, es decir, vieron hechos de su pasado, concretamente de su infancia. El paciente 145 cuenta en su entrevista una revisión vital fragmentada (Long & Perry, 2011), aunque no con todos los elementos de la misma y, pese a su incredulidad, relata de esta manera ese elemento: “lo veía como una pantalla de televisión o de cine, yo veía a mi madre y a mí y sabía que era yo, claro”.

En la tabla 7.6.1. se muestran distintos estudios realizados en las distintas regiones del planeta donde se reflejan el año del estudio, el primer autor, la fuente de donde se extrajeron los sujetos de estudio y el país, la medida utilizada, el número de casos y la incidencia estimada.

⁴³ Aunque la edad no es un factor que modifique la aparición de las ECM, sí es importante tenerlo en cuenta debido a que el hospital donde se realizó el trabajo de campo atiende al área 7 formada mayormente por pueblos que se encuentran en zona rural o de huerta y sus habitantes de más edad suelen haber sido agricultores en su mayor parte con pocos recursos educativos, lo que puede dificultar tanto la expresión lingüística como la lectura de esta temática.

⁴⁴ Para más información puede consultarse la web <http://www.nderf.org/evidence>

CAPITULO 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

AÑO	PRIMER AUTOR	FUENTE DE SUJETOS DE ESTUDIO Y PAÍS	MEDIDA DE ECM	Nº CASOS /POBLACIÓN EN RIESGO	INCIDENCIA ESTIMADA
1992	Zhi-ying	Heridos terremoto	Escala ECM ⁴⁵	72/81	88%
2001	Knoblauch	Encuesta nacional, Alemania	Desarrollado por los investigadores	82/356	23%
2001	Parnia	Paro cardíaco, Hospital de Southampton, UK	Escala ECM	4/63	6,3%
2001	Van Lommel	Paro cardíaco, 10 hospitales en Holanda	WCEI ⁴⁶	62/344	18%
2002	Schwaninger	Paro cardíaco, un hospital EEUU	Escala ECM y WCEI	7/30	23,3%
2003	Greyson	Casos cardíacos, un hospital EEUU	Escala ECM	11/116	9,5%
2003	Greyson	Clínica psiquiátrica, pacientes externos, un hospital EEUU	Escala ECM	61/272	22,4%
2005	Sartori	Infarto, UCI hospital de Gales	Escala ECM	15/39	17,9%
2006	Perera	Encuesta nacional, Australia	Items de Escala ECM	60/673	8,9%
2007	Lai	Dialisis, siete centros, Taiwan	Escala ECM y WCEI	45/710	6,3%
2008	Pasricha	Hogares, India	Preguntas	21/36100	0.06%
2010	Corazza	Consumidores de ketamina	Escala ECM	50/125	40%
2010	Kelmenc-ketis	Paro cardíaco, tres hospitales, Eslovenia	Escala ECM	11/52	21,5%
2010	Fracasso	Estudiantes universitarios musulmanes iraníes	Escala ECM y preguntas	19/30	63%
2014	Parnia	Paro cardíaco, 15 hospitales de EEUU, Reino Unido y Austria	Escala ECM y entrevistas	9/101	9%
2016	Lázaro-Pérez	Distintas enfermedades, UCI hospital de Murcia	Escala ECM cuestionario y entrevistas	10/170	5,8%

Tabla 7.6.1. Estudios publicados sobre incidencia estimada de ECM. Fuente: (Perera, Jagadheesan, & Peake, 2012) y elaboración propia.

⁴⁵ Escala de Experiencias cercanas a la muerte (Greyson, 1983).

⁴⁶ Weighted Core Experience Index (Ring, 1980)

Los resultados encontrados en la tabla 7.6.1. varían en cuanto a la incidencia estimada. Esto puede deberse a los distintos tipos de mediciones y al proceso que dio lugar a la ECM.

En el estudio que presento, se obtienen los resultados de la administración del cuestionario y entrevista semiestructurada, donde se formulan todas las preguntas que constituyen la escala de Greyson (1983) y el cuestionario de NDERF (Long & Perry, 2011), así como la propia escala de Greyson en algunos de los casos.

Aunque en el presente estudio se encuentra porcentajes similares a los de estudios anteriores, estos tienden a ser ligeramente inferiores. Hay que tener en cuenta que la muestra es destacadamente inferior que la mayoría de los estudios que se presentan en la tabla 7.6.2.

A continuación, se muestra una tabla con los datos de los elementos más frecuentes encontrados en diferentes estudios.

Investigador	Año	Elemento	%	Nº casos
Ring	1980	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión vital ● Encuentro con otros seres. ● Encuentro con seres fallecidos. ● Decisión de regresar. 	24% 41% 16% 57%	102
Greyson	1983	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de paz. ● Sensación de gozo. ● Sentido del tiempo alterado ● Percepción de la existencia de otro mundo. ● Sensación de unidad cósmica ● EFC 	77% 64% 64% 58% 57% 53%	74
Pacciolla	1996	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de vida ● Sensación de estar rodeados por una luz. ● Llegada a un límite o barrera. 	50% 46% 46%	24
Schwaninger y Otros.	2002	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de paz. ● EFC ● Encuentro con otros seres. ● Sensación de estar rodeado por una luz. ● Encuentro con seres místicos. ● Agudeza de los sentidos. ● Percepción de la existencia de otro mundo. 	100% 90% 72% 63% 63% 54% 54%	11

CAPITULO 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Investigador	Año	Elemento	%	Nº casos
Greyson	2003	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de paz. ● Estar rodeado de luz. ● EFC. ● Sensación de gozo. ● Percepción de la existencia de otro mundo. ● Encuentro con otros seres. ● Sensación de unidad cósmica 	85% 79% 70% 67% 63% 52% 52%	27
NDERF	2004-08	<ul style="list-style-type: none"> ● Experiencia fuera del cuerpo ● Incremento en la percepción sensorial. ● Emociones y sentimientos intensos. ● Viaje hacia o a través del túnel. ● Estar rodeado de luz. ● Encuentro con seres místicos. ● Sentido de alteración del tiempo y espacio. ● Revisión de vida. ● Percepción de la existencia de otro mundo ● Aprendizaje de un conocimiento especial. ● Llegada a un límite o barrera. ● Regreso voluntario al cuerpo físico 	75,4% 74,4% 76% 33,8% 64,6% 57,3% 60,5% 22,2% 40,6% 56,6% 31% 58,5%	613
Lázaro-Pérez	2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación de Paz y Quietud ● Ruido o sonidos ● Pasar por un túnel ● Estar rodeado de luz ● Encuentro con otros seres ● Encuentro familiares y amigos ● Sensación alteración espacio y tiempo ● Ver un lugar o dimensión especial no terrenal ● Sensación poseer conocimientos especiales ● Cambios en percepción vida y muerte 	60% 40% 20% 40% 40% 20% 30% 70% 10% 20%	10

Tabla 7.6.2. Porcentajes de elementos aparecidos en los estudios de ECM.

En la tabla 7.6.3. se pueden apreciar las diferencias y semejanzas de elementos aparecidos en los tres tipos de datos recogidos: Retrospectivos, Prospectivos y Retrospectivos a través de email.

ELEMENTO	DATOS PROSPECTIVOS (N=10)	DATOS RETROSPECTIVOS (N=9)	RETROSPECTIVOS EMAIL (N=45)
	%	%	%
Sensación de Paz y Quietud	60%	100%	88,8%
Ruido o sonidos	40%	33,33%	46,66%
Verse fuera del cuerpo	0	11,11%	62,22%
Pasar por un túnel	20%	33,33%	51,11%
Ver la luz al final del túnel	40%	44,44%	68,88%
Encuentro con otros seres	40%	11,11%	51,11%
Ver familiares y amigos	20%	22,22%	22,22%
Encuentro con un ser luminoso	0	22,22%	22,22%
Experiencia de revisión vital	0	22,22%	35,55%
Encontrarse límite o frontera	0	33,33%	24,44%
Regreso voluntario al cuerpo físico	0	11,11%	13,33%
Posee percepciones extrasensoriales tras la ECM	0	0	31,11%
Posee poderes de sanación desde la ECM	0	0	20%
Sensación alteración tiempo y espacio	30%	44,44%	40%
Ver lugar, dimensión especial o hermoso, no terrenal	70%	44,44%	28,57%
Sensación de poseer conocimientos especiales de orden universal	10%	0	28,88%
Cambios en la percepción de la vida y la muerte.	20%	44,44%	91,11%
Conocimientos previos	60%	33,33%	33,33%

Tabla 7.6.3. Porcentaje de elementos aparecidos en los datos recogidos intra y extrahospitalarios.

En relación a las experiencias al final de la vida han sido muy pocos los testimonios que se han podido recoger en el ámbito hospitalario, como ya indicaba, concretamente cuatro, es por esto que no es posible comparar los resultados con otros estudios previos

realizados por otros autores, pero sí es posible destacar algo que es común a todos ellos y es que todos los casos, el paciente manifestaba hablar con sus familiares (hermano, madre, marido, perra). Ciertamente los datos que se han mostrado son los que no se trataban de personas que se encontraban confusas o desorientadas. Como apuntaban Osis y Haraldsson (1977:47), caeríamos en un error al suponer que todo lo que dice el paciente que ve y es invisible al resto de personas son las llamadas visiones en el lecho de muerte. Estos casos en los que el paciente balbucea sin un sentido claro, fruto de ensoñaciones o posibles efectos de la medicación no fueron tomadas en cuenta.

En los testimonios expuestos se ven con claridad los elementos propios de las experiencias, la paz y serenidad en quienes ven a sus familiares, el hecho de tener que marcharse se manifiesta en algunos de ellos, bien diciendo que no se quieren ir como diciendo que les esperen que van enseguida.

Aunque en los testimonios tanto los recopilados en el hospital como fuera del mismo aparecen visiones de personas, todas ellas están muertas. Las apariciones de personas vivas suelen estar más relacionadas con un mal funcionamiento cerebral. En otros estudios se han encontrado visiones con familiares, pero en algunos casos estaba vivos y en ninguno de ellos estos familiares tenían el propósito de llevarse al paciente (Osis & Haraldsson, 1977).

En su libro *Lo que vieron a la hora de la muerte* (1977:110), Osis y Haraldsson los autores contestan con un no a la pregunta que ellos mismos se hacen: "¿Aparecen parientes muertos en los casos en que los pacientes no quieren irse?, pero en dos de los testimonios que he recogido los pacientes no querían irse y así lo manifestaban, si bien es cierto que en uno de los casos la familia no preguntó a la paciente con quién hablaba y a quién le decía que no vinieran a por ella (testimonio 172b), en otro (191) los hermanos del paciente son los que vienen y él manifiesta "...quieren que me vaya con ellos, pero yo no quiero irme, me quiero quedar con vosotros".

En relación a la edad no se puede establecer diferencias pues todos tenían una edad muy avanzada y debido al número de casos no era factible establecer comparaciones. En una entrevista realizada a una enfermera que trabaja como *counselor* en cuidados paliativos pediátricos comentaba que un niño en el momento de su muerte alzó los brazos, como cogiendo los brazos de alguien, y su madre en el mismo momento preguntó: "habéis visto la luz alrededor del cuerpo de mi hijo" (Audio entrevista Mirella,

minuto 18:35) y una semana antes de morir decía haber visto a su abuelo al cual no conocía en vida (minuto 04:00, 2ª parte). Algo que se ha dado en los adultos con frecuencia como se ha expuesto en varias ocasiones a lo largo de esta tesis.

En relación a las ECMs hay dos aspectos destacados que van a marcar el rumbo de su conocimiento. Por un lado, cada día se conoce más sobre el tema y se van produciendo más investigaciones en hospitales de todo el mundo. Por otra parte, los avances en medicina hacen que mucha gente sobreviva a afecciones de las que antes no lo hacían y de ellos muchos de ellos experimentarían ECMs, lo que va a hacer que el número de experimentadores aumente y se hable más de ellas. Intentemos que sean quienes investigan y no tanto los que pretenden lucrarse.

7.6.1. CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS

En lo que se refiere a las hipótesis planteadas en este estudio, se hará a continuación un planteamiento general de los resultados y el contraste de las referidas hipótesis. Al ser este un estudio en su mayor parte cualitativo, es difícil apelar a la justificación estadística para confirmar o no las hipótesis, así que, en varias de ellas, nos centraremos en los discursos cualitativos para enunciar lo que a priori sería una hipótesis aceptada o rechazada.

Las hipótesis 1-2-3-4 y 5 hacen referencia a las ECM, tanto referidas a las EMT como a las EFV, a saber, las implicaciones de la experiencia vivida, la posible influencia del género y la edad en su aparición, también cuestiones referidas a la ayuda del conocimiento de la existencia de la ECM en la labor profesional del sanitario y la calidad del morir en quienes han vivido una VLM y por último la influencia de medicamentos en la aparición de tales experiencias. Por su parte, las 6-7 y 8 están relacionadas con la formación de los profesionales ante enfermos que están en una situación muy comprometida para su supervivencia.

H₁- La mayor parte de las personas que tienen una ECM pierden el miedo a la muerte y creen en algo más allá de la vida.

En referencia a esta hipótesis llama la atención que los resultados en cuanto a los cambios en la percepción de la vida y la muerte sean muy bajos (20%). Esto puede deberse a que la muestra es muy pequeña y muchos aún no habían procesado su

experiencia y otros no contestaron a la pregunta adecuadamente. En comparación con los datos retrospectivos recogidos vía email la diferencia es cuantiosa debido a que es el 91,11% de los que respondieron el cuestionario. En relación con el estudio retrospectivo realizado para el TFM, los datos también apuntan al 100% de los entrevistados. Lo que sugiere que es necesario el seguimiento posterior de los pacientes, en una tercera fase de la investigación. Al hilo de estos datos, en la entrevista que realicé a Jeffrey Long (Anexo 3) el doctor afirmaba: *“estos efectos secundarios aumentan con el paso del tiempo (...) no se dan de inmediato, llevan años, probablemente una media de siete años”*. De modo que de momento no es posible confirmar esta hipótesis. En el mismo Anexo, en la Entrevista a Pim Van Lommel encontramos que afirma *“cuanto más tiempo pasa entre la ECM y la entrevista, se presentan, por lo general, los cambios más positivos”*.

H₂- El género y la edad no afectan a la incidencia de aparición de las ECM.

Tomando en consideración las diferentes vías de obtención de información se puede decir que comparando los datos obtenidos en el hospital no hay diferencias entre hombres y mujeres ni tampoco en función de la edad. En referencia a los datos obtenidos vía extrahospitalaria como por email al no ser aleatorios no se puede establecer valores que puedan establecer una diferencia significativa en orden a fijar un sexo o edad como predominante en la aparición tanto de las EMT como en las VLM. Se confirmaría la hipótesis.

H₃-El conocimiento de las ECMs es de gran ayuda para los profesionales que trabajan con enfermos terminales y con enfermos hospitalizados en:

H_{3a} la integración de las experiencias en su vida cotidiana, especialmente en la superación del trauma de ECMs negativas,

H_{3b}. alivio del sufrimiento al final de la vida y

H_{3c}. mejor elaboración del duelo de los familiares.

En referencia a esta hipótesis y teniendo en consideración las entrevistas realizadas a los pacientes y familiares tanto de EMT como de EFV, se puede confirmar que el conocimiento de las ECM por parte de los profesionales es esencial a la hora de integrar la experiencia vivida, especialmente en los casos en que tal experiencia no es positiva. Cuando un paciente cuenta la experiencia que ha tenido y el profesional no valida esa vivencia como elemento natural y rectifica la percepción con explicaciones

que contradicen el modo en que lo vive el paciente, está interrumpiendo el proceso de integración de la experiencia. En muchos casos, los pacientes que tienen conocimiento del tema callan por las conocidas negativas de aceptación de las ECM, otras desean contar la experiencia porque es algo muy especial que les ha ocurrido.

Debido a que en los casos detectados se ha dedicado tiempo a que el paciente y/o el familiar hable de su experiencia, tanto en EMT como en las EFV, de sus temores, de sus preocupaciones, de cómo ayudar a su familiar y a ellos mismos a encarar la recta final de su vida, tanto los pacientes como los familiares se han sentido aliviados al poder dar otra explicación a lo que les había pasado o a lo que estaban viviendo sus familiares, como ellos mismos manifestaban. Se confirmaría la hipótesis.

H₄- Las personas que al final de su vida tienen visiones en el lecho de muerte, mueren de forma apacible.

Debido a que en las entrevistas los familiares contaban que tras la experiencia caían en un profundo sueño del que no despertaban, o que cuando expresaban ver a sus familiares eran las últimas palabras que pronunciaban, que morían con una sonrisa o que la muerte era dulce, se puede decir que las personas que tienen visiones en el lecho de muerte mueren de forma apacible. Se confirmaría la hipótesis.

H₅- Los medicamentos administrados a los pacientes no son la causa de la aparición de todas las ECM.

Tomando en consideración la medicación administrada a los pacientes recogida en los informes de altas y el tipo de experiencias vividas, se pueden ver claras diferencias entre las experiencias provocadas por medicación y las que no. La medicación provocaba recuerdos confusos, poco claros y a veces ininteligibles. Las ECM reportadas se muestran claras, aunque la persona no pudiera expresar de forma nítida lo vivido. Lo mismo ocurría con los pacientes de paliativos, donde yo misma podía hablar con el paciente y comprobar su grado de conciencia y confusión. Estos casos no se han incluido en la presente tesis. Se confirmaría la hipótesis.

H₆- La figura del psicólogo en las unidades de cuidados paliativos y Cuidados intensivos es imprescindible en la gestión del burnout en relación a la muerte, procesos de duelo y atención al enfermo y familiar.

Como resultado del estudio 2 donde se analizaron los factores que influyen en el afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos se vio que la

puntuación total de los trabajadores era medio-alta en cuanto al estrés laboral y notales en cuanto a la ansiedad ante la muerte, donde manifiestan explícitamente la dificultad de atender a la familia, al propio paciente e incluso en ocasiones de su propio afrontamiento en situaciones difíciles. La intervención preventiva y formativa del psicólogo para ayudar a desarrollar estrategias para abordar estas situaciones se ve claramente recomendable en unidades donde se da con más dureza las situaciones próximas a la muerte. Se confirmaría la hipótesis.

H₇- El grado de ansiedad ante la muerte de los estudiantes de enfermería es superior al de los trabajadores en activo.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio 3 de la presente tesis, relativa a los resultados cuantitativos de la escala DACS de Ansiedad ante la muerte, los profesionales de Cuidados Intensivos presentan más ansiedad ante la muerte que los estudiantes (siendo las puntuaciones superiores en cuanto al género, en las mujeres). La hipótesis se fijaba en el hecho de que los profesionales de la salud, fruto de la experiencia, se habrían adaptado mejor a las situaciones relacionadas con el estrés y la ansiedad ante el dolor y la muerte, y los estudiantes, al no estar enfrentándose a esa situación del modo que los trabajadores, presentarían mayor nivel, por el desconocimiento y las expectativas. Los resultados podrían deberse a que los expertos, es decir, los profesionales que llevan más de 9 años trabajando en el servicio, también muestran mayor nivel de burnout, lo que podría estar influenciando la ansiedad ante la muerte. No se podría confirmar la hipótesis.

H₈- Los estudiantes en ciencias de la salud presentan menor grado de ansiedad ante la muerte que los estudiantes de ciencias sociales.

El estudio 3 refleja que, los alumnos de ciencias de la salud son quienes muestran menor grado de ansiedad ante la muerte en comparación con los de ciencias sociales, especialmente quienes están más en contacto con el paciente que es el caso de los estudiantes de Enfermería y Medicina frente a los de Psicología. El hecho de que a lo largo de los grados se esté tratando el tema de la enfermedad y la muerte les hace estar más en contacto con esta realidad que los alumnos que en sus grados no se trata el tema. Esta podría ser una posible explicación a estos resultados. Se confirmaría la hipótesis.

7.6.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Tras haber realizado el contraste de las hipótesis es necesario volver a retomar las preguntas de investigación que se plantearon al principio. La primera pregunta se refería a:

¿Son similares Las ECM en España, en cuanto a su contenido e incidencia, a las del resto de occidentales?

Si tomamos como referencia las tablas 7.6.1, 7.6.2 y 7.4.1 donde aparecen la comparativa entre los elementos que aparecen y la incidencia, vemos que los elementos que aparecen tanto en los datos prospectivos de esta investigación como los retrospectivos⁴⁷ son los mismos que los que aparecen en las distintas investigaciones realizadas en otros países. En cuanto a la incidencia, aunque los porcentajes en los datos prospectivos son ligeramente inferiores, los retrospectivos son básicamente similares a los del resto, especialmente confluentes con la investigación de la NDERF.

La segunda pregunta se refiere al conocimiento previo:

¿Influye el conocimiento previo de las ECM o de las VLM en su aparición?

En referencia a las VLM, es muy difícil saber si su conocimiento influye en la aparición, pues no hay forma de medirlo. En muchas ocasiones se ha intentado dar por supuesto tal caso, considerando que es un mecanismo psicológico para afrontar mejor la propia muerte, pero los casos en los que las personas ateas o escépticas ante este hecho también comenten en su lecho de muerte estar viviéndolo, parece que no avala esta teoría.

En cuanto a las EMT los datos retrospectivos recogidos por las tres vías consideradas tienen un porcentaje de conocimiento similar, entorno al 30% de los casos, lo que sería difícil de explicar para el 60% restante. Sin embargo, en los datos prospectivos, el porcentaje se invierte siendo alrededor del 60% los que dicen tener algún conocimiento de ello. En algunos casos han afirmado no haberlo creído hasta que les tocó a ellos, o creer incluso no creer en tal experiencia porque ellos no tuvieron la visión más conocida, lo que hace entender que el conocimiento que tienen de las ECM es limitado. Por lo

⁴⁷ Los datos que se toman en cuenta tanto prospectivos como retrospectivos son los que se tomaron en la UCI del hospital.

tanto, no se podría afirmar con rotundidad que el conocimiento previo influya en su aparición.

La tercera pregunta se refiere a la diferencia entre las experiencias prospectivas y retrospectivas:

¿Tienen los relatos extra-hospitalarios sobre las ECMs más contenido y son contados con más vehemencia que los hospitalarios?

Si tenemos en cuenta las experiencias recogidas a nivel extrahospitalario y las comparamos con las experiencias prospectivas podemos encontrar gran diferencia en cuanto a los detalles, la interpretación y a lo sólido que es el discurso de las primeras. Esto puede ser debido a la integración de la propia experiencia que, pasado un tiempo, se hace más compacta. Los experimentadores además de interpretar han asumido esa experiencia y en muchos casos, les gusta haberla tenido, por lo que el lenguaje utilizado podría adaptarse a crear la situación que mejor describa, lo que ha significado para el mismo experimentador.

Las siguientes preguntas de investigación se refieren al personal sanitario que está más presente en las circunstancias que rodean al paciente que tiene una ECM, así como a sus condiciones para enfrentarse a la muerte de una manera satisfactoria. La pregunta 4 se refiere específicamente a:

¿Ayudaría a los pacientes a afrontar la ECMs, especialmente las negativas, si el personal de enfermería tuviera conocimientos tanto de las mismas como de la forma de abordarlas?

Como se indicaba en la Hipótesis 3, parece que el conocimiento del personal sanitario sobre las ECM es imprescindible a la hora de que el paciente pueda asimilar la experiencia (Morris & Knafl, 2003). Tal conocimiento no tiene que ser a nivel académico, basta con saber escucharlas, reconocerlas y que pueda ser expresada, pues son los sanitarios quienes entran en contacto con los pacientes tras la experiencia. Desdeñar tales experiencias pueden causar un problema en el paciente que en algunas ocasiones puede tener consecuencias no deseadas y una tardía recuperación psico-anímica. El hecho de que varios experimentadores con experiencias retrospectivas hablaran conmigo con ganas e interés por primera vez del tema, y no fueran capaces de hablarlo con nadie antes, es un hecho que podría contestar esta pregunta. Si años atrás hubieran podido hablar de ello, la integración de su experiencia habría seguido el curso normal y

natural y las dudas que son las que provocan mayor incertidumbre podrían haberse disipado al conocer que hay más personas que tienen esa misma experiencia.

Las preguntas 5 y 6 están estrechamente relacionadas pues se refieren a la formación en determinados factores que influyen en el afrontamiento de la muerte.

¿El grado de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería se reduciría con programas asistenciales y de formación?, ¿Se podría disminuir el grado de burnout del personal sanitario con programas psicológicos de reducción de burnout?

En las muchas conversaciones con el personal de enfermería que he tenido, muchos de ellos planteaban la necesidad de formación en relación al afrontamiento de la muerte.

En el estudio 2 se mostraba que ante la pregunta *¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?*, 2 indicaron que sí la tenían, 13 que no y 1 parcialmente. Cuando no se tiene la percepción de estar formado en algo tan personal y controvertido suele ser un indicativo de que la necesidad está porque el problema ya existe. Los programas asistenciales y formativos ayudarían a gestionar la propia ansiedad ante la muerte y el estrés laboral ante la exposición continua al dolor y la muerte y beneficiaría en su desarrollo profesional.

La última pregunta *¿Cambiaría en algo la competencia relacional del personal médico y de enfermería si se tomara en cuenta la trascendencia de la consciencia?* es difícil de responder y sería más interesante que los propios implicados respondieran a la misma. Preguntando, a través de un grupo de discusión virtual de enfermeras qué pensaban acerca de esta pregunta, estas apuntaban a que estaban seguras de que así sería y que todo el que es religioso o cree en algo más, es más empático. También consideraban que “si se tomara en cuenta esta cuestión se ampliaría cualitativamente las relaciones interpersonales e interprofesionales ya que las miradas al otro tendrían otra amplitud... multidimensional, cuando vemos al otro desde una perspectiva ampliada, desde las cuatro dimensiones del ser, comprendemos mejor lo que le ocurre y abrimos capacidades en todos los que entran en relación”. Lo cierto es que muchos sanitarios son creyentes o profesan alguna religión y su competencia relacional no dista mucho del trato hacia los pacientes que tienen otras personas que confiesan no serlo. Un problema que suscita esta pregunta es que mezclan dos conceptos, la religiosidad y la espiritualidad. En mi estancia en el hospital, he podido conocer y observar a bastantes sanitarios y ver su día a día y su quehacer diario y he de decir que, aquellas personas

que más empatizan con el paciente son las que no se consideran tan religiosas, pero sí practican ciertas disciplinas que fomenta el carácter espiritual en su vida cotidiana. Por lo tanto, en base a mi observación podría decir que el comportamiento relacional y/o la empatía es independiente de la creencia religiosa y tiene más que ver con la personalidad y la forma de vida que con la religión.

CAPITULO 8. ESTUDIOS 2 y 3.

“El progreso de la ciencia se ve refrenado al imbuir en las mentes jóvenes un concepto falso de la naturaleza de la realidad, y la perniciosa idea filosófica de que el hombre está compuesto de materia concebida al modo clásico no se revela como incompatible con los hechos empíricos.”

Henry Stapp

Perteneciente a la antropología social y cultural se encuentra un subcampo denominado Antropología médica que intenta solucionar las demandas humanitarias y científicas de la medicina a través del estudio de los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, pero también de la enfermedad y de la asistencia. Se han realizado estudios de carácter etnográfico a través de la observación, los cuestionarios y entrevistas, de forma que se obtiene información acerca de cómo las personas perciben la salud y la enfermedad, y de qué forma la sociedad, la política, la cultura y el ambiente afectan a la salud en ambos aspectos, tanto positiva como negativamente⁴⁸.

Así mismo, y en la misma línea de trabajo, se encuentra la etnomedicina, que intenta descubrir las creencias relacionadas con la salud, los conocimientos y prácticas de un grupo social⁴⁹.

En el mundo occidental y específicamente en el hospitalario, el cuerpo humano es el instrumento de trabajo y la principal premisa es la curación. Quizás a la luz de los resultados de este estudio, parecería interesante concebir lugares donde, una vez que no se puede ayudar al paciente desde un punto de vista biomédico, se les ayudara a bien morir, hecho que, como se ha indicado en apartados anteriores, se intenta eliminar de nuestro día a día.

⁴⁸ <http://es.slideshare.net/eyderalexander/antropologa-mdica-y-de-la-salud>

⁴⁹ <http://es.slideshare.net/chaquitos977/antropologia-medica>

A pesar de que los cuidados paliativos están lentamente haciéndose un lugar en la medicina occidental con cierta elegancia, aún faltan muchos pasos que dar en este sentido y cabría preguntarse si todo el personal que trabaja en pro del paciente está igual de preparado para afrontar la muerte como lo está para afrontar la curación.

Los siguientes estudios arrojan información sobre este tema.

8.1. ESTUDIO 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS

8.1.1. INTRODUCCIÓN

Como se indicaba en el apartado 6.1.3. a medida que la investigación avanzaba, se detectaban aspectos en el personal de enfermería que podían ser interesantes conocer más en profundidad, especialmente en el servicio de UCI que era donde se realizaba la mayor parte del trabajo de campo de estas tesis. Estos aspectos se relacionaban con el síndrome de burnout y con la ansiedad ante la muerte.

Y es que, aunque en la mayoría de las ocasiones la muerte, que como ya se apuntaba en el capítulo 2, es un proceso biopsicosocial, apenas puede apreciarse, ya que el declive de los actos vitales es muy gradual y escapa a la simple observación (Hernández-Cabrera, y otros, 2002).

Hoy en día, la muerte sigue viéndose como algo amenazador en tanto que, para muchas personas, significa la extinción o aniquilación de nuestra existencia como seres humanos vivos, así también es visto en los hospitales, donde el interés general es salvar vidas, hasta el punto de considerar la buena muerte como aquella que ocurre repentinamente y si es de forma inconsciente mejor (Gala-León, y otros, 2002), ya que, la mayoría de los seres humanos creen que, si somos conscientes de que nos estamos muriendo el grado de sufrimiento sería tremendo.

Este miedo a la muerte no solo es propiedad del paciente o familiar, sino que, el profesional sanitario, como ser humano y con la experiencia de verla en su lugar de trabajo a diario, puede también ser víctima de ese temor en lugar de percibirla como algo natural y, en los casos oportunos, encaminar su quehacer terapéutico en ayudar a

que la muerte sobrevenga de una manera menos traumática para el paciente y acompañantes. Para que esto ocurra, el personal sanitario debería estar desprovisto de ciertas emociones y actitudes como el miedo o ansiedad ante la muerte, y quizás limitar el llamado ensañamiento terapéutico en los casos que no sea realmente necesario, ya que crea un entorno poco propicio y natural para que se dé el proceso final de la vida, y crea estrés tanto en los propios profesionales como en el paciente (Pascual-Fernández, 2011). Además, este tipo de estrés laboral o institucional del profesional de enfermería al que se encuentra sometido y que se genera debido a las tareas que realiza de afrontamiento y asistencia continuada al dolor y la muerte (Lees y Ellis, 1990; Bene y Foxall, 1991; Fitch, Bakker y Conlon, 1999; Tomás-Sábado y Fernández, 2002) puede generar un inquietante síndrome de burnout. Hay estudios en los que se han encontrado correlaciones positivas y significativas entre burnout y estrés ocupacional, y entre el primero y la ansiedad ante la muerte (Mallet, Price, Jurs y Slenker, 1992; Limonero y Fernández-Castro, 2008).

Por todo esto, se creyó necesario conocer los niveles de ansiedad ante la muerte y los factores que se interrelacionan con ella del personal de enfermería de la UCI del HGURS, para poder prevenirlo y/o actuar de forma más beneficiosa para el paciente.

8.1.2. OBJETIVO

El objetivo de este estudio ha sido evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte del personal de enfermería y los factores que se relacionan con el estrés profesional fruto de la asistencia continua del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de cuidados intensivos del HGURS de Murcia.

8.1.3. METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

Estudio descriptivo transversal y análisis multivariante.

Ámbito de estudio

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Descripción de la Muestra

Los sujetos que participaron en la investigación fueron todos los profesionales de enfermería de la unidad de cuidado intensivos del mencionado hospital, incluyendo diplomados y auxiliares de enfermería (véase Tabla 8.1.1), que trabajaban allí en la fecha de realización del estudio desde el enero a junio de 2015. Su participación fue voluntaria y el único criterio de inclusión para participar en el estudio era que tuvieran una antigüedad de más de tres meses en el servicio. El estudio no introduce modificación alguna en la práctica clínica, ni revela datos personales de los encuestados, aun así, se informó oportunamente al comité de investigación y ético-asistencial sobre la incorporación de este estudio a la propuesta de trabajo de campo ya presentada y aceptada. No se solicitó consentimiento informado, en el encabezamiento de la encuesta se explicaba a los participantes los objetivos del estudio y el tratamiento posterior confidencial de los datos, considerándose que la respuesta voluntaria de la misma equivale al consentimiento.

FACTORES	PORCENTAJES		TOTAL
GENERO	Hombres: 34,8%	Mujeres: 65,2%	100%
ESTADO CIVIL	Casados: 60,9%	No casados: 39,1%	100%
CATEGORÍA PROFESIONAL	D.u.e: 60,9 %	Auxiliar Enf: 39,1 %	100%
RANGO EDAD	30-39 años: 21,7%	40-49 años: 26,1 %	Más de 50 años: 52,2%
EXPERIENCIA PROFESIONAL	Novel: 39,1 %	Experto: 60,9 %	100 %

Tabla 8.1.1. características de la muestra

Método de Recogida de Información.

Se utilizaron dos entrevistas autoadministradas, que se distribuyeron al personal y que fueron recogidas con la colaboración del supervisor del servicio de UCI. La entrevista está dividida en 4 bloques:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales: diseñado ad hoc para este estudio. Con el fin de poder comparar los resultados con otros estudios, se incluyeron las variables más utilizadas en la literatura previa (Anexo 5).

2. Pregunta cerrada sobre su percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte y relatos de libre extensión en los que los profesionales describían situaciones de estrés vividas en su puesto de trabajo en un tiempo reciente. Se les solicitaba que describieran con sus palabras cómo ocurrieron los hechos que describen, quiénes participaron, cuáles fueron sus sensaciones y actitudes y qué recursos utilizaron para afrontarlas (Anexo 5).

3. Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte (DACs) de Moya-Faz (2010). Consta de 23 ítems con respuestas dicotómicas SI o No. Se agrupan en cinco grupos bien diferenciados: ansiedad muy deficiente, ansiedad insuficiente, ansiedad normal, ansiedad notable y ansiedad sobresaliente y se agrupa en seis factores: F1: Miedo a pensar en una operación, formado por los componentes: miedo a quedar muy mutilado tras la operación; miedo al mal éxito de ésta, miedo al dolor que se pueda sentir tanto durante como tras la operación, miedo ante la anestesia por no volver a despertar y por último el peso que tiene la experiencia personal; F2: Miedo a tener un ataque al corazón, formado por los componentes: miedo a tener un ataque al corazón; por la soledad del momento y poder llegar a morir; por darse de forma repentina y en último lugar por el dolor del instante; F3: Miedo ante el cáncer, formado por los componentes: miedo por el sufrimiento del tratamiento; miedo ante el cáncer; miedo por significar la muerte y, finalmente, preocupación por ser una carga para otros; F4: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir, formado por los componentes: miedo a lo desconocido; miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir; cambiar muchas cosas de la vida; la vida es corta y tener miedo a que la muerte llegue rápida F5: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir II, formado por los componentes:

miedo al dolor y miedo a la angustia que se pueda sufrir durante dicho proceso; F6: Preocupación por el futuro, formado por los componentes: preocupación por el tiempo perdido y preocupación por el estado en que deje a su familia (Anexo 5).

4. El Maslach Burnout Inventory (MBI) (1996), versión española. Es la escala más utilizada para evaluar el síndrome de burnout en profesionales sanitarios. Consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones, donde 1 tiene el valor “nunca” y 5 “diariamente”, que describe la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Estos ítems se agrupan en tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) (Anexo 5).

8.1.4. RESULTADOS

Las encuestas se administraron al total de profesionales de enfermería de la unidad de intensivos del HGURS de Murcia, una población compuesta por 23 DUEs y 21 auxiliares, de los cuales respondieron 25 sujetos, siendo válidas 23 encuestas que al menos contenían totalmente cumplimentadas las dos escalas. De ellas, 16 contestaron a la pregunta ¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?, 2 indicaron sí, 13 que no y 1 parcialmente; y 13 relataron una situación percibida como estresante, tal como puede observarse en la Tabla 8.1.2.

¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?		Media años de profesión
SI	2	26,5
NO	13	22,75
Parcialmente	1	30

Tabla 8.1.2. Tasa de respuestas pregunta cerrada.

8.1.4.1. RESULTADOS DE LA ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Se ha realizado el análisis de la varianza en un modelo 2x2x3x2, de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,795:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer)
- Factor Nivel de experiencia: dos niveles (experto, novel)

LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE.

- Factor Rango de edad: tres niveles (> de 40 años; entre 40 y 49 años; < de 50 años)

- Factor estado civil: dos factores (casado, no casado).

En la escala total MBI se halla un valor global medio de 61,61 (DT= 5,88). En hombres se ha obtenido una puntuación media de 59,25 (DT= 5,70) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 62,87 (DT= 5,76), en base a estos resultados podemos decir que en la Escala MBI, aunque ambos sexos presentan puntuaciones medias-altas, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar burnout que sus compañeros varones, al 95% de significatividad ($p < 0,05$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	7,411	0,026**
Nivel de Experiencia	1	1,931	0,202
Rango de Edad	2	1,312	0,322
Estado civil	1	0,596	0,462
Género* Nivel de Experiencia	0	-	-
Género* Rango de Edad	1	0,717	0,042
Género* Estado Civil	1	5,876	0,042**
Nivel de Experiencia* Rango de Edad	0	-	-
Nivel de Experiencia* Estado Civil	1	5,308	0,050**
Rango de Edad* Estado Civil	2	3,901	0,066*
Género*Nivel Experiencia*Rango Edad	0	-	-
Género*Nivel Experiencia*Estado Civil	0	-	-
Genero * Rango de edad * Estado civil	0	-	-
Nivel_Expe * Rango de edad * Estado Civil	0	-	-
Genero*Nivel Experiencia*Rango de Edad* Estado Civil	0	-	-

Tabla. 8.1.3. ANOVA Variable dependiente: Total escala MBI. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 95% ($p < 0,05$), ya que, los casados tanto hombres ($M=61,00$; $DT= 6,59$) como mujeres ($M= 61,78$; $DT=4,63$) obtienen puntuaciones medias sin diferencias significativas; no así en los no casados⁵⁰ donde sí aparecen diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$), ya que las mujeres no casadas ($M= 64,50$; $DT=4,48$) tienen mayor riesgo de padecer burnout que los hombres no casados ($M=56,33$; $DT=2,51$).

En cuanto a la interacción entre los factores nivel de experiencia y estado civil es significativa al 95% ($p < 0,05$), ya que, el novel casado ($M=60,80$; $DT=6,18$) presenta mayor puntuación en la escala que el no casado ($M=59,00$; $DT= 4,54$), mientras que esta situación se invierte cuando estamos hablando de profesionales expertos, donde los no casados ($M=64,00$; $DT=8,60$) van a presentar valores medios superiores a los casados ($M=61,89$; $DT= 4,88$) siendo todas estas diferencias significativas estadísticamente.

En la interacción entre los factores rango de edad y estado civil se ha encontrado diferencias significativas entre los diferentes niveles al 90% ($p < 0,05$), ya que, mientras los casados mantienen una línea ascendente en el valor de las puntuaciones medias de la escala conforme va aumentando la edad, de 30-39 años ($M=57,67$; $DT=6,42$), 40-49 años ($M=61,00$; $DT=4,54$) y más de 50 ($M=63,43$; $DT=4,68$), los no casados presentan inicialmente esta misma tendencia en los grupos de edad de 30-39 años ($M=60,50$; $DT=6,36$) y de 40-49 años ($M=68,00$; $DT=12,72$) pero no así en el grupo de más de 50 años que baja su puntuación de forma considerable ($M=59,80$; $DT=5,26$).

La subescala Agotamiento Emocional (AE) presenta un valor medio de 17,74; ($DT= 6,16$). En hombres se ha obtenido una puntuación media de 16,75 ($DT=6,29$) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 19,80 ($DT=6,03$); en base a estos resultados podemos decir que en la Subescala AE, aunque ambos sexos presentan puntuaciones medias-altas, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar burnout que sus compañeros varones al 90% de significatividad ($p < 0,1$).

⁵⁰ En el factor estado civil se ha incluido en el valor No casado a aquellas personas cuyo estado civil es diferente al casado como soltero, viudo, separado o divorciado.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	4,835	0,059*
Nivel Experiencia	1	0,303	0,597
Rango Edad	2	1,253	0,336
Estado Civil	1	0,639	0,447
Género* Nivel Experiencia	0	-	-
Género* Rango Edad	1	2,988	0,122
Género* Estado Civil	1	5,013	0,056*
Nivel Experiencia* Rango Edad	0	-	-
Nivel Experiencia* Estado Civil	1	0,834	0,388
Rango Edad* Estado Civil	2	2,730	0,125
Género* Nivel Experiencia*	0	-	-
Rango Edad	0	-	-
Género* Estado Civil	0	-	-
Género* Rango Edad* Estado Civil	0	-	-
Nivel Experiencia* Rango Edad* Estado Civil	0	-	-
Género* Nivel Experiencia* Rango Edad* Estado Civil	0	-	-

Tabla. 8.1.4. ANOVA Variable dependiente: Agotamiento Emocional (AE). Elaboración SPSS.

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La interacción entre los factores género y estado civil en la subescala AE es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, los casados tanto hombres ($M = 18,80$; $DT = 7,08$) como mujeres ($M = 18,67$; $DT = 5,76$) obtienen puntuaciones medias sin diferencias significativas; no así en los no casados donde sí aparecen diferencias significativas al 90% ($p < 0,1$), ya que las mujeres no casadas ($M = 21,50$; $DT = 6,56$) tienen mayor riesgo de tener burnout que los hombres no casados ($M = 13,33$; $DT = 3,21$), cuyo riesgo es bajo.

En las subescalas de Despersonalización (D) y Realización personal (RP) no se han encontrado diferencias significativas en los factores ni en las interacciones entre ellos. El total de cada una de estas subescalas ha puntuado un nivel alto en ambas, concretamente en RP ha obtenido un valor medio de 32,70 donde alto se considera por debajo de 33; en la subescala D, el resultado ha sido una media de 10,17, en valores superiores a 10 se considera un nivel alto.

8.1.4.2. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE -DACS

Se ha realizado el análisis de la varianza para un modelo 2x2x3 de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,466:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer)
- Factor estado civil: dos factores (casado, no casado)
- Factor nivel burnout: tres niveles (bajo, medio, alto).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Estado Civil	1	1,014	0,327
Género	1	5,733	0,028**
M.B.I	1	1,925	0,182
Género* Estado Civil	1	3,099	0,095*
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

Tabla 8.1.5. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global. Elaboración SPSS
Nota: *p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

Los resultados de la Puntuación Global (PG) de la Escala DACS, presenta un valor medio de 1,29 (DT=0,18). En los hombres se ha obtenido una puntuación media de 1,16 (DT=0,83) mientras que en las mujeres ha sido significativamente superior presentando valores medios de 1,37 (DT=0,18), en base a estos resultados podemos decir que en la Escala DACS, aunque ambos sexos presentan puntuaciones notables, es decir, más de lo normal, las mujeres presentan mayor nivel de ansiedad que sus compañeros varones, al 95% de significatividad (p<0,05). Véase Tabla 8.6.

ANSIEDAD	HOMBRES	MUJERES
MEDIA	1,16	1,37
DESV. TÍPICA	0,83	0,18

TABLA 8.1.6. Variable género, escala de ansiedad.

En cuanto a la interacción entre los factores género y estado civil, esta es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,14$; $DT= 0,07$) y mujeres ($M=1,43$; $DT=0,17$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor nivel de ansiedad que sus compañeros varones; sin embargo es en el personal sanitario no casado donde no aparecen diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,27$; $DT=0,17$) tienen prácticamente el mismo nivel de ansiedad que los hombres ($M=1,19$; $DT=0,10$).

En el análisis de las subescalas se obtienen los siguientes resultados:

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Estado Civil	1	0,538	0,473
Género	1	0,538	0,473
MBI	1	0,15	0,903
Género* Estado Civil	1	3,639	0,073*
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

Tabla 8.1.7. ANOVA Variable dependiente: F1. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F1 (Miedo a pensar en una operación), la interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,36$; $DT= 0,24$) y mujeres ($M= 1,66$; $DT=0,26$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias significativas al 90% ($p < 0,1$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor puntuación en la subescala F1 que sus compañeros varones; sin embargo en el personal sanitario no casado no hay diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,36$; $DT=0,22$) tienen prácticamente el mismo nivel en la subescala F1 que los hombres ($M=1,50$; $DT=0,16$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Estado Civil	1	0,001	0,973
Género	1	5,970	0,025**
MBI	1	0,17	0,898
Estado Civil* Género	1	1,213	

Tabla 8.1.8. ANOVA Variable dependiente: F2. Elaboración SPSS

Nota: *p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

En la subescala F2 (Miedo a tener un ataque al corazón), la diferencia debida al factor género es significativa al 95% (p<0,05), ya que, las mujeres (M= 1,65 y DT=0,36) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres (M=1,21; DT= 0,28).

En la subescala F3 (miedo ante un cáncer) no hay diferencias significativas ni en el factor ni en las interacciones.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	8,349	0,010***
Estado Civil	1	3,206	0,090*
MBI	1	5,310	0,033***
Estado Civil* Género	1	1,120	0,304
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

Tabla 8.1.9. ANOVA Variable dependiente: F4. Elaboración SPSS

Nota: *p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

En la subescala F4 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir), la diferencia debida al factor género es significativa al 95% (p<0,05), ya que, las mujeres (M=1,62; DT=0,31) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres (M=1,25; DT=0,14). En esta misma subescala hemos encontrado también diferencias significativas debidas al factor estado civil al 90% (p<0,10), ya que las personas casadas (M=1,55; DT=0,31) obtienen puntuaciones medias superiores a las no casadas (M=1,40; DT= 0,31). Así mismo, se han hallado diferencias significativas debidas al factor Nivel de Burnout al 95% (p<0,05), ya que, personas con nivel medio (M=1,47; DT=0,30) obtienen puntuaciones medias inferiores que los de nivel alto (M=2; DT=0). Aunque se ha

reflejado este último dato, estadísticamente no podemos tenerlo en cuenta debido a que sólo hay un sujeto de nivel alto frente a los 22 de nivel medio y al menos se habría necesitado 5 individuos.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,803	0,382
Estado Civil	1	0,116	0,738
MBI	1	1,361	0,259
Estado Civil* Género	1	3,324	0,085*
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

Tabla 8.1.10. ANOVA Variable dependiente: F5. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F5 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir), la interacción entre los factores género y estado civil es significativa al 90% ($p < 0,1$), ya que, entre los casados hombres ($M=1,40$; $DT=0,41$) y mujeres ($M=1,88$ y $DT=0,22$) se obtienen puntuaciones medias con diferencias significativas al 90% ($p < 0,1$); por lo tanto, las mujeres casadas presentan mayor puntuación en la subescala F5 que sus compañeros varones; sin embargo en el personal sanitario no casado no hay diferencias significativas, ya que las mujeres ($M=1,58$; $DT=0,49$) tienen prácticamente el mismo nivel en la subescala F5 que los hombres ($M=1,66$; $DT=0,57$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Estado Civil	1	2,001	0,174
Género	1	0,580	0,456
MBI	1	6,075	0,024**
Estado Civil* Género	1	0,012	0,915
Estado Civil* MBI	0	-	-
Género* MBI	0	-	-
Estado Civil* Género* MBI	0	-	-

Tabla 8.1.11. ANOVA Variable dependiente: F6. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F6 (Preocupación por el futuro) se han hallado diferencias significativas debidas al Nivel de Burnout al 95% ($p < 0,05$), ya que, personas con nivel medio ($M=1,20$ y $DT=0,33$) obtienen puntuaciones medias inferiores que los de nivel alto ($M=2$; $DT=0$). Al igual que ocurría en la subescala F4 a nivel estadístico no se puede tener en cuenta este dato ya que solo hay un sujeto de nivel alto frente a los 22 de nivel medio.

Se ha realizado el estudio de correlación entre las variables de las Escalas MBI y DACS no hallándose significatividad entre ellas. Una de las posibles causas de este resultado es el poco número de sujetos a los que se ha podido administrar los cuestionarios.

		Total MBI	Total DACS
Total Escala MBI	Correlación de Pearson	1	0,112
	Sig. (bilateral)		0,610
	N	23	23
Total Escala DACS	Correlación de Pearson	0,112	1
	Sig. (bilateral)	0,610	
	N	23	23

Tabla 8.1.12. Correlación entre las escalas MBI y DACS.

8.1.4.3. RESULTADOS DE LOS RELATOS EXTENSOS

Al analizar los relatos extensos y desde un punto de vista cualitativo, se vio que los profesionales hablaban de distintos aspectos que influían entre sí y se mezclaban en los testimonios, reduciendo o aumentando la percepción de estrés sin identificar de forma clara cuál era su causa principal. Para ejemplificar estos factores, incluyo fragmentos de los relatos descritos. Los factores que más destacan son la presteza, la atención a la familia y la frustración e impotencia, incluidos los sentimientos de identificación. Debido a que son pocos los relatos que compartieron, es difícil extrapolar la información obtenida de forma que sea representativa, pero sí veo interesante la sensación que, respecto a su trabajo tienen algunos de ellos.

La experiencia en servicio de los profesionales sanitarios cuyo relato fue analizado se muestra en la gráfica 8.1, donde se ve que el más numeroso (57%) es el grupo cuya experiencia en la unidad de cuidados intensivos es mayor de 9 años, aunque el total de la experiencia profesional es un 93% de los sujetos que escribieron el relato (Gráfica 8.2).



Gráfica 8.1. Experiencia en el servicio



Gráfica 8.2. Experiencia Profesional

Atención a familias, frustración e impotencia:

Refieren dificultad a la hora de enfocar el tema de la muerte con la familia y el paciente.

“Lo más difícil es la hora de comunicárselo a la familia” (Due).

“Dos situaciones, 1: situación de impotencia ante un paciente semiconsciente que percibe la sensación de muerte, ¿qué le dices?, ¿qué haces?, ¿qué es lo ideal? 2: ¿cómo actuar y qué decir/hacer con familiares ante un desenlace fatal, bien esperado o de forma inminente?” (Due).

“En general, cuando hay algún ingreso que requiere RCP y no hay éxito, tienes que afrontar el estado de ánimo de familiares y, además, el tiempo que empleas en todo este proceso es como perdido, a veces...”. (Due)

Presteza y compañerismo:

Refieren buena actitud del equipo a la hora de afrontar las situaciones de emergencia.

“Una intervención urgente en que todos vamos a una por salvar la vida del paciente y aunque estresados y sin parar durante dos horas, donde se utilizan todos los aparatos y técnicas que pueden estar en esta UCI, respirador, intubación... a veces nos queda el mal sabor de que el paciente se nos va. Otras veces la alegría y el ánimo porque le hemos reestablecido. Esta última vez no pudo ser. ¡Qué desolación!, le llegó su hora. Gracias”. (Auxiliar)

“Con los años de experiencia, las situaciones se vuelven estresantes por la presteza que hay que aportar durante situaciones de emergencia, pero no crean estrés por la atención del dolor y la muerte (al menos, en mi caso es así)”. (Due)

“No hace mucho hubo que reanimar con todos los medios a nuestro alcance a una paciente de edad joven que falleció finalmente. La actitud de todo el personal en general fue positiva y receptiva, los compañeros hicimos piña intentando ayudar en la medida de nuestras posibilidades y cuando se produjo el óbito, atendimos lo más cercanamente y mejor posible a la familia, en una situación tan delicada para ellos y tan difícil para todos”. (Auxiliar)

“Paciente joven que ingresa grave, intubada, en coma farmacológico, etc. Estuve dos horas sin parar de atenderle en el ingreso, se quedó algo más estable y me fui a casa. Al día siguiente encuentro la cama vacía, ha muerto esta tarde-noche. Se complicó, empezó a sangrar por pulmón y murió. La sensación es que “no le tocaba”, empezó con una gripe y ya se ha acelerado todo. Me sorprende lo fugaz y contradictoria que es la vida y la muerte”. (Due)

“Mujer joven, con posibilidad de hacer una parada. Situación estresante, participamos todo el personal con actitud positiva ante la situación utilizando todos los recursos que teníamos”. (Auxiliar)

Otros factores:

Aunque no corresponde exactamente a lo solicitado en la entrevista, expresan su percepción personal de lo que les ocurre o ha ocurrido en su lugar de trabajo.

“En estas situaciones me pongo muy tensa, me afectan mucho, a veces me tengo que salir del box por no ponerme a llorar con la familia”. (Auxiliar)

“Te formas solo. Los cursos (he dado alguno) no siempre están bien orientados. Creo que existe ensañamiento terapéutico algunas veces. Cada especialidad se preocupa o fija en lo suyo”. (Due)

“Un paciente extranjero sin identificación fue encontrado solo de madrugada, inconsciente y fue trasladado a la UCI. Tras numerosas pruebas diagnósticas, no se conocía la causa de su desvanecimiento. Tras muchas horas en esa situación, generó una gran incertidumbre en la uci”. (Auxiliar)

Sin asociación:

El hecho de que haya testimonios que refieran no recordar situaciones estresantes en relación a la muerte y al dolor tras 20 años de trabajo en el servicio de UCI o que sólo apenen las muertes de personas jóvenes podría interpretarse desde varios puntos de vista; por un lado, la evitación, consciente o inconsciente, de las situaciones dolorosas, negándose hasta el recuerdo de las mismas, o bien una descomunal adaptación al entorno que pueda insensibilizar o automatizar el trabajo sin permitirse sentir emociones.

“No recuerdo ninguna”. (Due)

“No suelo estresarme, ni tengo miedo. Solo me da pena cuando son jóvenes los que mueren. Pero hace mucho que no se me ha presentado el caso”. (Auxiliar)

Poco reconocimiento:

Este testimonio refiere la situación por volumen de trabajo y falta de reconocimiento.

“Cuando hay mucho trabajo y empiezan a pedirte cosas para el enfermo, pero todo al mismo tiempo y que no para la gente de quejarse por todo y de todo. Terminas para tomar un camino de oír a esas personas quejarse de todo y encima no reconocen tu trabajo. La cabeza me estalla. Me refiero a enfermeros y médicos”. (Auxiliar)

8.1.5. DISCUSIÓN

Como ya apuntaba Seravalli (1988), las enfermeras y los médicos se suelen sentir afectados por la muerte, debido bien a que profesionalmente se sientan impotentes para afrontarla o a que ellos mismos temen a la muerte. El autor mantiene que lograr un mejor y mayor entendimiento de lo que les ocurre a los que van a morir esa sensación de temor o ansiedad ante la muerte se podría mejorar (Patterson, 1997).

Los resultados obtenidos concuerdan con los trabajos de Shursterman (Shursterman y Sechrest, 1973), Denton (Denton y Wisenbaker, 1977) y (Pascual-Fernández, 2011), que encontraron que en los profesionales de enfermería la experiencia profesional y la ansiedad ante la muerte correlaciona negativamente.

Notivol y otros (1993), recogen de algunos profesionales que la sensación de impotencia disminuye con la experiencia, llegando en algunos casos, según apuntan, a ser causa de desequilibrio emocional y endurecimiento. En el análisis cualitativo de este estudio se apuntaba a que las interpretaciones al hecho de que hubiera un testimonio que afirmaba que después de veinte años de trabajo en UCI no recordara ninguna experiencia estresante, eran el endurecimiento o insensibilización y el desequilibrio emocional o la evitación de situaciones dolorosas.

En su tesis doctoral el Dr. Pacheco (Pacheco, 1987:32) apunta a que “en general, el personal sanitario, carece de la necesaria formación profesional y técnica para enfrentarse, de forma coherente, ante la situación de angustia que plantea el enfermo que agoniza”. El mismo autor encontró en su estudio que tanto los médicos, enfermeros como los estudiantes de medicina y enfermería estaban seguros que, si tuvieran que tratar continuamente con enfermos terminales en un primer momento les causaría angustia, pero se acostumbrarían.

En este estudio se puede observar que un alto porcentaje (81,2%) de los que contestaron a la pregunta sobre la percepción de estar formado ante el afrontamiento de la muerte, no se sienten suficientemente formados con respecto a este tema. Hay autores que recogen esta misma idea (Marín y otros, 1993), (Martino y otros, 2007), (Pascual-Fernández, 2011). La ansiedad ante la muerte de los profesionales sanitarios que puede provocar la falta de formación en relación al paciente y familiar y el hecho de que la muerte sea algo inevitable se ha manifestado como una de las causas de aparición de Burnout en profesionales sanitarios (Tomás-Sábado, y Guix-Llistuella, 2001).

Uno de los testimonios recogidos aludía al hecho de que al entrevistado solo le daban pena cuando los que mueren son jóvenes. La edad de los pacientes siempre es un factor a tener en consideración a la hora de afrontar la muerte según apuntan Cumplido y Molina (2011)

En el estudio cuantitativo se ha encontrado que las mujeres casadas tienen más miedo a pensar en una operación que sus compañeros varones. Estos resultados podrían deberse a que, a pesar de los avances en la no discriminación de género, en la actualidad, el peso de las tareas del hogar aún recae en su mayor parte en las mujeres y el grado de responsabilidad en este aspecto podría justificar este dato, por el miedo a que les pase algo y que su familia quede desamparada o no puedan valerse sin ella. Datos similares se han encontrado en un estudio sobre ansiedad y cirugía (Barrilero et al, 2016) donde las mujeres presentan mayor ansiedad y depresión que los hombres y cuyos factores desencadenantes son la preocupación por la familia o personas a las que atiende habitualmente.

Las puntuaciones obtenidas en el M.B.I administrado por Cumplido y Molina (2011) no muestran un elevado grado de burnout. Sin embargo, las puntuaciones encontradas en este estudio arrojan valores medio-altos. También se ha encontrado que las mujeres tanto a nivel global como en la subescala AE tienen más riesgo de padecer burnout que los hombres, dato que concuerda con los de otros autores como (Etzion y Pines, 1986), (Morales, Gallego y Rotger, 2004), (Atance, 1997), y en cuanto al estado civil las mujeres no casadas superan a los hombres no casados.

En relación a la experiencia, se ha hallado que el novel casado presenta mayor puntuación en la escala que el no casado, mientras que es al revés en profesionales expertos, donde los no casados presentan valores medios superiores a los casados, en este sentido (Atance, 1997) asume que a menor experiencia mayor riesgo de desarrollar burnout.

En cuanto a la edad, los casados muestran un ascenso importante del riesgo de padecer burnout con la edad, aunque para los no casados comienza a descender a partir de los 50 años de forma considerable por debajo incluso de los niveles de los 30 años, sin embargo (Garnier, López, Mira, Tirado, y Rodríguez, 2001) puntualizan que quienes presentan puntuaciones más altas en el síndrome de burnout son los sujetos más jóvenes.

Un dato a destacar es la aparición de los factores que pueden estar influyendo en la aparición del burnout que se desprende de las narraciones como son la sobrecarga de tareas, el clima laboral o la impotencia ante la no consecución del restablecimiento de las funciones vitales compatibles con la vida como también indican otros autores como Cumplido y Molina (2011) o Chacón y Grau (2004).

Todos estos datos muestran que son muchos los factores que pueden influir en la práctica profesional en situaciones próximas a la muerte y que la ansiedad ante la muerte puede verse condicionada por causas diversas que no hemos podido detectar posiblemente por el número tan bajo de respuestas obtenidas.

8.1.6. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2

En cuanto a los resultados cuantitativos de M.B.I,

- Las mujeres tienen más riesgo que los hombres a desarrollar Burnout, aunque ambos tienen puntuaciones medio-altas.

- No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres si están casados. Sí las hay cuando no lo están, siendo las mujeres no casadas las que presentan mayores puntuaciones.

- En el nivel de experiencia, el experto no casado desarrolla más Burnout que el novel no casado.

- Los profesionales casados presentan más nivel de Burnout a medida que son mayores y los no casados presentan un nivel ascendente hasta la edad de 49 años; a partir de ahí baja considerablemente.

- En la Subescala AE, hombres y mujeres poseen puntuaciones medio-altas, aunque las mujeres presentan más riesgo de burnout que los hombres.

- No hay diferencias significativas entre los casados en la subescala AE. Sí las hay entre los no casados, donde las mujeres tienen más riesgo que los hombres.

En referencia a los resultados cuantitativos de la escala DACS,

- Las mujeres presentan más nivel de ansiedad ante la muerte que los hombres.

- Las mujeres casadas presentan más ansiedad ante la muerte que los hombres casados.

- En la subescala F1, las mujeres casadas tienen más miedo a pensar en una operación que los hombres casados.
- En la subescala F2, las mujeres tienen más miedo a tener un ataque al corazón que los hombres.
- En la subescala F4, (miedo a lo desconocido, a que la muerte llegue rápida), las mujeres tienen más miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir que los hombres. Los profesionales casados tienen más preocupación ante la muerte y el morir que las no casadas.
- En la subescala F5, (miedo al dolor y miedo a la angustia que se pueda sufrir en el proceso de morir), las mujeres tienen más miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir que los hombres.

En conclusión, los resultados muestran que, en cuanto al tema del burnout, las mujeres son las que tienen más riesgo de padecerlo, especialmente las casadas. En esa misma línea, los expertos no casados son los que tienen mayor riesgo hasta la edad de 49 años, donde el riesgo disminuye considerablemente.

En relación a la Ansiedad ante la muerte, las mujeres presentan más nivel de ansiedad que los hombres, especialmente las mujeres casadas, y esto es así tanto a nivel global como en las subescalas que la componen.

8.1.7. RECOMENDACIONES

Una de las evidencias que nos ofrece el estudio es la necesidad de formación en el manejo de la muerte para los profesionales sanitarios, con el objetivo de poder afrontar de una forma más competente su práctica profesional. Esto ayudaría no sólo a mejorar sus actuaciones profesionales o en lo referente a sus seres queridos, sino también a asumir de una forma más integrativa su propia muerte; si bien es cierto que hay estudios que afirman que la formación en acompañamiento en el proceso de morir no contribuyen a disminuir el nivel de ansiedad ante la muerte, en auxiliares de enfermería, sí lo hace en los enfermeros, siendo beneficioso para su práctica profesional, acrecentando la sensibilidad ante la muerte y proporcionando conocimientos sobre lo que les preocupa a los pacientes y además intensifica la respuesta empática (Tomás-Sábado, J y Guix-Llistuella, E, 2001).

El afrontamiento de la muerte es muy complejo y requeriría, a mi juicio, una evaluación mucho más profunda, reforzando la recogida de datos de forma estandarizada con entrevistas en profundidad y otras pruebas personales. Por supuesto haría falta una muestra mayor de la obtenida, ya que los relatos obtenidos en este estudio muestran, sobre todo, la diferencia a la hora de afrontar un hecho concreto que se les solicitaba.

A pesar de que las mujeres presentan mayor grado de ansiedad ante la muerte y de burnout que los hombres, sería necesario, ya que además ellos mismos así lo manifiestan, crear protocolos de prevención y formación, así como dotar de herramientas a todos los profesionales que están en contacto constante con la muerte y el dolor como es el caso de las unidades de cuidados intensivos.

Dado que en el trascurso de la formación universitaria se tiene contacto con los pacientes y adquieren conocimientos más profundos acerca de la enfermedad y la muerte desde un punto de vista biomédico, sería conveniente aumentar la docencia en aspectos psicológicos relacionados con la competencia relacional, el acompañamiento, la comunicación de malas noticias, el duelo, burnout y otras, impartidas por profesionales con la titulación, formación y experiencia adecuada y pertinente para que los alumnos adquieran las competencias básicas de esa materia y puedan tener las herramientas que le permitan, en su práctica profesional, desarrollar de una manera más adecuada y menos estresante su trabajo (Bleidorm, Pahlow, Klindtworth y Schneider, 2012), (Schillerstrom, Sánchez-Reilly y O'Donnell, 2012).

Por último, como apuntan Roy (1979) y Pacheco (1987), sería necesario “desprofesionalizar” la muerte y tratarla de una manera más natural, ayudando a que ese momento final de la vida del paciente, sea tan digno como el resto de la vida que han podido llevar, de ese modo, el profesional podría desarrollar su profesión con menos ansiedad pues la única preocupación no será salvar vidas.

8.2. ESTUDIO 3: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES.

8.2.1. INTRODUCCIÓN

Como resultado del estudio anterior, surgieron varias preguntas entre las cuales están, si obtendrían los profesionales de la enfermería diferencias significativas en cuanto a la ansiedad ante la muerte en relación a los estudiantes del mismo grado, o si las habría entre los estudiantes de unas u otras ramas de las ciencias, o si en las ciencias de la salud se podría observar diferencias entre los alumnos de diferentes titulaciones. Fruto de esas cuestiones surgió el presente estudio.

Cardozo de Angulo y otros (2014) apuntan a que, las guías docentes de los grados de medicina y enfermería de algunas Universidades, aún no les dan el suficiente protagonismo a los temas relacionados con el manejo del proceso de la muerte de los pacientes; sin embargo, ya se está comenzando a tomar en cuenta dichos aspectos y se comienzan a desarrollar estrategias educativas para fomentar la empatía con el paciente en la práctica clínica.

Los autores Nordström y otros (2011), realizaron en Suecia, una actividad llamada “el maratón de la muerte” en estudiantes de 4º de grado en Medicina para preparar a los estudiantes en la comprensión del procedimiento de comunicación de la muerte, a nivel emocional y formal, reforzando así la preparación en su futura profesión.

Así mismo, en California se hizo un estudio parecido cuyo modelo fue el Griev_ing, muy eficaz en la preparación de los estudiantes ante la comunicación de la muerte (Hobgood, Tamayo-Sarver, Hollar, & Sawning, 2009).

Por otro lado, los autores Parry (2011) y Manolakis y otros (2011), afirman que es necesario enseñar a los alumnos de diferentes áreas de la salud a enfrentarse a los pacientes moribundos; es necesario, como apunta Tomás-Sábado y otros (2004), incluir la educación sobre la muerte en los programas de formación de los estudiantes de enfermería, de forma que puedan reducir las actitudes negativas hacia la enfermedad y la muerte, si los hubiere, tanto en su ejercicio profesional como en su vida personal.

En suma, dado que la muerte es un hecho universal y los profesionales de la salud presentes y futuros están en contacto con ella en mayor o menor medida, se planteó analizar el nivel de ansiedad ante la muerte en alumnos de grado en las ramas de ciencias sociales y ciencias de la salud para conocer si hay diferencias entre quienes están más cerca de la enfermedad y la muerte y los que no.

8.2.2. OBJETIVO

El objetivo de este estudio ha sido evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte de estudiantes de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales para valorar si hay o no influencia en la titulación, así como entre los profesionales de la enfermería y los estudiantes de este grado.

8.2.3. METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

Estudio descriptivo transversal y análisis multivariante.

Ámbito de estudio

Universidad de Murcia

Descripción de la Muestra

Los sujetos que participaron en la investigación, una población de 406, fueron estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales. En ciencias de la Salud participaron estudiantes de los grados en Medicina, Enfermería y Psicología, y en Ciencias Sociales, los estudiantes del grado en Marketing. Todos ellos estudiaban en la Universidad de Murcia en el año en curso. Los datos fueron recogidos entre enero y abril de 2016. También se incorporó a los 23 profesionales del estudio previo recogido en el apartado 8.1, (véase Tabla 8.2.1). Su participación fue voluntaria y el único criterio de inclusión para participar en el estudio era que cursaran a partir de 2º curso para asegurarnos la influencia de los conocimientos de la titulación. El estudio no revela datos personales de los encuestados y se explicaba a los participantes los objetivos del estudio y el

tratamiento posterior confidencial de los datos, considerándose que la respuesta voluntaria de la misma equivale al consentimiento.

FACTORES	PORCENTAJES	
GENERO	Hombres: 43,12 %	Mujeres: 56,87 %
TITULACIÓN	Ciencias de la salud: 58,12%	Ciencias Sociales: 41,87%
CATEGORÍA PROFESIONAL	Estudiantes: 94,63 %	Profesionales: 5,36 %

Tabla 8.2.1. Características de la muestra total.

La primera parte de este segundo estudio se ha centrado en evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte de los estudiantes de ciencias de la salud y ciencias sociales. En la Tabla 8.2.2. se pueden observar las características de los estudiantes de la muestra.

FACTORES	TOTAL	N
GENERO	Hombres	177
	Mujeres	229
TITULACIÓN	Marketing	170
	Psicología	170
	Enfermería/Me dicina	66
CURSO	Segundo Curso	147
	Tercer Curso	173
	Cuarto Curso	86

Tabla 8.2.2. Características de la muestra Estudiantes.

Método de Recogida de Información.

En primer lugar, aunque la encuesta ya estaba validada, se realizó un Pretest con una muestra de 40 alumnos, 20 de Marketing y 20 de Psicología, para asegurarnos de la validez de la misma y que todos los alumnos entendían las preguntas.

Se utilizó:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales: diseñado ad hoc para este estudio (Anexo 5).

2. Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte (DACS) de Moya-Faz (2010)⁵¹. Consta de 23 ítems con respuestas dicotómicas SI o No, formada por seis factores: F1: Miedo a pensar en una operación; F2: Miedo a tener un ataque al corazón; F3: Miedo ante el cáncer; F4: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir; F5: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir II; F6: Preocupación por el futuro; y agregada en cinco grupos bien diferenciados: ansiedad muy deficiente, ansiedad insuficiente, ansiedad normal, ansiedad notable y ansiedad sobresaliente (Anexo 5).

8.2.4. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE -DACS EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS SOCIALES.

Se ha realizado el análisis de la varianza para un modelo 2x3x3 de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,442:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer);
- Factor Titulación: tres niveles (Grados en Marketing, Psicología y Enfermería-Medicina⁵²);
- Factor Curso: 3 niveles (segundo, tercero y cuarto)

⁵¹ Esta escala se especifica con más detalle en el apartado anterior 8.1.

⁵² Debido al bajo número de sujetos en la titulación de Medicina (n=20) y la afinidad en el estudio y el desarrollo profesional, se han agregado a la titulación de Enfermería (n=46).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,029	0,864
Titulación	2	24,996	0,000***
Curso	2	15,763	0,000***
Género* Titulación	2	0,702	0,496
Género* Curso	2	0,506	0,603
Titulación* Curso	4	5,632	0,000***
Género* Titulación* Curso	4	2,146	0,075*

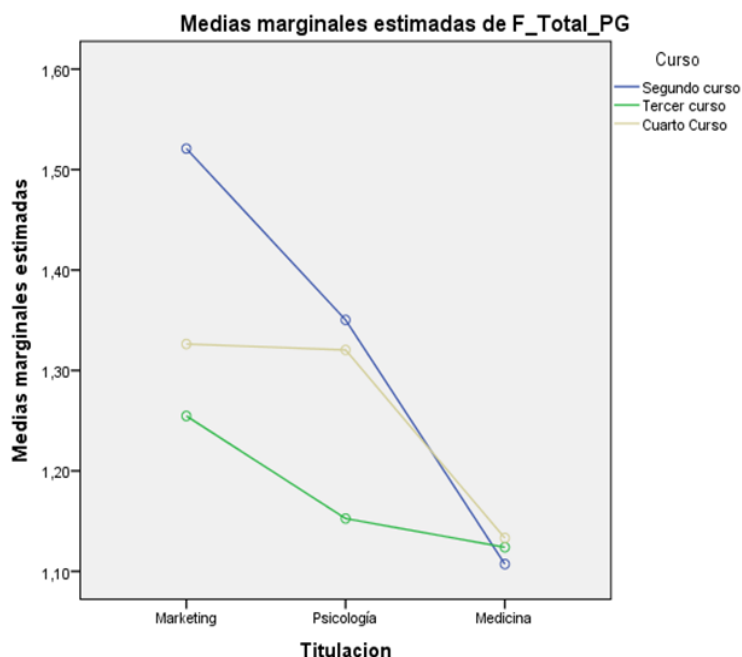
Tabla 8.2.3. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la Tabla 8.2.3. se puede ver que la Puntuación Global de la Escala DACS de Ansiedad ante la muerte se han encontrado diferencias significativas al 99% ($p < 0,01$) entre los estudiantes de las distintas titulaciones que hemos analizado en este estudio (Marketing, Psicología, Medicina-Enfermería), así como entre los diferentes cursos de las mencionadas titulaciones. Aunque el género no tiene influencia en los resultados en ninguna de las titulaciones sí podemos afirmar que la hay en la titulación, así encontramos que el resultado de la Puntuación Global (PG) de la Escala DACS, tiene un valor medio de 1,28 (DT=0,24), por lo tanto podemos afirmar que los que más ansiedad ante la muerte han presentado, son los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,39 (DT= 0,24); por su parte, los que han puntuado más bajo en ansiedad ante la muerte son los alumnos de las titulaciones de Enfermería y Medicina con valores medios de 1,11 (DT=0,09). Por último, los alumnos de psicología han presentado valores medios de 1,24 (DT=0,24), quedándose situados entre las titulaciones anteriormente citadas. Así pues, los alumnos de ciencias de la salud presentan menos ansiedad ante la muerte que los alumnos de las titulaciones de ciencias sociales, aunque en los primeros, los alumnos de psicología tienen valores superiores a los de Enfermería-Medicina, tal como se observa en la Gráfica 8.3.

En referencia al curso en el que los estudiantes se encuentran matriculados, los resultados obtenidos muestran que los alumnos de segundo curso (M=1,40; DT=0,25) y los de cuarto (M= 1,31; DT= 0,19) son los que han presentado una mayor puntuación en la escala DACS, aunque entre ellos ha habido una diferencia significativa del 95% ($p < 0,05$). Por su parte, los alumnos de tercer curso han obtenido las puntuaciones más

bajas ($M=1,17$; $DT=0,21$) con una diferencia significativa al 99% ($p<0,01$) con respecto a sus compañeros de los dos cursos anteriores.



Gráfica 8.3. Puntuación Global DACS en estudiantes de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales. Elaboración SPSS.

La interacción entre la titulación y el curso es significativa al 99% ($p<0,01$), concretamente, en segundo curso hay diferencias entre las tres titulaciones, ya que los alumnos de marketing son los que presentan mayor puntuación en la escala ($M=1,51$; $DT=0,20$); A continuación, son los alumnos de psicología ($M= 1,34$; $DT=0,25$), seguidos, por último, por los de Enfermería-Medicina con la puntuación más baja ($M=1,11$; $DT=0,14$).

Con respecto a tercer curso, son los alumnos del grado en Marketing los que presentan mayor puntuación en la escala DACS ($M=1,25$; $DT=0,24$), mientras que entre las titulaciones de Psicología ($M= 1,15$; $DT=0,23$) y Enfermería-Medicina ($MT= 1,11$, $DT=0,06$), no hay diferencias apreciables.

En relación a cuarto curso, son los alumnos de Enfermería- Medicina los que han presentado las puntuaciones más bajas ($M= 1,13$; $DT=0,06$) con respecto a los alumnos de los grados en Marketing ($M=1,32$; $DT=0,18$) y Psicología ($M=1,34$; $DT=0,19$) no habiendo diferencias entre estas dos últimas titulaciones.

En referencia al análisis de la varianza de las subescalas se obtienen los siguientes resultados:

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,052	0,820
Titulación	2	14,882	0,000***
Curso	2	34,693	0,000***
Género* Titulación	2	0,029	0,971
Género* Curso	2	1,779	0,170
Titulación* Curso	4	11,662	0,000***
Género* Titulación* Curso	4	5,146	0,000***

Tabla 8.2.4. ANOVA Variable dependiente: F1. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

Tal como muestra la Tabla 8.2.4. en la subescala F1 (Miedo a pensar en una operación), la diferencia debida al factor titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$) pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,66 (DT= 0,33) son los que más han puntuado en esta subescala; por su parte, los que menos ansiedad han presentado son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,38(DT=0,15). Por último, los alumnos de Psicología han presentado valores medios de 1,49 (DT=0,39), quedándose situados entre las titulaciones anteriormente citadas.

En referencia al curso, los alumnos de segundo (M=1,71; DT=0,31) y cuarto (M= 1,69; DT= 0,31) son los que han presentado una mayor puntuación en la subescala F1 no habiendo entre ellos diferencia significativa. Por su parte, los alumnos de tercer curso han obtenido las puntuaciones más bajas (M=1,32; DT=0,28) con una diferencia significativa al 99% ($p < 0,01$) con respecto a sus compañeros de los dos cursos anteriores.

La interacción entre la titulación y el curso es significativa al 99% ($p < 0,01$), concretamente, en segundo curso hay diferencias entre las tres titulaciones, ya que los alumnos de marketing son los que presentan mayor puntuación en la subescala F1 (M=1,83; DT=0,24); a continuación, se encuentran los alumnos de psicología (M= 1,62; DT=0,33), seguidos, por último, de Enfermería-Medicina con la puntuación más baja (M=1,39; DT=0,24).

Con respecto a tercer curso no hay diferencias entre las titulaciones. Los alumnos del grado en Marketing presentan valores medios en la subescala F1 de 1,38 (DT=0,30) mientras que los alumnos de Psicología, la media es de 1,26 (DT=0,32) y los de Enfermería-Medicina 1,39 (DT=0,10).

En relación a cuarto curso, son los alumnos de Enfermería- Medicina los que han presentado las puntuaciones más bajas (M= 1,36; DT=0,10) con respecto a los alumnos de los grados en Marketing (M=1,64; DT=0,29) y Psicología (M=1,81; DT=0,29). Sorprende que los alumnos de cuarto de Psicología, que pertenecen a la rama de ciencias de la salud, presenten un valor mayor en esta subescala que los alumnos de marketing que pertenecen a la rama de ciencias sociales.

Hay un efecto significativo al 99% ($p < 0,01$) en la triple interacción entre los tres factores (género, titulación y curso), pues las medias han demostrado que las mujeres que estudian cuarto curso del grado en Psicología, son las que han obtenido mayores puntuaciones (M= 1,93; DT= 0,14) en esta subescala.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,368	0,544
Titulación	2	24,002	0,000***
Curso	2	5,630	0,004**
Género* Titulación	2	0,637	0,529
Género* Curso	2	0,439	0,645
Titulación* Curso	4	3,255	0,012**
Género* Titulación* Curso	4	2,578	0,037**

Tabla 8.2.5. ANOVA Variable dependiente: F2. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La Tabla 8.2.5. muestra el análisis de la varianza para la subescala F2 (Miedo a tener un ataque al corazón); en ella se puede observar la diferencia debida al factor titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$) pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,68 (DT= 0,33) son los que más han puntuado en la subescala; por su parte, los que menos ansiedad ante la muerte han presentado son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,25(DT=0,15). Por

último, los alumnos de psicología han presentado valores medios de 1,47 (DT=0,41), quedándose situados en la posición central entre las titulaciones anteriormente citadas.

En referencia al curso, los alumnos de segundo (M=1,64; DT=0,39) y los de cuarto (M= 1,59; DT= 0,36) son los que han presentado una mayor puntuación en la subescala F2, y entre ellos no hay diferencia significativa. Por su parte, los alumnos de tercer curso han obtenido las puntuaciones más bajas (M=1,39; DT=0,34) con una diferencia significativa al 95% ($p<0,05$) con respecto a sus compañeros de los dos cursos anteriores.

La interacción entre la titulación y el curso es significativa al 95% ($p<0,05$); en segundo curso hay diferencias entre las tres titulaciones, ya que los alumnos de Marketing son los que presentan mayor puntuación en la subescala (M=1,80; DT=0,31); la puntuación central es ocupada por los alumnos de Psicología (M= 1,52; DT=0,41), seguidos, por último, por los de Enfermería-Medicina con la puntuación más baja (M=1,22; DT=0,22).

Con respecto a tercer curso, hay diferencias entre las titulaciones, ya que los alumnos de Marketing son los que presentan mayor puntuación en la subescala F2 (M=1,49; DT=0,32); seguidos por los alumnos de psicología (M= 1,38; DT=0,39) y por último, con la puntuación más baja, por los de Enfermería-Medicina, (M=1,27; DT=0,11).

En relación a cuarto curso, son los alumnos de Enfermería- Medicina los que han presentado la puntuación más baja (M= 1,25; DT=0,11) con respecto a los alumnos de los grados en Marketing (M=1,67; DT=0,28) y Psicología (M=1,60; DT=0,42) no habiendo diferencias significativas entre estas titulaciones.

Se evidencia un efecto significativo al 95% ($p<0,05$) en la triple interacción entre los tres factores (género, titulación y curso), pues las medias han demostrado que los hombres que estudian segundo curso del grado en Psicología, son las que han obtenido mayor diferencia de puntuaciones (M= 1,67; DT= 0,38) con sus compañeras de la misma titulación y curso (M= 1,40; DT=0,40).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,050	0,823
Titulación	2	23,207	0,000***
Curso	2	20,367	0,000***
Género* Titulación	2	0,971	0,380
Género* Curso	2	1,281	0,279
Titulación* Curso	4	1,999	0,094*
Género* Titulación* Curso	4	2,719	0,029**

Tabla 8.2.6. ANOVA Variable dependiente: F3. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

El ANOVA de la subescala F3 (Miedo ante un cáncer) que se muestra en la Tabla 8.2.6, se puede ver que la diferencia debida al factor titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$) pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,66 (DT=0,37) son los que más han puntuado en esta subescala; por su parte, los que menos ansiedad han presentado son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,29 (DT=0,20). Por último, los alumnos de Psicología han presentado valores medios de 1,41 (DT=0,40), quedándose situados entre las titulaciones anteriormente mencionadas.

En referencia al curso, los alumnos de segundo (M=1,70; DT=0,31) son los que han presentado una mayor puntuación en la subescala F3, y entre ellos no hay diferencia significativa. Sin embargo, los alumnos de tercer (M=1,34; DT=0,36) y cuarto curso (M=1,44; DT=0,35) han obtenido las puntuaciones más bajas con una diferencia significativa al 99% ($p < 0,01$).

Hay un efecto significativo al 95% ($p < 0,05$) en la triple interacción entre los tres factores (género, titulación y curso), pues las medias han demostrado que las mujeres que estudian cuarto curso del grado en psicología, son las que han obtenido mayor diferencia de puntuaciones (M=1,50; DT=0,38) que sus compañeros (M=1,10; DT=0,23) de la misma titulación y curso.

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,134	0,715
Titulación	2	3,896	0,021**
Curso	2	2,719	0,067*
Género* Titulación	2	8,974	0,000***
Género* Curso	2	0,321	0,726
Titulación* Curso	4	4,495	0,001***
Género* Titulación* Curso	4	0,269	0,898

Tabla 8.2.7. ANOVA Variable dependiente: F4. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La Tabla 8.2.7 se presenta el ANOVA correspondiente a la subescala F4 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir I); en ella se observa que la diferencia debida al factor titulación es significativa al 95% ($p < 0,05$), pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,48 (DT= 0,44) y los alumnos de psicología (M=1,46; DT= 0,40) son los que más han puntuado en esta subescala; por su parte, los que menos ansiedad han presentado, son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,28(DT=0,16).

La interacción entre el género y la titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$), en concreto, no hay diferencias entre hombres (M=1,27; DT= 0,18) y mujeres (M=1,28; DT=0,15) en la titulación de Enfermería-Medicina, pero sí la hay significativa, en alumnos de marketing donde los hombres (M=1,57; DT=0,45) obtienen puntuaciones superiores a las mujeres (M=1,41; DT=0,42), no ocurre así en los alumnos de Psicología, donde las mujeres (M=1,55; DT=0,37) tienen mayores puntuaciones que los hombres (M= 1,35; DT=0,40).

La interacción entre la titulación y el curso es significativa al 95% ($p < 0,05$), concretamente, en segundo curso hay diferencias, ya que los alumnos de Enfermería-Medicina son los que presentan menor puntuación en la subescala (M=1,32; DT=0,22) que los alumnos de psicología (M= 1,55; DT=0,40), y los de Marketing (M=1,56; DT=0,47), no habiendo diferencias significativas entre estos últimos.

Con respeto a tercer curso hay diferencias significativas entre las titulaciones ya que los alumnos de Marketing son los que presentan mayor puntuación en la subescala (M=1,53; DT=0,44), seguidos de los alumnos de Psicología (M= 1,38; DT=0,43), y por

último, con las puntuaciones más bajas, de los de Enfermería-Medicina (M=1,23; DT=0,12).

En relación a cuarto curso, son los alumnos de Marketing los que han presentado las puntuaciones más bajas (M= 1,22; DT=0,24) a continuación son los alumnos de Enfermería-Medicina (M= 1,36; DT=0,12), seguidos, por último, de los de Psicología con las puntuaciones más altas (M=1,54; DT=0,27).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,103	0,749
Titulación	2	8,085	0,000***
Curso	2	3,256	0,040**
Género* Titulación	2	0,094	0,911
Género* Curso	2	2,879	0,057
Titulación* Curso	4	2,721	0,029**
Género* Titulación* Curso	4	1,160	0,328

Tabla 8.2.8. ANOVA Variable dependiente: F5. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La Tabla 8.2.8. que refleja el ANOVA de la subescala F5 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir, miedo al dolor y miedo a la angustia que se pueda sufrir durante dicho proceso), podemos observar que la diferencia debida al factor titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$) pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,64 (DT= 0,41) son los que más han puntuado en la subescala F5; así mismo, los que menos ansiedad han presentado son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,30(DT=0,26). Por último, los alumnos de psicología han presentado valores medios de 1,52 (DT=0,44), quedándose situados entre las titulaciones anteriormente citadas.

Por lo que se refiere a los alumnos de tercero (M=1,46; DT=0,41) y de cuarto (M= 1,44; DT= 0,46), son los que han presentado una menor puntuación en la subescala F5, y entre ellos no hay diferencia significativa. Por el contrario, los alumnos de segundo curso han obtenido las puntuaciones más altas (M=1,67; DT=0,37) con una diferencia

significativa al 95% ($p < 0,05$), con respecto a sus compañeros de los dos cursos anteriores.

Con respecto a la interacción entre la titulación y el curso es significativa al 95% ($p < 0,05$), más en concreto en segundo curso, hay diferencias entre las tres titulaciones, ya que los alumnos de Enfermería-Medicina son los que presentan menor puntuación en la subescala ($M=1,25$; $DT=0,30$, seguidos de los alumnos de Psicología ($M= 1,69$; $DT=0,39$), y, por último, por los de Marketing con las puntuaciones más altas ($M=1,75$; $DT=0,30$).

En lo referente a tercer curso, hay diferencias entre las titulaciones. Los alumnos del grado en Marketing presentan valores medios en la subescala F5 de 1,59 ($DT=0,45$) mientras que los alumnos de Psicología la media es de 1,44 ($DT=0,42$) y los de Enfermería-Medicina 1,30 ($DT=0,24$), siendo todas estas diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$).

En relación a cuarto curso, se ha encontrado que no hay diferencias significativas entre las tres titulaciones. Los alumnos de Enfermería-Medicina han presentado puntuaciones de ($M= 1,40$; $DT=0,21$), los alumnos de los grados en Marketing ($M=1,44$; $DT=0,49$) y Psicología ($M=1,46$; $DT=0,49$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,348	0,556
Titulación	2	13,657	0,000***
Curso	2	0,716	0,489
Género* Titulación	2	0,785	0,457
Género* Curso	2	2,672	0,070
Titulación* Curso	4	6,340	0,000***
Género* Titulación* Curso	4	0,508	0,730

Tabla 8.2.9. ANOVA Variable dependiente: F6. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En el ANOVA de la subescala F6 (Preocupación por el futuro, preocupación por el tiempo perdido y preocupación por el estado en que deje a su familia), tal como refleja la Tabla 8.2.9., se observa que la diferencia debida al factor titulación es significativa al 99% ($p < 0,01$) pues los alumnos de la titulación en Marketing con un valor medio de 1,67

(DT= 0,40) son los que más han puntuado en la subescala; por otro lado, los que menos ansiedad han presentado son los alumnos de las titulaciones de Enfermería-Medicina con valores medios de 1,34(DT=0,32). Por último, los alumnos de Psicología han presentado valores medios de 1,45 (DT=0,40), quedándose situados entre las titulaciones anteriormente citadas.

En lo referente a la interacción entre la titulación y el curso es significativa al 99% ($p<0,01$), concretamente, en segundo curso hay diferencias entre las tres titulaciones, ya que los alumnos de Enfermería-Medicina son los que presentan menor puntuación en la subescala (M=1,17; DT=0,324); los alumnos de Psicología (M= 1,48; DT=0,45) son quienes obtienen puntuaciones intermedias entre las otras dos titulaciones ya que son los alumnos de Marketing quienes obtienen las puntuaciones más altas (M=1,79; DT=0,37).

Con respecto a tercer curso no hay diferencias significativas entre las titulaciones. Los alumnos del grado en Marketing presentan valores medios en la subescala F6 de 1,49 (DT=0,42) mientras que los alumnos de Psicología la media es de 1,37 (DT=0,40) y los de Enfermería-Medicina 1,43 (DT=0,34).

En relación a cuarto curso, se ha encontrado que hay diferencias significativas entre las tres titulaciones. Los alumnos de Enfermería-Medicina han presentado puntuaciones más bajas (M= 1,40; DT=0,31), que los alumnos de los grados en Marketing (M=1,64; DT=0,33) y Psicología (M=1,57; DT=0,28), no habiendo diferencias entre estas dos titulaciones.

8.2.5. RESULTADOS DE LA ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE -DACs EN PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Se ha realizado el análisis de la varianza para un modelo 2x2 de los siguientes factores y sus respectivas interacciones, obteniendo una R cuadrado de 0,510:

- Factor género: dos niveles (hombre, mujer);
- Factor Situación Laboral: dos niveles (Estudiantes de la UMU del grado en Enfermería y Medicina, Trabajadores en activo de Cuidados intensivos del HGURS de Murcia);

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	9,745	0,003**
Situación Laboral	1	27,000	0,000***
Género* Situación Laboral	1	19,286	0,000***

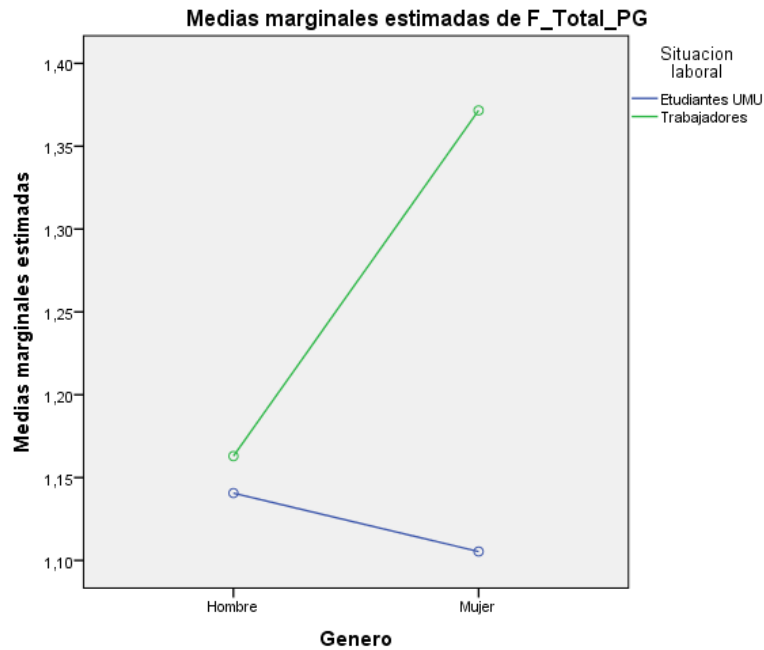
Tabla. 8.2.10. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ESTUDIANTES	18	28	46
PROFESIONALES	8	15	23

Tabla 8.2.11. Características de la muestra Estudiantes

En la Tabla 8.2.10. se puede ver el análisis de la varianza para la puntuación Global de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DACs), donde se ha encontrado diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$) entre los hombres y mujeres, siendo estas últimas las que presentan los valores más altos en la escala ($M=1,19$; $DT=0,17$) en relación a los hombres ($M= 0,14$; $DT=0,07$). En cuanto a la situación laboral también se ha hallado diferencias, ya que los profesionales de cuidados intensivos, presentan valores superiores ($M=1,29$; $DT=0,18$) a los estudiantes ($1,11$; $DY=0,06$), siendo esta diferencia significativa al 99% ($p < 0,01$). Así mismo, hemos hallado diferencias significativas al 99% ($p < 0,01$) en la interacción del género con la situación laboral. Aunque no hay diferencias significativas entre los hombres trabajadores ($M= 1,16$, $DT=0,08$) y los estudiantes ($M=1,14$; $DT=0,06$) sí las hay entre las mujeres trabajadoras ($M=1,37$; $DT= 0,18$) y las estudiantes $M=1,10$; $DT=0,05$).



Gráfica 8.4. Puntuación Global DACS según la Situación laboral y el Género (Elaboración SPSS)

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	1,842	0,179
Situación Laboral	1	3,998	0,050
Género* Situación Laboral	1	1,960	0,166

Tabla 8.2.12. ANOVA Variable dependiente: F1. Elaboración SPSS
 Nota: *p<0,1 **p<0,05 ***p<0,01

En el ANOVA de la subescala F1 (Miedo a pensar en una operación), se muestra que no hay diferencias significativas en cuanto al género ni en la interacción entre los factores género y situación laboral. La única diferencia se encuentra en el factor situación laboral donde los trabajadores (M=1,50; DT=0,26) presentan una mayor puntuación en la escala que los estudiantes (M=1,38; DT=0,10), siendo esta diferencia significativa al 95% (p<0,05).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	13,563	0,000***
Situación Laboral	1	7,977	0,006**
Género* Situación Laboral	1	14,870	0,000***

Tabla 8.2.13. ANOVA Variable dependiente: F2. Elaboración SPSS.

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

La Tabla 8.2.13. que refleja el ANOVA de la subescala F2 (Miedo a tener un ataque al corazón), revela que la diferencia debida al factor género es significativa al 99% ($p < 0,01$), ya que, las mujeres ($M=1,40$ y $DT=0,29$) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres ($M=1,25$; $DT=0,18$). En referencia a la situación laboral, hay diferencias significativas al 95% ($p < 0,05$) ya que los trabajadores ($M=1,50$; $DT=0,39$) presentan puntuaciones mayores que los estudiantes ($M=1,27$; $DT=0,11$). La interacción entre ambos factores también es significativa al 99% ($P < 0,01$) ya que las mujeres trabajadoras ($M=1,65$; $DT=0,36$) presentan mayores puntuaciones que los hombres trabajadores ($M=1,21$; $DT=0,28$) y los estudiantes, tanto hombres ($M=1,21$; $DT=0,28$) como mujeres ($M=1,26$; $DT=0,11$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,603	0,440
Situación Laboral	1	76,484	0,000***
Género* Situación Laboral	1	2,018	0,160

Tabla. 8.2.14. ANOVA Variable dependiente: F3. Elaboración SPSS

Nota: * $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

En la subescala F3 (miedo ante un cáncer), recogida en la Tabla 8.2.14, no hay diferencias significativas en cuanto al género ni en la interacción entre los factores género y situación laboral. La única diferencia se encuentra en el factor situación laboral, donde los trabajadores ($M=1,69$; $DT=0,23$) presentan una mayor puntuación en la escala

que los estudiantes ($M=1,24$; $DT=0,15$), siendo esta diferencia significativa al 99% ($p<0,1$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	12,722	0,001***
Situación Laboral	1	11,721	0,001***
Género* Situación Laboral	1	15,842	0,000***

Tabla 8.2.15. ANOVA Variable dependiente: F4. Elaboración SPSS.

Nota: * $p<0,1$ ** $p<0,05$ *** $p<0,01$

En el ANOVA de la subescala F4 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir I), se muestra la diferencia debida al factor género es significativa al 95% ($p<0,05$), ya que las mujeres ($M=1,38$; $DT=0,27$) obtienen puntuaciones medias superiores a los hombres ($M=1,26$; $DT=0,14$). En referencia a la situación laboral, hay diferencias significativas al 95% ($p<0,05$) ya que los trabajadores ($M=1,49$; $DT=0,31$) presentan puntuaciones mayores que los estudiantes ($M=1,26$; $DT=0,13$). La interacción entre ambos factores también es significativa al 99% ($P<0,1$) ya que son las mujeres trabajadoras ($M=1,62$; $DT=0,31$) las que presentan mayores puntuaciones tanto en los hombres trabajadores ($M=1,25$; $DT=0,14$) como en los estudiantes, ya sean hombres ($M=1,27$; $DT=0,15$) o mujeres ($M=1,25$; $DT=0,11$).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	1,673	0,200
Situación Laboral	1	13,862	0,000***
Género* Situación Laboral	1	4,021	0,049

Tabla 8.2.16. ANOVA Variable dependiente: F5. Elaboración SPSS.

Nota: * $p<0,1$ ** $p<0,05$ *** $p<0,01$

En la subescala F5 (Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir II), recogida en la Tabla 8.2.16, no hay diferencias significativas en cuanto al género. La diferencia se encuentra en el factor situación laboral donde los trabajadores ($M=1,67$;

DT=0,41) presentan una mayor puntuación en la escala que los estudiantes (M=1,44; DT=0,34), siendo esta diferencia significativa al 99% ($p<0,1$). También se ha hallado diferencia significativa al 95% ($p<0,05$) en la interacción entre el género y la situación laboral ya que son las mujeres trabajadoras (M=1,76; DT=0,37) las que presentan mayores puntuaciones tanto en los hombres trabajadores (M=1,50; DT=0,46) como en los estudiantes, ya sean hombres (M=1,36; DT=0,23) o mujeres (M=1,30; DT=0,24).

Fuente de Variación	Grados de libertad	F	Significatividad
Género	1	0,054	0,817
Situación Laboral	1	6,999	0,010***
Género* Situación Laboral	1	4,854	0,031**

Tabla 8.2.17. ANOVA Variable dependiente: F6. Elaboración SPSS.

Nota: * $p<0,1$ ** $p<0,05$ *** $p<0,01$

La Tabla 8.2.16. que refleja el ANOVA de la subescala F6 (Preocupación por el futuro) revela que no hay diferencias significativas en cuanto al género. La diferencia se encuentra en el factor situación laboral donde los trabajadores (M=1,23; DT=0,36) presentan una menor puntuación en la escala que los estudiantes (M=1,42; DT=0,33), siendo esta diferencia significativa al 95% ($p<0,05$). También se ha hallado diferencia significativa al 95% ($p<0,05$) en la interacción entre el género y la situación laboral ya que son los hombres estudiantes (M=1,55; DT=0,37) los que presentan mayores puntuaciones, por encima de las mujeres estudiantes (M=1,33; DT=0,27) como de los trabajadores, tanto hombres (M=1,12; DT=0,23) como mujeres (M=1,30; DT=0,41).

8.2.6. DISCUSIÓN

Aunque los resultados obtenidos en este estudio muestran que un alto porcentaje de estudiantes presentan niveles moderados y notables de ansiedad ante la muerte, se observa que los estudiantes de grados en ciencias de la salud son significativamente más bajos que los de ciencias sociales. Esto podría deberse al hecho de que, en ciencias sociales, concretamente en el grado en Marketing, que es el con el

que se ha trabajado, la salud, la enfermedad y la muerte no son temas que se aborden; sin embargo, tanto en Enfermería como en Medicina y Psicología (aunque esta en menor medida) es su objeto de estudio, prácticas y trabajo. Esta diferencia entre los grados de Enfermería-Medicina con Psicología y sobre todo con Marketing, podría venir influenciado por la susceptibilidad a la percepción de estímulos emocionales de estas últimas que puede no darse de la misma manera en Enfermería y Medicina (Tomás-Sábado, Limonero y Aradilla-Herrero, 2008) debido a la constante exposición al tema de la enfermedad y la muerte, es decir, una gran focalización en las propias emociones, sin una buena discriminación, puede favorecer la aparición de inseguridad y ansiedad (Tomás-Sábado; Limonero y Aradilla Herrero, 2008). De hecho, personas que presenten altos niveles de autoestima y una valoración positiva de la vida, presentarán bajos niveles de ansiedad ante la muerte (Tomer y Eliason, 1996), en esta misma línea, los trabajos de Fortner y Neimeyer (1999) han demostrado que las personas con baja autoimagen manifiestan elevados niveles de ansiedad ante la muerte. Por otra parte, Patton y Freitag (1977) observan en estudiantes que, los que presentan un locus de control externo, cuya percepción de los eventos es que ocurren como resultado del azar, el destino o la suerte, manifiestan mayores niveles de ansiedad ante la muerte.

Hay un dato que llaman la atención del estudio, y es el hecho de que los alumnos de tercer curso muestren los niveles más bajos de ansiedad ante la muerte, y los de segundo los que más. Quizás una explicación que podría darse para el grado en Enfermería es que es en segundo cuando aparecen asignaturas como cuidados paliativos y las prácticas clínicas, y en cuarto aparecen los practicums, y es cuando el alumno toma más contacto con la propia muerte, pero no se podrían explicar estos niveles en Marketing o en Psicología.

Otro dato no menos interesante, es el que muestra que los alumnos de cuarto de Psicología, que pertenecen a la rama de ciencias de la salud, presenten un valor medio mayor en el miedo a pensar en una operación, que los alumnos de Marketing que pertenecen a la rama de ciencias sociales.

Para comprender mejor estos resultados, sería interesante realizar estudios longitudinales para obtener más información a lo largo del tiempo, así como de otros grados en ciencias sociales.

En cuanto al género, las diferencias son altamente significativas, siendo las mujeres las que presentan más ansiedad ante la muerte. Estos resultados son consistentes con otros estudios realizados como (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003); las diferencias se acentúan cuando se analiza en detalle los factores del DACS, donde, por lo general, las mujeres puntúan más que los estudiantes varones en el factor. Los distintos instrumentos de evaluación han mostrado los mismos datos. Así, tanto los estudios que han utilizado la escala DAS (Death Anxiety Scale) (Chiapetta, Floyd y McSeveney, 1977) de Templer (1970), como la escala RDAS (Revised Death Anxiety Scale) de Thorson y Powell (2007), como la escala DAI (Death Anxiety Inventory) de Tomás-Sábado y Limonero (2013) o la utilizada por Bayés y otros, (1999) la escala Collet-Lester (1969), han mostrado resultados superiores de las mujeres sobre los hombres, aunque otros estudios no han encontrado diferencias por género (Neimeyer y Neimeyer, 1984; Eggerman y Dustin, 1985).

En consonancia con el tema de la ansiedad ante la muerte y las mujeres, es necesario puntualizar que, en esta misma línea, se ha encontrado en este estudio que, las mujeres trabajadoras son las que más ansiedad presentan. Ante el hecho de la prevalencia del género, hay varias hipótesis; Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003), se hacen eco de la hipótesis que plantea Stillon (1985), mediante la cual, asegura que las puntuaciones superiores reflejan que a las mujeres les es menos difícil aceptar y expresar sentimientos de preocupación. Por el contrario, hay autores como Wong, Reker y Gesser (1994) que aseguran que estas diferencias se podrían deber al hecho de que el hombre tiende a evitar las cuestiones relacionadas con la propia muerte en mayor proporción que las mujeres.

En conclusión, si tenemos en cuenta los resultados del estudio anterior en el que se mostraba que las mujeres tienen más riesgo que los hombres a desarrollar Burnout y puntuaban también más alto en la escala de agotamiento emocional, podría entenderse, de alguna manera esta tendencia superior a padecer más ansiedad ante la muerte que los hombres y los estudiantes, que aún no forman parte del mundo laboral, cuestión que contrasta con los resultados obtenidos donde los estudiantes varones tienen más altos niveles de preocupación por el futuro, el tiempo perdido y el estado en que dejen a la su familia, mientras que los trabajadores varones son los que menos.

8.2.7. CONCLUSIONES

Los resultados cuantitativos de la escala DACS en estudiantes de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales son,

En la puntuación Global:

- Los alumnos del grado en Marketing son los que más ansiedad ante la muerte presentan.
- Los alumnos de tercer curso son los que menos ansiedad ante la muerte han puntuado.
- Los alumnos de segundo y tercero de Marketing son los que presentan más ansiedad ante la muerte.
- Los alumnos de cuarto en Marketing y Psicología son los que presentan mayores puntuaciones en el DACS.

En la subescala F1:

- Los alumnos de Marketing tienen más miedo a pensar en una operación.
- Los alumnos de tercer curso son los que menos miedo a pensar en una operación presentan.
- Los alumnos de segundo curso de Marketing son los que más miedo a pensar en una operación presentan.
- En cuarto curso, los alumnos de Enfermería-Medicina son los que tienen menos miedo a pensar en una operación.
- Las mujeres que estudian cuarto de Psicología son las que tienen más miedo a pensar en una operación.

En la subescala F2:

- Los alumnos de Marketing son los que presentan más miedo a tener un ataque al corazón.
- Los alumnos de tercero son los que menos miedo a tener un ataque al corazón presentan.
- Los alumnos de segundo y tercero de Marketing son los que tienen más miedo a tener un ataque al corazón.
- Los alumnos de cuarto de Enfermería-Medicina son los que presentan menos miedo a tener un ataque al corazón.

- Los alumnos varones de segundo de psicología muestran más miedo a tener un ataque al corazón.

En la subescala F3:

- Los alumnos de Marketing son los que tienen más miedo ante un cáncer.
- Los alumnos de segundo son los que presentan más miedo ante un cáncer.

- Las mujeres de cuarto de Psicología son los que puntúan más alto en miedo ante un cáncer.

En la subescala F4:

- Los alumnos de Enfermería-Medicina son los que menos miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir presentan.

- Los alumnos varones de Marketing y las mujeres de Psicología son los que más miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir tienen.

- Los alumnos de segundo y tercero de Enfermería y Medicina son los que presentan menos miedo y preocupación ante la muerte.

- Los alumnos de cuarto de Psicología son los que presentan puntuaciones más altas y las de Marketing las más bajas en cuanto al miedo y preocupación ante la muerte y el morir.

En la subescala F5:

- Los alumnos de Marketing son los que más miedo al dolor y a la angustia en el proceso de morir presentan.

- Los alumnos de segundo curso son los que más miedo al dolor y a la angustia en el proceso de morir tienen.

- Los alumnos de segundo y tercero de Marketing son los que más miedo y angustia muestran respecto al proceso de morir.

En la subescala F6:

- Los alumnos de Marketing son los que más preocupación por el futuro, el tiempo perdido y el estado en que deje a su familia, tienen.

- Los alumnos de segundo de Marketing son los que más preocupación por el futuro muestran.

- Los alumnos de cuarto de Enfermería-Medicina son los que menos preocupación por el futuro presentan.

Los resultados cuantitativos de la escala DACS de Ansiedad ante la muerte en Profesionales de cuidados intensivos (UCI) son,

En la puntuación Global:

- Las mujeres presentan más ansiedad ante la muerte que los hombres.
- Los profesionales de Cuidados Intensivos presentan más ansiedad ante la muerte que los estudiantes.

- Las mujeres trabajadoras de UCI son quienes tienen más ansiedad ante la muerte.

En la Subescala F1:

- Los profesionales de Cuidados Intensivos tienen más miedo a pensar en una operación que los estudiantes.

En la Subescala F2:

- Las mujeres tienen más miedo a tener un ataque al corazón que los hombres.

- Los profesionales de UCI tienen más miedo a tener un ataque al corazón que los estudiantes.

- Las mujeres de UCI tienen más miedo a tener un ataque al corazón que los trabajadores varones y que los estudiantes.

En la Subescala F3:

- Los profesionales de Cuidados Intensivos tienen más miedo ante un cáncer que los estudiantes.

En la Subescala F4:

- Las mujeres tienen más miedo y preocupación por la muerte y el proceso de morir que los hombres.

- Los trabajadores de UCI presentan más miedo y preocupación por la muerte y el proceso de morir que los estudiantes.

- Las mujeres trabajadoras de UCI tienen más miedo y preocupación por la muerte y el proceso de morir que los trabajadores varones y los estudiantes.

En la Subescala F5:

- Los trabajadores tienen más miedo al dolor y angustia en el proceso de morir que los estudiantes.

- Las mujeres trabajadoras de UCI tienen más miedo al dolor y a la angustia en el proceso de morir que los hombres trabajadores y los estudiantes.

En la Subescala F6:

- Los trabajadores de UCI presentan menos preocupación por el futuro, el tiempo perdido y el estado en que deje a su familia que los estudiantes.

- Los estudiantes varones son los que tienen más preocupación por el futuro que las mujeres estudiantes y los trabajadores.

En conclusión, de estos resultados se puede inferir que los estudiantes de Enfermería-Medicina tienen menos ansiedad ante la muerte que los estudiantes de Psicología y menos aún que los de Marketing; y que de entre los estudiantes de Enfermería y los profesionales de la UCI, son estos últimos quienes presentan más ansiedad.

Por otra parte, en cuanto al género, entre los estudiantes apenas hay resultados significativos, aunque sí los hay con respecto a la interacción de estudiantes de Enfermería y trabajadores de UCI, donde las mujeres puntúan más alto en la escala que los hombres, especialmente las mujeres trabajadoras.

8.2.8. RECOMENDACIONES

La muerte ejerce un efecto modulador en los profesionales de enfermería y se evidencia más cuando desde la formación universitaria, las preferencias laborales se orientan más a pediatría o a enfermos agudos y menos al trabajo con enfermos al final de la vida (Colell, Limonero y Otero, 2003).

Tomás-Sábado y Aradilla (2001) recomendaban considerar no sólo la ansiedad ante la muerte de los estudiantes de enfermería, sino también a los profesionales sanitarios que llevan años ejerciendo su labor, de este modo podrían compararse sus reacciones emocionales y examinar la experiencia diaria y las estrategias de afrontamiento en relación a la ansiedad ante la muerte.

En este estudio se ha tratado de valorar el efecto de la experiencia y de la orientación laboral en la aparición de ansiedad ante la muerte, pero para obtener resultados más consistentes, sería necesario tener una muestra más grande tanto de profesionales de la salud como de alumnos de Enfermería-Medicina y ciencias sociales.

Por otra parte, y atendiendo a la funcionalidad, sería necesaria una formación específica sobre la muerte y los cuidados paliativos, ya que, de lo contrario, podría afectar a la buena praxis de la labor asistencial del futuro profesional. La formación bien orientada ha demostrado sus efectos moderadores sobre la ansiedad ante la muerte (Kaye y Loscalzo, 1998; Tomás y Aradilla, 2001), la mejoría de las actitudes hacia la muerte y los enfermos terminales (Frommelt, 1991; Kaye, Gracely y Loscalzo, 1994), y una mejor aptitud y disposición en el trato con el enfermo y su familia (Burney-Banfield, 1994). En un estudio realizado en varias ciudades españolas en relación a los valores en estudiantes y profesionales de enfermería (Jiménez-López y otros, 2016) llegaron a la conclusión de que era necesario prestar atención a la formación en valores y a la socialización profesional durante el período de educación. En relación a este tema, en su tesis doctoral, Fernández-Sola (2012) concluye: *“El cuidado al final de la vida (...) ha de dar paso al cuidado holístico, acompañando la atención clínica con el cuidado emocional en el que es relevante la actividad reflexiva, crítica, ha de partir del conocimiento de la verdad y el reconocimiento del moribundo como una persona viva que muere; y asegurado por unos profesionales que tengan la competencia para ello”*. Quizás haya que plantearse la calidad de la asistencia al enfermo desde diversos ámbitos de afrontamiento, el educativo, el hospitalario e incluso el jurídico, atendiendo al paciente de la forma más holística posible, informando al enfermo de todas las opciones posibles para que él, como protagonista de su propia vida y su propia muerte, pueda elegir no sólo cómo quiere que sean sus últimos días, sino, en algunos casos, el cuando, dando la oportunidad de tener una muerte digna.

CAPITULO 9. CONCLUSIONES FINALES.

“La ECM no tiene que ver con la muerte, sino con la vida. Ha inspirado a quienes no han tenido ningún tipo de experiencia trascendental a cumplir el mensaje y el mandato de la luz, viviendo vidas de amor”.

Charles Flynn⁵³



Ilustración 13: El cielo de Venus, Charles Martel addresses Dante and Beatrice. Gustave Doré. 1868

⁵³ (Flynn C. , After the Beyond: Human Transformation and the Near-Death Experience., 1986)

En los capítulos precedentes se han presentado los aspectos que enmarcan el tema de las ECMs, fundamentalmente hay dos grandes temas de referencia, la muerte, desde el aspecto antropológico teniendo en cuenta la antropología de la muerte y la antropología médica, y la consciencia, desde la antropología de la consciencia, la psicología y la medicina principalmente. Seguidamente se ha expuesto el marco teórico donde se han situado las ECMs y cómo se han abordado estas metodológicamente para el presente estudio. Fruto del trabajo de campo han surgido dos estudios que completan el análisis y el contexto en el que se producen las experiencias aportando propuestas que mejorarían la calidad asistencial del paciente, así como y sobretodo, la calidad de vida y de muerte. Aspectos que, aunque cada vez se están tomando más en consideración aún puede y debe mejorar en beneficio de toda la sociedad.

En este último capítulo se abordarán las conclusiones del estudio, expondré cuáles han sido las principales limitaciones de la investigación y las recomendaciones que a mi juicio creo interesantes como futuras líneas de investigación.

9.1. CONCLUSIONES

Perder a un ser querido, es la peor cosa que le puede pasar a un ser humano. La pérdida de una madre, un hermano, un hijo, rompe toda la estructura interna y va creando vacíos, huecos que nada puede llenar, son las marcas de la vida o más bien de la muerte que, aunque por un lado nos fortalecen, por otro se llevan una parte de nosotros.

Lo que las ECM parecen decirnos es que se han convertido en el consuelo que la medicina no ha podido dar; el apoyo que la psicología necesita para ayudar a elaborar de una manera más sana el duelo por la pérdida de un ser querido y la propia muerte, y un manifiesto paradigma para la antropología, en aras de abordar y unificar de una forma más consistente el modelo cultural de la espiritualidad.

Las ECMs se presentan como un fenómeno universal que aparece en diferentes contextos tanto clínicos como de otro tipo. Los factores culturales y los sistemas de creencias pueden influir en la forma de manifestarse y en la interpretación individual que se hace de la experiencia, pero el contenido sigue siendo el mismo (Perera, Jagadheesan, & Peake, 2012)

Si tomamos como referencia los objetivos que se plantearon en la tesis para ir concluyendo este estudio, se puede ver que en relación al Objetivo 1 y 2,

Establecer la incidencia de las ECM en Murcia y Analizar si el contenido de las Experiencias de Muerte Temporal en España es similar a las estudiadas en el extranjero, se ha podido establecer una incidencia de aparición de EMT en Murcia del 5,8% y se ha podido comprobar que los elementos encontrados son los mismos que se encontraron en las investigaciones previas que otros autores realizaron. Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Pania (2003), Greyson (2003), Lai et al (2007) y Parnia (2014), según podemos ver en la tabla 7.6.1. En relación al contenido de las experiencias se puede establecer que son semejantes a los estudios previos, aunque el porcentaje varía si son prospectivos o retrospectivos, como ya se apuntó en la primera pregunta de investigación.

Aunque he podido comprobar que las ECM ocurren en el contexto hospitalario se ha constatado que la prevalencia en los casos, especialmente los retrospectivos no son tan claros, debido a varios factores como la influencia de la medicación, que puede confundir si el investigador no tiene amplios conocimientos de ECMs o al deseo de querer creer que han tenido una ECM hace que crean haberla tenido, por lo que entiendo que las ECM se dan, pero no con tanta asiduidad como se esperaba encontrar.

En relación al objetivo 3, *Comparar los resultados de los datos hospitalarios (prospectivos y retrospectivos) con los extra-hospitalarios, con el fin de valorar los puntos de unión y desunión,* puede decirse que en los datos obtenidos vía email recogen más elementos que los encontrados en el hospital. De hecho, aparecen todos los que se recogen como elementos propios de las ECM. Los elementos mostrados suelen ser más frecuentes excepto en dos, encontrarse un límite o frontera y ver un lugar, dimensión especial no terrenal. En cinco elementos obtienen posiciones intermedias. A mi juicio, y tras ver los resultados podría asegurar que los estudios prospectivos dan información más fiable que los retrospectivos.

En referencia al objetivo 4, *profundizar en la incidencia de las Experiencias al Final de la Vida y sus semejanzas y diferencias con las estudiadas en otros países,* no es posible conocer con exactitud la incidencia debido, como ya se ha indicado, a que fueron pocos los pacientes de paliativos que eran atendidos hospitalariamente. De haber podido acceder al ESAD y acompañarles en sus visitas domiciliarias, el número habría

sido mayor como comentaban los profesionales del mencionado equipo, por lo tanto, es posible decir solamente que los elementos que se han podido detectar en el hospital con pacientes en estado terminal sí coincide con las experiencias que se han recogido en estudios como los de Fenwick y Fenwinck (2015) y Osis y Haraldsson, (1977), como por ejemplo ver a los familiares fallecidos, hablar con ellos, saber que van a morir, y demás elementos recogidos en la Tabla 7.5.1.

El objetivo 5, *Verificar la influencia de los procesos emocionales y cognitivos de la ansiedad ante la muerte, del personal de enfermería de la UCI del HGURS de Murcia*, ha sido comprobado en el estudio 2 del Capítulo 8. Debido a que la muerte y los temas afines generan, como hemos podido comprobar, ansiedad y estrés laboral, una formación adecuada en el tema de la muerte y las ECM en los servicios de UCI beneficiaría al profesional en su propio trabajo personal y en la asistencia a los pacientes y familiares, ya que, carecen en su mayoría, del conocimiento requerido para aportar el nivel de atención necesario.

En relación al objetivo 6, *Valorar si es necesario que el profesional sanitario esté informado sobre las ECMs para mejorar la calidad asistencial del enfermo*, se ha comprobado que el conocimiento por parte de los profesionales que están en contacto directo con los pacientes, acerca de que las ECMs ocurren con relativa frecuencia, ayudaría a una mayor comprensión de lo vivido, por lo que el paciente comenzaría a incorporarlo a su vida y mejorarían con más rapidez a nivel de salud física y mental, lo que implicaría un ahorro importante a los servicios públicos de salud (Sartori P. , 2015). Para aclarar esta conclusión me remitiré al sondeo de Igor Corbeau, que cuantificó la psicopatología de 84 personas que habían tenido una ECM basándose en la Lista de Verificación de Síntomas 90 (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973). Los Síntomas que estos experimentadores tenían eran problemas interpersonales motivados por la interacción negativa con los demás y también intrapersonales, como la depresión motivada por la dificultad que encontraban para aceptar el regreso a la vida. Más de la mitad de las personas que participaban afirmaron que habían necesitado o aún necesitaban ayuda profesional. Alrededor del 50% de los que recibieron tratamiento del médico de familia o psicólogo tuvieron efectos contrarios a los deseados debido a que percibían que no les tomaban en serio, y tenían bajo conocimiento de las ECMs.

En cuanto al objetivo 7, *proporcionar propuestas de mejora asistencial del enfermo en relación al acompañamiento y al abordaje de las ECMs*, tras ver que la presencia de ECMs en el contexto hospitalario es una realidad, es necesario que el personal que está al cuidado del paciente pueda transmitir la suficiente empatía y confianza al enfermo para que este pueda abrirse y pueda integrarlas correctamente en su vida. Para ello, a modo de protocolo abreviado se darán las siguientes recomendaciones: el profesional debe crear el clima adecuado para que el paciente se encuentre dispuesto a hablar de lo que más le preocupa. Cuando el contexto es propicio y el paciente se dé cuenta de que lo que confía a su interlocutor (el sanitario) es confidencial y nadie más a quien no autorice no sabrá nada del tema, se dará la situación en la que se abra y cuente lo vivido, también puede preguntársele siempre desde el respeto y sin prejuicios y siendo conocedor de que lo que le puede estar pasando es algo normal que les ha pasado a otras personas. Cuando el paciente cuenta su experiencia es importante no tener prisa, ni dar explicaciones que puedan contradecir lo que el paciente está sintiendo sino validar la experiencia e intentar que el paciente vaya asumiendo su experiencia como algo natural y procurar que sea él mismo quien interprete y asimile lo que le acaba de ocurrir. En el caso de que la experiencia sea negativa, es necesario que se sepa tranquilizar al paciente y que este pueda ser capaz de contar lo que le ha pasado, en muchas ocasiones hablar de ello puede minimizar el aspecto negativo y ver la parte positiva, como ocurrió con el paciente 186. Cuando no se sepa cómo actuar es mejor buscar a un compañero o profesional, familiarizado con las ECMs, que pueda ayudar a manejar la situación, y ayudar a que pueda aceptar la experiencia. Hasta tal punto es importante que el Dr. Greyson (1997) aseguró que la psicoterapia y la terapia de grupo era muy efectiva con los experimentadores de ECMs, especialmente en aquellas personas cuya experiencia ha sido traumática o estresante.

En cuanto a los casos de VSL, es necesario saber que es la familia quien más información tiene sobre su existencia, la ayuda que puede proporcionar el sanitario es apoyar y sostener a la familia haciéndole conocedor de que, como hemos visto, la aparición de las VLM es la antesala del fallecimiento. Su ayuda puede ir dirigida a enfrentar el momento del cierre de asuntos pendientes, despedirse y ayudar a su familiar a irse en paz. Durante el tiempo que habla con sus familiares fallecidos que “vienen a verle o recogerle” según el caso, se recomienda dejar que mantengan esa

“conversación” y tras ella, preguntar al paciente acerca de lo que han visto, cómo se encuentran esos familiares, qué les han dicho... pero sobre todo es importante no contradecir, negar o impedir que se comuniquen, pues puede confundirles y desestabilizarles, conviene que sea alguien conocido por el paciente quien le acompañe durante esta experiencia, pero si es el sanitario, debe actuar de la misma manera.

Por último, el Objetivo 8 hace referencia a *comparar el grado de ansiedad ante la muerte de estudiantes de ciencias de la salud (psicología, enfermería y medicina) y ciencias sociales (marketing) con los profesionales*. Este punto se aborda ampliamente en el estudio 3 y sólo cabe añadir que es necesario saber abordar los problemas del profesional frente a la muerte de modo que estos no interfieran en la atención al paciente, para ello, es necesaria la formación antes y durante la práctica profesional. Desde la universidad es necesario que los alumnos sepan que habrá momentos en los que se sufra, se empatace demasiado con un paciente, se sobrecargue de emociones y es esencial saber cómo gestionarlo, lo ideal es que se pueda contar con un equipo preparado para afrontar estas situaciones, actualmente no existe estos servicios en todos los hospitales por lo que creo que es necesario la creación de un servicio de atención a los trabajadores, especialmente dirigido a aquellos que tienen más contacto con situaciones emocionalmente estresantes.

La conclusión más evidente que se extrae de esta tesis es que las ECMs siguen sin explicación científica pese a que es una realidad universal y que la muerte forma parte de nuestra vida lo aceptemos o no. Nos aferramos tanto a la vida que no vivimos la muerte y lo que es peor, no dejamos a quien está preparado, vivir su propia muerte, creyendo que es mejor que no conozca su situación y que no experimente conscientemente su último suspiro.

Ese es el aspecto más importante que se debe discutir en la vida pues es lo último que vamos a hacer. Las ECMs nos muestran en este sentido que la consciencia es algo más que estar despiertos, que probablemente no resida en un órgano físico y que trasciende todo límite humano, al menos eso cuenta los experimentadores. Su conocimiento dependerá de que cada vez más se realicen estudios rigurosos y sean objeto de financiación.

Como toda investigación, este modesto estudio ha podido contribuir en varios aspectos al conocimiento.

En primer lugar, se ha establecido una incidencia en España de la aparición de ECMs, lo que sirve de referencia para estudios posteriores. También se ha confirmado la aparición de elementos análogos a los de otros estudios realizados en otros países. Por otra parte, y fruto de conversaciones y encuentros con enfermeras, supervisores y sobretodo de la enfermera y médica de paliativos, se ha comenzado a hablar y tratar el tema de las VLM desde otra perspectiva, teniendo en consideración el aspecto espiritual del fenómeno, en un hospital de la Región de Murcia.

Hay que mencionar, además, que se ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar los aspectos psicológicos como la ansiedad o el burnout, que aparecen en el personal trabajador que está en contacto constante con el dolor y la muerte, así como de fomentar el conocimiento de las ECMs como elemento influyente en la mejor recuperación de las dolencias de los experimentadores, si se sabe actuar de la manera correcta.

Paralelamente, se ha aportado un breve protocolo de actuación en los casos de ECMS y VLM que ocurran a nivel hospitalario, lo que considero de gran utilidad en el normal y diario desarrollo de la competencia profesional.

9.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Las dificultades o limitaciones de la investigación forman parte inevitable del proceso epistemológico, en tanto que permite al investigador reflexionar y autocriticar su propio trabajo y aplicar el contenido de esa reflexión en futuras investigaciones.

Uno de los debates que surgen a menudo con respecto a las ECM es la veracidad de sus relatos y testimonios. Fernández-Palacio (2013) apunta que se puede diferenciar entre testimonios, recuerdo y experiencia y que lo que los investigadores recogemos es la frecuencia de los testimonios recolectados ya que sólo hay acceso directo a los testimonios, no es posible acceder a los recuerdos ni a las experiencias. Por lo tanto, podemos hablar de dos tipos de problemas, los que no testimonian y los que testimonian falsamente o por confusión.

El autor apunta que la falta de testimonio se puede deber a tres factores, que no hubiera vivido una ECM, que no la recuerde (aunque como se ha visto a lo largo de la

tesis el recuerdo permanece intacto) y que no quieran compartirla o contarla por alguna razón.

Sin embargo, puede ocurrir todo lo contrario, que se testimonien ECM falsas. La falsedad podría ser consciente o inconsciente, como un recuerdo falso o una confusión con otro tipo de experiencias que no eran de casi muerte.

Para minimizar este problema, decidí administrar en mi investigación la Escala de Greyson y obtener así datos más fiables en cuanto a que la experiencia que relatan entra dentro de lo que la literatura ha denominado ECM, aunque desgraciadamente por las características de los pacientes y el tiempo invertido en la primera entrevista no fue posible administrar en todos los casos la mencionada escala en los casos prospectivos.

Otro factor que se convirtió en una limitación fue la falta de apoyos económicos durante estos dos años y medio, solicité ayuda económica a varias entidades y fundaciones españolas y extranjeras que financiaban proyectos de investigación, pero ninguna estuvo interesada en la presente. Este largo tiempo de investigación en solitario, recogiendo datos, analizándolos, entrevistas a expertos, desplazamientos a congresos sin financiación era muy difícil de afrontar, pues el trabajo era diario y emocionalmente muy denso; una aportación económica hubiera ayudado a agilizar el trabajo y a afrontar el día a día de una manera más relajada.

Desde el momento en que pude comenzar el trabajo de campo no hubo dificultades serias añadidas al trabajo mismo, pero he de decir que no fue fácil el camino y sobretodo no fue corto como he detallado en el apartado 6.1.1.

Otra limitación es que debido al poco tiempo al que por razones administrativas se limita la realización de una tesis doctoral, no fue posible hacer seguimiento de los pacientes que reportaron ECM en los años posteriores, lo que habría sido muy interesante para completar el estudio longitudinalmente.

En este estudio se intentaba llegar a todos los casos de ECMs que se produjeran durante el tiempo de estudio, sin definir el contexto en el que se producían, es decir, no se limitaba a un diagnóstico concreto como parada cardíaca u operación, sino que se ha examinado de forma general los casos que se han encontrado en un servicio concreto del hospital. En futuras investigaciones convendría delimitar el ámbito de estudio.

Establecer un tiempo a solas con el paciente sin ser interrumpido es una tarea muy difícil y complicada en un servicio como el de UCI, pues cuando el paciente está

ingresado en ese servicio es realmente porque necesita esos cuidados intensivos, así que no siempre era posible realizar una entrevista completa, en la práctica totalidad de los casos la entrevista era realizada de forma intermitente. Además, el horario de mañana era el más movido, pero dadas las circunstancias laborales y personales sólo me era posible desarrollar el trabajo de campo en ese horario. Sería deseable en futuras investigaciones buscar el momento en el que el servicio esté más tranquilo, pese a la continua atención de los sanitarios, como el horario vespertino.

Al comienzo del trabajo de campo el personal de enfermería, interesado en el tema, contribuía dándome más información de los pacientes a propósito de las ECM que cuando se familiarizó con mi presencia. Es cierto que su trabajo es demasiado intenso y preocuparse de otros aspectos no estrechamente relacionados con la restitución de la salud no forma parte de sus atribuciones en la actualidad, además, como apuntan Morris y Knafel (2003) “la ECM y los fenómenos relacionados con ella constituyen un acontecimiento escasamente comprendido en las unidades de cuidados intensivos”. Hubiera sido de mucha ayuda haber contado con más personal en la investigación, especialmente de otras disciplinas y con creencias escépticas con respecto al tema para asegurar la completa rigurosidad y la doble comprobación de los datos.

9.3. IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

“En ciencia, lo importante no es tanto descubrir nuevos hechos como nuevos modos de pensar sobre ellos.”

Sir William Lawrence Bragg

Abordar las implicaciones sociales que una tesis brinda desde un punto de vista epistemológico y gnoseológico es un propósito que en muchos casos obedece más a la pretensión que a la necesidad. No obstante, y con la humildad que me ha guiado en la elaboración de esta investigación, expondré las posibles implicaciones que esta tesis ha encontrado.

Desde un punto de vista local, la antropología ha olvidado introducir en sus programaciones la parte que, con rotundidad, impregna todas las demás áreas que aborda, la muerte. La antropología de la muerte o antropotanatología, se alza como el

gran eslabón que permite teorizar en cuanto a lo social, lo cultural, lo político o la salud, ya que la antropología estudia cómo la muerte se incorpora al escenario humano, cómo la influye, la transforma y la condiciona, así como las categorías y significados que se construyen a su alrededor afectando a los diferentes contextos humanos, culturales, sociales, profesionales, etc. Es por esto que, como decía Flores-Guerrero (2004), se debería hablar de una antropología de la salud, la enfermedad y muerte. Conocer cómo se entiende la muerte es en realidad conocer cómo se entiende la vida, ya que sus actividades y construcciones sociales y humanas son definidas y reflejadas entorno a ellas. Estudiarla, conocerla y enseñarla sería un gran y emocionante desafío para la vida de la antropología en Murcia.

Otra implicación viene refrendada por las conclusiones que se extraen de esta tesis y que sugieren la incorporación a la vida académica de materias que enseñen a enfrentar al futuro profesional a la vida emocional que existe fuera de las aulas y que en su caso se concreta en los hospitales o en las habitaciones que se convierten en el último lugar de descanso de algunas personas. Generar conocimiento acerca de la competencia relacional de los estudiantes especialmente los de ciencias de la salud (Medicina, Enfermería y Psicología fundamentalmente), de la detección de problemas emocionales y psicológicos para su derivación (interconsulta) al profesional, y de las ECMs para la integración de la experiencia vivida, ayudaría al paciente y al profesional a mejorar la calidad de vida y asistencial (la sola hospitalización puede provocar altas incidencias de depresión, estrés y ansiedad).

Debido a que el interés por las EMT y las EFV va aumentando de manera exponencial en los últimos tiempos y afortunadamente con un carácter más humanitario y social, los estudios que arrojan información fiable sobre las ECMs ayudan a que el experimentador comprenda la magnitud del fenómeno experimentado y el lector obtenga posibles respuestas ante un sinfín de incuestionables preguntas, lejos de la pretensión económica que en los últimos años estamos viendo sucederse plató tras plató; esta se convierte entonces, en una importante implicación social. Con ella podrán beneficiarse los centros de salud cuando atiendan a personas que hayan o estén experimentando una ECM, en cualquiera de las dos formas, los profesionales estarán más preparados para abordar estas situaciones tanto en centros hospitalarios como en

consultas privadas y tanto la familia como el entorno social podrá atender mejor a su familiar conociendo la dimensión de ese momento.

Como última implicación, considero que, según las aportaciones de esta tesis, convendría que se ampliaran los servicios de atención psicológica que abarque tanto al enfermo como al profesional, y se incluyera en el hospital y en los equipos de soporte de cuidados paliativos domiciliarios. En la mayoría de los casos la atención psicológica se reduce a los hospitales donde se dispensa tratamientos oncológicos y aunque sé muy bien lo necesario que es, esta atención debería hacerse extensible a todos los servicios del hospital, especialmente UCI y CCPP, a la familia, en casos concretos, donde este apoyo es fundamental para ayudar en una mejor atención a su familiar que redunde en la recuperación o mejor acompañamiento durante su estancia hospitalaria, sea cual sea la causa de su alta. Debido a la falta de profesionales de la Psicología, esta atención es brindada por otros profesionales que, aunque con mucha y buena voluntad, no están del todo formados en este terreno. Por otro lado, una atención formativa y atencional al personal laboral que se enfrenta a estados continuos de dolor y muerte es necesaria para que pueda ir soltando y no acumular emociones mal gestionadas que pueda incidir en el trato que se proporciona al paciente o a sus propios compañeros. Así también, es necesario fomentar la idea de la figura del psicólogo especialista en ECM y duelo en centros hospitalarios y/o unidades de cuidados paliativos pediátricos especialmente si ha habido una experiencia negativa, para ayudar a integrar y gestionar esa experiencia en su vida cotidiana.

En relación a las futuras líneas de investigación creo que es necesario crear grupos de investigación longitudinales interdisciplinarios para obtener información más completa y veraz sobre la incidencia de las ECMs y que pueda realizarse seguimientos para comprobar los posibles cambios provocados por la aceptación e integración de las Experiencias en su vida cotidiana.

Sería necesario establecer un criterio unificado a partir del cual se pueda estudiar el fenómeno de forma que haya una única y general forma de evaluación; los resultados de los distintos estudios podrían ser así más fácilmente comparados.

En cuanto a la aplicación de las escalas se ha encontrado problemas en algunos casos en los que el paciente, debido a su estado no podía someterse a entrevistas y cuestionarios por lo que sería interesante crear una escala equivalente a la de Greyson

adaptada a personas que por su estado no puedan retener las tres opciones que se marcan.

En orden a establecer criterios unánimes de consideración de las EMT, convendría establecer protocolos de inclusión que se consideren válidos y universales, de forma que haya posibilidad de réplica más allá de los criterios médicos y farmacológicos.

Por otra parte, considero que es muy interesante que se realicen investigaciones con población infantil debido a que estos, proporcionan información que no está contaminada ya que ellos simplemente cuentan lo que ven, sin hacer interpretaciones racionales de lo que han vivido (Perera, Jagadheesan, & Peake, 2012)

A la hora de elegir el tema de la presente tesis no tuve duda alguna del aspecto de la vida que iba a abordar sin saber las paradojas que la vida me tenía preparada desde su comienzo. A pesar de que todo fue sucediéndose desde el primer momento, los problemas que se limitaban a los estrictamente burocrático, iban transformándose en beneficios, desde la negativa de un hospital, los problemas con algún comité, las reticencias en cuanto a la validez del estudio de algún facultativo, todo esto, lejos de aplastarme me daba fuerzas para continuar y avanzar. Al pedir la colaboración como codirector al Dr. Raymond Moody este me dijo que iba a encontrarme con detractores y con muchos impedimentos pero que esto no mermara mi ánimo y siguiera avanzando en mis objetivos pues todo nuevo paradigma comenzaba de esta manera, y que no dejara de preguntar y/o pedir ayuda a los grandes investigadores porque ellos nunca la iban a negar; tal es el caso de Pim Val Lommel, Penny Sartori, Jeffrey Long, que han accedido a ser entrevistados y hemos seguido manteniendo contacto. Ahora sé que hay que mirar hacia arriba, siempre apuntar alto ya que la humildad se encuentra en la grandeza.

Pensar en la trascendencia de la consciencia es en muchas ocasiones sinónimo de aceptar la existencia de otra vida más allá de la que conocemos. Para aquellas personas que hemos perdido a un ser querido entender esta posibilidad como real es abrirnos a la esperanza de que algo mejor y más bondadoso nos espera y que el reencuentro con nuestros seres queridos es una realidad y no una creencia. Sorprende, en este sentido las palabras de un médico radioncólogo como es el Dr. Jeffrey Long al asegurar *“todos y cada uno de nosotros somos eternos, teniendo una vida mundana que*

nos ayuda a aprender. Por eso, cuando se tiene, por ejemplo, una ECM donde vemos a seres queridos que ya han fallecido comprobamos que no están realmente muertos, sino que llevan una vida divina. No morimos realmente, estamos aquí durante un período de tiempo, pero siempre vamos a continuar siendo seres espirituales infinitos” (Anexo 3).

Los testimonios de quienes han vivido una Experiencia Cercana a la Muerte nos acerca más a esa posibilidad y a esa esperanza, y es por ahora, la única forma que tenemos los seres humanos, de afianzar esa idea de una forma más real. Gracias a ellos y especialmente a los que en un principio eran incrédulos hasta que se convirtieron en protagonistas de ese “sueño” ahora podemos compartir estas palabras. Que la Luz nos espere a todos.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen , C., & Bekoff, M. (2007). Animal Consciousness. En M. V. Schneider, *The Blackwell Companion to Consciousness* (págs. 58-71). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Bush, N. (9 de Abril de 2012). *Dancing Past the Dark: Distressing Near-death experiences*. Nancy Evans Bush.
- Hierro-Pescador, J. (2005). *Filosofía de la mente y de la Ciencia cognitiva*. Madrid: Ediciones Akal.
- Acosta, M. (2015). Neuroteología , ¿Es hoy la nueva Teología natural? *Naturaleza y Libertad. Revista de estudios interdisciplinarios*, 11-51.
- Aguilera, R., & Gonzalez, J. (2009). La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. *Gazeta de Antropología*, 25 (2), artículo 56. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10481/6903>
- Alcock, J. (1981). Pseudo-science and the soul. *Essence*, 5,65-76.
- Alexander, E. (2013). *La prueba del cielo, una vida más allá de la muerte*. . Madrid: Planeta.
- Alfonso, E. (1984). *La iniciación*. Buenos Aires: Kier, S.A.
- Alvarez Munarriz, L. (1993). El tema de la Conciencia. *Discurso de apertura del curso académico 1993-94* (págs. 1-25). Murcia: Universidad de Murcia.
- Alvarez Munarriz, L. (2006). Niveles de Conciencia. Perspectiva socio-cultural. *Themata. Revista de Filosofía*, 37, 77-97.
- Alvarez Munárriz, L. (2014). El modelo neurobiológico de la conciencia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 9-34.
- Alvarez Munárriz, L (2015). El Poliedro de la conciencia. Cerebro, interacción y cultura. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Antón Hurtado, F. (2015). Antropología del Miedo. *Methados.revista de ciencias sociales*, 2, 262-275.
- Antón Hurtado, F. (2016). Conciencia y Seguridad. En Álvarez-Munárriz, *El Poliedro de la conciencia. Cerebro, interacción y cultura* (págs. 339-357). Valencia: Tirant lo Blanch.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC. doi:doi:10.1176/appi.books.9780890423349
- Appleby, L. (1989). Near-death experience: Analogous to other stress induced psychological phenomena. . *British Medical Journal*, 298, 976-977.
- Ariés, P. (1999). *El hombre ante la muerte*, . Madrid : Taurus.
- Aristóteles. (1990). *Historia de los animales*. Madrid: Akal.
- Arnold, P. (1983). *El libro maya de los muertos*. Mexico: Diana.
- Arp, R. (2007). Consciousness and Awareness Switched-On Rheostats: A Response to de Quincey. *Journal of Consciousness Studies*, 14(3), 101–106.

- Atance, M. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Atwater, P. (1992). Is there a hell? Surprising Observations about the NEar-Death Experience. *Journal of NEar-Death Studies*, 10(3), 149-160.
- Atwater, P. (1999). *Children of the New Millenium: Children's Near-Death Experiences and the Evolution of Humankind*. Nueva York: Three Rivers Press.
- Atwater, P. (2001). *Coming Back to Life: The Aftereffects of the Near-Death Experience*. New York: Citadel.
- Atwater, P. (2003). *The New Children and NEar-Death Experiences*. Rochester, VT: Bear.
- Atwater, P. (2007). *The big book of near-death experiences: the ultimate guide to what happens when we die;*. Charlottesville: Hampton Roads.
- Atwater, P. (12 de Abril de 2016). *Near-Death Experiences and the Afterlife*. Obtenido de <http://www.near-death.com/experiences/with-pets.html>
- Audette, J. R. (1982). A collection of near-death research readings. En L. C. R., *Historical perspectives on near-death episodes and experiences* (págs. pp. 21-43). Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Bache, C. (2000). *Dar Night, Early Dawn*. Albany: State University of New York Press.
- Barañano-Cid, A. (27 de Octubre de 2010). (2010) *Introducción a la antropología social y cultural: materiales docentes para su estudio. [Materiales de enseñanza] (No publicado)*. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/11353/>
- Barley, N. (1989). *El antropólogo inocente*. Barcelona: Anagrama.
- Barley, N. (2000). *Bailando sobre la tumba: encuentros con la muerte*. Barcelona: Anagrama.
- Barrett, W. (1926). *Deathbed Visions*. London: Methuen & Co.
- Barrilero, A., Casero, J. A., Cebrián, F., Córdoba, C., GARCÍA, F., Gregorio, E., . . . Tébar, F. (14 de 04 de 2016). *Ansiedad y Cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada*. Obtenido de <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista>
- Bartra, R. (2006). *Antropología del cerebro. La conciencia y los sistemas simbólicos*. Valencia: fondo de cultura económica .
- Batalla Rosado, J. J. (1993). *Los Tlacuiloque del Códice borbónico. Análisis iconográfico de los signos calendáricos*. Universidad de Alcalá de Henares. Servicio de Publicaciones. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10017/5832>
- Baudrillard, J. (1989). *El intercambio simbólico y la muerte*. . Caracas: Monte Ávila Editores.
- Bauer, R. A. (1959). *The new man in Soviet psychology*. Cambridge, MA: Harvard .
- Bayés, Limonero, Buendía, Burón, & Enríquez. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6,140-143.
- Bear, M. C. (2001). *Neuroscience: Exploring the Brain*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

BIBLIOGRAFÍA

- Becker, C. (1981). The centrality of near-death experiences in Chinese Pure Land Buddhism. *Anabiosis*, 1, 154-171.
- Becker, C. (1982). The failure of Saganomics: why birth models cannot explain near-death phenomena. *Anabiosis: J Near-Death Stud*, 2: 102-109.
- Becker, C. (1984). The Pure Land Revisited: Sino-Japanese Meditations and Near-death Experiences of the Next World. *Journal of Near-Death Studies*, 4(1), 51-68.
- Becker, C. B. (1981). The centrality of near-death experiences in Chinese Pure Land Buddhism. *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 1, 154-171.
- Becker, C. B. (1985). Views from Tibet: NDEs and the Book of the Dead., . *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 5, 3-20. .
- Bekoff, M. (30 de Noviembre de 2009). *Psychology Today*. Obtenido de Do animals have spiritual experiences? Yes they do. We're not the only spiritual beings: <https://www.psychologytoday.com/blog/animal-emotions/200911/do-animals-have-spiritual-experiences-yes-they-do>
- Belanti, J., Perera, M., & Jagadheesan, K. (2008). Phenomenology of near-death experiences: A cross cultural perspective. *Transcultural Psychiatry*, 45, 121-133.
- Bene, B., & Foxall, M. J. (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. . *Hospice Journal*, 7, 2541.
- Bergson, H. (1919). *L'ame et le Corps. En H.Bergson, L'énergie spirituelle. Essais et conférences (págs. 21-36)*. Paris: Les presses universitaires de France.
- Bering, J. (2001). Theistic Percepts in Other Species: Can Chimpanzees Represent the Minds of Non-Natural Agents? *Journal of Cognition and Culture*, 1(2).
- Berndt, R., & Berndt, C. (1989). *The Speaking Land: Myth and Story in Aboriginal Australia*. Harmondsworth: Penguin.
- Bertman, S. L. (1979). Communicating with the dead: An ongoing experience as expressed in art, literature, and song. En R. Kastenbaum, *Between life and death* (págs. pp. 124-155). New York, NY: Springer.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Blacher, R. S. (1979). To sleep, perchance to dream... . *Journal of the American Medical Association* , 242, 2291.
- Blackmore, S. (1993). *Dying to live: Near death experiences*. London: Harper Collins Publishers.
- Blackmore, S. (1993b). Near-death experiences in India: They have tunnels too. *JNDS*, 11(4), 205-217.
- Blanck-Cerejido, & Cerejido. (2011). Confusiones y conflictos que surgen en el desarrollo de la ciencia. En Blanck-Cerejido, & Cerejido, *La vida, El Tiempo y La muerte* (págs. 20-41). Mexico: Fondo De Cultura Económica.

- Blanke et al. (2002). Stimulating Illusory Own-Body Perceptions: The Part of th Brain That Can Induce Out-of-Body Experiences Has Been Located. *Nature*, 419, 269-270.
- Blay, A. (1991). *Personalidad y niveles superiores de conciencia*. Barcelona: Indigo.
- Bleidorm, Pahlow, Klindtworth, & Schneider. (2012). End-of-life care: experiences and expectations of bereaved relatives. *Dtsch Med Wochenschr*, 137 (25-26)1343-8.
- Boesch C. & Boesch H. . (2000). *The Chimpanzees of the Tai Forest*. New York: Oxford University.
- Boesch, C. (2003). Is Culture a Golden Barrier Between Human and Chimpanzee? *Evolutionary Anthropology*, 82-91.
- Bogdan, R., & Bilklen, S. (2003). *Qualitative research for education (4ª ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bonenfant, R. (2001). A child's encounter with the devil: an unusual near-death experience with both blissful and frightening elements>>; , vol. 20, nº 2,. *JNDS*, 20(2).
- Bonenfant, R. (2004). A comparative Study of NEar-Death Experience and Non-NEar Death Experience Outcomes in 56 survivors of clinical Death. *Journal of Near-Death Studies*, 22(3), 155-178.
- Bonilla, E. (2011). Experiencias cercanas a la muerte. Revisión. *Invest Clin*, 52(1), 69-99.
- Borjigin, Lee, Liu, Pal, Huff, Klarr, . . . Mashour. (2013). Surge of neurophysiological coherence and connectivity in the dying brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110 (35) 14432-14437.
- Bott, E. (1990). *Familia y Red social*. Madrid: Taurus.
- Bowden, & Jung-Beeman. (2003a). Aha! Insight experience correlates with solution activation in the right hemisphere. *Psychonomic Bulletin & Review*,, 10, 730-737. PMID: 1462037.
- Bozzano, E. ((1943/1982)). *Musica transcendental*. Rome: Mediterranee.
- Bozzano, E. (1923). *Phénomènes psychiques au moment de la mort*. Paris: Editions de la B.P.S.
- Branston, N. M. (1984). Comparison of th Effects of Ischaemia on Early Components of the Somatosensory Evoked Potential in Brainstem, Thalamus, and Cerebral Cortex. *Journal of Cerebral Blood Flow Metabolism*, 4(1), 68-81.
- Brayne, & Fenwick. (2008). The Case for Training to Deal with End of Life Experiences. *European Journal of Palliative Care*, 15(3), 118-120.
- Brayne, e. a. (2008). End-of-Life Experiences and the Dying Process in a Gloucestershire Nursing Home as Reported by Nurses and Care Assistants. *American Journal of Palliative Care*, 25(3), 195-206.
- Brayne, S., Lovelace, H., & Fenwick, P. (2006). An understanding of the occurence of deathbed phenomena and its effects on Palliative care Physician. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine nº 23 (1)*, 17-24.
- Brefczynski, J. &. (1999). A physiological correlate of the "spotlight" of visual attention. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(4), 370–374.

BIBLIOGRAFÍA

- Bucke, R. (1901). *Cosmic Consciousness. A Study in the Evolution of the Human Mind*. London, Canada: E.P. Dutton and Company, Inc.
- Bullis, D. (2005). *The Mahawamsa, The Great Chronicle of Sri Lanka*. Colombo: Vijitha Yapa.
- Bunge, M. (1980). *The Mind-Body Problem*. Oxford y Elmsford: Pergamon Press.
- Bunge, M. (1985). *El problema mente-cerebro. Un enfoque psicobiológico*. Madrid: Tecnos.
- Burney-Banfield, S. (1994). Preparing students for their patients' deaths. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 11, 24-28.
- Burt, C. (1968.). *Psychology and psychical research*. London: Society for Psychical Research.
- Bush, N. (1983). The Near Death Experience in Children: Shades of th Prison-House Reopening. *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 3, 177-193.
- Bush, N. (2002). Afterward: MAKing Meaning After a Frightening Near-Death Experience. *Journal of Near-Death Studies*, 21(2), 99-133.
- Bush, N. (2009). Distressing western near-death experiences: Finding a way through the abyss . En G. B. Holden JM, *The Handbook of Near-Death Experiences*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishers.
- Bushman, R. (01 de 03 de 2016). *Near-Death Experience (NDE)*. Obtenido de <http://obebibliography.info/NDE.htm>
- Caballero, N. C. (1979). *El camino de la libertad (Vol. I: Una sociedad de sonámbulos satisfechos)* . Valencia: Comercial Editora de Publicaciones.
- Callanam, M., & Kelley, P. (1992). *Final Gifts: understanding the special awareness, needs and communications of the dying*. London: Hodder & Stoughton.
- Calle, R. A. (1978). Yoga y zen. . En R. Calle, & J. Calle, *Yoga, zen y control psicossomático*. Madrid: Ediciones Pirámide, SA.
- Campbell, J. (1970). *The Hero with a Thousand Faces*. Cleveland & New York: Meridian Book. The World Publishing Company.
- Campbell, Joseph. (1949). *The Hero with a Thousand Faces*. Princeton: Princeton University Press.
- Camus, A. (1996:9). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza.
- Cardozo de Angulo, R., Vilorio, F., Espig, H., Espig, H., Romano, E., Centeno, G., & Medina, M. (2014). Actitud ante la muerte en estudiantes de Medicina al inicio y al final de la carrera. *Rev Bioet Latinoam*, 14: 82-104.
- Carr, D. (1981). Endorphins at the approach of death. *Lancet*, 5, 53-63.
- Carr, D. (1982). Pathophysiology of stress-induced limbic lobe dysfunction: a hypothesis for NDEs. *Anabiosis*, 2, 75-89.
- Carr, D. B. (1982). Pathophysiology of stress-induced limbic lobe dysfunction: A hypothesis for near-death experiences. *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 2, 75.

- Carrara, A. (2011). Neuroteología. Lo que hay detrás de esta nueva "ciencia". *Ecclesia*, 25(2), 215-226.
- Carrillo, f. (27 de 04 de 2016). *Artes México*. Obtenido de http://www.artesmexico.org/tu_cultura/dias_de_muertos_cultura_maya.asp
- Carrington, H., & Hereward. (2013). *Death, its causes and Phenomena with special reference to Immortality*. London: Forgotten Books.
- Castillo, J. (1997). Visión chamánica de la realidad. El chamán y el mito de la muerte-resurrección. En J. Poveda, *Chamanismo, el arte natural de curar* (págs. 56-57). Madrid: Temas de hoy.
- Caycedo Bustos, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339.
- Caycedo, A. y. (1969). *Progresos en Sofrología*. Barcelona: EMEGE.
- Caycedo, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2), 332-339.
- Centro Internacional de Servicios Preventivos Holísticos. (19 de Enero de 2013). <https://sergioeacostanaturopata.wordpress.com>. Obtenido de <https://sergioeacostanaturopata.wordpress.com/2013/01/19/resumen-de-algunas-importantes-investigaciones-sobre-la-naturaleza-cuantica-de-la-conciencia/#more-495>
- Chacón y Grau. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14:67-78.
- Chalmers, D. J. (2003). Consciousness and its Place in Nature,. En S. P. Warfield, *The Blackwell Guide to Philosophy of Mind* (págs. 102-142). Malden, MA, USA.: Blackwell Publishing Ltd. doi:10.1002/9780470998762.ch5
- Chari, C. T. (1982). Parapsychological reflections on some tunnel experiences. *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 2, 110-131. .
- Ch'en, K. K. (1964). *Buddhism in China*. Princeton, NJ: : Princeton University Press.
- Chiappetta, W., Floyd, H., & McSeveney, D. (1997). Sex differences in coping with death anxiety. *Psychological Reports*, 39(3), 945-946.
- Christian, S. (2005). *Marital satisfaction and stability following a near-death experience of one of the marital partners. Tesis doctoral*. University of North Texas.
- Churchland, P. (1986). *Neurophilosophy: toward a unified science of the mind/ brain*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Cobbe, F. (1882). *Peak in Darien*. Boston: Geo. H. Ellis.
- Colell, R., Limonero, J. T., & Otero, D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. . *Investigación Psicológica*, 5, 104112.
- Collett, & Lester. (1969). The fear of death end the fear of dying. *J Psychol.*, 72:179-81.
- Collier, B. (1972). Ketamine and the conscious mind. *Anaesthesia* , 27:120-134.

BIBLIOGRAFÍA

- Connor, & Smoker. (1990). Quantitative description of a rare behavioral event: a bottlenose dolphins behavior toward her deceased offspring , . Academic Press, New York: 355-360. En S. Leatherwood, R. Reeves, & A. Press (Ed.), *The Bottlenose Dolphin* (pág. 653). New York, New York: The bottlenose dolphin.
- Cook, E., Greyson, B., & Stevenson, I. (1998). Do any Near-Death Experiences Provide evidence for the survival of human personality after death? Relevant features and Illustrative case reports. *Journal of Scientific Exploration*, 12, 377-406.
- Corazza, O. (2008). *Near-Death Experiences: Exploring th Mind-Body Connection*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Corazza, O. (2010). Exploring space-consciousness in near-death and other dissociative experiences. *Journal of Consciousnes Study. Social approaches to Consciousness II*, 17, 7-8.
- Corazza, O., & Kurupparachchi, K. (2012). Cross-cultural aspects of Near-Death Experiences. En M. Perera, K. Jagadheesan, & A. Peake, *Making Sense of Near-Death Experiences. A handbook for clinicians* (págs. 51-62). London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Corazza, O., & Schifano, F. (2010). Near-death states reported in a sample of 50 misusers. *Substance Use and Misuse*, 45(6), 916-924.
- Corral Lope, J. (2015). *Supervivir. Ideas para una ética universal*. Madrid: Letras de autor.
- Counts, D. (1983). Near-death and out-of-body experiences in a Melanesian society. *Anabiosis*, 3, 115-135.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. California: Sage.
- Crick, F. (1994). *La búsqueda científica del alma*. Madrid: Debate.
- Cumplido y Molina. (2011). *Medicina Paliativa*, 18(4), 141-148.
- Da Matta, R. (1997). *A casa & a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Rocco.
- Damasio, A. (2000). *Sentir lo que sucede: cuerpo y emoción en la fábrica de la consciencia*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona, España: Ediciones Destino.
- Darwin, C. (2009). *Autobiografía*. Barcelona: Verticales.
- De Chardin, T. (1971). *El fenómeno humano*. Madrid: Taurus.
- De la Herran, A. (2006). Los Estados de Conciencia: Análisis de un Constructo Clave para un Enfoque Transpersonal de la Didáctica y la Formación del Profesorado. *Tendencias Pedagógicas*, (11), 103-154.
- Delay, J. P. (1977). *Manual de psicología*. Barcelona: Toray-Masson.
- Delgado, M. (2010). Los mundos intermedios entre la vida y la muerte. El caso de Lost (Perdidos). *Jornadas sobre Antropología de la muerte. Identidad, creencias y ritual (2012)* (págs. 9-

- 31). Madrid: Secretaria General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Dennett, D. (1995). *La conciencia explicada*. Barcelona: Paidós.
- Denton y Wisenbaker. (1977). Death experiences and death anxiety among nurses and nursing students. *Nurs Res*, 26: 61-64.
- Derogatis, L., Lipman, R., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bulletin*, 9(1), 13-28.
- Descartes, R. (1987). *Discurso del método Madrid*. Madrid: Alhambra.
- Dosa, D. (2007). A day in the life of Oscar the cat. *New England Journal of Medicine*, 4(357), 328-329.
- Dossey, L. (2011). Dying to Heal: A Neglected Aspect of NDEs. *Explore*, 7(2), 59-62.
- Douglas-Hamilton, I., Bhalla, S., Wittemyer, G., & Vollrath, F. (Octubre de 2006). Behavioural reactions of elephants towards a dying and deceased matriarch. *EL SEVIER. ANIMAL BEHAVIOUR SCIENCE*, 1(100), 87-102. doi:10.1016/j.applanim.2006.04.014
- Drab, K. (1981b). The tunnel experience: reality or hallucination? *Anabiosis*, 1, 126-152.
- Drioton, E., & Vandier, J. (1981). *Historia de Egipto*. Buenos Aires: Eudeba.
- Drolma, D. (2005). *Delog. Donne che viaggiano oltre la morte*. Torino: Amrita.
- Duche Pérez, A. (2012). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y Religión*, 22(37).
- Durkheim, E. (1987). *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.
- economista, E. (28 de 05 de 2014). <http://listas.economista.es/cine/3590-10-famosos-que-han-burlado-a-la-muerte>.
- Eggerman, & Dustin. (1985). Death orientation and Communication with the terminally ill. *Omega:Journal of Death and Dying*, 16,255-265.
- Eliade, M. (1964). *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy*. New York: Pantheon Books.
- Ellwood, G. (2001). *The uttermost deep: The challenge of near-death experiences*. New York: Lantern Books.
- Enríquez-Meza, R. (2007). Neuroantropología y composición química del ser humano. *BOLETIN DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE EDUCACION*(15).
- Epicuro. (1985). *Carta a Meneceo. Máximas capitales*. Madrid: Alhambra.
- Etzion y Pines. (1986). A sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Farah, M. (1997). Visual perception and visual awareness after brain damage: A tutorial overview. En N. Block, O. Flanagan, & G. Güzeldere, *The Nature of Consciousness* (págs. 203-236). Cambridge, Massachusetts: MIT press.

BIBLIOGRAFÍA

- Fenwick, & Brayne. (2011). End-of Life Experiences: Reaching out for compassion, communication, and connection- meaning of deathbed visions and coincidences. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 28, 7-15.
- Fenwick, E., & Fenwick, P. (1996a). *The Truth in the Light*. Londres: Headline.
- Fenwick, F. (2015). *El arte de morir*. Girona: Atalanta.
- Fenwick, P. e. (2009). Comfort for the Dying: Five Year Retrospective and One Year Prospective Studies of End of Life Experiences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 173-80.
- Fenwick, P., & Fenwick, E. (1995). *The truth in the light: an investigation of over 300 Near-Death Experiences*. Guildford: Headline Book Publishing.
- Fernandez-Palacio, F. (marzo de 2013). *La investigación sobre las Experiencias cercanas a la muerte*. <http://www.bubok.es/libros/230722/La-investigacion-sobre-las-experiencias-cercanas-a-la-muerte>.
- Fernández-Sola, C. (2012). *Afrontar la muerte en ciencias de la salud*. Tesis Doctoral. Almería: Universidad de Almería.
- Fitch, M. I., Bakker, D., & Conlon, M. (1999). Important issues in clinical practice: Perspectives of oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 9, 151-164.
- Flores-Guerrero. (2004). Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad.(Chile)*, 10:1-8. Obtenido de <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>
- Flynn, C. (1982). Meanings and implications of NDEs transformations: some preliminary findings and implications. *Anabiosis*, 2, 3-14.
- Flynn, C. (1986). *After the Beyond: Human Transformation and the Near-Death Experience*. NJ: Prentice Hall.
- Flynn, C. P. (1984). Death and the primacy of love in works of Dickens, Hugo, and Wilder. . *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 4, 125-141.
- Fontana, D. (2007). Mystical Experience. En M. Velmans, & S. Schneider , *The Blackwell Companion to Consciousness* (págs. 163-172). Malden, MA : Blackwell Publishing Ltd.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Fracasso, C. L., Aleysin, S. A., Friedman, H. L., & Young, M. S. (2010). Near-death experiences among a sample of Iranian Muslims. *Journal of Near Death Studies*, 29(1), 265-272.
- Fracasso, C., Friedman, H., & Young, M. (2010). Psychologist' Knowledge of an Attitudes about NEar-Death Experiences: Changes over Time and Relationship to Transpersonal Self-Concept. *Journal of Near-Death Studies*, 29(1), 273-281.
- Fraga, J. (2014). *Dios en el centro de todo*. Obtenido de www.artgerust.com : <http://www.artgerust.com/libro/dios-en-el-centro-de-todo-por-jesus-fraga-cid/44003>

- Francione, G. (1999). El error de Bentham (y el de Singer). *Teorema: Revista internacional de filosofía*, 18(3), 39-60.
- Fremantle, F., & Chogyam, T. R. (1975). *The Tibetan Book of the Dead*. Berkeley, CA: Shambhala.
- Freud, S. (1992). *De guerra y muerte. Temas de actualidad (1915)*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Frommelt, K. H. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Palliative Care*, 8, 374-383.
- Gabbard, G., & Twemlow, S. (1984). *With the Eyes of the Mind: An Empirical Analysis of Out of Body States*. New York: Praeger.
- Gabbard, G., Twemlow, S., & Jones, F. (1981). Do "near-death experiences" occur only near death? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 374-377.
- Gala-León, F., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillen Gestoso, C., González Infante, J., Villaverde Gutiérrez, M., & al, e. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*.
- Gallup, G., and Proctor, W. (1982). *Adventures in immortality: a look beyond the threshold of death*. New York, : McGraw Hill, pp. 198-200.
- García-Orellan, R. (2003). Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal. En *Cuidados Paliativos* (págs. 305-322). San Sebastián. España: Edit. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. doi:ISBN 84-930967-9-2
- Garnier, López, Mira, Tirado, y Rodríguez. (2001). *Burnout en médicos de urgencias. La búsqueda del mes*. Obtenido de <http://www.copsa.es>
- Gibbs, J. (1981). The near-death experience: balancing Siegel's view. *American Psychologist*, 36, 1457-1458.
- Giovetti, P. (1982). Near-death and deathbed experiences: an italian survey. *Theta*, 10 (1), 10-13.
- Giovetti, P. (2007). *Near-death experiences. Testimonianze di esperienze in punto di morte*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Gloor, Olivier, Quesney, Andermann, & Horowitz. (1982). The role of the limbic system in experiential phenomena of temporal lobe epilepsy. *Ann Neurology*, 12:129-149.
- Gómez-Jeria. (1993). A near-death experience among the Mapuche people. *JNDS*, 11(4).
- Gómez Pellón, E. (2016). Conciencia y conciencias: La cuestión de la Supremacía. En L. Álvarez-Munárriz, *El poliedro de la conciencia. Cerebro Interacción y cultura* (págs. 171-239). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Goodall, J. (1993). *A través de la ventana: treinta años estudiando a los chimpancés*. Barcelona: Biblioteca Científica Salvat. .
- Goodall, J. (2005). Primate spirituality. En B. Taylor, *The Encyclopedia of Religion and Nature*. (págs. 1303-1306). New York: Thoemmes Continuum.
- Gopalan, K.T et al. (1999). Cerebral Blood Flow Velocity During Repeatedly Induced Ventricular Fibrillation. *Journal of Clinical Anesthesia*, 11(4), 290-295.

BIBLIOGRAFÍA

- Gorer, G. (1955). La Pornografía de la Muerte. En E. M. R. Fulton, *La muerte y el morir: desafío y cambio* (págs. 23-34). San Juan, Puerto Rico: Fondo Educativo Interamericano. .
- Gosseries, Vanhaudenhuyse, Bruno, Demertzi, Schnakers, Boly, . . . Laureys, y. (2011). Disorders of Consciousness: Coma, Vegetative and Minimally Conscious States. En D. C. Cvetkovic, *States of Consciousness. Experimental Insights into Meditation, Waking, Sleep and Dreams* (págs. 29-55). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag .
- Goswami, A., Reed, R., & Goswami, M. (1993). *Self-aware Universe: How Consciousness Creates the MATERIAL World*. New York: Jeremy Tarcher/Putnam Books.
- Green, J. (1984). Near-Death Experiences in a Chamorro Culture. *Vital Signs*, 4(1-2), 6-7.
- Grey, M. (1985). *Return from Death: An Exploration of the Near-death Experiences*. London: Arcana.
- Grey, M. (1987). *Return from death: An Explanation of the Near-Death Experience*. New York: Arkana.
- Greyson, B. (1981a). Near-death experiences and attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 10-16.
- Greyson, B. (1981b). Toward a psychological explanation of near-death experiences: a response to Dr. Grosso's paper. *Anabiosis*, 1, 88-103.
- Greyson, B. (1982). Near-Death Studies, 1981-82: A review. *Anabiosis*, 2:150-158.
- Greyson, B. (1983). The Near-Death Experience Scale: Construction, Reliability and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 369-375.
- Greyson, B. (1999). Defining Near-Death Experiences. *Mortality*, 4:7-19.
- Greyson, B. (2000). Near-Death Experiences. En E. Cardeña, S. Lynn, & S. Krippner, *Varieties of Anomalous Experiences: Examining the Scientific Evidence* (págs. 315-352). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Greyson, B. (2003). Incidence and correlates of near-death experiences in a cardiac care unit. *El sevier*, 269 –276.
- Greyson, B. (2015). Western Scientific Approaches to Near-Death Experience. *Humanities*, 4, 775–796. doi:10.3390/h4040775
- Greyson, B., & Bush, N. (1992). Distressing Near-Death Experiences. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 55(1), 95-10.
- Greyson, B., & Stevenson, I. (1980). The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1193-1196.
- Greyson, Kelly, E., & Kelly, E. (2009). Explanatory models for near-death experiences. En G. B. Holden JM, *The Handbook of Near-Death Experiences Thirty Years of Experience* (págs. 213-234). California: Prager Publishers.
- Grof, S. (2006). *El viaje definitivo: la consciencia y el misterio de la muerte*. Barcelona: La liebre de marzo.

- Grof, S., & Grof, C. (1992). Emergencia espiritual: la comprensión de las crisis evolutivas. En Grof, & Grof, *El poder curativo de las crisis* (págs. 23-57). Barcelona: Kairós.
- Grof, S., & Halifax, J. (1977). *The Human Encounter with Death*. Nueva York: Dutton.
- Grosso, M. (1981). Toward an explanation of near-death phenomena. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 75, 37-60.
- Guerra, Y. (2014). *La muerte y el proceso de morir en el budismo. (Trabajo fin de master)*. Universidad complutense. Madrid.
- Gurney, E., Myers, F., & Podmore, F. (1886). *Phantasms of the living, 2 vols*. London: Trübner and co., Ludgate Hill, E.C.
- Gutierrez, A. (1992). Jordi Sabater Pí: el desarrollo de la primatología en España. *Taula, quaderns de pensament*(17-18), 127-139.
- Güzeldere, G. (1977). The Many Faces of Consciousness: A Field Guide. *The nature of Consciousness: philosophical debates*, 1-69.
- Hadfield, P. (1991). Japanese Find Death a Depressing Experience. *New Scientist*, 132(1797), 11.
- Hallowell, A. (1940). Spirit of the Dead in Salteaux Life and Thought. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 70(1), 29-51. doi:10.2307/2844199
- Hameroff, S. (26 de 11 de 2012). Stuart Hameroff Brain Quantum Computer.
- Haraldsson, E. (2001). Some Recent Cases That I Have Investigated In Sri Lanka): . *Trends in Rebirth Research. Proceedings of an International Seminar*. (págs. 23-36). Colombo: Sarvodaya Vishva Lekha.
- Heidegger, M. (2006). *Introducción a la fenomenología de la religión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heim, A. (1892). *Notas sobre la muerte por caída*. Print Friendly.
- Heinze, R. (1984). Healing in South and Southeast Asia. *PSI-Research*, 3, 3-4.
- Hemingway, E. (1929). *Adiós a las armas*.
- Hernandez, B. (2009). Instrumentos de recolección de información en investigación cualitativa. *Cuadernos de Investigación*, (8), 1-77.
- Hernandez, R., Fernandez-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. . México: McGraw-Hill.
- Hernández-Cabrera, G., González, V., Fernández, L., Infante, O., Grau, R., & al, e. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 18(1): 22-32.
- Herrán, A. d. (1998). *La conciencia humana. Hacia una educación transpersonal*. . Madrid: San Pablo.
- Herzog, D., & Herrin, J. (1985). Near-Death Experiences in the Very Young. *Critical care Medicine*, 13(12), 1074-1075.
- Heyse-Morse, L. (1996). On spiritual pain of dying. *Mortality n°1*(3), 297-315.

BIBLIOGRAFÍA

- Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J., Hollar, D., & Sawning, S. (2009). Griev_Ing: death notification skills and applications for fourth-year medical students. *Teach Learn Med*, 21(3):207-19.
- Hof, P. R., & Van Der Gucht, E. (2007). Structure of the Cerebral Cortex of the Humpback Whale, *Megaptera novaeangliae* (Cetacea, Mysticeti, Balaenopteridae). *THE ANATOMICAL RECORD*, 1-31.
- Hoffman, E. (1992). *Visions of Innocence: Spiritual and Inspirational Experiences of Childhood*. Londres: Shambala Publications Inc.
- Homero. (25 de 04 de 2013). *La Odisea*. Obtenido de Biblioteca Digital Ilce: <http://http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/>
- Hooper, R. (03 de 09 de 2011). *New Scientist*. Obtenido de <https://www.newscientist.com/article/mg21128283.700-death-in-dolphins-do-they-understand-they-are-mortal/>
- Hou et al. (2013). Infrequent near death experiences in severe brain injury survivors - A quantitative and qualitative study. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 16(1), 75-81.
- <http://www.swedenborg.es/>. (01 de 04 de 2012).
- Hubbs, C. L. (1953). Dolphin protecting dead young. *Journal of Mammalogy*, 34:498.
- Humphrey, N. (1998). The privatization of sensation. En K. A. Hameroff. *S, Toward a Science of Consciousness: The second Tucson discussions and debates* (págs. 247-258). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Huntington, R., & Metcalf, P. (1979). *Celebrations of Death: The Anthropology of Mortuary Ritual*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.
- Huxley, A. (1957). *Cielo en Infierno*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Huxley, A. (1977). *La filosofía perenne*. Barcelona: Edhasa .
- Huxley, A. (1984). *La isla*. Buenos Aires : Editorial Sudamericana.
- Hyslop, J. H. (2014). Visions of the Dying. *History of Psychiatry*, 25, 237–252.
- IANDS. (10 de Febrero de 2016). <http://iands.org/about-ndes/common-aftereffects.html>.
- IANDS. (04 de 02 de 2016). [www.iands.org](http://iands.org/about-ndes/key-nde-facts.html). Obtenido de <http://iands.org/about-ndes/key-nde-facts.html>
- Irwin, H. (1981). The psychological functions of out-of-body experiences: so who needs the out-of-body experiences? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 244-248.
- Irwin, H. (1989). The near-death experience in childhood. *Australian Parapsychological Review*, 14, 7-11.
- James, E. (1966). *EL TEMPLO.EL ESPACIO SAGRADO DE LA CAVERNA A LA CATEDRAL*. Madrid: Guadarrama.

- Janik, V. M., Sayigh, L., Esch, H., & Wells, R. (2006). Signature whistle shape conveys identity information. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 8293-8297. doi:http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0509918103
- Jansen, K. L. (1989). Near-death experience and the NMDA receptor. *British Medical Journal*, 298, 1708.
- Jayawardana, T. (2007). *Maranaya Abiyasa Asudutu Athdakeem*. Colombo: Sadeepa Publishing House.
- Jiménez-López, F.R., Gil Roales-Nieto, J., Vallejo, G., Preciado, J. (2016). Values in nursing students and professionals. An exploratory comparative study. *Nursing Ethics*, 23(1), 79-91.
- Johnston, W. (1980). *La música callada. La ciencia de la meditación*. Madrid: Ediciones Paulina.
- Joseph, R. (2002). *Neurotheology: Brain, Science, Spirituality, Religious Experience*. San Jose: California University Press.
- Kason, Y., & Degler, T. (1994). *Farther shores: How near-death and other extraordinary experiences can change ordinary lives*. Toronto: HarperCollins.
- Kastenbaum, R., & Costa, P. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual review of Psychology*, 28, 225-249.
- Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, Volumen 6, No. 2, Art. 43.
- Kaye, J. M., & Loscalzo, G. (1998). Learning to care for dying patients: A controlled longitudinal study of a death education course. *Journal of Cancer Education*, 13, 52-57.
- Kaye, J. M., Gracely, E., & Loscalzo, G. (1994). Changes in students' attitudes following a course on death and dying: A controlled comparison. *Journal of Cancer Education*, 9, 77-81.
- Keeves, J. (2004). *Educational research, methodology, and measurement: an international handbook*. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Kellehear, A. (1993). Culture, biology and the near-death experience: a reappraisal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 148-156.
- Kellehear, A. (1996). *Experiences near death. Beyond medicine and religion*. New York: Oxford University Press.
- Kellehear, A. (2008). Census of Non-Western Near-Death Experiences to 2005: Overview of the Current Data. *Journal of Near-Death Studies*, 26(4), 249-265.
- Kelly, E., & Kelly, E. (2007). *Irreducible Mind: Toward a Psychology for the 21st Century*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- King, B. J. (2013). When Animals Mourn. *Scientific American*, 63-67.
- King, M. (1985). *Being Pakeha: An Encounter with New Zealand and the Maori Renaissance*. Auckland: Hooder and Stoughton.
- Kircher, P. (1995). *Love is the Link: A Hospice Doctor Shares her Experience of Near-Death and Dying*. Nueva York: Larson Publication.

BIBLIOGRAFÍA

- Klarsfeld, & Revah. (2002). *Biología de la Muerte*. Madrid: Ed. Complutense.
- Klemenc-Ketis, Z., Kersnik, J., & Grmec S. (2010). The effect of carbon dioxide on near-death experiences in out-of-hospital cardiac arrest survivors: a prospective observational study. *Critical Care*, 14(2), R56. doi:10.1186/cc8952
- Kletti, R., & Noyes, R. (1981). Mental states in mortal danger. *Essence*, 5, 5-20.
- Knoblauch, Schmied, & Schnettler, y. (2001). Different kinds of Near-death Experience. A Report on a Survey of Near-Death Experiences in Germany. *Journal of Near-Death Studies*, 20(1), 15-29.
- Koch, C., & Greenfield, S. (2007). How does consciousness happen? *scientific American*, 50-57.
- Kohr, R. (1982). Near-death experience and its relationship to psi and various altered states. *Theta*, 10, 50-53.
- Kralovec K, P. M. (2009). Are near-death experiences following attempted suicide important for suicide risk assessment? A case report. *Neuropsychiatr*, 23(3):184-6.
- Kreps, J. I. (2009). The search for Muslim near-death experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 28, 67-86.
- Krippner, S. (1982). *La experiencia mística*. Barcelona: Kairós.
- Krippner, S. (1990). Estados alterados de conciencia. En J. White, *La experiencia mística* (págs. 23-37). Buenos Aires: Troquel.
- Krippner, S., Wescott, R., Huxley, A., Bucke, R., Prince, R., Savage, C., . . . y Watts, A. (1980). *La experiencia mística y los estados de conciencia*. Barcelona: Kairós.
- Krishnamurti, J. (1991). *Comentarios sobre el vivir*. Buenos Aires: Kier.
- Krishnan, V. (1981). Near-death experience: reassessment urged. *Parapsychology Review*, 12(4), 10-11.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los Moribundos*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Kuhn, T. (1983). *La tensión esencial*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Kurupparachchi, K., Gambheera, H., Padmasekara, G., & Perera, M. (2008). Near-Death experiences in suicide attempters. *Journal of Near-Death Studies*, 26, 295-301.
- Lai et al. (2007). Impact of near-death experiences on dialysis patients: A multicenter collaborative study. *American Journal of Kidney Diseases*, 50, 124-32.
- Lambert, & Wood. (1946). Direct determination of man's blood pressure on the human centrifuge during positive acceleration. *Federation Proc*, 5, 59.
- Lao-Tse. (2008). *Wen-Tzu. Lao Tse. La comprensión de los misterios del Tao (Versión de T. Cleary)*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Laughlin, McManus, & D'Aquili. (1992). *Brain, Symbol, and Experience Toward a Neuropsychology of Consciousness*. New York: Columbia University Press.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1964). *Psychedelic experience. A manual based on the tibetan book of dead*. New York: Kesington Publishing Corp.

- Lees, S., & Ellis, N. (1990). The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 946-961.
- Lempert, T. (1994). Syncope and near-death experience. . *The Lancet* , 344:829-830.
- Lende, D. H. y Downey, G. (2012). The encultured brain - Toward the future. En D. H. Lende, *The encultured brain. An introduction to Neuroanthropology*. Eds. Cambridge: The MIT Press.
- Lerma, J. (2009). *Learning from the light*. . Franklin Lakes, NJ: Career Press.
- Liao, et al. (2011). Reduced dorsal prefrontal gray matter after chronic ketamine use. *Biol. Psychiatry*, 69, 42-48.
- Limonero, & Fernández-Castro. (2008). Del estrés al "burnout". Un modelo etiológico del síndrome de quemarse en el trabajo. En M. L. M. GonzálezBarón, *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (págs. 19-33). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Llinás, R. (23 de Octubre de 2001). The Electric Brain. (L. Aguirre, Entrevistador) NOVA. Obtenido de <http://www.pbs.org/wgbh/nova/body/electric-brain.html>
- Llinás, R. (09 de 03 de 2006). *Universia*. Obtenido de <http://noticias.universia.net.mx/vida-universitaria/noticia/2006/03/09/72355/neurofisiologo-rodolfo-llinas-visita-mexico.html>
- Locke, J. (1690). *Essay concerning human understanding*. Indianapolis: Hackett Publishing Company.
- Long, J., & Perry, P. (2011). *Evidencias del más allá*. Madrid: Edaf.
- Lorimer, D. (1989). The near-death experience: Crosscultural and multidisciplinary dimensions. En B. e. al, *Perspectives on Death and Dying: Cross-culture and Multidisciplinary Views* (págs. 256-67). Philadelphia: Charles.
- Low, P. (2012). The Cambridge Declaration on Consciousness. *Consciousness in Human and non-Human Animals*. Cambridge.
- Lowental, U. (1981). Dying, regression, and the death instinct. *Psychoanalytic Review*, 5, 135-142.
- Lucas, R. (2007). *Orizzonte verticale*. Cinisello Balsamo (Milano): San Paolo.
- Luk, C. (. (1971). *Practical Buddhism*. London: Rider.
- Luk, C. (. (1974). *The Transmission of the Mind outside the Teachings*. New York: Grove Press.
- Luk, C. (. (1976). *Ch'an and Zen Teachings*. London: Rider (new edn.).
- Luk, C. (. (1984). *The Secrets of Chinese Meditation*. London: Rider (revised edn).
- Lundahl, C. (1981-82). The perceived other world in Mormon near-death experiences: a social and physical description. *Omega*, 12, 319-327.
- Lundhal, & Widdison. (1993, pag 241). The physical environment in the City of Light. *JNDS*, 11(4), 239-246.
- Lurker, M. (1992). *El mensaje de los símbolos: mitos, culturas y religiones*. Barcelona: Herder.

BIBLIOGRAFÍA

- Lycan, W. (1995). *Consciousness*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Malinowski, B. (1926). *Crime and Custom in Savage Society*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G., & Slenker, S. (1992). Relationship among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-135.
- Manolakis, M., Olin, J., Thornton, P., Dolder, C., & Hanrahan, C. (2011). A module on death and dying to develop empathy in student pharmacists. *Am J Pharm Educ.*, 75(4):71.
- Manrique-Castaño, D. (2012). De la sinapsis a la coherencia cuántica: Al encuentro de la neurobiología de la consciencia. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 176 - 205.
- Marias, J. (2008). *Historia de la Filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marín, B., Los Arcos, Y., Arriazu, A., M. R., & Aragón, M. (1993). La muerte en UCI. ¿Cómo reaccionan los profesionales de enfermería? *Enferm Científ*, 140: 26-31.
- Martino Alba, R., Casado Flores, J., & Ruiz Díaz, M. (2007). Actitudes y necesidades de los intensivistas pediátricos ante la muerte de sus pacientes. *An Pediatr*, 66(4): 351-6.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual (3ª Ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Masters, R. y. (2000, p.127). *The Varieties of Psychedelic Experience. The Classic Guide to the Effects of LSD on the Human Psyche*. Rochester: Park Street Press.
- Maté, C. (2005). Actitud y percepción de la muerte en animales en Hallado. En D. Hallado, *Seis miradas sobre la muerte* (págs. 107-138). Barcelona: Paidós.
- Mayer, J., & Marx, T. (1972). The Pathogenesis of eeg Changes During Cerebral Anoxia. En J. H. Drift, *Cardiac and Vascular Diseases Handbook of Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* (págs. 5-11). Amsterdam: Elsevier.
- McClenon, J. (2006). Kongo Near-Death Experiences: Cross-Cultural Patterns. *Journal of Near-Death Studies*, 25(1), 21-34.
- McCready, W., & Greeley, A. (1976). *The ultimate values of the American Population*. United States: Sage.
- McKinney, L. (1994). *Neurotheology: Virtual Religion in the 21st Century*. Cambridge, MA: Amer Inst for Mindfulness.
- Meduna, L. (1950). *Carbon Dioxide Therapy: A Neuropsychological Treatment of Nervous Disorder*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Mèlich, J.C. (1994) Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana. Barcelona: Anthropos.
- Méndez, M. (2007). Estados alterados v/s no-ordinarios de Conciencia: Un Marco Transpersonal-Integral para Comprender la Ingesta Ceremonial de Enteógeno. *Cuadernos de Neuropsicología 2007*, I (3),182-195.
- Meredith, M. (2001). *Africa's elephant: a biography*. Londres: Hodder & Stoughton.

- Migliore, V. (18 de Noviembre de 2014). *SEE MY PET AGAIN IN HEAVEN*. Obtenido de <http://documents.mx/documents/see-my-pet-again-in-heaven.html>
- Mobbs, D., & Watt, C. (2011). There is nothing paranormal about near-death experiences: how neuroscience can explain seeing bright lights, meeting the dead, or being convinced you are one of them. *Trends Cogn Sci.*, 447-9. doi:doi: 10.1016/j.tics.2011.07.010
- Moody, R. (1975). *Vida después de la vida*. Madrid: Edaf.
- Moody, R. (1995). *Más sobre vida después de la vida*. Madrid : Edaf.
- Moody, R. (1999). Family Reunions: Visionary Encounters with the Departed in a Modern-day Psychomanteum. *Journal of Near-Death Experiences, Apparitions, and the Paranormal*, 11(2), 83-121.
- Moody, R. A. (1977). *Reflections on life after life*. St. Simon's Island, GA: Mockingbird.
- Moody, R., & Perry, P. (2010). *Destellos de eternidad*. Madrid: Edaf.
- Moore, J. C. (1955). Bottle-nosed dolphins support remains of young. *Journal of Mammalogy*, 36:466-467.
- Moorjani, A. (2014). *Morir para ser yo*. Madrid: Gaia.
- Mora, J., & Porras, B. (2000). Algunos referentes histórico-conceptuales del estudio de la conciencia. *Revista de Historia de la Psicología.*, 21: 349-358.
- Morales, Gallego y Rotger. (2004). *La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burnout en los profesionales de intervención en servicios sociales*. Obtenido de Interpsiquis. www.psiquiatria.com.
- Morín, E. (1992). *El paradigma perdido. Ensayo bioantropología*. Barcelona: Ed. Kairós.
- Morin, E. (1999). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Morris, L., & Knafl, K. (2003). The Nature and Meaning of the Near-Death Experience for Patients and Critical Care Nurses. *Journal of Near-Death Studies*, 21(3), 139-167.
- Morse, M. (1994b). Near-Death experiences of Children. *Journal of Pediatric Oncology nursing*, 11, 139-144.
- Morse, M., & Perry, P. (1991). *Más cerca de la luz. Lo que revelan las experiencias próximas a la muerte de los niños*. Madrid: Edaf.
- Morse, M., & Perry, P. (1991). *Más cerca de la luz: experiencias próximas a la muerte en niños*. Madrid: Edaf.
- Morse, M., & Perry, P. (1992). *Transformed by the light: The powerful effect of near-death experiences on people's lives*. London: Piatkus.
- Morse, M., & Perry, P. (1993). *Transformed by the light: The powerful effect of near-death experiences on people's lives*. London: Piatkus.
- Morse, M., Conner, D., & Tyler, D. (1985). Near-death experiences in a pediatric population. A preliminary report. *Am J Dis Child*, 139:595-600.

BIBLIOGRAFÍA

- Morse, Venecia, & Milstein. (1989). Near-death experiences: A neurophysiological explanatory model. *Journal of Near-Death Studies*, 8, 45-53.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. . Thousand Oaks: Sage.
- Moya, J. (1999). La recuperación de la conciencia en la ciencia cognitiva. Un estudio a través de Psycinfo & Psyclit (1994-1998). . *Revista de Historia de la Psicología*, 20, (3-4), 197-209.
- Moya-Faz y otros. (2010). Escala Cínica de Ansiedad ante la Muerte – DACS de Moya-Faz. *eduPsykhé*, 9(2), 147-158.
- Murphy, T. (2001). Near-Death Experiences in Thailand. *Journal of Near-Death Studies*, 19(3), 161-178.
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat? *Philosophical Review*, nº83, 435-450.
- Nahm, M., & Nicolay, J. (2010). Essential Features of Eight Published Muslim Near-Death Experiences: An Addendum to Joel Ibrahim Kreps's "The Search for Muslim Near-Death Experiences". *Journal of Near-Death Studies*, 29(1), 255-263.
- Neimeyer, & Neimeyer. (1984). Death Anxiety and Counselling skill in the suicide interventionist. *Suicide and life-threatening Behaviour*, 14,126-131.
- Nelson, K. (2011). *The Spiritual doorway in the brain. A neurologist's search for the God experience*. New York: Penguin Group.
- Nelson, R. (18 de 11 de 2015). *The Global Consciousness Project Meaningful Correlations in Random Data*. Obtenido de T: <http://noosphere.princeton.edu/>
- Newberg, A. (2010). *Principles of Neurotheology*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Nichol, G. S. (1999). What Is the Quality of Life for Survivors of Cardiac Arrest? A Prospective Study. *Academic Emergency Medicine*, 6: 95–102. doi:10.1111/j.1553-2712.1999.tb01044.x
- Nordström, A., Fjellman-Wiklund, A., & Grysell, T. (2011). Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students. *BMC Med Educ*, 11:74.
- Notivol Tejero, M., Santos Laraña, M., Gabari Gambarte, M., & Pollan Rufo, M. (1993). Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales. *Enferm Clin*, 3(2):43-47.
- Nouri, F., & Holden, J. (2008). Electromagnetic After Effects of Near-Death Experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 27(2), 83-110.
- Noyes, & Kletti. (1976). Depersonalization in the face of life-threatening danger: A description. *Psychiatry*, 39, 19-27.
- Noyes, R. (1971). Dying and Mystical Consciousness. *Journal of Thanatology*, 1, 25-41.
- Noyes, R. (1972). The Experience of Dying. *Psychiatry*, 35, 174-174.
- Noyes, R. (1981). The encounter with life-threatening danger: its nature and impact. *Essence*, 5, 21-32.

- Oliva, A. (1997). La controversia entre herencia y ambiente. Aportaciones de la genética de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 51, 21-37.
- Osis, K. (1961). *Deathbed Observations by Physician and Nurses*. New York: Parapsychology Foundation, Inc.
- Osis, K., & Haraldsson, E. (1977). Deathbed observations by physicians and nurses: a cross-cultural survey. *The Journal for the American Society for Psychical Research*, nº 71 (3).
- Ovalekar, M. (2006). *"Neurotheology": A semantic trap set by pseudo-science for the unwary scientist*. Kingston (Canada): Queen University Press.
- Owens, Cook, & Stevenson. (1990). Features of near-death experience in relation to whether or not patients were near death. *The Lancet*, 336: 1175-1177.
- Pacciolla, A. (1996). The near-death experience. A study in its validity. *J Near-Death Studies*, 14:179-185.
- Pacheco, R. (1987). *Estudio de actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ayudantes técnicos sanitarios con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia (Tesis Doctoral inédita)*. Universidad de Murcia. Murcia.
- Pallestrini, E. (1997). La muerte y sus colores. La experiencia de nacer, la experiencia de morir. En J. Poveda, *Chamanismo. El arte natural de curar* (págs. 57-60). Madrid: Temas de hoy.
- Parnia S, et al. (2014). . AWARE—AWAreness during REsuscitation—A prospective study. . *Resuscitation*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.09.004>
- Parnia, S. (24 de 04 de 2013). Consciousness After Death: Strange Tales From the Frontiers of Resuscitation Medicine. (B. Keim, Entrevistador) Obtenido de <http://www.wired.com/2013/04/consciousness-after-death/>
- Parnia, S. (2013). *The Lazarus Effect: The Science That is Rewriting the Boundaries Between Life and Death*. London: Rider.
- Parnia, S., & Fenwick, P. (1998). Changes in Cerebral Oxygen Uptake and Cerebral Electrical Activity During Defibrillation Threshold Testing. *Anesthesia Analgesia*, 16-20.
- Parnia, S., & Fenwick, P. (2002). Near-Death Experiences in Cardiac Arrest: Visions of a Dying Brain or Visions of a New Science of Consciousness. *Resuscitation*, 52, 5-11.
- Parnia, S., Waller, D., Yeates, R., & Fenwick, P. (2001). A qualitative and quantitative study of the incidence, features and aetiology of near death experiences in cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 48:149-156.
- Parrilla, A. (2010). Ética para una investigación inclusiva. *Revista educación inclusiva*, 3(1), 165-174.
- Parry, M. (2011). Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *Int J Palliat Nurs*, 17(9):446-51.
- Pascual-Fernández, M. (2011). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *NURE Inv. (Revista en Internet)*, 8(50):(aprox. 11 pant). Disponible en: <http://www.fuden>.

BIBLIOGRAFÍA

- Pasricha, S. (2008). Near-Death Experiences in India: Prevalence and New Features. *Journal of Near-Death Studies*, 26(4), 267-282.
- Pasricha, S., & Stevenson, I. (1986). Near-Death Experiences in India: A preliminary Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(3), 165-170.
- Patterson, E. M. (1997). *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Patton, J. F., & Freitag, C. B. (1977). Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus of control. *Psychological Reports*, 40, 51-54. .
- Pavlov, I. P. (1903). *La Psychologie et la psychopathologie experimentelles sur les animaux. Ponencia del Congreso Internacional de Medicina de Madrid*.
- Penrose, R. (1996). *Sombras de la mente* . Barcelona: Editorial Crítica.
- pepito, L., & menganito, K. (2000). *asdgdhbsfd*. asf: asdgase.
- Perera, M., Jagadheesan, K., & Peake, A. (2012). *Making sense of Near-Death Experiences*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Perera, M., Padmasekara, G., & Belanti, J. (2006). Prevalence of Near-Death in Australia. *Journal of Near-Death Studies*, 24(2), 109-116.
- Persinger and Lavallee. (2010). Andrew Newberg. Principles of Neurotheology . *NeuroQuantology*, Vol 8 | Issue 4 | Page 600-602.
- Pier F Ferrari, E. V. (2006). Neonatal Imitation in Rhesus Macaques. *PLoS Biol*, 4(9): e302. doi:10.1371/journal.pbio.0040302
- Pinillos, J. L. (1969). *La mente humana*. Madrid: Salvat.
- Planck, M. (25 de Enero de 1931). Interview with The Observer. (T. Observer, Entrevistador)
- Platón. (2010). *La república o El estado*. Madrid: Espasa.
- Plum, & Posner. (1983). *The diagnosis of stupor and coma*. Philadelphia: FA Davis.
- Popper, K., & Lorenz, K. (1992). *El porvenir está abierto*. Barcelona: Tusquets editores.
- Porrás-Florido, B. (2000). *Análisis histórico y conceptual del estudio de la conciencia en la psicología contemporánea (Tesis doctoral)*. Malaga: Universidad de Málaga.
- Poveda, J. (1997). *Chamanismo. El arte natural de curar*. Madrid: Temas de hoy.
- Presocráticos, L. F. (2007). *Obras I. Trad. Conrado Eggers Lan, Victoria E Juliá, Néstor Luis Cordero y Ernesto La Croce*. Barcelona: RBA Coleccionables.
- Quiroga-Romero, E. (1994). El funcionalismo de W. James y el conductismo radical de B.F. Skinner: la corriente de la conciencia como discriminación de contingencias. *Revista de Historia de la Psicología*, 15 (3-4), 95-104.
- Rawlings, M. (1978). *Beyond death's door*. Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Reeves, H., De Rosnay, J., & Coppens, Y. (1997). *La historia más bella del mundo*. Barcelona: Quinteto.
- Reiss, D. (5 de Mayo de 2013). Entender a los delfines. (E. Punset, Entrevistador)

- Rhodes, L. (1982). The NDE enlarged by Swedenborg's vision. *Anabiosis*, 2, 15-35.
- Richelle, M. (2000). Richelle, M. (2000). El renacimiento de la conciencia, olvidos y omisiones de la historia. *Boletín Informativo de la Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)*, 25, 2-9. .
- Ring, K. (1980). *Life and Death: A Scientific Investigation of the Near-Death Experience*. Nueva York: Coward, McCann & Geoghegan.
- Ring, K. (1980). *Life at Death: A Scientific Investigation of the Near-Death Experience*. New York, NY: Coward, McCann & Geoghegan.
- Ring, K. (1981). Paranormal and other non ordinary aspects of near-death experiences: implications for a new paradigm. *Essence*, 5, 33-51.
- Ring, K. (1982). Precognitive and prophetic visions in near-death experiences. *Anabiosis*, 2, 47-74.
- Ring, K. (1986). *La senda hacia el omega*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Ring, K., & Cooper, S. (1997). Near-death and out-of-body experiences in the blind: a study of eyeless vision. *Journal of Near-Death Studies (JNDS)*, 16(2), 205-222.
- Ring, K., & Cooper, S. (2008). *Mindsight. Near-death and out-of-body experiences in the blind*. Indiana: Universe.
- Ring, K., & Franklin, S. (1981-82). Do suicide survivors report near-death experiences? *Omega*, 12, 191-208.
- Ring, K., & Valarino, E. (2000). *Lessons from the Light: What we can Learn from the NEar-Death Experience*. Cambridge, MA: Moment Point Press.
- Roberts, & Owen. (1988). The near-death experience. *Br J Psychiatry*, 153:607–617.
- Rodin, E. A. (1980). The reality of death experiences: A personal perspective. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 259-263.
- Rodriguez, P. (2012). *Pedagogía de la Muerte en personas con Discapacidad Intelectual. Elaboración, aplicación y evaluación de un Programa Educativo (Tesis doctoral)*. Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación: Universidad Autónoma de Madrid.
- Roger Riviére, J. (1991). *METEMPSÍCOSIS*. Obtenido de <http://www.mercaba.org/Rialp/M/metempsicosis.htm>
- Rogo, D. (1970). *NAD: A study of some unusual "other world" experiences*. New York. NY: University Books.
- Rogo, D. (1972). *A psychic study of "the music of the spheres" (NAD, Volume II)*. Secaucus, NJ: University Books.
- Rogo, D. (1982). Psychological models of the out-of-body experience. *Journal of Parapsychology*, 46, 29-45.
- Rogo, S. (1991). *El retorno del silencio. Un estudio actualizado de experiencias próximas a la muerte*. Madrid: Edaf.

BIBLIOGRAFÍA

- Rommer, B. (2000). *Blessing in Disguise: Another Side of the Near-Death Experience*. St. Paul, MN: Llewellyn Publications.
- Ros Velasco, J. (2013). La promesa holista de la neuroantropología. *Daímon.Revista Internacional de Filosofía*, 29, 199-206.
- Ross, B. (1979). The same old story: A historical perspective. In R. Kastenbaum (Ed.), . En R. |. Kastenbaum, *Between life and death* (págs. 29-44). New York: Springer.
- Roth, G. (2000). The evolution and ontogeny of consciousness. En T. Metzinger, *Neural correlates of Consciousness* (págs. 77-96). Cambridge Massachusetts: MIT Press.
- Rousseau, D. (2011). THE NEAR-DEATH EXPERIENCES OF HOSPITALIZED INTENSIVE CARE PATIENTS: A FIVE-YEAR CLINICAL STUDY. *Journal of the Society for Psychical Research*, Vol. 75.1, No. 902.
- Roy, D. (1979). Comment mourir avec dignité?. Desprofessionnaliser la Mort. *Critère*, 26:103-122.
- Ruiz Garcia, E. (2011). El Ars Moriendi: una preparación para el tránsito. *IX Jornadas Científicas sobre Documentación: la muerte y sus testimonios escritos* (págs. 315-344). Madrid: UCM. Obtenido de <https://www.ucm.es/citehar/ix-jornadas-cientificas-sobre-documentacion-la-muerte-y-sus-testimonios-escritos>
- Saavedra-Aguilar, & Gómez-Jeria. . (1989). A neurobiological model for near-death experiences. *JNDS*, 7(4), 205-222.
- Sabater-Pí, J. (1978). *El chimpancé y los orígenes de la cultura*. Barcelona: Promoción cultural.
- Sabom, M. (1981). The near-death experience: myth or reality? A methodological approach. *Anabiosis*, 1, 44-56.
- Sabom, M. (1982). *Recollections of death: A medical investigation*. New York: Harper and Row.
- Sabom, M. (1998). *Light and death: One doctor's fascinating account of near-death experiences*. Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars: Seven paradoxical tales*. New York: Knopf.
- Safina, C. (2015). *Beyond Words: What Animals Think and Feel*. Henry Holt and Co. .
- Sagan, C. (1996). *The Demon Haunted World*. . New York: Random House.
- Salgado, M. (2015). El egipcio en busca de la eternidad. Evolución en el concepto de la muerte en el Egipto antiguo. *Vita Brevis*, 4(7), 157-167.
- Salkind, N. (1998). *Métodos de investigación*. . México: Prentice Hall.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. . Madrid: McGrawHill.
- Sartori, B., & Fenwick. (2006). A prospectively Studied Near-Dead Experience with Corroborated Out-of-Body Perceptions and Unexplained Healing. *Journal of Near-Death Studies*, 69-84.

- Sartori, P. (2005). *A Prospective Study to Investigate the Incidence and Phenomenology of Near-Death Experiences in a Welsh Intensive Therapy Unit*. Lampeter: PhD Thesis, University of Wales.
- Sartori, P. (2008). *The Near-death Experiences of Hospitalized Intensive Care Patients: A Five-year Clinical Study*. New York: Edwin Mellen Press.
- Sartori, P. (2015). *ECM. Experiencias cercanas a la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Sauve, M., Walker, J., Massa, S., Winkle, R., & Scheinman, M. (1996). Patterns of Cognitive Recovery in Sudden Cardiac Arrest Survivors: The Pilot Study. *Heart Lung, 25*(3), 172-181.
- Sayigh, L., Esch, H., Wells, R., & Janik, V. M. (2007). Facts about signature whistles of bottlenose dolphins, *Tursiops truncatus*. *Animal Behaviour, 74*(6). doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anbehav.2007.02.018>
- Scheiner, S. M. (2010). Toward a conceptual framework for biology. *The Quarterly Review of Biology 85*(3), 293-318.
- Schillerstrom, Sánchez-Reilly, & O'Donnell. (2012). Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. *Acad Psychiatry, 1*;36(3):188-90.
- Schmidt S, Schneider R, Utts JM, et al. (2004). Distant intentionality and the feeling of being stared at: two meta-analyses. *Br J Psychol.* , 95:235–247.
- Schmitzer, S. (18 de Septiembre de 2013). *DocCheck News*. Obtenido de <http://news.doccheck.com/es/930/experiencias-cercanas-a-la-muerte-mas-luz-en-el-tunel/>
- Schoolcraft, H. (1975). *Travels in the Central Portions of the Mississippi Valley; Comprising Observations on its Mineral Geography, Internal Resources, and Aboriginal Populations*. Millwood: Kraus Reprint.
- Schorer. (1985-86). Two Native American near-death experiences. *Omega, 16*(2), 111-13.
- Schroter-Kunhardt, M. (1993). A Review of near death experiences. *Journal of Scientific Exploration, Vol. 7, No. 3*, pp. 219-239.
- Schwanninger, J., Eisenberg, P., Schechtman, K., & Weiss, A. (2002). Un análisis prospectivo de las experiencias cercanas a la muerte en pacientes con paro cardíaco. *Journal of Near-Death Studies, 20*: 4, 215-232.
- Schwartz, J., Stapp, H., & Beauregard, M. (2005). Quantum physics in neuroscience and psychology: a neurophysical model of mind-brain interaction. *Biological Sciences, 1309*-1327.
- Schwartz, S. (2015). Six Protocols, Neuroscience, and Near Death: An Emerging Paradigm Incorporating Nonlocal Consciousness. *EXPLORE, 11*(4), Vol 11, nº4, 253-260.
- Schwartz, S. A. (2012). Nonlocality, Near-Death Experiences, and the Challenge of Consciousness. *Explore: The Journal of Science and Healing, 8*(6), Vol 8, 6: 326 - 330. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.08.008>

BIBLIOGRAFÍA

- Schwartz, R. (2010). *El plan de tu alma*. Málaga: Sirio.
- Searle, J. (1992). *The Rediscovery of the Mind*. MIT Press.
- Searle, J. (2000). Consciousness. *Ann Rev Neurosci.*, 23:557-78.
- Searle, J. (2006). *La mente una breve introducción*. Bogotá, D.C.: Grupo Editorial Norma.
- Séneca. (1995). *Epístolas morales a Lucilio (I-IX)*. Barcelona: Planeta-DeAgostini.
- Seravalli, E. (1988). The dying patient, the physician and the fear of death. *New England Journal of Medicine*, 1728-1730.
- Serdahely, & Walker. (1990). The near-death experience of nonverbal person with congenital quadriplegia. *JNDS*, 9(2).
- Serdahely, W. (1990). Pediatric Near-Death Experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 9(1), 33-39.
- Serdahely, W. (1991). A comparison of Retrospective Accounts of Childhood Near-Death Experiences with Contemporary Pediatric Near-Death Experience Accounts. *Journal of Near-Death Studies*, 9(4), 219-224.
- Severi, B. (2013). DELOG, Un'esperienza mistica tra il Libro tibetano dei morti e L'nde. *Quaderni di Parapsicologia*, 45, 15-25.
- Sheeler, R. (2005). Teaching Near-Death Experiences to Medical Students. *Journal of Near-Death Experiences*, 23(4), 239-247.
- Short, Kose, Mu, Borckardt, Newberg, George, & Kozel, a. (2010). Regional brain activation during meditation shows time and practice effects: an exploratory fMRI study. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.*, 7, 121-12.
- Shursterman y Sechrest. (1973). Attitudes of registered nurses toward death in a general hospital. *Int J Psychiatry Med*, 4: 411-426.
- Siebert, C. (2009). Watching Whales Watching Us. *The New York Times Magazine*.
- Smith, D. e. (1990). Reperfusion Hyperoxia in the Brain After Circulatory Arrest in Humans. *Anesthesiology*, 73, 12-19.
- Stace, W. T. (1960). *The Teachings of the Mystics*. New York: New American Library.
- Stevenson, I. (1981). Comments on "The psychology of life after death. *American Psychologist*, 36, 1459-1461.
- Stillon. (1985). *Death and sexes*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Störig, H. J. (2000). *Historia universal de la filosofía*. Madrid: Tecnos.
- Storm, H. (2000). *My Descent into Death*. Londres: Clairview books.
- Story, F. (2000). *Rebirth as Doctrine and Experience: Essays and Case Studies*. Kandy: Buddhist Publication Society.
- Stout, Y., Jacquin, L., & Atwater, P. (2006). Six MAJOR Challenges Faced by Near-Death Experiencers. *Journal of Near-Death Studies*, 25(1), 49-62.

- Straight, S. (1984). A wave among waves: Katherine Anne Porter's near-death experience. *Anabiosis: The Journal of Near-Death Studies*, 4, 107-123. .
- Strassman. (1997). Endogenous ketamine-like compounds and the NDE: If so what? *J. Near-Death Studies*, 16:27-41.
- Strassman, R. (2001). *DMT, the Spirit Molecule: A Doctor's REvolutionary Research into the Biology of NEar-Death and Mystical Experiences*. Rochester: Park Street.
- Susinos, T. (2008). Dar la voz en la investigación inclusiva. Debates sobre inclusión y exclusión desde un enfoque biográfico-narrativo. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(2), 157-171.
- Susinos, T. (2009). Escuchar para compartir: reconociendo la autoridad del alumnado en el proyecto de una escuela inclusiva. *Revista de Educación*, 349, 119-136.
- Sutherland, C. (1992). *Transformed by the light: life after near-death experiences*;. Sidney: Bantam Books.
- Sutherland, C. (1995). *Reborn in the Light*. New York: Bantam books.
- Sutherland, C. (1995a). *Children of the Light: The Near-Death Experiences of Children*. Sydney: Bantam Books.
- Sutherland, C. (2012). Near-Death experiences in Children. En M. Perera, K. Jagadheesan, & A. Peake, *Making sense of Near-Death Experiences. A handbook for Clinicians* (págs. 63-78). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Swedenborg. (01 de 04 de 2012). <http://www.swedenborg.es/>.
- Tachibana, T. (1998). *Near-Death Experience*. Tokyo: Bungei Shunju.
- Talasyesva, D. (1942). *Sun Chief: The Autobiography of a Hopi Indian*. Haven: Yale University Press.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Telecinco. (21 de 05 de 2011). http://www.telecinco.es/lanoria/Fonsi-Nieto-llegue-famosa-blanca_0_1223775115.html.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. doi:doi:10.1080/00221309.1970.9920634
- Tenhouten, W. (1976). More on Split-brain research, culture, and cognition. *Current Anthropology*, 17 (3) 503-506.
- The history Channel (Tarpinia, G; Theeranuntawat,P). (2007). *The history channel*. Obtenido de <http://www.history.com/>: https://www.youtube.com/watch?v=FVFK_pUMftw
- The Random House Dictionary of the English Language (2nd Ed.)*. (1987). New York: RandomHouse. (s.f.).
- Thomas, L. (1983). *Antropología de la muerte*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, L. (1991). *La muerte, una lectura cultural*. Barcelona: Paidós.

BIBLIOGRAFÍA

- Thomas, L. (1993). *La muerte*. España : Ed. Paidós.
- Thonnard, Charland-Verville, Brédart, Dehon, Ledoux, S, L., & al, e. (2013). Characteristics of Near-Death Experiences Memories as Compared to Real and Imagined Events Memories. *PLoS ONE*, 8(3), e57620. doi:10.1371/journal.pone.0057620
- Thorson, J., & Powell, F. (2007). A revised death anxiety scale. *DEATH STUDIES*, 16(6), 507-521. doi:10.1080/07481189208252595
- Thrum, T. (1907). *Hawaiian Folk TAles: A Collection of Native Legends*. Chicago: A.C. McClurg.
- Tomás-Sábado, y Guix-Llistuella. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enferm Clin.*, 11:104-109.
- Tomás-Sábado, & Aradilla. (2001). Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experimental. *Enferm. Científica*, 234-5:65-72.
- Tomás-Sábado, Gómez-Benito, & Limonero. (2005). The Death Anxiety Inventory: A Revision. *Psychological Reports*, 97,793-796.
- Tomás-Sábado, J y Guix-Llistuella, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás-Sábado, J., & Fernández, L. .. (2002). Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. . *Metas de Enfermería*, V, 6-12. .
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J., & Aradilla-Herrero, A. (6 de 02 de 2008). *Inteligencia emocional, ansiedad general y ansiedad ante la muerte en estudiantes de Psicología*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/262675637_Inteligencia_emocional_ansiedad_general_y_ansiedad_ante_la_muerte_en_estudiantes_de_Psicologia
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina .
- Trent-von Haesler, N., & Beauregard, M. (2013). Near-death experiences in cardiac arrest: implications for the concept of non-local mind . *Rev Psiq Clín*, 40(5):197-202.
- Trevarthen, Aitken, Vandekerckhove, Delafield-Butt, & Nagy. (2006). Collaborative regulations of vitality in early childhood: stress in intimate relationships and postnatal psychopathology. En D. a. Cicchetti, *Developmental Psychopathology*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. . En S. Braten, *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (págs. 15–46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2004a). Infancy, mind in. En R. L. Gregory, *Oxford Companion to the Mind* (págs. 455–64). Oxford: Oxford University Press.

- Trevarthen, C. (2004b). Brain development. En G. R. L., *Oxford Companion to the Mind* (págs. 116–27). Oxford: Oxford University Press.
- Trueba, J. L. (2007). La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio., . *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Recuperado en 13 de junio de 2016 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600005&lng=es&tlng=es.*, 30(Supl. 3), 57-70.
- Twemlow, S., Gabbard, G., & Coyne, L. (1982). A multivariate method for the classification of preexisting near-death conditions. *Anabiosis: J. Near-Death Studies.*, 2:132-39, .
- Twemlow, S., Gabbard, G., & Jones, F. (1982). The out of body experience: a phenomenological typology based on questionnaire responses. *American Journal of Psychiatry*, 139, 450-455.
- Tylor, E. (1871). *Primitive Culture*. Londres: Cambridge University Press.
- Tylor, E. (1871). *Primitive Culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*. Nueva York: Harper and Row.
- Tylor, E. (1973). *Antropología*. Madrid: Ayuso.
- Underhill, E. (1995). *Mysticism: The Development of Humankind Spiritual Consciousness*. London: Bracken Books.
- Van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage*. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Van Lommel, P. (2004). About the Continuity of Our Consciousness. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 550:115-132.
- Van Lommel, P. (2006). Near-Death Experience, Consciousness and the Brain: A New Concept About the Continuity of Our Consciousness Based on Recent Scientific Research on NEar-Death Experience in Survivor of Cardiac Arrest. *World Futures: The Journal of General Evolution*, 62: 134-151.
- Van Lommel, P. (2011). Near-death experiences: the experience of the self as real and not as an illusion. *Ann NY Acad Sci.*, 1234:19-28.
- Van Lommel, P. (2012). *Consciencia más allá de la vida*. Gerona: Atalanta.
- Van Lommel, P., Van Wees, R., Meyers, V., & y Elfferich, I. (2001). Near-death experience in survivors of cardiac arrest: A prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358, 2039–2045.
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ontario: Althouse.
- Vergara, C. (1996). La conciencia enteogénica. *Ateridades*, 6 (12), 39-47.
- Viegas, D., & Berlanga, N. (2012). *Ayahuasca: Medicina del alma*. Buenos Aires: Biblos.
- Vila, E. (2009). *Yo vi la luz. Experiencias cercanas a la muerte en España*. Cadiz: Absalon.
- Villanueva, E. (2007). Conciencia. En F. Broncano, *La mente humana* (págs. 385-399). Madrid: Trotta y CSIC.

BIBLIOGRAFÍA

- VV.AA. (1978b). *Los filósofos presocráticos. Tomo II*. Madrid: Editorial Gredos.
- VV.AA. (2003:44). *Artes de bien morir. Ars moriendi de la Edad Media y del Siglo de Oro*. Madrid: Rescatados Lengua de Trapo.
- Vygotsky, L. S. (1984). El método de investigación reflexológica y psicológica. *Infancia y aprendizaje*, 27/28, 87-104.
- Wade, J. (2003). In a Sacred Manner we Died: Native American Near-Death Experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 22(2), 83-115.
- Walker, B.A & Serdahely W.J. (1990). Historical Perspectives on Near-Death Phenomena. *Journal of Near-Death Studies*, 9(2), 9,2 105-121.
- Walsh, R. (1993). Phenomenological mapping and comparisons of shamanic, Buddhist, yogic, and schizophrenic experiences. *Journal of the American Academy of Religion*, 61(4), 739-769.
- Warner, L. (1937). *A Black Civilization: A social Study of an Australian Tribe*. Nueva York: Harper and Brothers.
- Warren, Y. & Williamson, E. (2004). Transport of death infant mountain gorillas by mothers and unrelated females. *Zoo Biology*(23), 375-378.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it . *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Weisman, A. (1972). *On Dying and Denying: A Psychiatric Syudy of Terminality*. Human Sciences Press.
- Whinnery, J. (1997). Psychophysiologic correlates of unconsciousness and near-death experience. *J Near-Death Studies*, 15:231-258.
- Wilber, K. (1998). *Ciencia y religión. El matrimonio entre el alma y los sentidos*. Barcelona: Kairós.
- Winkelman, M. (1996). Neurophenomenology and genetic espistemology as a basis for the Study of Consciousness. *Journal of Social and evolutionary Systems*, 19(3):217-36.
- Winkelman, M. (2000). *Shamanism the Neural Ecology of Consciousness and Healing*. Westport: Bergin and Garvey.
- Winkelman, M. (2010a). *Shamanism: A Biopsychosocial Paradigm of Consciousness and Healing*. Oxford: ABC CLIO.
- Winkelman, M. (2010b). Introduction: Anthropologies of Consciousness. *Time and Mind*, 3(2), 125-134.
- Winkelman, M. (2010b). Introduction: Anthropologies of Consciousness. *Time and Mind: The Journal of Archaeology, Consciousness and Culture*, 125-134. doi:10.2752/175169610X12632240392677
- Winkelman, M. (11 de 02 de 2016). <http://www.michaelwinkelman.com>.
- Woerlee, G. (2004). Cardiac Arrest and Near-Death Experiences. *Journal of Near-Death Studies*, 22(4), 235-249.

- Wong, Reker, & Gesser. (1994). Death Attitude Profile-Revised. En R. Neimeyer, *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application* (págs. 121-148). Washington: Taylor & Francis.
- Wren-Lewis, J. (2004). The Implications of NEar-Death Experiences and Understanding Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 90-92.
- Yamamura, H. (1998). Implications of Near-Death Experience for the Elderly in Terminal Care. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 35, 103-115.
- Yela, M. (1996). Ambiente, herencia y conducta. *1Psicotema*, 8, 187-228.
- Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad (Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales)*, 127-158.
- Zhi-ying & Jian-xun. . (1992). Near-death experiences among survivors of the 1976 Tangshan earthquake. *JNDS*, 11(1), 39-48.
- Zomeño, A. (2015). *Influencia de la competencia relacional de los alumnos de enfermería en el aprendizaje de sus prácticas clínicas. Tesis Doctoral*. Alicante: Universidad de Alicante.

MATERIAL AUDIOVISUAL

- Acarín, N. (15 de marzo de 2007). Ahora sabemos qué es un humano. *Ahora Sabemos qué es un Humano (Capítulo REDES 427)*. (E. Punset, Entrevistador) TVE2. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=6RFKoTZnk2I&feature=player_embedded.
- Arsuaga, J.L (2015). El umbral de la conciencia. Acto de Apertura del Curso 2015-2016 de Campus Iberus, organizado por la Universidad de La Rioja el 1 de octubre de 2015. Obtenido de <http://bit.ly/1WA4oSD>
- BBC and Discovery. (20 de 1 de 2014). <https://www.youtube.com/watch?v=ntIBAzO3xV8>. Obtenido de <http://jdp.co.uk/programmes/penguins-spy-in-the-huddle>.
- Calle, R. (29 de 04 de 2013). http://www.cuatro.com/cuarto-milenio/programas/temporada-08/t08xp33/Ramiro-Calle-experiencia-limite_5_1596075001.html?itemId=1. (I. Jiménez, Entrevistador).
- CNN México. (31 de 10 de 2012). La Muerte es la Oportunidad de Renacer para los Mayas. (A. Navarro, Editor) Obtenido de <http://expansion.mx/salud/2012/10/31/la-concepcion-maya-de-la-muerte>.
- Ferigla, J.M (21 de 06 de 2014). Estados expandidos de conciencia: urgencia evolutiva y salud mental. Semillas para el Cambio, un Encuentro Social de Nueva Conciencia. Obtenido de <http://www.getlinkyoutube.com/watch?v=cY6jXbdDI8s>
- Fernández-Armesto, F. (15 de marzo de 2007). Ahora sabemos qué es un ser humano. (E. Punset, Entrevistador) Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=6RFKoTZnk2I>.

BIBLIOGRAFÍA

Mexico News Network. (15 de 02 de 2014). Los Mayas: La Muerte y el Cosmos. Obtenido de <https://youtu.be/DAXG9ZGtVtg>

Penrose, R. (27 de noviembre de 2006). Conciencia y Universo: más allá de la cuántica. Redes. (E. Punset, Entrevistador). Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=i9bkmd4xwXM>

Parnia, S. (3 de abril de 2016). The Story of God With Morgan Freeman. Beyond Death. (M. Freeman, Entrevistador) Obtenido de <http://channel.nationalgeographic.com/the-story-of-god-with-morgan-freeman/videos/beyond-death1/>.

The history Channel (Tarpinia, G; Theeranuntawat, P). (2007). Gnosis Budismo - El Libro Tibetano de los Muertos. De https://www.youtube.com/watch?v=FVFK_pUMftw.

Nieto, F (21 de 05 de 2011). http://www.telecinco.es/lanoria/Fonsi-Nieto-llegue-famosa-blanca_0_1223775115.html. (L. Noria, Entrevistador).

ANEXOS:

ANEXO 1: DOCUMENTACIÓN PARA LA AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO EN EL HOSPITAL

INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN



INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Francisco Miguel González Valverde, presidente de la Comisión de Investigación del Hospital General Universitario Reina Sofía, Área de Salud VII, Murcia Este

CERTIFICA

Que en la sesión celebrada el día 9 de mayo de 2013 se examinó la propuesta para que se lleve a cabo en este Centro el proyecto: **La Conciencia en el Umbral del Tránsito. Experiencias Cercanas a la Muerte**, que realizaría D.^a Cristina Lázaro Pérez, y se considera que:

- o Conoce el protocolo de actuación
- o Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad en relación con los objetivos del estudio.
- o El estudio no ocasiona ninguna interferencia en el seguimiento habitual de los pacientes incluidos en el mismo.
- o Las participaciones de los investigadores en este estudio no interferirán, en ningún caso, con sus labores asistenciales.
- o La capacidad del grupo de investigación y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio, habiéndose comprometido los investigadores a llevarlo a cabo de acuerdo con su contenido.
- o No están previstas compensaciones económicas.

Por lo que esta Comisión de Investigación acepta que dicho estudio sea realizado en el ámbito del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Murcia, 9 de mayo de 2013

El Presidente de la Comisión de Investigación

Francisco Miguel González Valverde

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO ASISTENCIAL



Murcia, 14 de mayo de 2013

De: Dr. Rafael Pacheco Guevara, Presidente del Comité Ético Asistencial del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

A: Dña. Cristina Lázaro Pérez

Tengo el gusto de comunicarle que este Comité, en sesión celebrada hoy, ha analizado el protocolo de su futura tesis doctoral, titulado "La conciencia en el umbral del tránsito: Experiencias cercanas a la muerte" bajo la dirección académica del Prof. Dr. D. Luís Álvarez Munarriz, Catedrático de la Universidad de Murcia.

Los miembros asistentes (con el quórum reglamentario) tras la oportuna discusión y valorando que cuenta previamente con el Visto Bueno del Comité de Investigación del hospital, ha decidido no poner reparos de carácter ético, respecto a la ejecución del estudio en nuestro centro hospitalario.

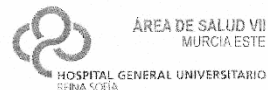
De lo que se dará cuenta a la Dirección-Gerencia del Hospital, al efecto de su autorización definitiva.

Atentamente,

El Presidente del Comité Ético Asistencial

Rafael Pacheco Guevara

CONFORMIDAD DIRECCIÓN DEL CENTRO



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Examinada la solicitud para la realización del proyecto de investigación, y su documentación adjuntada, con el visto bueno de la Comisión de Investigación, D.^a María Jesús Ferrández Cámara, directora médica del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

AUTORIZA

La realización en este Centro del proyecto de investigación:

La Conciencia en el Umbral del Tránsito. Experiencias Cercanas a la Muerte

Que será realizado por D.^a Cristina Lázaro Pérez.

Murcia, 10 de mayo de 2013

DIRECTORA MÉDICA



María Jesús Ferrández Cámara

V. Bº. COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Francisco Miguel González Valverde

AUTORIZACIÓN JEFE DE SERVICIO DE UCI

**COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA**

AUTORIZACIÓN JEFE DE SERVICIO

Dr. D. Juan Carlos Pardo Talavera, Jefe de Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Reina Sofía,

Hace constar que conoce y acepta la realización del estudio e informa de la idoneidad de las instalaciones del servicio para la realización del proyecto de investigación:

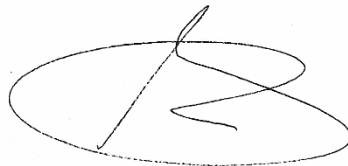
“ La conciencia en el Umbral del tránsito. Experiencias cercanas a la muerte”.

Este proyecto sería llevado a cabo por el Dña Cristina Lázaro Pérez, doctoranda del Departamento de Antropología social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Murcia.

Así mismo, informo que la realización de este estudio no ocasionará gastos extraordinarios al servicio, ni entorpecerá el normal funcionamiento de las consultas, ya que se realizará en horario dedicado a actividades de investigación de las personas que participan en el mismo.

En Murcia, a 13 de Febrero de 2013

Fdo:



AUTORIZACIÓN SERVICIO DE PALIATIVOS

**COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA**

AUTORIZACIÓN JEFE DE SERVICIO

**Dra. D. Fuensanta Sánchez Sánchez Coordinadora de Cuidados Paliativos
en el Servicio Murciano de Salud,**

Hace constar que conoce y acepta la realización del estudio e informa de la idoneidad de las instalaciones del servicio para la realización del proyecto de investigación:

“La conciencia en el Umbral del tránsito. Experiencias cercanas a la muerte”.

Este proyecto sería llevado a cabo por el Dña^a Cristina Lázaro Pérez, doctoranda del Departamento de Antropología social de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Murcia.

Así mismo, informo que la realización de este estudio no ocasionará gastos extraordinarios al servicio, ni entorpecerá el normal funcionamiento de las consultas, ya que se realizará en horario dedicado a actividades de investigación de las personas que participan en el mismo.

En Murcia, a 14 de Febrero 2013



Fdo: Fuensanta Sánchez Sánchez

CARTA DE DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ÁREA DE DE ANTHROPOLOGÍA

Dr. Luis Álvarez Munarriz
Catedrático de Antropología Social
Departamento de filosofía
Área de Antropología Social
Universidad de Murcia
Edificio Luis Vives / Campus de Espinardo 30.100 – MURCIA
Telf. 868 88 3452 / Fax: 868 88 41 15 E-mail: munarriz@um.es

Estimados Señores,

Como director de la tesis doctoral “LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE” que presenta Dña. CRISTINA LÁZARO PÉREZ
INFORMO

Que he aprobado ese trabajo de investigación.

Que para realizarlo necesita hacer trabajo de campo en cuidados paliativos y cuidados intensivos.

Que ese trabajo de investigación se encuadra dentro de las líneas de trabajo del grupo de investigación que dirijo como investigador principal en la Universidad de Murcia.

Murcia, 18 de Marzo de 2013

Luis Álvarez Munarriz.

Fdo. Luis Álvarez Munarriz



CARTA DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO

CARTA DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO

CEIC DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Avda. Intendente Jorge Palacios, nº 1.- 30003 Murcia

Dña. Cristina Lázaro Pérez, como investigadora principal en el HGU Reina Sofía de Murcia. Solicita al Comité Ético de Investigación Clínica sea evaluado, el estudio que será realizado en este centro, titulado:

“La Conciencia en el Umbral del Tránsito. Experiencias Cercanas a la Muerte”.

Se adjunta la siguiente documentación:

- Protocolo Investigación
- Hoja de información al paciente y documento de consentimiento informado
- Listado de investigadores
- Compromiso del investigador principal
- Currículum vitae del investigador principal
- Cuestionarios y escalas de recogida de datos
- Idoneidad de las instalaciones
- Carta Respaldo Jefe Departamento o Coordinador de Investigación

Declaro que personalmente conduciré o supervisaré este estudio.

- Me comprometo a que este protocolo sea realizado dando cumplimiento a las normas institucionales y leyes vigentes relacionadas con la protección de los sujetos participantes.
- Me comprometo a obtener la aprobación ética antes de hacer cualquier cambio a este proyecto.
- Me comprometo a hacer llegar un estado de avance del proyecto según sea requerido.
- Me comprometo a informar oportunamente al Comité de Ética de cualquier problema no previsto o de la ocurrencia de eventos adversos serios que impliquen riesgos para los participantes.
- Me comprometo a conducir el proceso de obtención del Consentimiento Informado aprobado por el Comité.
- Me comprometo a informar a todos los colaboradores, si los hubiere (incluyendo a los estudiantes) que participen en esta investigación, de estas obligaciones.

Murcia, a 12 de febrero de 2013

Fdo.:

ANEXO 2: CUESTIONARIOS Y OTROS DOCUMENTOS

CUESTIONARIOS

**RECOGIDA DE DATOS PACIENTE.ECM**

SESION Nº:

FECHA:

DURACIÓN:

PACIENTE:
EDAD: SEXO: RELIGIÓN:
SERVICIO: UCI ____ C.C. PALIATIVOS ____
HABITACIÓN: CAMA:
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:
CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN: NO CONOCE ____ INTUYE ____ SABE ____
FECHA DE LA ECM:
CAUSA DE LA ECM:
CONOCIMIENTOS PREVIOS:
OBSERVACIONES:

1 - Elementos vividos en la ECM:

- **Sensación de Paz y Quietud:** ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría?
- **Ruido o sonidos:** ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia?
- **Verse fuera del cuerpo:** ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo?
- **Pasar por un túnel:** ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? Si es así ¿cómo era el túnel: largo, corto, oscuro, luminoso...?
- **Ver la luz al final del túnel:** ¿vió usted una luz?
- **Encuentros con otros seres:** ¿se reunió con otros seres o los vió?
- **Ver a familiares y amigos:** ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos?
- **Encuentro con un ser luminoso:** ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales?
- **Experiencia de revisión vital:** ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida?
- **Encontrarse con un límite o frontera:** ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora?

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión?

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición)

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación?

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo?

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

7- ¿vió o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal?

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal?

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte?

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?

OBSERVACIONES:



RECOGIDA DE DATOS FAMILIA.(Modificado)

FECHA:

PACIENTE:

EDAD: SEXO: RELIGIÓN:
 TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:
 DIAGNÓSTICO:
 CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE: NO CONOCE____ INTUYE:____
 SABE:_____
 OBSERVACIONES:

PARENTESCO CON EL PACIENTE:

EDAD:
 TIEMPO QUE SUELE ESTAR CON EL PACIENTE:
 OBSERVACIONES:
 (Estado emocional en el que se encuentra).

CUESTIONES:

- 1- ¿Conoce el paciente su situación?
- 2- ¿Elige o eligió el paciente el lugar donde quiere fallecer?
- 3-¿Ha tenido alguna manifestación de comunicación oral? Si es así ¿qué ha dicho?
- 4-¿Ha manifestado o manifiesta alguna necesidad emocional o espiritual?
- 5-¿Ha tenido usted sensaciones o experiencias difíciles de explicar durante el acompañamiento a su familiar? Sí es que sí ¿cómo lo interpreta?
- 6-¿Cree que su familiar está teniendo buena calidad de vida antes de morir?
- 7-¿Cree usted que su familiar está tranquilo y en paz?
- 8-¿Cree usted que necesita más información de cómo acompañar adecuadamente a un enfermo como es el caso de su familiar?
- 9-Usted, como cuidador del paciente, ¿cree que tiene la suficiente información y/o ayuda para enfrentarse a la enfermedad y la muerte?
- 10-¿Cree usted que está elaborando adecuadamente el duelo?

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

OBSERVACIONES:

CUESTIONARIO VISIONES EN EL LECHO DE MUERTE (modificado)

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



Gracias por acceder a este cuestionario. Su información es de gran ayuda para la investigación que desarrollamos. El presente documento es anónimo y no trascenderá dato alguno que pueda revelar la identidad de quién lo completa. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha:

Sexo y edad del familiar fallecido:

- ¿Has acompañado a algún familiar, amigo o conocido en el momento de morir?

-SI -NO

- ¿Cuándo ocurrió el fallecimiento?

- ¿Manifestó su familiar o amigo, durante los días previos a su fallecimiento, ver o hablar con familiares o amigos fallecidos?

-SI -NO

- Si es afirmativa tu respuesta anterior qué grado de parentesco tenía con esos familiares o amigos fallecidos que venían en los días previos a morir?

- ¿Qué le dijeron esos familiares?

- ¿Cuánto tiempo transcurrió desde esos encuentros hasta la muerte de tu conocido o amigo?

- ¿Vio usted o sintió algo difícil de explicar durante esas conversaciones?

- ¿Notó usted algún cambio en su familiar o amigo desde que se produjo el encuentro con sus familiares fallecidos hasta su propio fallecimiento?

- ¿Estuvo usted presente en su fallecimiento?

- Si es que si, ¿se produjo algún fenómeno difícil de explicar durante ese momento?

- Algún otro dato que no se recoja en las anteriores cuestiones.

Muchas gracias por tu colaboración.

CUESTIONARIO VISIONES EN EL LECHO DE MUERTE EMAIL

Gracias por acceder a este cuestionario. Su información es de gran ayuda para la investigación que desarrollamos. El presente documento es anónimo y no trascenderá dato alguno que pueda revelar la identidad de quién lo completa. Puede enviarlo de vuelta por mensaje privado al Facebook o al correo proyectoecm2012@gmail.com. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha:

Sexo y edad del familiar fallecido:

- ¿Has acompañado a algún familiar, amigo o conocido en el momento de morir?

-SI -NO

- ¿Cuándo ocurrió el fallecimiento?

- ¿Manifestó su familiar o amigo, durante los días previos a su fallecimiento, ver o hablar con familiares o amigos fallecidos?

-SI -NO

- Si es afirmativa tu respuesta anterior qué grado de parentesco tenía con esos familiares o amigos fallecidos que venían en los días previos a morir?

- ¿Qué le dijeron esos familiares?

- ¿Cuánto tiempo transcurrió desde esos encuentros hasta la muerte de tu conocido o amigo?

- ¿Vio usted o sintió algo difícil de explicar durante esas conversaciones?

- ¿Notó usted algún cambio en su familiar o amigo desde que se produjo el encuentro con sus familiares fallecidos hasta su propio fallecimiento?

- ¿Estuvo usted presente en su fallecimiento?

-Si es que si, ¿se produjo algún fenómeno difícil de explicar durante ese momento?

- Algún otro dato que no se recoja en las anteriores cuestiones.

Gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM (email)

Género:

Fecha de la entrevista:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de la ECM:

Causa de la ECM:

¿Conocimientos previos de las ECM?

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría?

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia?

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo?

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado?

Ver la luz al final del túnel: ¿vio usted una luz?

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vio?

Ver a familiares y amigos: ¿vio usted antes o durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos?

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos o espirituales?

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida?

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora?

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión?

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición).

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación?

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo?

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal?

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal?

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte?

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?

Gracias por su colaboración

HOJA DE INFORMACIÓN PACIENTES Y FAMILIARES, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN



HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Nombre del Investigador Principal: Cristina Lázaro Pérez

CÓDIGO DEL PROMOTOR: CLP01

TÍTULO: LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE

LUGAR: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

NÚMERO DE TELÉFONO ASOCIADO AL ESTUDIO: 646155291

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación realizado dentro del marco de la Universidad de Murcia. Antes de que usted y su familiar decidan participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Como resultado de un estudio anterior acerca de las Experiencias cercanas a la muerte, se han obtenido como resultado que las personas que están atravesando un duro momento biomédico experimentan sensaciones, visiones y conocimientos que antes no tenían, como consecuencia estamos interesados en conocer estas experiencias a través de las entrevistas con los enfermos y las familias que los acompaña.

PROCEDIMIENTOS:

Usted como paciente participante consiente en que la investigadora le acompañe durante breves períodos en su estancia en el hospital y realice entrevistas. Como familiar, consiente en que su familiar y usted sea acompañado y entrevistado si las circunstancias lo permiten. Las entrevistas serán grabadas para poder trasladar de una forma más fiable el contenido de las mismas, destruyéndose una vez se hayan trasladado la información al soporte informático pertinente. El tiempo que le llevará su participación es el que nos lleven las entrevistas y el acompañamiento durante su estancia en el hospital

BENEFICIOS

Es probable usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero su información será muy valiosa para avanzar en el estudio de la conciencia en los momentos próximos a la muerte. Así mismo tampoco le reportará gratificación económica ni supondrá gasto económico alguno por su parte.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted elige participar en este estudio, la investigadora del estudio conseguirá información personal sobre usted, si es paciente o sobre su familiar si es acompañante. Esto puede que incluya la información que puede identificarle. El investigador conseguirá información sobre su

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ



salud relacionada exclusivamente con el episodio que le ha llevado a ingresar en este hospital, diagnóstico y tratamiento, de cualquier manera todos los datos e información requerida será tratada con la más estricta confidencialidad sin que el nombre del paciente ni del familiar sea revelado.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona. Así mismo usted debe dar su conformidad para que se le pregunte y se recojan datos sobre sus creencias religiosas. Si no quiere revelar esta información no firme en la hoja de consentimiento el apartado dedicado a ello.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIOS

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, usted puede contactar con: Cristina Lázaro Tfno.: 646155291

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE Y FAMILIAR

Código del Estudio: CLP01

Yo (nombre y apellidos)

.....

... He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con:

Cristina Lázaro Pérez

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

SI NO

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Doy mi conformidad para que se recojan datos sobre mis creencias religiosas, o sobre las de mi familiar. (Si usted no está de acuerdo no firme más abajo)

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ



Versión:
Fecha:

Código del Estudio: CLP01

Yo (nombre y apellidos)en calidad de.....(relación con el participante)
de.....(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He
podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He
hablado con:

Cristina Lázaro Pérez

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

- En mi presencia se ha dado a.....(nombre del
participante) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de
acuerdo en participar. Presto mi conformidad para que
(nombre del participante) participe en este estudio y doy mi consentimiento para el
acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

SI NO

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

En mi presencia se ha dado a (nombre del paciente) la información
acerca de la conformidad para que se recojan datos sobre sus creencias religiosas y ha aceptado . (Si
usted no ha aceptado no firme más abajo)

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Versión:

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ



Fecha:

Código del Estudio: CLP01

Yo.....(nombre y apellidos del testigo) declaro bajo mi responsabilidad que
.....(nombre y apellidos del participante) Ha leído (ó se le ha leído, en el caso en
que el paciente no pueda leer), la hoja de información que se le ha entregado.

Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.

Ha recibido suficiente información sobre el estudio. Ha

hablado con:

Cristina Lázaro Pérez

Comprende que su participación es voluntaria.

Comprende que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

- Ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio en este estudio y da
para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de
información.

SI NO

Firma del testigo:

Nombre:

Firma del investigador:

Nombre: Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

Versión:

Fecha:

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ



CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CASO DE QUE EL PACIENTE NO PUEDA COMUNICARSE

Código del Estudio: CLP01

Yo (nombre y apellidos)en calidad de.....(relación con el participante)
de.....(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He
podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He
hablado con:

Cristina Lázaro Pérez

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

- Presto mi conformidad para que(nombre del
participante) participe en este estudio si su y doy mi consentimiento para el acceso y
utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

SI NO

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Se me ha dado la información acerca de la conformidad para que se recojan datos sobre sus creencias religiosas y he aceptado . (Si usted no ha aceptado no firme más abajo)

Firma del representante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Versión:

Fecha:

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ



REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE Nombre y apellidos: _____
_____ REPRESENTANTE LEGAL (si corresponde) Nombre y apellidos:

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Ser acompañado y mantenimiento de entrevistas con la Investigadora principal del estudio: LA CONCIENCIA EN EL UMBRAL DEL TRÁNSITO: EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. Que se realiza en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Yo _____ consciente de mis actos, en forma libre y voluntaria, declaro que revoco la autorización dada, a través del Consentimiento Informado, firmado anteriormente para realizarme el procedimiento arriba descrito.

_____ Firma del paciente o representante legal.

Murcia, a _____ de _____ de 20__

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DACS

Con el objetivo de valorar los factores que se interrelacionan con el estrés profesional asociado a la atención continuada del dolor y la muerte entre el personal de enfermería de cuidados intensivos de este hospital, le solicitamos su colaboración cumplimentando estos breves cuestionarios. Se trata de cuestionarios anónimos y en ningún momento se extrae información personal que pueda revelar su identidad. Si usted está de acuerdo rellene estos formularios y deposítelos en el lugar indicado. Gracias por su colaboración.

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Nº hijos menores a su cargo:

Nº familiares mayores a su cargo:

Pérdida de algún familiar cercano en los últimos 12 meses:

Categoría profesional:

Servicio en el que trabaja:

Nº años en la profesión:

Años trabajando en uci:

Turno de trabajo:

¿Tiene la percepción de estar formado en el tema de afrontamiento a la muerte?

Describa con sus propias palabras una situación percibida como estresante en relación a la atención del dolor y la muerte, es decir situaciones de estrés vividas en su puesto de trabajo recientemente, cómo ocurrieron los hechos, quiénes participaron en ellos, cómo se sintieron, qué actitudes tuvieron y qué recursos utilizaron para afrontar dichas situaciones. (Omita nombres y datos personales que puedan identificar a alguien).

La Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte —DACS de Moya-Faz.

1. Me asusta mucho pensar que tenga que sufrir una operación. Sí No
2. Temo quedar muy mutilado tras la operación, en perder o no poder utilizar bien algún miembro, o no poder valerse por sí mismo tras la operación Sí No
3. En caso de tener que someterme a una operación me asusta el mal éxito de ésta. Sí No
4. Temo por el dolor que pueda sufrir tras la operación y en el postoperatorio. Sí No
5. Me asusta pensar en la anestesia cuando creo poder darme cuenta de la operación o no despertar. Sí No
6. Me asusta pensar en una operación por la propia experiencia. Sí No
7. Tengo verdadero miedo a tener un ataque al corazón. Sí No
8. Me asusta el hecho de que un ataque al corazón sea de forma repentina. Sí No
9. Temo por el dolor que pueda sufrir en ese instante del ataque. Sí No
10. Me asusta el poder encontrarme solo en ese momento y poder llegar a morir. Sí No
11. Tengo mucho miedo a sufrir cáncer. Sí No
12. Cáncer significa muerte. Sí No
13. El tratamiento del cáncer ocasiona mucho sufrimiento. Sí No
14. El padecer cáncer supone ser una carga para la familia o allegados. Sí No
15. Temo a la muerte por lo desconocido. Sí No
16. Me da mucho miedo la muerte y el proceso de morir. Sí No
17. Cambiaría muchas cosas de mi vida. Sí No
18. La vida me parece corta. Sí No
19. Tengo miedo a que la muerte llegue rápida. Sí No
20. Temo por el dolor que puede sentir antes de la muerte. Sí No
21. Temo por la angustia que pueda sufrir en la agonía. Sí No
22. Pienso que el futuro me guarda algo que temer. Sí No
23. Lo único que no temo del futuro es el estado en que deje a mi familia. Sí No

(eduPsykhé, 2010, Vol.9, No. 2, 147-158)

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1 Algunas veces al año:..... 2
 Algunas veces al mes:..... 3 Algunas veces a la semana:..... 4
 Diariamente:..... 5

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

ESCALA DE ECM DE GREYSON

ESCALA DE GREYSON (1983)

1. ¿Le parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía?
0 = No
1 = El tiempo parecía ir más rápido o más lento de lo usual.
2 = Todo parecía estar ocurriendo a la vez; el tiempo paró o perdió todo significado.
2. ¿Se aceleraron sus pensamientos?
0 = No
1 = Más rápidos que lo usual.
2 = Increíblemente rápidos.
3. ¿Recordó escenas de su pasado?
0 = No
1 = Recordé muchos hechos pasados.
2 = Mi pasado pasó por delante de mí, fuera de mi control
4. ¿Le pareció que de repente lo sabía todo?
0 = No
1 = Todo acerca de mí u otros.
2 = Todo acerca del universo.
5. ¿Tuvo la sensación de paz y agrado?
0 = No
1 = Alivio o tranquilidad
2 = Increíble paz o agradabilidad
6. ¿Tuvo la sensación de alegría?
0 = No
1 = Felicidad
2 = Increíble alegría.
7. ¿Tuvo sensación de armonía o unión con el universo?
0 = No
1 = No me sentía en conflicto con la naturaleza
2 = Me sentí uno con el mundo
8. ¿Vió o sintió a su alrededor una luz brillante?
0 = No
1 = Una inusual luz brillante.
2 = Una luz claramente de origen místico o de otro mundo.
9. ¿Estaban sus sentidos más vívidos de lo usual?
0 = No
1 = Más vívidos que lo usual
2 = Increíblemente más vívidos

INVESTIGADORA: CRISTINA LÁZARO PÉREZ

10. ¿Le parecía darse cuenta de cosas que suceden en otros lugares, como por la percepción extrasensorial?
0 = No
1 = Sí, pero los hechos no han sido revisados.
2 = Sí, y los hechos han sido revisados.
11. ¿Vio escenas del futuro?
0 = No
1 = Escenas de mi futuro personal.
2 = Escenas del futuro del mundo.
12. ¿Se sintió separado de su cuerpo?
0 = No
1 = Perdí la conciencia de mi cuerpo
2 = Claramente dejé mi cuerpo y existía fuera de él.
13. ¿Le pareció entrar en otro mundo, sobrenatural?
0 = No
1 = En algún lugar desconocido y extraño
2 = Un lugar místico o sobrenatural claramente.
14. ¿Le pareció encontrar un ser místico o presencia, o escuchar una voz no identificable?
0 = No
1 = Oí una voz y no pude identificarla.
2 = Me encontré con un ser definido, o una voz claramente de origen místico o sobrenatural
15. ¿Vió difuntos o espíritus?
0 = No
1 = Sentí su presencia
2 = Actualmente los veo.
16. ¿Fue a una frontera o un punto de no retorno?
0 = No
1 = Llegué a una consciente y definitiva decisión de "volver" a la vida
2 = Llegué a una barrera que no se le permitió cruzar; o fue "devuelto" en contra de mi voluntad.

ANEXO 3: TESTIMONIOS

E: Entrevistador.

P: Paciente

Testimonio nº 4

"La paciente tuvo 6 paros cardíacos (síncopes) durante la puesta del marcapasos, le repitió varias veces. Escala de Greyson: 6

P: Yo me desmayo y está la gente alrededor llamándome, pero yo estoy en otro sitio. Veo a otras personas, sé que me están hablando, entonces yo no sé si yo al estar en otro sitio, esas personas, las que me están hablando yo las... asemejo a que están conmigo, en el sitio donde yo estoy, no sé si me entiendes lo que quiero decir.

E: Esas personas de las que hablas, ¿las veías o sentías que estaban a tu lado?

P: Es que es una cosa rara, porque cuando yo me desmayo, no me entero de nada, pero de repente, como hay gente alrededor que me está llamando, que me está reclamando que me despierte, yo oigo voces y es como si yo me fuera a otro sitio y yo estoy con esas personas, pero yo no sé si son unas personas... esas personas me están reclamando MJ, Mj, despierta que estamos aquí, no sé si son esas personas que yo al estar inconsciente, al estar en otro sitio me están hablando. Algunas veces sí, algunas veces cuando he estado así, a lo mejor me ha parecido ver a alguien conocido y estar hablando pero como enseguida me han vuelto en sí, pues es muy poco tiempo, no es que yo diga bueno tengo un episodio y estoy ahí hablando y conversando no, era que me quedo "durmiendo" enseguida gente que me está trasteando:" vuelve en sí, vuelve en sí, que te estamos aquí, venga vuelve" y yo quiero volver pero al mismo tiempo estoy en otro sitio y tengo la imagen de esas personas que me están hablando. No se si los que están al lado mío es la voz que yo estoy escuchando y claro yo estoy en otro sitio, entonces cuando yo vuelvo porque estoy en otro sitio y cuando vuelvo digo: "¿dónde estoy? Porque yo me veo en otro sitio, a lo mejor me he visto en un parque o a lo mejor me he visto en la playa. Muchas veces han intentado que abra los ojos, pero estoy... allá, en un descanso de allá, ¡que no estoy sufriendo! Sino que estoy...

E: ¿Cuál es tu sensación cuando estas en ese otro sitio?

P: Sí, de tranquilidad, como tú te quedas durmiendo y estas soñando cosas agradables, pero como es tan poco tiempo porque no me dejan ¡jala expláyate en tu sueño!, no, enseguida me vuelven en sí, intentan traquetearme y hacerme cosas y tocarme y entonces yo vuelvo y digo: "¿Dónde estoy? ¿Qué ha pasado?

E: ¿estas desorientada?

P: Claro, yo sé que estoy hablando, me preguntan y yo te estoy contestando. Estoy consciente... a ver si me entiendes, que sé que me están hablando y yo decía "ay, perdonadme, perdonadme, si yo no quería "(...) y de repente abro los ojos y digo: ¿dónde estoy?

E: Cuando pedías perdón ¿en qué momento lo decías?

P: Cuando estaba volviendo, yo decía: "perdonadme, perdonadme, yo no quería", y me decían: "venga, ya estás bien, no pasa nada" y yo: ¡Que me da, que me da! Y otra vez que me da y entonces era como un tránsito, bueno yo quiero decirlo así, la cosa es que me iba y luego volvía otra vez, pero cuando el viernes ya me dio más repetidamente entonces era una cosa que yo quería salir de ahí, quería volver, y quería abrir los ojos y no podía y yo misma me decía quiero volver, quiero que esté todo normal, y no podía y era una lucha, ay ay: " abre los ojos" , "que no

puedo", "abre los ojos", "no puedo, no puedo", y quería volver pero era como si no me dejaran volver, como si me quisiera quedar... que me estaba yendo al otro sitio pero yo quería volver al mío, quería despertar y no podía.

E: Cuando dices que querías volver ¿qué creías que te estaba pasando?

P: Pues no sé qué decirte, es como cuando estás durmiendo y no quieres dormir y dices tú no me quiero dormir, no me tengo que dormir, y estas luchando entre que tienes que ... Quiero estar despierta, pero al mismo tiempo me está dando ese sueño, ese bajón, no sé, cosas así. (...) yo es como si me trasladara a otro sitio, en ese sitio estoy a gusto, pero luego vuelvo.

E: ¿Es un sitio que siempre conoces o algunas veces no conoces el lugar donde estás?

P: Pues no lo sé, bueno, por ejemplo, cuando te he dicho que estaba en la playa... yo veía agua, agua tranquila (...) yo veía agua y estaba ahí a gusto. (...). No, es como un sueño, es el ir y el volver y mientras voy yendo veo alguna cosa, entonces como te he dicho veo agua o yo asemejo que es un parque porque a lo mejor veo un columpio, pero no veo el parque entero.

E: ¿Ves entonces escenas?

P: Escenas sí, entonces supongo que yo he estado en ese momento, he ido en ese momento, entonces, entonces mientras yo estoy así, inconsciente, mi mente está allí, y ya cuando vuelvo, pues ya... yo no puedo decir, mira pues he visto a fulanico o he visto a menganico, pue no. (...) Yo me encontraba tranquila, no con miedo ni nada, no tenía sufrimiento (...), yo decía cuando volvía: ¿dónde estoy? Porque yo me había visto en otro sitio.

E: ¿Tenías la sensación de que tus sentidos estaban vívidos, que sabías donde estabas y que era real?

P: Sí, yo he visto agua, he visto un columpio, eso sí, real, sino te diría he visto una cosa difuminada (...) era una cosa (...) que yo en ese momento estoy viendo que está enfrente (...) igual que cuando me dio el síncope cuando me estaban haciendo los electros y cuando volvía... recuerdo que había dos cuadros y entonces miraba y los veía y: "ya sé dónde estoy", cuando volvía en mí no sabía si estaba en planta o donde estaba, entonces cuando me daba y cuando volvía miraba y decía: "ah, estoy aquí donde los electros", porque veía los dos cuadros. Entonces era consciente en ese momento porque si veía los dos cuadros era porque estoy haciéndome la prueba. Sí, era real pero no me daba tiempo a más, sí como si estuviera allí. (...)

E: ¿Te sentías separada del cuerpo?

P: No, esa sensación de que mi cuerpo está aquí y yo allá no, yo estaba allí. Yo entera. No me veo (...) pero yo me siento que estoy allí, viendo aquello, y me vuelvo.

E: ¿Te parecía estar en un lugar desconocido o extraño?

P: No, yo lo que digo que yo donde volvía es a las cosas que yo he estado. He estado en una playa, he estado en un parque, si hubiera estado en un cine a lo mejor me habría salido un cine.

E: ¿Lugares que conoces como playas o parques pero que no era un sitio conocido por ti?

P: No sé dónde era.

E: ¿Has tenido alguna vez la sensación de estar en algún sitio que conocieras como tu casa...?

P: No. A lo mejor he visto la imagen de una persona que no he conocido, pero no te puedo decir un hermano, un amigo ...

Testimonio nº 10

"La paciente apenas puede explicarlo: dice haber visto algo raro que no sabe explicar. Estar en otro lugar con personas que no conocía y hablaba con ellos.

E: Durante ese tiempo, ¿la sensación era de estar tranquila o agitada?

P: No sé, rara. No sé dónde estaba. Ha sido un proceso que no se explicarlo.

E: ¿Y era como si estuvieras en otro sitio?

P: Exactamente.

E: ¿Veía gente durante ese tiempo de inconsciencia?

P: Claro, sí.

Dejo la entrevista porque se encuentra cansada

Testimonio nº 17

Entrevista 1

E: (...) Recuerda algo del tiempo que estuvo inconsciente?

P: Notaba yo que me iba, me iba. Yo veía allí gente.

E: ¿Dónde?

P: Pues donde fuera, yo que sé, en el cielo sería. Yo no conocía a nadie, pero es que no sé si será verdad eso o que yo lo haya soñado, que lo haya visto, no lo sé. Y luego volvía otra vez, entonces me dolía la nariz y metía la mano por ahí, porque tenía la mano muy hinchada y otra vez volvía a pensar.

E: ¿En qué pensabas?

P: Otra vez volvía a pensar lo mismo. Pensaba otra vez que estaba allí arriba, (eso no se lo he dicho a nadie), y empecé a despertar y ya estaba aquí abajo.

E: ¿Hablabas con aquella gente que viste?

P: Sí, pero como no conocía a nadie pues yo preguntaba el nombre: ¿Y tú quién eres?, y venía otra persona y ¿y tú quién eres? Y entonces... "Pues yo que estoy aquí, me dijo uno, "yo es que vivo aquí"(...) recuerdo que yo preguntaba: "¿Quién eres tú?, ¿cómo te llamas?" "Yo que estoy aquí", otro: "Yo vivo aquí".

E: ¿Qué sensación tenías?

P: Muy feliz (...) y otra vez me iba y otra vez veía a la gente aquella.

E: ¿Eran los mismos?

P: No, distintos.

E: ¿Era el mismo lugar?

P: Sí, me imagino que sería el mismo lugar.

E: ¿Cuándo dices que te ibas, es que te dormías, era la anestesia o en qué momento ocurría?

P: Sería con la anestesia porque (...) yo no me enteré que mis sobrinos estuvieron aquí. Yo estaba allí en las nubes.

E: ¿Ocurría mientras estabas en el quirófano o aquí?

P: no, aquí ya. Del quirófano ya no sentí nada, nada más que cuando me pusieron las inyecciones por detrás, que empezó a decirme el anestesista: "tú tranquila, no te voy a hacer nada, te voy a dar un pinchacito, te voy a dar otro pinchacito, y en el último ya me dijo: "tranquila, ¿cómo estás?, y le dije: "pues estoy muy mareada" "nada, eso es así, es así" y ya se ha acabado.

E: Cuéntame, ¿cómo era ese lugar?

P: ¿Cuál?, ¿el de arriba?

E: Sí.

P: El de arriba blanco, era blanco.

E: ¿Todo?

P: Todo blanco.

E: ¿Pero había paredes? Era...

P: No, no, yo no vi pared ninguna, vi pasillos, pero no había paredes, era todo blanco, todo, todo, todo blanco.

E: ¿era un lugar físico, al aire libre o...?

P: Era al aire libre, era al aire libre porque no había paredes, pero era todo blanco, yo veía todo blanco, todo blanco.

E: ¿Escuchaste algún sonido?

P: Solamente cuando venía la gente los pasos, eso y cuando le preguntaba quiénes eran, "yo vivo aquí".

E: ¿es lo que te respondían?

P: Sí, yo es que estoy aquí, yo vivo aquí, eran dos cosas que me contestaron.

E: ¿Dónde creías que estabas?

P: Pues la verdad es que no lo sé porque ...

E: ¿Allí sabías dónde estabas?

P: Yo creía, creía, creía que estaba en el cielo, yo que sé, en el cielo, pero yo no sé si me lo puedo creer.

E: La sensación entonces era buena.

P: Sí, porque yo antes, le dije a la Dra M, que es como se llama: "¿pero me voy a morir en la operación?, y me dijo que no, que en la operación no me iba a morir, que si me moría era después. Entonces no sé yo si entré con esa sensación de que yo no me iba a morir en la operación y con esa sensación que tenía yo en la mente pues desarrollé todo eso que yo me pienso que vi.

E: pero ¿lo pudiste ver perfectamente?

P: Sí pero no se lo digo a nadie, no sea que se rían de mí. Me río por todo, me río por todo, estoy llorando y me río, se me cae alguna cosa y me río, y me digo "pero qué tonta del culo eres", así que me río de todo. No tengo ninguna sensación de tristeza. Hay momentos que me acuerdo de mis padres, de mi hermana, porque he convivido con muchos enfermos. Mi madre, empecé con mi madre que tuvo metástasis superficial en el pecho (...), lo pasó muy mal, muy mal (...). Y luego mi hermana. Antes se murió mi padre, menos mal que se murió mi padre antes, pero... estuvimos una semana con él (Fin de la entrevista por interrupción).

Entrevista 2:

E: En relación a lo que estuvimos hablando en la entrevista pasada, decías que tenías la sensación de que te ibas a un lugar que tú reconocías como el cielo, ¿es así?

P: Sí claro porque estaba todo blanco, y no veía nada salvo todo blanco, y además hasta las personas iban de blanco.

E: ¿Cuántas personas había más o menos?

P: Pues yo, yo, me parece que vi ocho o nueve, pero no las conté, solamente pregunté a dos personas quienes eran.

E: ¿Los reconocías como hombres y mujeres?

P: Sí, sí, todos iban vestidos de mujeres con batas blancas.

E: Estas personas que veías ¿reflejaban luminosidad?

P: Iban de blanco, pero no reflejaban luminosidad.

E: Y ¿Quiénes creías que eran, otras personas, ángeles...?

P: No los vi como ángeles, yo los veía personas como yo. Yo les preguntaba quiénes eran, ¿qué haces aquí?

E: Y era al aire libre, ¿Pero dices que había pasillos?

P: Yo no sé si eran calles o lo que sea, yo... paredes no había, era todo, todo blanco, yo me pensaba que estaba en el cielo la verdad, porque además me imagino yo que allí no hay paredes.

E: Tu sensación cuando estabas allí era...

P: de Felicidad, no sé, de alegría, de satisfacción, todo, todo, todo bueno.

E: ¿Escuchaste sonidos?

P: Sonidos no escuché, solamente oía cuando me hablaban y me contestaban a lo que yo preguntaba, entonces es cuando yo oía, pero no se oía, no se oía los pasos, no se oía nada.

E: ¿pasos sí?

P: No se oían pasos, nada más que cuando yo les preguntaba, entonces me contestaban, pero yo no oía pasos ni nada.

E: En el proceso en el que ibas a ese lugar ¿te veías tu cuerpo?

P: sí yo me lo veía porque pensaba... yo pensaba.

E: ¿qué pensabas?

P: Pues nada, que estaba en el cielo.

E: Te veías como ahora, las manos, pero no la cara...

P: Yo no me veía nada porque como no tenía espejo, no me veía nada.

E: ¿Tuviste la sensación de pasar por un túnel?

P: No tuve sensación de eso.

E: ¿Y de ver una luz?

P: sí, al fondo de aquel camino, había una luz como dorada o blanca... yo creo que era blanca la luz. Es que... no sabía yo que me iban a preguntar esas cosas... jejeje, no puse yo mucha atención.

E: ¿Recordabas algo de tu vida estando allí?

P: Sí, recordaba a mis sobrinos.

E: ¿Tuviste la sensación de encontrarte con algún límite o barrera?

P: No, no me encontré con ningún obstáculo.

E: ¿cómo fue la vuelta, el despertar?

P: Al despertar, pues fue, ya... tita, tita, ¿Qué?, ¡que has estado durmiendo todo el tiempo! Y decía: no, que he estado aquí, que yo sé que habéis estado aquí (...). Y se ve que, a lo mejor, cuando yo pensaba en mis sobrinos, era cuando yo les veía a ellos, ¿entiendes? Yo arriba veía una cosa y abajo veía otra. Y yo les dije: que, sí que me acuerdo, si me acuerdo que yo os he visto, pero no recuerdo si hablé con ellos (...) Yo debí de ver a mis sobrinos, no sé en qué momento los vi. (Fin de la entrevista Interrupción por visita)

Testimonio nº 18

"P: Llegué al hospital con una reacción en los ojos por el producto que estuvimos fumigando y entonces me lavaron los ojos y a ponerme una medicación, que era fuerte, entonces me iban a hacer un electro y después de hacerme el electro se pusieron a pincharme una vía y me dio un dolor muy fuerte en el estómago y perdí la consciencia, y recuerdo ya "como al final del sueño" que estaba como ahogándome como en el fondo del mar o como en un ataúd, algo así, como si estuviera atrapado. La sensación era como que estaba llamando, gritando, pero no me oían, como si estuviera mudo.

E: ¿No te oías tú?

P: No, no me oía yo.

E: ¿Intentabas comunicarte con alguien?

P: claro, yo estaba como diciendo: ahhh (moviendo las manos), pero yo no me oía.

E: ¿Y tampoco veías a nadie?

P: No, todo negro. Hasta que poco a poco fui volviendo en mí.

E: ¿Fue poco a poco o de repente?

P: No, fue poco a poco, no es que cogiera y volviera así de repente, sino que empecé a distinguir sombras hasta que ya empecé a ver claro a las personas.

E: ¿Oías a la gente que estaban alrededor de ti que te estuvieran diciendo algo?

P: cuando yo estaba despertando sí que oía, pero mientras tanto no.

E: Has hablado del final del "sueño", pero al principio...

P: No recuerdo nada, por eso no te lo he dicho. Estaba todo negro y al final del "sueño" era cuando ya estaba recuperando la consciencia y ese era el "sueño".

E: ¿Y en ese lugar negro distinguías algo, paredes, pasillos...?

P: no, además si yo creo que en ese momento no tenía consciencia, entonces no podía ni soñar. Luego ya iba recobrándola y entonces es la sensación esa que te digo.

E: ¿Cuánto tiempo estuviste sin consciencia?

P: un minuto o más, me dijo mi madre.

E: ¿Y la sensación que tenías cuando estabas en ese momento cómo era?

P: De ahogarte, como estar en el fondo del mar y no poder salir, o estar bajo tierra, una cosa así.

E: La sensación entonces ¿Era de miedo?

P: Sí, de pánico más bien.

E: ¿Y qué pensabas en ese momento, que nadie te escuchaba ni te podía ayudar?

P: Si más o menos, pero más que pensar era como puro instinto de salir para no ahogarme, no iba pensando. Supervivencia.

E: ¿Y no escuchaste ningún sonido ni nada?

P: No, nada.

E: ¿Tú te veías a ti mismo?

P: No, que va.

E: ¿Y cuándo volviste en ti qué sensación tenías?

P: Ufff como si me hubieran dado una paliza. Estaba sudando a chorro. (...)

E: Mientras que estabas ya aquí en la cama has tenido alguna experiencia parecida, algo especial, diferente, rara...

P: Me pasa de vez en cuando, pero es que ahora me está pasando más, te quedas ahí clisado un momento y a lo mejor sueñas que vas a pasar por un bordillo y tropiezas y te hace así el pie (moviendo el pie), varias veces ya desde que estoy aquí.:

E: ¿Y de sueños?

P: De comidas, como no me dan de comer. El otro día soñé que me estaba comiendo una paella, y cuando me desperté miré la habitación y decía: Jolín, si estoy aquí. Y mientras soñaba me sentía mal porque ahí era cuando volvía del sueño porque como ellos no me querían dar de comer, yo en el sueño me veía que estaba comiendo entonces me decía: Jolín, ¡qué estoy haciendo! Y entonces era cuando volvía aquí y me recuperaba, porque recordaba que ellos me habían dicho que no y era cuando volvía aquí y decía: "¡uff menos mal, no estaba comiendo!, como ellos me dijeron que no podía".

Testimonio nº 22

"P: La cama se movía y me llevaba hasta una puerta que daba a un campo de fútbol, yo me decía: "esto es el viento que me lleva", como no había nadie que me llevaba y se paraba en una puerta y yo allí veía el fútbol (...)

E: ¿Usted donde creía que estaba?

P: Yo sé que estaba en el hospital, pero yo creía que lo veía de verdad, que había un campo de fútbol, que estaban jugando,

E: ¿Algún equipo que le gustara?

P: Sí, el Madrid, estaba Roberto Carlos (...)

E: ¿Sabe usted si en ese momento estaban jugando de verdad?

P: Sí estaban jugando porque en ese momento era la liga, la copa de Europa, yo es que estuve 4 meses nada más, (...)

E: ¿y durante ese tiempo, vio a alguien, personas que le hablaran?

P: No, yo vi que estaban las gradas llenas y yo me decía a mí: "¿pues cuando han hecho este campo de fútbol aquí en Murcia, al lado del hospital?, es lo único que me extrañaba y que cuando yo estaba ahí, pensaba que era el aire que me empujaba, porque llegaba allá hasta donde entra la gente y se paraba en la puerta y digo: "que me voy a caer", pero no, se paraba en la puerta y desde allí vi el fútbol.

E: ¿Y vio todo el partido?

P: no, al rato otra vez se fue la cama y ya me metí para adentro

E: ¿Y se fue al mismo sitio, a la misma habitación?

P: Sí, a la misma habitación, pero sin nadie y es lo que más eso...

E: ¿y el trayecto como era, desde el campo de fútbol a la habitación?

P: Era como... un pasillo normal y cuando salías ya estaba el campo de fútbol allí. Y claro a mí me extrañaba porque yo decía: "si no había campo de fútbol aquí, lo habrán hecho ahora"

E: ¿Cuánto tiempo estuvo en coma?

P: A mí me operaron en marzo y hasta (...) hasta finales de abril ya no me acuerdo más (...)

E: ¿Tiene algún recuerdo más de ese tiempo que estuvo en coma?

P: Pues algunos, pero no me acuerdo muy bien, porque están un poco borrosos

E: ¿Tiene usted la sensación de haber visto un túnel?

P: Sí, un túnel sí y una luz.

E: ¿cómo fue?

P: Estaba en un pasillo y vi una luz al fondo, al fondo y al final pues: "Aquí no hay nada".

E: ¿Iba hacia la luz?

P: Sí

E: ¿Andando?

P: No, en la cama, en una, así como esta, claro si estaba en el hospital. Y claro lo más gracioso de todo era (...) ¿cómo me empujan si no hay nadie detrás? Y me llevan, y no hay nadie, pero luego se paraba en la puerta, es decir, para no caernos seguramente (...)

E: ¿y la vuelta cómo era?

P: La vuelta yo ya veía cómo me empujaba la cama sola y llegaba a la habitación; pues me pasó dos o tres veces (...)

E: ¿y la sensación cuando estaba en el túnel y en la luz cómo era?, ¿cómo se encontraba?

P: Pues mi sensación de que estaba bien, de que no estaba enfermo, cómo ahora me encuentro, que estaba bien para salir, pero estaba en coma.

E: ¿qué sensación tenía?

P: De paz, de tranquilidad y me encontraba como estoy ahora mismo, igual, igual, estaba en coma, pero me encontraba bien, es como si ahora la cama se fuera y hubiera un pasillo; pero yo "es que estoy a ras de tierra", me decía yo para mí, viendo el fútbol, y no hay escalones y decía "¿Cuándo han hecho esto? (...) seguramente como es lo que más me gusta la mente fue lo que me llevo a (...) pues sí eso es lo que...

Testimonio nº 28

Tras hacerle la pregunta introductora comienza a relatar:

"P: Estaba en mi casa y vino a verme A, y cuando se iba le dije: "llama que venga alguien que yo estoy muy mala" (...) me encontré muy mal, devolviendo, por debajo... yo ya perdí los papeles y vi una cosa, una cosa muy honda muy honda y muy negra, muy negra (...) no tenía fin y muy negro, negro...

E: ¿cómo si fuera un túnel?

P: Sí.

E: ¿Y algo más, figuras humanas, sonidos?

P: No, es lo único que he visto.

E: ¿Y cómo recuperó el conocimiento?

P: Pues nada empezaron a venga L, venga, dándome porrazos, me reanimaron, me llevaron enseguida a la uci (...) pero me quedé muerta, si no me reanima... (...)

E: Y cuando veía esa oscuridad...

P: Es cuando yo me iba, me iba.

E: ¿Y ahí tampoco escuchaba nada, ni la gente que estaba a tu lado y le llamaba?

P: No, yo ya vi el túnel, y luego ya la gente hablando venga trae esto... (...)

E: ¿qué piensa que podía ser aquello?

P: para mí es que me estaba muriendo, era el final de mi vida.

E: ¿Y qué sensación tenía, ¿cómo se encontraba?

P: Pues nada, yo con los ojos cerrados, y el túnel y el túnel y que me iba me iba y ya me fui.

E: Y mientras estaba en el túnel ¿qué sentía miedo, tranquilidad...?

P: No, miedo no, yo conforme me iba apagando y eso iba corriendo, porque eso era una cosa, muy ligero muy ligero, y yo poco a poco me moría, que me morí, me quedé muerta, si no es porque me reaniman... y cuando me reanimaron, eso a mi no se me olvida, el túnel, eso no se me olvida nunca.

E: ¿y dice que iba muy rápido?

P: Sí.

E: ¿Se movía o se movía usted?

P: No eso yo, mi vista, muy hondo muy hondo, muy ligero.

E: Entonces ¿iba como avanzando en él?

P: Sí.

E: ¿Y no llegó a ningún sitio?

P: No, ni me quedé más adentro ni más afuera, nada más que yo lo vi como muy hondo muy hondo, muy negro y yo iba con eso, al mismo tiempo. Como si fuera un vaso y yo estoy en la boca del vaso, y de ahí no pasaba. Y ahí me quedé. Y la luz, hay quién dice que ve la luz, porque yo la verdad lo que me dio fue un paro cardíaco, y hay quién ve el túnel de la luz, yo no, yo ví una cosa muy negra muy negra y muy honda muy honda, y ahí perdí los papeles y ya cuando me desperté es lo que dije que había visto un túnel muy negro. (...)

E: ¿Y lo recuerda bien?

P: Sí, además parece que lo estoy viendo ahora mismo. Claro eso para mí es que yo me iba.

Testimonio nº 44

"La paciente es ingresada por angina de pecho el día siguiente a la muerte de su hermana.

P: Mi hijo dice que su hija, a las 3 de la mañana empezó a llorar.

E: La niña ¿qué edad tiene?

P: 3 años. Y empezó a llorar, a llorar y mi hijo le dijo A ¿qué te pasa? La niña: ¡la tita, la tita que ha venido a verme, (es como llamaba a mi hermana), la tita ha venido a verme!, y llorando, a la misma hora que mi hermana falleció. Qué cosas más raras ¿no? Pasan cosas raras. Ayer me dijo me hijo: " mamá es que nos dejó...". Porque estaba con ella... porque tengo 11 nietos, pero esta como está malica... siempre estaba (mi hermana): " ay, que no voy a ver a A, ya no la voy a ver", ella estaba que ya no podía hablar (...).

E: Y los últimos días de tu hermana ¿dices que llamaba a tu madre y tu hermano ya fallecidos?

P: Ese día que murió no, porque llevaba mucha morfina, pero los días anteriores decía: "¡ay mamá, mamá!, ¡Nene! (mi hermano). Esas eran sus palabras. (...)

E: Y cuando te dijo que te tenías que ir con ella, ¿Cuándo fue?

P: Eso fue, mira lo que te digo, el martes antes. Ella tiene su manía que cuando yo me muera me tengo que ir con ella, enterrarme con ella. (...)

Testimonio nº 56

Paciente ingresada en UCI por SCASEST, me ve andando y me llama preguntándome si era la chica que pregunta por cosas raras y me dice que me va a contar algo que le pasó pero que no fue a ella, pero sí fue testigo.

P: Mi madre estaba ingresada en el Hospital, estaba enferma del corazón y tenía una trombosis, empezó a no querer comer porque se murió mi padre y antes del año y medio se murió mi madre también. Tenían 64 años uno y 62 el otro. Pero es que fue porque dijo: "Si están ahí, han venido mi madre y el papá".

E: *Ella ¿Tenía la conciencia clara?*

P: *Sí ella nada más que decía que quería morirse que quería irse. Es que mi padre y ella han sido uña y carne, entonces al faltarle ya no había nadie alrededor suyo, estaban mis 4 hijos, mi marido, mi nieta, mis hermanos, todos estábamos a su alrededor y no había nadie con ella.*

E: *¿Así que ella estaba lúcida en todo momento?*

P: *Sí lo que pasa es que ella estaba molesta: "cámbiame" no sé qué, "cógeme" no sé cuántas, pero no es que dijeras que estaba loca perdida, pero que de pronto me mira y me dice: "no, si me voy a ir muy pronto", pero muy tranquila, muy serena, "me voy a ir muy pronto, mira han venido mi madre y el papa a por mí".*

E: *¿Cuánto tiempo pasó desde que lo dijo hasta que falleció?*

P: *Eso lo dijo por la tarde- noche, así ya atardeciendo, a la mañana siguiente se trastornó, fue a la UCI y de ahí ya no salió.*

E: *¿Un par de días?*

P: *Que va, el mismo día. Yo la vi muy tranquila, muy tranquila, muy tranquila*

E: *¿Dijo algo acerca de si estos familiares le habían dicho algo?*

P: *No, no, solamente que habían venido, que estaban ahí los dos: "han venido a por mí". (...) el susto que me dio, se trastornó, un trastorno rápido, rápido, rápido (...) enseguida se la llevaron y por la tarde ya se había muerto (...) pero es que la vi más serena... como diciendo: "por fin me voy a ir con ellos y voy a estar ya con ellos", no se puede explicar esa sensación que se nota no es que lo sintiera yo, lo sentí en ella. Una tranquilidad como diciendo: "que ya han venido a por mí, que ya me voy con ellos, que no voy a estar sola"(...).*

Testimonio nº 58

La paciente está viviendo una situación de duelo, y me habla de ello, estaba ingresada en planta, pasa a UCI por insuficiencia respiratoria aguda, en el transcurso de la conversación, tras la pregunta que da pie a contar una posible experiencia, dice:

P: *Mira te voy a contar porque fue el jueves, me parece, que me dice mi hija: "mama quieres que venga el cura y que te de la unción de enfermos? Digo: "pues sí", vino el hombre, yo no podía hablar. Y rezando como me dijo, yo creía que era en otro sitio, pero era aquí, se formó como una cueva, un reflejo, así como una cueva. Y a lo primero se me aparece, porque no tengo madre ni padre, y de momento quien se me aparece es mi madre, ahí encima, y encima, no se lo conté a mi familia porque no podía hablar, a lo mejor me dicen que estoy loca, y enseguida veo a mi hermana abrazadica a mi madre (...)*

E: *¿A su hermana?*

P: *La que había muerto.*

E: *¿Y cuándo fue eso?*

P: *El jueves por la noche.*

E: *¿Este jueves?*

P: *Sí, miércoles fue cuando ingresé, pues el jueves por la noche.*

E: *¿Aquí en la uci?*

P: *Sí aquí donde mismo estoy. Vi, así como si fuera una cueva (...) sí se lo dije a mi marido: "he soñado con mi hermana y con mi madre, estas quieren que me vaya con ellas para allá arriba", y dice: "qué tonta eres". Pero no es que lo he soñado, es que lo he vivido, lo he visto.*

E: *¿pero no estaba durmiendo?*

P: *Si dormir, dormí el viernes una hora desde que ingresé.*

E: *O sea, que estaba aquí tumbada despierta...*

P: *Y se me hizo así (mueve los brazos)*

E: *Y estaba su madre con su hermana, abrazando a su...*

P: a mi madre, y llevaba una bata que tengo yo de ella y dije: "mira la bata que tengo yo en mi casa, se la ha llevado mi hermana" (...)

E: ¿Lo vivió?

P: Lo viví, yo aquí sola.

E: ¿Y le dijeron algo?

P: No,

E: ¿Sólo le miraban?

P: Me miraban, las dos abrazadas, primero se apareció mi madre y luego mi hermana.

E: ¿y con qué sensación se quedaba? ¿cómo fue, era algo desagradable, era...

P: No, me quedaba como con una satisfacción, como que estaban ellas viviendo juntas y que querían que me fuera yo con ellas.

E: ¿usted sentía que ellas querían que se fuera?

P: Sí, eso era lo que yo me pensaba, digo estas me están llamando para que estemos las tres juntas. (...) A mi sobrina se lo conté, porque ella es cursillista y está en la iglesia mucho igual que yo, y me dijo "no es por eso, eso es que estaban ellas pidiendo por ti", dice: "no seas tonta".

Digo: "Si a mí me da igual, yo las vi ...

E: La sensación entonces no era desagradable...

P: No no, al contrario.

E: Y ¿cómo fue, que apareció aquí...

P: Se puso todo oscuro, como una cueva...

E: ¿Como si esta habitación fuera una cueva?

P: Sí, aquí en la entrada, arriba (...)

E: Fue una experiencia bonita ¿no?

P: Pues para mí sí. No le cogí miedo ni nada, al contrario, estoy muy contenta con haberlas visto.

E: Y después ¿cómo desaparecieron?

P: Pues después, estaba rezando y desapareció todo.

E: ¿Estaba rezando?

P: Es que cuando sueño con mis difuntos tengo la costumbre de rezarles un padre nuestro. Pero estas no fueron un sueño, estas fue que las vi, que es diferente, soñarlas a verlas. En el carácter... mi madre murió con 62 años, no con 60.

E: ¡qué joven!

P: pero estaba, de estas personas mayores, mayores.

E: Y cuando la viste tenía la misma edad o diferente.

P: De mayor, de mayor.

E: ¿Igual que cuando se fue?

P: Y mi hermana y todo que cuando se fue.

E: Y las caras que tenían ellas ¿era de estar tranquilas o ...

P: Sí, sí, ellas estaban ahí abrazaditas, muy bien.

E: ¿Estaba rezando cuando las viste o después de verlas es cuando empezó a rezar?

P: No no, cuando las vi, empecé a rezar, las vi abrazadas y (...)

E: ¿Se despidieron?

P: no, yo ya no vi nada más.

E: ¿Cuánto tiempo pasó más o menos?

P: Unos cinco... unos minutos, no lo sé porque... el tiempo de rezar un padrenuestro (...) yo no sé lo cuento a nadie. A lo mejor se lo cuentas a alguien y empieza a reírse y dice esta está loca. Fin de la entrevista.

Testimonio nº 71

"Durante el tiempo que estaba inconsciente vi orquídeas rosas, muchas. Pasaba mi hermana y mi hija y al fondo se oía: "A, lo vas a superar, A, andarás" Yo estaba sin brazos y sin piernas.

E: ¿y eso quién lo decía?

P: Una voz. Yo me estaba despertando y yo me quería mover las manos y no podía y me vi completamente paralítica, inválida (...)

Testimonio nº 77

Tras la pregunta introductoria el paciente relata:

"Yo me encontraba en un sitio de mucho lujo, de mucho lujo se entiende de mucha luz. (...), un alumbrado que yo eso no lo he visto jamás en la vida.

E: ¿Era un sitio conocido?

P: No. No. Solo con mucha luz.

E: ¿Recuerda si tenía paredes?

P: No, no lo recuerdo, sólo la luz y que me decían que no podía entrar por ahí todavía.

E: ¿Quién se lo dijo?, ¿oyó la voz?

P: Es que como yo estaba de aquella manera, yo no sé la voz como sería. Así como me acuerdo de ese alumbrado que me llamó tanto la atención, porque después he dicho yo: " hay que ver se muere y hablamos y no viene ninguno hacia aquí. Si aquello como está cómo van a venir aquí", pensando que cuando nos muramos nos vamos: "cómo van a volver la gente si aquí se está muy bien". E: ¿Se encontraba a gusto allí?

P: Sí, sí, sí

E: ¿Sensación de paz y tranquilidad?

P: Sí, sí, y un alumbrado fuera de serie.

E: ¿cómo llegó allí? ¿pasó por algún tipo de túnel?

P: No, n o, me encontré allí de repente.

E: ¿y no había nadie más?

P: No, solamente la persona que me habló, que no puedo describir cómo era, porque era una voz.

E: ¿El sitio cómo era?

P: El sitio era que ya digo a mí me llamó mucho la atención por el alumbrado que tenía, pero no por que tuviera pared y eso, porque a mí en la cabeza solamente se me quedó la luz del sitio, una luz enorme, que me quedé sorprendido d aquella luz que no había visto yo nunca. (...)

E: Cuando despertó ¿qué creía que había sido, un sueño o que lo había vivido realmente?

P: Yo pensaba que lo había vivido realmente.

E: ¿Usted cree que eso lo vivió?

P: Sí, yo creo que sí.

E: ¿Eso qué sensación le crea?

P: Pues algunas veces... parece que se quita el miedo a la muerte, de lo que ví, parece que si la muerte me llegara es como si ya estuviera acostumbrado yo a recibir la muerte. Pienso que es aquello, vamos que tampoco me dijeron " este es tu sitio", pero pienso que aquel el sitio a dónde vamos.

E: ¿Se encontró usted con una barrera por la que ya no podía pasar?

P: Sí allí, me dijo una voz que no me había llegado mi hora.

E: ¿Esa voz era de hombre, de mujer o ya no lo puede precisar?

P: Pues no lo puedo precisarlo, yo diría que era de mujer, pero no puedo precisarlo.

E: ¿Le gustó a usted haber vivido esa experiencia?

P: Sí, fue buena y bonita, vi una cosa que no la había visto nunca. Lo que pasa es que nunca me he atrevido a comentarlo, porque tengo un amigo que ha tenido un infarto, pero flojo y está muy caído y a lo mejor yo, a ver si lo levanto de ánimo empiezo a contarle lo que a mí me pasó y no se lo cree, se ríe y no se lo cree que yo pasara por eso. Yo no es que se lo diga con ningún interés, nada más que la persona se ve caída por lo que le ha pasado, pues bueno, si yo le cuento que yo

he estado peor que él pues a lo mejor él dice: "pues bueno entonces no estoy tan mal que mira que bien está él", o sea que no es que se lo diga porque yo estuve allí y vi eso, , a mí no me disgusta hablar de eso, pero tampoco me da gusto estar hablando todos los días (...) porque a mi mujer me parece que no se lo he dicho todavía que estuve allí, se lo tengo que contar.

E: ¿Después de esa experiencia es cuando se encontró usted mal?

P: ¿de la depresión?

E: Sí. ¿Aunque hubiera vivido todo eso que era bueno?

P: Sí, sí, yo la depresión se ve que la cogí (...) me dijeron que no podía trabajar ni tomar una cerveza, ni un café. Yo era una persona que estaba acostumbrada a moverme mucho por el trabajo, y de momento, caigo de esa manera, no me puedo mover porque no podía andar (...), luego fui mejorando, pero andaba una hora y media, comía, me echaba en el sofá, luego por la tarde salía a andar y así me pasé tres años. Así es que cogí la depresión, allí encerrado, sin poder hacer nada, y yo lo achaco a eso.

E: Pero después usted se recuperó.

P: Sí, después ya me fui recuperando y me dieron el alta.

E: ¿Y ahora cómo se encuentra?

P: Bien, cansado, de las pastillas que me han dado, del tiempo que llevo sin moverme.

(...)

E: ¿Le parecía que lo entendía todo?

P: Sí, yo siempre he estado en contra de lo que la gente decía, por mi forma de ser, pero cuando yo me vi allí, mi cabeza ya pensó, cambió de pensar porque yo cuando volvía a estar bien yo recordaba que había estado en un sitio muy lujoso. Que me habían hablado muchas veces y yo decía que era mentira, son las conclusiones que yo saqué cuando estaba ya bien. Yo decía, "cuando fulano me decía esto o el otro, de las cosas que era, si eso tiene que ser esto". Yo me encontraba igual que si hubiera estado allí, lo único que me llamó la atención era el alumbrado, aquello no es como si las luces las tuvieras encendidas, aquello era, yo que sé, muy luminoso, con la boca no se puede contar ni la gente entender aquello cómo era. (...)

Testimonio nº 87

"La paciente no tiene ECM en este ingreso, pero tras la toma de contacto me comenta que sí tiene recuerdos de otra vez que estuvo inconsciente por una operación.

E: ¿Puedes contarme cómo fue tu experiencia?

P: Fue en el 2002 por una operación. Yo, ver no sé exactamente solo que yo me encontraba flotando como por un bosque, con una tranquilidad, serenidad... todo parecía no sé, como no sé, que daba gusto de estar, era como un paraíso.

E: ¿Fue en el trascurso de la operación?

P: Sí cuando ya me anestesiaron, ya no sé yo el tiempo que estuve, solamente que sé que estaba a gusto y no me hubiera despertado de ese sueño, ahí era feliz, ahí en ese sueño.

E: ¿Había tranquilidad...?

P: Una tranquilidad, una paz, era una cosa que no se puede explicar, no sé explicarlo.

E: ¿Escuchó algún tipo de sonido?

P: No, eso no lo recuerdo yo.

E: ¿Tuvo la sensación de pasar por una especie de túnel o algo parecido?

P: Sí, eso sí.

E: ¿cómo era?

P: No sé, es como si fuera flotando como por un... no sé cómo un camino y luego llegas al final y se ve como una luz, muchos árboles y un resplandor muy grande y todo iluminado, mucha luz, mucha luz.

E: ¿Ese túnel era corto o largo?

P: No, corto.

E: ¿Era luminoso u oscuro?

P: No, era oscuro.

E: ¿Y lo pasó y encontró la luz?

P: Sí,

E: ¿Encontró alguna persona, algún ser...?

P: No, ni familiares, ni nadie, no, no.

E: En esos momentos, ¿tuvo recuerdos de hechos pasados de su vida?

P: No.

E: ¿Algún tipo de límite o barrera?

P: No, tenía como una libertad, un bienestar, yo de esos "sueños", que, aunque estés toda la noche durmiendo y digas: ¡uy!, pues nunca jamás me he despertado de esa forma, esa relajación, ese bienestar, como cuando me desperté en la operación. Cuando me desperté y eso, hubiera querido seguir donde estaba.

E: ¿Le dio rabia?

P: Sí, porque estaba muy bien. Claro luego ya te despiertas, empiezas con el dolor, los pinchazos (...) y: ¡ojalá me hubiera quedado donde estaba!

E: ¿Y cómo era ese sitio, era como un lugar físico o...?

P: Sí sí, es un sitio, no sé, es como un parque o un jardín o un bosque muy grande, con muchos árboles, luz, y yo estaba por allí, dando vueltas.

E: ¿Y cómo fue la vuelta?

P: Me despertaron, empezaron a darme en la cara: ¡venga que ya ha pasado todo!, me despertaron.

E: De pronto le trajeron de nuevo...

P: Sí, no vine yo sola, me trajeron.

E: ¿Tienes desde entonces percepciones que antes no tenías, telepatía, clarividencia...?

P: Eso algunas veces, pero es... eso pasa, pero no es a mí porque haya "soñado" eso, es porque ... yo que sé, porque tiene que pasar; que a lo mejor dices, ¿qué te voy a decir yo?, mira, mañana va a venir tal o lo que sea y luego has atinado, has acertado pero que eso...

E: ¿No lo achaca a ese momento?

P: No, no, en la Navidad compramos una amiga y yo para una rifa de una cesta, y le digo yo al hombre una semana antes: "guárdeme usted la cesta que la semana que viene vengo yo a por ella", y a la semana siguiente no, a la otra, fui a por la cesta y claro como no había ido nadie pensaban que no iba a aparecer y digo: "nada, que vengo a por la cesta", y dice: "es que te ha tocado a ti", "pues sí", le enseñé el número y, pero eso es una casualidad, que atiné (...).

Testimonio nº 126

"En el transcurso de la conversación y al preguntarle sobre si tuvo pérdida de consciencia durante su dolencia dijo: " Esta vez no, pero la anterior sí".

P: Tuve un infarto y perdí el conocimiento y entonces estaba como en una nube blanca y pasaba gente.

E: ¿cómo se encontraba usted?

P: Con una sensación de paz.

E: ¿Escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia?

P: Sí escuchaba voces.

E: ¿Se vio usted fuera de su cuerpo?

P: No.

E: ¿Entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado?

P: No.

E: ¿Se encontró con otros seres?

P: Sí, y me preguntaron que qué tal pero no recuerdo quienes eran.

E: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos?

P: Sí, uno que tenía barba.

E: ¿Se encontró con un límite o barrera?

P: Sólo con una voz que dijo que tenía que volver, que tenía muchas cosas que hacer.

E: ¿cómo fue la vuelta?

P: Pues de repente me encontré otra vez en mi cuerpo.

E: ¿tuvo alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

P: Fue muy rápido, todo pasó muy rápido.

E: ¿vio usted algún lugar, plano o dimensión?

P: Vi algo que no era de este mundo.

E: ¿Cambió su vida, su percepción de la vida y la muerte tras la experiencia?

P: Sí.

Testimonio nº 145

Paciente que sufre Síndrome coronario agudo y llama a 112 que le lleva a urgencias de HUVA:

P: En la ambulancia me pusieron tratamiento sin parar (...) y luego... un estado que no sé cómo describirlo puesto que no lo había vivido antes (...), solamente sé que ... es que... no sé, que iba con gente de mi familia y mis amigos que habían muerto, pasaban por delante de mí y se reían, no iba a contarlos...(habla con cierto pudor), yo creo que fue un estado alterado de consciencia debido a los fármacos, uno no actúa normal, y lo tuve durante bastante tiempo porque cuando, en otro mundo muy lejano..., cuando me entraron en el hospital, oí el movimiento y como si me molestara (...)

E: ¿Y cuándo dice haber visto a los familiares era durante el traslado en la ambulancia?

P: Sí.

E: ¿le decían algo?

P: No, simplemente, es que era algo muy confuso y difuso, no digo que sea verdad ni mucho menos lo que estoy contando, pero mi mente lo único que veía era a esas personas que pasaban al lado de mí y se reían y como muy felices, no sé cómo explicarlo.

E: ¿Y qué sensación tenía usted en ese momento?

P: Es que no lo sé, es que era como si yo no existiera.

E: ¿Sentía una separación del cuerpo?

P: Tampoco lo puedo asegurar, era una sensación extraña. Yo no la he vivido nunca, más bien positiva, yo me alegraba de verlos, era como una película, como si alguien está en el cine y ve una película, personajes o pasajes que van pasando y luego a terminarlo y punto, la película ha terminado. Yo creo que en esos momentos en que se pasa mal uno se acuerda de sus seres queridos, y los fármacos y esto y lo otro que te van inyectando y en el cerebro pues una combinación de estas personas que faltan tanto.

E: ¿Todas ellas estaban muertas?

P: Sí, sí. La primera imagen que tuve fue: yo muy pequeñito que mi madre me llevaba de la mano. No sé por qué, que era yo un niño y a partir de ahí, es que no recuerdo exactamente... ni por qué ocurrió ni cómo ocurrió las personas, todas las personas que había.

E: ¿Eran hechos de su vida?

P: No.

E: ¿la imagen de niño sí?

P: El único hecho o pasaje, de las veces que mi madre me llevaba de la mano con dos añitos o tres.

E: ¿Lo veía desde fuera o como el niño que iba caminando?, es decir, ¿Estaba contemplando la escena?

P: No, yo lo veía como una pantalla de una TV o de cine, yo veía a mi madre y a mí y sabía que era yo claro.

E: ¿Y después fue cuando llegaron los otros familiares?

P: Y luego pues no sé, 7,8,10,12, es que era todo muy confuso, pero fue una realidad, bueno fue una realidad entre comillas, fue una realidad de mi cerebro o mi pensamiento o de lo que fuese.

E: ¿pero lo estaba viviendo como algo real?

P: Eso sí, sí. Y me molestaba incluso que hablasen, era una cosa muy lejana, me distraían, no guardaba yo toda la atención que estaba viviendo en ese momento.

E: Entonces estaba medio consciente porque por un lado escuchaba a las personas que tenía al lado...

P: A esa gente yo la escuchaba como muy lejana, como un eco, una cosa muy lejana, como que no fuese conmigo, que me molestaban. Eso durante un tiempo, luego ya, cuando salí de la intervención yo... me han jugado una mala pasada todos, yo lo recordaba, no con tanto detalle, cada vez se me van olvidando cosas, bueno, no se me olvida lo principal, o sea, el núcleo lo recuerdo.

E: ¿Y veía algún lugar?

P: No.

E: ¿cómo era el espacio?

P: Es que no había espacio, yo no veía nada, no había espacio, era...

E: ¿Y algún color?

P: Blanco, un color impreciso, es que es una situación realmente que uno... no lo sé.

E: sí, es un poco raro y difícil de explicar porque no se ha vivido antes ni se ha visto nada parecido.

P: Y que no me creo ni yo mismo, o sea, yo creo que eso fue que yo me encontraba ... por otro lado pienso esto son los fármacos que me han hecho todo esto, me encontraba en una situación complicada yo y ... creía que...que me iba a ir, en una palabra, porque (...) y a lo mejor fue también una predisposición mía... para llegar a ese lugar de alteración, ayudado por los fármacos y a lo mejor sin yo querer me acordé de mi familia, de mis padres, de mis tíos de mis parientes, de primos que los pobres están ya en la otra vida. Y no le di más importancia.

E: ¿Había algún tipo de luz?

P: No, había como un infinito, todo de un mismo color.

E: Y no escuchaba nada salvo a las personas que estaba con usted.

P: No, solamente rostros como sonrientes, como contentos y difusos, que no era una imagen clara y nítida, yo los rostros, creía en ese estado que yo estaba "ah, mis padres, mis tíos, mi amigo J", pero es que es difícil de explicarlo porque es un estado que yo.

E: ¿Y las caras correspondían a la edad de cuando murieron?

P: Sí, eso sí, bueno dentro de lo difuso, sí. Y la ropa que llevaban. Recuerdo que mi abuelo por parte de mi madre, las camisas esas largas y negras, apareció con su gorro, pero es que no había lugar, me refiero, era como un infinito, no veía nada, no veía nada (...) todo del mismo color.

E: En ese momento, ¿era consciente de dónde estaba y qué le había pasado?

P: A medias, cuando estaba en este estado de conciencia a medias, ¿cómo explicarlo?, reconocía las voces de los que iban en la ambulancia, pero como si los que estuvieran en otro mundo fueran ellos.

E: ¿cómo si lo real fuera la experiencia que estaba viviendo?

P: Exacto, es una descripción más o menos cierta.

E: ¿cómo más vivido, más real la experiencia?

P: Sí, sí. Pero no le di importancia a nada de esto porque yo creo que fue producto de los fármacos, hay un estado de conciencia alterado y uno ve cosas que no existen, por decir algo. Yo en mi estado de conciencia llegué a pensar que me iba a morir y fue una película, lo que pasaba por mi imaginación, yo creía que iba a morir.

E: ¿Y eso le causaba algún tipo de ...

P: No, no, estaba muy tranquilo, al contrario, me molestaba cuando oía en la lejanía a ellos. Estaba muy tranquilo, muy tranquilo, o sea un estado de paz y me vinieron a la mente visiones o lo que fuese por esta situación.

E: ¿cómo diría que era esa sensación, de alivio, de tranquilidad o de una paz o estado agradable?

P: Paz, paz, paz, paz, y un estado agradable, de bienestar. Es que... yo no sé cómo estoy contando esto porque yo no... (entre sonrisa) (...)

E: ¿Le parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía, o que todo ocurría a la vez?

P: Es que, en este estado, yo diría que se ampliaba, que era enorme todo.

E: ¿Sentía que el pensamiento se aceleraba, que iba más rápido?

P: No, al contrario, yo creo que más relajado, porque oía más lejano las voces, cuando ya estaba en el hospital, eran ruidos pequeños y muy lejanos, como si no estuviese allí, pero oía el eco de los ruidos y eso. Y ya luego, ya se perdió (...) ya me desperté en la uci de la Arrixaca y eso ya no se más nada de nada de nada (...) Yo lo que pudo decir es que en ese momento estaba feliz o en paz, como le queramos llamar, yo no estaba enfermo, yo no tenía nada, estaba muy relajado y eso sí que varias veces lo he pensado: "¿y por qué me molestaba a mí que los médicos hablaran?", como muy lejano, como si ese fuese un mundo que yo lo tenía muy lejano, eso sí que se me ha quedado grabado (...) ¿cómo es posible que este mundo esté tan alejado?, pero una proyección muy muy alejada.

(...)

Era un color uniforme, infinito sin final ni principio.

E: ¿Estaban sus sentidos más vívidos de lo normal?

P: Pues quizás sí, no lo sé, lo que sí es que yo es que yo estaba muy contento y feliz, no me parecía que estuviera en una ambulancia ni que me había dado un infarto.

E: ¿No tenía conciencia del cuerpo?

P: No, no. Yo sólo he visto a estos personajes que he dicho anteriormente que iban vestidos como cuando vivían en su época. Vi a uno que me hizo mucha... porque yo estaba muy unido a él, y yo no sabía si yo estaba vivo o no, yo no sabía nada, yo nada más que sé que en el lugar donde estaba yo él me miraba y se reía y pasaba, pero no pasaba andando, era una figura que veía y que luego se difuminaba y venía otra, es decir, no era andar.

E: ¿Los veía enteros o una parte de ellos?

P: Sí, sí, difuso porque lo que más claro veía era la clara, y los vestidos... era su forma, su silueta sus andares, su sombrero y luego se desvanecían. Es como si yo hubiera querido estar allí, quedarme o estar, porque en ese momento yo estaba bien.

E: ¿Le ha cambiado su experiencia en algo su percepción de la vida y de la muerte?

P: De la muerte parece que sí porque yo en estos momentos no le tengo miedo, antes era una frontera... ahora pues si llega ha llegado, nada más, porque yo parece que de alguna forma ya he pasado por ahí, no, no, es que yo fue como despedirme de vida (...). Era algo inmaterial, era algo, por un tiempo es posible que fuera larga de 20 minutos o media hora y en otro momento parece que fue todo en fracciones de segundo (...) Yo nunca he reflexionado sobre esto, primero porque no me había ocurrido, nunca había estado en un trance de estos, y luego porque, para mí mismo, para investigarme a mí mismo o para saber exactamente qué me había ocurrido, pero no le encuentro sentido. Yo parece que estaba viviendo como en dos mundos, esta experiencia que tuve con mis familiares ya desaparecidos y este mundo en sí, yo tenía, como si estuviera viviendo de cerca ese mundo imaginario y de lejos este mundo, muy lejano, nada más (...) En mi vida lo que antes tenía mucho valor ahora ya...

Testimonio nº 146

Paciente que ingresa en UCI por Scasest y tiene 2 paradas cardiorrespiratorias:

P: Yo creo que no perdí el conocimiento.

E: ¿Te acuerdas lo que pasó en esos momentos?

P: Me acuerdo de todo, bueno a lo mejor hay algo que no me acuerdo, pero yo creo que sí.

E: ¿De ese momento que podrías haber perdido el conocimiento tienes algún recuerdo?

P: Yo me sentía bien, estaba acordándome de mis crías.

ANEXOS

E: ¿Estabas normal como ahora?

P: Sí, sí. Yo creo que me quedé tranquilo.

E: ¿Entonces fue cuando te dieron el golpe? (para reanimar) ¿Eso sí lo notaste?

P: Sí, boom, (...) y luego me dijo la enfermera que me dieron tres.

E: ¿tres golpes?

P: tres (...) yo creo que noté el primero, como iba mareado, mareado, como me llevaban en la camilla, rápido, curvas, me mareé un poco.

E: ¿Entonces sólo tienes recuerdos de un golpe?

P: de un golpe.

E: Y luego te pusieron el desfibrilador

P: Sí.

E: ¿Y ahí cómo te encontraste?

P: Bien, relajado, yo creo que ahí es cuando me quedé durmiendo.

E: ¿Y esa luz que viste?

P: Un fogonazo, ¡fum!, y pienso que fue cuando me dieron con el desfibrilador. Me estaba quedando durmiendo y creo que los ojos no los abrí. Y ya otro día me desperté aquí y me dijo la enfermera: "te voy a traer la tv para que veas la carrera de motos", digo: "pero si hoy es sábado", dice "no, es domingo", o sea que estuve 24h durmiendo un poco más. Entonces me dijeron que me habían hecho el cateterismo y ya está (...)

E: ¿cómo era la luz, fue un destello o estuvo durante un tiempo?

P: Era una luz blanca, igual fue un segundo, yo creo que estaba durmiendo y cuando vi la luz desperté. Ya no recuerdo más.

Testimonio nº 152

"P: Me llevó mi vecina al centro médico y estando en el centro médico y estar esperando: "me encuentro mal, me encuentro mal", y allí me desmayé. Y estando en ese momento que no tienes consciencia que no sabes dónde estás, qué te ha pasado, pues yo me veía en un paraíso, con muchas flores, con muchas luces, me reía, como si hubiera sido una niña, y eso se me quedó (...).

E: ¿Durante el momento de la experiencia, qué sensación tenía?

P: En aquel momento de paz y tranquilidad, sí.

E: ¿Escuchó algún sonido?

P: No, pero es como si allí hubiera habido animalitos, como si hubiera sido un paraíso, pues igual.

E: ¿Vio su cuerpo?

P: No, me sentía allí, yo pasé, como si aquello fuera un túnel y al fondo de ese túnel había una luz.

E: ¿cómo era la luz?

P: Era brillante, muy fuerte, se encontraba una paz, muchas flores, como si hubiera sido un prado con muchas flores, todas amarillas.

E: ¿Estaba sola?

P: Sí.

E: ¿No te encontraste con nadie allí, ni familiares?

P: No, yo vi una luz fuerte, muy blanca. Si es que no lo he vuelto a ver. Era un jardín con flores.

E: ¿Era grande?

P: Enorme, igual que cuando miras al mar que no ves el fin, así, pero con flores amarillas.

E: ¿y se encontraba bien?

P: Yo, sí.

E: Y, ¿sabía qué era eso?

P: No.

E: ¿cómo fue la vuelta, de repente se encontró en su cuerpo?

P: sí.

E: ¿Le pareció que de pronto lo entendía todo?

P: Sí, lo entendí después, cuando volví en mí, que había estado en un sitio distinto que no era el mundo. (...)

E: ¿Cambió su percepción de la vida y la muerte tras su experiencia?

P: Pues no creo, porque como no soy supersticiosa. Puede ser.

E: ¿Le parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía?

P: Pues parecía que todo pasaba a la vez y te parece poco porque como estas tan a gusto y estas con tanta paz que eso no lo has vivido nunca, pues te puede parecer que en ese momento se paró y cuando vuelves, vuelves a la realidad. Te queda una paz, una tranquilidad. (...) Me acuerdo de decir "Estoy en un paraíso".

E: ¿Sensación de felicidad?

P: De sentirte en paz contigo mismo, el estar feliz, estar tranquila, eso es nuevo para tí y lo vives a tope (...)

E: ¿Tuvo sensación de armonía o unión con el universo?

P: Sí, es que yo me hubiera quedado allí.

E: ¿Esa luz era una inusual luz brillante o de origen místico o de otro mundo?

P: Aquella luz era como si hubiera estado, yo te voy a decir en el cielo, porque no conozco otra cosa, pero como si te hubieras ido y te vas, si es verdad que eso es así...

(...) Percibes, pero no sabes qué te está pasando. (...)

E: ¿Se sintió separada de su cuerpo?

P: Yo creo que salí de mi cuerpo y me sentía separada de él, porque al sentarte en otro sitio, no lo notaba.

E: ¿le pareció entrar en otro mundo?

P: Era desconocido y extraño para mí.

(...)

Perfectamente no me acuerdo, pero me pareció ver personas como si estuvieran jugando, todas vestidas de blanco y es verdad. Yo las veía a lo lejos. Yo vi personas agarradas de la mano, vestidas de blanco y había personas mayores y niños.

E: ¿qué crees que fue?

P: Yo, cuando salí de aquello y salí tan contenta, dije " eso es el cielo, es el sitio donde van todas las personas cuando han dejado de vivir", porque yo perdí de 11 años a mi madre.

E: Pero a ella no la viste ¿no?

P: A ella no, pero vi a gente que no podía identificar sus caras (...).

Ahora te voy a contar una cosa que me pasó con mi hermano, que es alucinante, mi hermano era para mí era mi hijo, y falleció el 9 de septiembre de hace dos años. Y el me cogía de la mano y me decía "C, no me quiero ir", y yo lo veía como se iba para el cielo y estaba él de cuerpo presente.

E: ¿lo vio?

P: Sí. Me quedé en un momento clisada y me llamaba: "C, C, dame la mano que no me quiero ir, no me quiero ir, no me quiero ir, me quiero quedar contigo", y lo tenía allí de cuerpo presente.

E: ¿y se despertó?

P: Sí y se lo dije a mi hermana que estaba allí al lado mío. Me dijo mi hermana: " anda, eso es imposible".

E: Y lo vio ¿cómo?

P: De pie, dándome la mano. Él se iba para el cielo. Como si saliera de su cuerpo y cogiéndome la mano y diciéndome, no me quiero ir, me quiero quedar contigo.

E: ¿vio cómo se iba?

P: Sí, como se iba, diciéndome que no se quería ir (...)

Tras formularle la pregunta introductoria el paciente relata:

P: Mis padres estaban muertos cuando a mí me operaron y parece que sí, que los he visto y me han preguntado. Eso es como cuando sueñas (...)

E: Dice que cuando vio a sus padres estaba sedado ¿no? ¿En qué operación fue?

P: En la de la garganta que fue en la que más tiempo estuve, 8 horas en la operación.

E: ¿qué más vio?

P: Pues ahora mismo no se decirte.

E: ¿Vio alguna luz?

P: Sí, sí, todo eso sí lo ves siempre.

E: ¿cómo que siempre?

P: Hombre, me supongo que al que le dan anestesia general verán todo eso. ¿o alguno no ve nada?

E: No pasa siempre.

P: ¿no?

E: ¿qué más puede contar?

P: Pues como me han operado dos o tres veces y esas veces sí he visto.... No sé cómo explicarte, ya te digo, como si estuviera soñando.

E: ¿qué pensaba que era lo que estaba viendo?

P: Yo creo que siempre han sido cosas positivas porque ves a tu familia o ves que estás hablando... o es que la vieras donde está (...)

E: ¿dónde estaban ellos?

P: No lo sé, estaba hablando con ellos.

E: ¿qué veía alrededor de ellos?

P: (...) Es que es como si fuera un sueño y en ese sueño pues aparecen cosas que vas viendo, pero no te podría yo... porque si te contara una fábula sería mentirte.

E: ¿cómo se encontraba usted cuando estaba con ellos?

P: (...) ellos no sabían lo que me había pasado, era como cuando tenía una conversación con ellos cuando estaban vivos.

E: ¿qué había alrededor de ellos?

P: Era una conversación normal, no es que yo los viera arriba, en el cielo, en el infierno o en el purgatorio o donde fuera, no, como si estuviera hablando con él, como en un sueño. (...)

Testimonio nº 169

"Cuando tenía aproximadamente 16 años iba con un amigo en un kayak por el mar menor, volcó y nos quedamos aproximadamente 15 minutos en el agua a baja temperatura. Durante ese tiempo tuve recuerdos de toda mi vida, desde la infancia y siempre recuerdos positivos que se alternaban con las ideas de mantenerme con vida a mí y a mi amigo. Me daba a mí mismo ánimos para continuar con vida".

Testimonio nº 170

Testimonio contado por el enfermero que atendió a una paciente.

"Hace unos 20 años, una paciente de sesenta y tantos años, setenta, con una patología bastante importante, pero tú la veías y físicamente la mujer bien, normal, entró andando por su propio pie. La vio el médico de la puerta de urgencias y dijo: "bueno vamos a pasarla a observación porque todavía no sé, estamos pendientes de las pruebas", era un intervalo de espacio desde

donde está el despacho del médico hasta las camas estaba a 10-15 metros porque la ubicación era muy reducida. La pasamos a las camas de observación, monitorizada, tuvo una parada esa noche y no pudimos sacarla de la parada, pero la mujer sabía que esa noche moría, decía: "Yo de esta noche no paso", lo dijo con total convencimiento. Claro a mí me sorprendió, dije: "mujer, todos nos moriremos, pero no creo que sea hoy", porque no alarmaba de muerte para nada, una mujer que te dice eso, que va andando, que habla normalmente, que no tiene dolor, que no tiene una sintomatología muy alarmante..."

Testimonio nº 171

"Tuve complicaciones en el parto, me operaron y antes de despertarme me veía a mí misma como si fuera un globo rosa que formaba parte de otros globos rosas que había. Cuando me pedían que sacara la lengua sentía que me elevaba y me desperté poco a poco. El lugar donde se encontraban los globos era un sitio blanco, sin paredes y tranquilo".

Testimonio nº 172

A) Mi padre era súper reacio, te lo digo de verdad, decía que había un dios de los ricos y otro de los pobres. Cuando mi padre estaba en el lecho de muerte, fue en la Arrixaca, con un cáncer de estómago y luego uno de la parótida, pues, mi padre, ese día estaba súper raro yo le decía: "papá venga que nos vamos a ir a la casa, que nos vamos a ir a la casa", él decía: "Pues sí venga vamos a la casa". De repente viene un chico que repartía rosarios y estampas, mi padre nunca aceptaba ninguna cosa de este estilo; "todo eso es chatarra", decía él. Cuando entró el muchacho me miró y me miró con una cara, una sonrisa relajada, me mira, se vuelve al muchacho y le dice: "¿dónde vas? El muchacho le pregunta ¿pero quiere usted que me acerque?, como le había dicho varias veces que no quería nada, cogió el rosario que era de plástico, lo agarró, lo besó, y lo tuvo así en los brazos. Eso mi padre.... No me lo podía creer, llamé a mi tía, su hermana, y dije tita, mira lo que ha hecho, dice: "¿mi hermano? Y se vino con el rosario porque quiso morir en mi casa. A última hora, por lo que fuese, le entro una cara, una relajación: decía: "sí vale, de acuerdo", hablando así yo no le reconocía con lo agitado que era siempre, a las 48 horas se murió.

E: ¿El había dicho algo extraño a parte de esos cambios anormales en él?

F: Lo que sí dijo la última semana era que su madre le había dicho que lo quería mucho: "me siento tan querido por mi madre, me lo acaba de decir, y por la abuela", la abuela era su suegra, mi abuela, yo me había criado con ella, "me han dicho que me quieren tanto", como si hubiera hablado con ellas: "es que me siento tan querido", esas fueron sus palabras (...) y una paz, se murió con una sonrisa, le dio una especie de roquerilla, así y fue mi marido, pero sin ponerse colorado ni agitado y entonces mi marido hizo así y le cerró los ojcos.

E: Así que fue dulce...

F: Dulce, dulce, sin morfina, ni medicación, los de paliativos iban a ir empezar a venir el lunes y a mi padre lo enterramos el día del entierro de la sardina (...) ya no llegaron a venir.

E: Y cuando os dijo lo que su madre le había dicho, ¿tampoco llevaba medicación?

F: Mi padre apenas necesitó medicación (...) no llegó a llevar morfina. Y cogió el rosario y besándolo (...)

B) E: Ahora con tu suegra, ¿has tenido alguna sensación o experiencia difícil de explicar con tu suegra?

F: Esta semana está mucho llamando a su madre y a su hermano T. y a Juanico que era uno que le repartía a ella los huevos y el aceite (...): "Juan ven, que te estoy llamando, que vengas".

E: ¿Y a su madre también?

F: Sí, y a su hermano T y tiene dos hermanas más muertas, pero a ellas no las llama.

E: ¿A su madre también la llama o habla con ella?

F: A su madre la llama: "mamá, mamá, ¿por qué?, ¿por qué? Habla con más dulzura con su hermano y con Juanico, con su madre habla más con un poco de genio. Ella la cuidó, pero no tenían mucho feeling, pero a su hermano lo quería mucho.

E: A su hermano lo llama...

F: Sí, sí, pero el caso es que a su hermana C que también la quería mucho y no la he oído nunca llamarla (...)

E: ¿Tiene algún momento de lucidez?

F: Pues desde que está aquí... a lo mejor los primeros días sí, pero ahora yo la veo que se está deteriorando mucho. Lo que no ha perdido... es que ... yo estoy segura de que no le gusta estar aquí, porque cuando yo le dije ayer, por ejemplo: "yaya que te vas a poner buena", hace así: "ffumm, ya", y esa forma de decirlo era como si dijera: "no me engañes" (...) pero yo la observo que es como si estuviera ya tres o cuatro días cayendo en picado.

E: Ella, aunque no tiene conversaciones ¿puede expresarse?

F: Si ella a lo mejor dice: "no quiero más, deja, calla, no, espérate un poco", cosas así, porque no quiere como y le digo: "venga una cucharada" y dice: "espera un poco, espera" (...) "Virgen santa no me abandones que me estás abandonando". (...)

El nieto, dice que el día anterior había dicho mirando hacia una esquina y lúcida: "no vengáis a por mí, que no, que no".

Dos meses más tarde la nuera de la paciente se pone en contacto conmigo para decirme que su suegra murió 3 días después de entrevistarla: " El día de su muerte estaba destapándose y nerviosa. Le pregunté si quería hablar con su hija que vive en Valencia, dijo que sí, como encogiendo los hombros. La llamé y le puse el auricular en la oreja, (madre e hija no se llevaban bien), la hija le pidió a su madre que la perdonara por todo, que lo sentía mucho. Mi suegra no pudo articular palabra, pero se le cayeron dos lágrimas, sonrió y a los veinte minutos murió. Se le quedó una cara de tranquilidad y paz muy grande, "como si" estuviera esperando hablar con su hija para morir".

Testimonio nº 173

P: Yo fui al hospital porque había tenido una hemorragia interna, eso lo supe después, pérdida del conocimiento y estaba muy floja, en malas condiciones, y me llevaron al hospital, cuando estaba en urgencias tomando los datos, era la primera vez que yo tuve la sensación extraña como de ver como por arriba, como fuera de mí a los que estaban a mi alrededor.

E: ¿Pero estaba sentada?

P: Estaba sentada en una silla de ruedas, pero claro, eso no sabes lo que es, no sabes lo que te pasa, simplemente piensas en lo que te pasa, en el mareo y el aturdimiento que llevas, porque llevaba una pérdida, una hemorragia importante, y después cuando ya me pasaron a quirófano, porque fue un embarazo ectópico, estaba embarazada de 10 o 15 días (...) es cuando ya sí sentí esa sensación un poco más fuerte, como de estar viendo a todos los que estaban a mi alrededor, a la altura de la lámpara de arriba, viendo lo que estaban haciendo; fueron segundos, yo no podría dar más detalles porque claro enseguida me pusieron anestesia, pero la sensación fue un poquito más fuerte, más que la de la puerta.

E: ¿Pudo ver su propio cuerpo?

P: pues eso no lo podría asegurar, sí tenía la sensación de estar flotando, de estar viendo desde un plano superior, más alto, esa sensación sí la tenía, pero no puedo recordar si me vi yo también. Tengo la sensación de que sí, pero afirmarlo, no lo puedo afirmar, es más la sensación.

E: ¿le habían administrado alguna medicación?

P: No, porque vine directamente de mi casa a allí, bueno, la que me estuvieran poniendo en el quirófano, me imagino que me estarían poniendo algo ya de anestésico (...) la intervención fue urgente (...) no estaba medicada para nada. (...) pero es que yo estaba en mi casa así dos días, a mí me dio el dolor, iba al baño porque se me descompuso el cuerpo, me desmayaba y mi marido me llevaba a la cama, o sea, perdía la consciencia totalmente (...)

E: Durante esas dos experiencias ¿qué sensación tenía?

P: Tenía sensación de tranquilidad.

E: ¿Escuchó algún ruido o sonido?

P: Escuchaba a los de mi alrededor (...)

E: ¿Tuvo algún tipo de pensamiento o de recuerdo, quizás del pasado o...

P: Pues pasó un poco como una película rápida pero no te podría decir en concreto un pensamiento, sí te pasan recuerdos.

E: ¿Recientes o de hacía algún tiempo?

P: Creo que eran más bien recientes, tenía 23 años, eran como de los últimos 8-10 años (...) se lo comenté a mi marido y me dijo: "Eso es que has soñado", se lo comenté a mis hermanos y tal y me dijeron "Chica pues estabas soñando", pero yo no estaba soñando, si yo estaba despierta, estaba viéndolo todo, pero claro, la gente duda mucho de lo que le estas diciendo (...)

E: ¿cómo fue su nivel de consciencia y atención durante la experiencia, los sentidos estaban más vividos o era algo más confuso?

P: Hombre yo lo veía todo con nitidez, (...) lo que estaba pasando.

E: ¿Cambió algo en su vida esa experiencia, en su percepción de la vida y la muerte?

P: Pues mira eso sí, porque te hace ver que todo es muy relativo, que en un momento se te puede todo al garete, que a veces le damos importancia a cosas que no las merecen y eso te hace relativizar mucho las cosas, aun así, cuando pasa mucho tiempo te hace caer otra vez en la rutina, pero de momento, sí es verdad que te paras a pensar en lo que realmente merece la pena (...)

E: Y esa experiencia extracorporeal ¿Supuso algo, cambió algo?

P: Al principio no me gustó, cuando empecé a pensar en ello, cuando ya me había recuperado me dio un poco de miedo, vamos miedo, de decir: " uy, qué me ha pasado, a ver si..., o es que es la anestesia que me han puesto que me ha hecho volar", pero luego, cuando lo analizo, no, no, con la anestesia no te la ponen y te duermes, porque con las experiencias posteriores con las cesáreas y ahora con el corazón cuando te pinchan te dicen: "cuenta de 10 a 1" y te quedas en el 8, así que no, yo todo eso no lo he vivido por efecto de la anestesia, eso lo he vivido yo.

E: ¿y ahora es agradable?

P: es algo agradable sí, no lo recuerdo con miedo, es la inexperiencia de los años, pero luego vas recapacitando y pensando (...)

Testimonio nº 174

E: Entrevistadora

F: Familiar

Relatado por una enfermera:

Yo recuerdo que la semana anterior a que pasara todo esto que te voy a contar, se me aparecía en el portal de mi casa un gato negro, grande con mucho brillo y se me ponía justo delante cada dos o tres días, en la semana lo vi 3 veces.

E: ¿Y tú lo relacionas con esa experiencia?

F: Yo lo relaciono con que cuando se murió mi abuelo J, que tendría yo unos 10-11 años, había un gato negro en el portal de la casa, que me daba a mí miedo entrar a los pisos. Entonces cuando pasó eso me acordé del bicho, del gato, que decía yo: " ¿y este gato? Si por aquí no hay

gatos. Entonces cuando murió G lo relacioné con el gato que había visto cuando murió mi abuelo (...)

E: ¿cómo fue esa experiencia?

F: Pues yo tenía mis días libres normales y me bajé el viernes a V (pueblo), entonces ya mi hermana pequeña me había dicho que el bebe estaba en la casa, que lo cuidaba ella porque mi tía tenía que hacer cosas. Entonces yo llegué a casa con ganas de ver al crío. Yo llegué a casa y el niño estaba en el carricoche, sentado, y mi hermana estaba haciendo cosas en el comedor.

E: ¿qué edad tenía el niño?

F: pues 4 meses, entonces yo llegué y lo primero que hice fue, pues ya ves tú, irme para el crío, la maleta y todo en el pasillo y yo me fui para el zagal, entonces lo saqué del carricoche, lo tomé lo abracé, me senté en el sofá, entonces fue cuando sentí una sensación rara, lo aparté y lo tomé así (separando los brazos del cuerpo) y un miedo que me dio que vamos, que me acordé de mi abuelo J, digo: "si es que está aquí", una cosa muy rara. Tenía miedo, sensación de miedo.

E: ¿Al coger al niño?

F: Al coger al niño, al mirarlo.

E: ¿Y antes no te había pasado?

F: No, yo estaba con el niño desde que nació y nada, pero tuve una sensación más rara y un miedo, una cosa, que yo me vi extraña, dejé al crío, y dije: "ay, que me tengo que ir", y ya en todo el fin de semana no pude ir a verlo. Me daba miedo, me daba cosa ir a verlo. Y eso que me llamaron porque el sábado había fútbol y había ganado el Juventus y estaban de celebración en casa de mi tía, porque mi tío es italiano, y vistieron al niño de la Juventus, con la camisa blanca y negra, y le hicieron fotos y yo no fui porque me daba cosa ir. Entonces el lunes, cuando yo iba a ir a verlo antes de venirme a Murcia, fue cuando yo estaba en la calle, para con el coche, haciendo un stop que hay para ir a casa de mi tía, y me dije: "mira, si es que es muy tarde...", buscando excusas " no voy a ir a ver al crío, ya lo veré otro día", y me fui a por mi compañera que me estaba esperando para traérmela para Murcia también (...) empecé a poner excusas, de que se me iba a hacer tarde de que tal, ya ves que yo no trabajaba hasta la noche, salimos antes de comer y entraba a las 10 de la noche (...) y me fui, entonces cuando llegué a Murcia, sobre las 4 o así de la tarde, me llamó mi prima y me dijo que se había muerto. Y yo, cuando di la vuelta y fui a casa de mi amiga escuché la ambulancia (pero no sabía que era para él).

E: ¿Coincidió que al niño le pasara algo con el momento en que decidiste no ir?

F: en el que murió, sí. (...)

E: ¿Quién estaba con el niño?

F: Mi tía, su madre, estaba con el niño en la cama, fue a hacerle el biberón y cuando volvió del biberón ya estaba asfixiado, fue el tiempo de hacerle el biberón, fue una cosa muy rara. Lo único que el niño cuando nació estuvo ingresado en la UCI porque le operaron del intestino (...) y estando en el hospital pilló una meningitis, entonces lo trataron de la meningitis y le dieron el alta; puf, tampoco se sabe si fue a causa del daño de la meningitis o que la muerte súbita es algo congénito (...)

E: ¿Durante ese fin de semana tuviste algún sueño raro?

F: No, lo único miedo en mi casa, que me tocaban el timbre e iba mucho a abrir la puerta de mi casa y no había nadie tanto por la tarde como por la noche.

E: ¿A que lo asociabas?

F: A los críos, el típico juego que tocas al timbre y te vas corriendo, pero sí tenía miedo, el fin de semana tenía miedo, entonces ya no sé yo. (...)

En mi casa los cementerios, los muertos, no... además es raro que yo esté trabajando en un hospital, me dicen "no entiendo cómo puedes estar trabajando en un hospital", me costó trabajo relacionarme en el ámbito este, lo pasé mal, en la carrera lo pasé mal, cuando yo llegué a la primera clase de anatomía y estaban los muertos encima de la mesa... tela, tela, tela, pero después bien.

Testimonio nº 175

Me llaman de cuidados paliativos porque hay una paciente en domicilio que comienza a hablar con sus familiares fallecidos. La familia está de acuerdo en ser entrevistada.

A la pregunta ¿Ha manifestado su familiar ver o hablar con familiares o amigos ya fallecidos?, la hija responde:

F: Una tía mía, una hermana suya, que murió hace unos 7 años más o menos, que murió también de cáncer, entonces pues dijo: ¿Ha venido mi G?, ¿Está aquí mi G?, lo ha dicho varias veces pero sobre todo aquella vez fue así: ¿Ha venido Mi G?, R: "No, mamá, no ha venido, la tita no ha venido" y dice: "¿Cómo que no, si está ahí?", señalando al lado donde yo estaba, "no, no, no ha venido"(hija), y dice: " ah, es verdad, es que ha venido a recogerme, a que me vaya con ella, me está esperando".

E: ¿Ella ha mantenido alguna "conversación" con su hermana?

F: Sí, sí, yo a lo mejor entro a la habitación y está hablando: " Pues sí G...", o lo mejor con dos tíos míos que también están muertos, "Pue sí", es como si estuviera hablando con ellos.

E: ¿Usted le ha oído hablar con ellos, la conversación?

F: Sí, pero habla como una cosa normal, como si fuera que estuvieran ahí al lado de ella. Y lo que dijo en el caso de mi tía es que había venido a por ella, que se tenía que ir con ella; los otros como si estuvieran aquí al lado de ella, y preguntándoles que qué hacen... una conversación así más...

E: Y cuando usted entraba, ¿cuál era su reacción?

F: Era como si estuviera en ese momento durmiendo y de repente me mirara "Ah, ¿Qué?, estaba durmiendo, me he despertado", como si no hubiera estado en ese momento consciente.

E: ¿Pero estaba consciente?

F: Sí, vamos los ojos, los tenía abiertos y era como mirando a un punto, y a lo mejor mira hacia la ventana y se pone a hablar. Y yo es que no sé si interrumpirla o dejarla... porque me ha pasado alguna vez que estando yo en la habitación se ha puesto a hablar y entonces al rato, a lo mejor se calla y me dice que se ha despertado.

E: Y los otros dos familiares también habían muerto...

F: Bueno, eran cuñados, hermanos de mi padre. (...)

F: Aquel día de lo de mi tía sí le pregunté: "mamá, ¿la chacha G? y me dijo: "Ah, pues eso", y ya está no dijo nada más, yo creo que en ese momento se dio cuenta de... si está muerta, sí... pero era como que en aquel momento la tenía delante de ella.

E: Y luego, ¿seguía normal, sabiendo dónde está, etc.? ¿Ha perdido el contacto con la realidad?

F: No, no, lo que sí es que alguna vez se pone como a hablar de hace 50 años atrás (...) y muchas veces cuando nos ve haciendo cosas dice: " ay, os vais a cansar de mí, de tanto hacerme las cosas" (...) " es que ahora tenéis que limpiarme..." a veces le da por llorar..., (...) Ahora lo que he notado es que lo que piensa lo dice y ella ha sido siempre muy prudente para decir cosas y ahora... lo que piensa lo dice, en plan broma, pero lo dice (...).

E: ¿Emite algún sonido o palabras ininteligible?

F: Sí, sí, ¿Así como murmurando?, sí, dormida, despierta y, de todas formas. Durmiendo a lo mejor tiene también conversaciones.

E: ¿LE pasaba antes de estar enferma?

F: No, yo creo que no, no.

E: ¿Canta?

F: Sí, no lo suele hacer muchas veces, pero alguna vez sí, así sin venir a cuento.

E: ¿Canciones que ella ya sabía?

F: Sí, de Manolo Escobar. (...)

F: Yo me acuerdo del padre de una amiga mía, él murió en la Arrixaca, y ella tenía un hermano que había muerto hacía pocos años y la noche antes de morir dice que, el padre estaba mal, inconsciente, y que de repente se sienta en la cama y dice: " hija que me voy", y la hija: "Papá, ¿cómo que te vas?, sí está aquí tu hermano A, ¿cómo que está aquí A? (la amiga), el padre: "Sí,

*me está aquí esperando", y ella dice que sí notó algo, y esa misma noche murió. Pero es que él, estaba sedado y en ese momento se sentó en la cama, yo cada vez que me acuerdo... (...)
Veo a la paciente y está completamente orientada.*

Testimonio nº 176

"Mi suegra tenía Alzheimer durante 16 años, había adelgazado mucho hasta quedar en 37 kg. La vecina me cuenta después de morir que tres días antes de esto llamaron a la puerta y era mi suegra, vestida, arreglada, con su ropa de siempre que le decía que se iba, que se tenía que ir y que iba a despedirse. Se quedó extrañada porque sabía que estaba enferma con Alzheimer y sin un lenguaje lógico. A los tres días murió"

Testimonio nº 177

P: Soy alérgica al polen y gramíneas, estaba en el campo, tenía un perro en el patio entonces al limpiar mezclaba lo indecible, no había tenido nunca ningún problema, pero como aquel día estaba ya constipada, me encontraba mal y entonces... tuve una parada respiratoria.

E: ¿Cuánto tiempo duró?

P: No te lo puedo decir exactamente, pero lo que sí te puedo decir es que a mi hermano le dijeron que no sabían cómo iba a reaccionar por el tiempo que había pasado

E: ¿por si podías tener secuelas?

P: Claro, exactamente por las secuelas que podía tener (...)

E: ¿cómo fue la experiencia que tuviste?

P: Pues fue que de pronto al no poder respirar yo iba viendo que no tenía fuerzas, no podía respirar, tenía angustias, la ansiedad que te crea el tiraje de no poder respirar, pero ya llegó un momento que... aunque llegó el médico y me puso un poco de oxígeno, ya llega un momento en que tú te relajas, por lo menos a mí me pasó, tú te relajas y dices "mira, sea lo que dios quiera", se te nubla la vista, se te pone todo negro, pero hubo un momento en que vi, no la luz esa que cuentan en los libros (...) yo no la llegué a ver, pero dentro de la oscuridad había una paz y una tranquilidad que en ese momento no te hubiera importado seguir en ese estado.

E: ¿pero ahí tenías pérdida de conciencia?

P: En ese momento sí, yo cuando entré en ese estado sí, o sea lo pierdes todo.

E: ¿no eras consciente de lo que ocurría alrededor?

P: No, no, sí al principio veía a mi hija correr para un lado para el otro, llamar mi hija por teléfono, pero llegó un momento en que vi a mis vecinos y ya está. Después yo ya no me acuerdo. A partir de ahí es cuando te entra una relajación de decir, estoy tranquila, estoy bien aquí, y no me importaría seguir en este estado. Ya te digo tuve la parada respiratoria, a mi hermano le dijeron que no sabían cómo iba a reaccionar yo, que dependía de la fuerza que yo tuviera, y el tiempo, porque había estado más de 3 minutos sin, es decir el tiempo desde Gea y Truyols hasta La Arrixaca, el trayecto ese, mi vecino me llevó a 100. Entonces estuve más de tres minutos sin oxígeno, mi vecina me daba en la cara para que no me durmiera, yo me acuerdo porque ella me lo dijo, pero recordarlo yo, no. Lo que sí recuerdo es a mis hijos correr que eran más pequeños, por supuesto, para un lado y para otro, pero ya... lo otro no.

E: porque fue a partir de ahí ¿cuándo pierdes la consciencia?

P: porque fue cuando yo ya, como se suele decir, tiro la toalla, ya da igual. A nivel mental y a nivel emocional pues dices, estoy bien aquí pues ... eso

E: ¿escuchaste algún sonido que no fuera el del hospital o el de las personas que estaban contigo?

P: Era tranquilidad, o sea, el estado ese transmitía tranquilidad, no nerviosismo, no acelerado, sino tranquilidad, o sea ya te digo que la relajación esa, la tranquilidad te lleva a la paz. No el desasosiego ese.... Tranquila, tranquila. (...)

E: ¿Viste tu cuerpo desde fuera?

P: ya te entiendo, no lo llegué a ver, pero eso sí me pasó en un curso de relajación, lo único que pasa es que como me asusté, me caí, (...) estaba relajada, relajada y cuando me vine a dar cuenta estaba como a medio metro del suelo y vi mi cuerpo ahí y me bajé.

E: Es decir que te elevabas como mirándote no hacia arriba.

P: No, no, mirándome y dije: "ummm, pero ¿qué hago yo aquí? Del propio susto me bajé. (...)

E: ¿Viste a alguna persona en ese estado, algún ser?

P: No, pero la sensación esa de no estar sola... esperando a ver qué decisión tomaba yo. (...)

E: ¿cómo fue la vuelta?

P: de repente me desperté.

E: ¿Tienes desde entonces algún tipo de percepción extrasensorial, clarividencia, telepatía, precognición?

P: Tengo más, tengo más.

E: ¿ya tenías?

P: Sí de vez en cuando. (...) pero ahora hay muchas veces que sí lo digo y pasan. (...)

E: ¿Ha cambiado tu percepción de la vida y la muerte?

P: Sí, yo por ejemplo tenía ante miedo a morir, ahora también he ido leyendo más.... Pero yo ahora sólo quiero que mis hijos terminen de crecer, aunque nunca se termina y que ya llegue un día en que esté todo estable y ya pues me da lo mismo. Aunque por otro lado me gustaría vivir más y ver a mis hijos cómo han formado su familia y eso, pero si ya llega un momento en que... pues cuando sea.

E: ¿cómo estaban tus sentidos de vívidos? ¿cómo viviste la experiencia?

P: No es como un sueño, no es un sueño. ES un hecho que tú has vivido y que no se va a olvidar nunca, por lo menos a mí, es un recuerdo que siempre va a estar ahí (...)

E: ¿has perdido algo de memoria de ese acontecimiento?

P: No, se mantiene igual (...)

E: ¿Eras consciente de donde estabas y de lo que te estaba pasando?

P: Sí, yo creo que estaba consciente, por eso te digo que por mí hubiera seguido (...)

E: ¿El lugar donde estuviste era como...?

P: Como una nube que estaba flotando (...) era una calma, estaba a gusto.

Testimonio nº 178

A: Amiga

E: Entrevistadora

A: Yo era responsable de una planta del hospital, tenía a cargo a personal tanto enfermeras como auxiliares. Una de las auxiliares era diabética, hipertensa, tenía problema renal y al final falleció con unos cuarenta y tantos años. Era una persona muy querida por nosotras, sus padres eran muy mayores (...) yo fui un día a su casa, ella ya había perdido la vista por el azúcar, empezó a tener fallos renales, estuvo ingresada en la Arrixaca, fui una vez, pero ya no volví, la vi muy deteriorada pero ya no volví. Fui a la misa de duelo, es tuve en el entierro y yo lloraba mucho, mi madre se vino conmigo porque como me veía como estaba ... (...) una noche, acordándome y llorando por ella, sintiéndome culpable como que la había abandonado y una noche cuando me quedé durmiendo, en el sueño vi una luz grande, como cuando miras al sol pero no puedes

mirarlo, era una luz completamente blanca, (me estoy erizando) era resplandeciente, porque la podías mirar y vi ella como sentada en una nube, noté que me tocaba y me dijo: "MD, no llores más por mí, yo estoy muy bien donde estoy, estate tranquila, no llores y lo que quiero es que digas a las compañeras (las nombra) que estoy muy bien donde estoy y que no se preocupen por mí, no llores más". Ya se fue y a raíz de ese día yo me quedé más tranquila y dejé de llorar.

E: ¿Tienes la sensación de que se había puesto en contacto contigo?

A: Si, si, si, por supuesto, por supuesto, por supuesto.

E: ¿Habías hablado de estos temas con ella alguna vez?

A: No, nunca, nunca, eso sí, cogí a mis amigas y se lo dije, aunque yo creo que me tomaron... esta con la obsesión que tiene está soñando o ha soñado o algo de eso. (...)

Testimonio nº 179

La hija cuenta que llegó a la UCI en coma tras el traslado desde el hospital de Caravaca:

F: "Se despertó al día siguiente, pero como estaba intubado no pudo hablar. Al día siguiente lo desintubaron y dijo que había estado durmiendo la siesta con él un tal A. y que no paraba de darle codazos y no lo dejó dormir. A era un hombre que murió hace unos años y cuando él (el padre) era joven tenía una carpintería y A tenía otra carpintería al lado de él, o sea que es un amigo de la familia. Después le hemos preguntado por él y sabe que se murió hace tiempo.

E: ¿qué medicación llevaba en esos días?

F: De sedante nada porque, en el otro hospital le dieron haloperidol, pero ya en la uci no le pusieron nada porque estaba en coma. Porque además hizo alergia al haloperidol con ronchas, inflamación de la lengua, de la boca.

E: ¿Y tuvo otro episodio?

F: Sí, luego, estando ya en la habitación arriba, en la esquina izquierda de la habitación dijo que había estado el "campusino", que era un socio que tuvo cuando tenía 55 años, compraron a medias una finca y... que lo había visto. Pero claro él mismo dijo: "lo he visto pero ese se murió hace tiempo".

E: Él mismo sabía que lo que había visto

F: No era real claro...o no era lógico.

E: ¿Y tampoco llevaba medicación?

F: Bueno calmantes no le han vuelto a poner desde que hizo intolerancia al haloperidol. Siempre han querido que se mantuviera despierto para que se recuperara del ictus y para no tener ningún problema. Desde que ingresó ha estado llevando antibiótico, sueros de hidratación.

E: ¿Tuvo un tercer episodio?

F: Sí, estando en la uci me dijo a mí: " hay un hombre ahí, encima de la puerta", digo: "¿dónde, encima? Y toqué encima de la puerta, dice Sí, sí, hay un hombre ahí. Y ya está.

El hijo cuenta:

F: Al segundo o tercer día de estar en la uci, dijo que él se había llegado a encontrar muy mal, que en el otro hospital llegó a pensar que se estaba muriendo, textualmente dijo: " yo pensaba en morirme" y añadió y " cuánta gente había que no me dejaban" y le pregunté: "¿pero te molestaban? Y respondió: "sí, me molestaban, me molestaban".

E: ¿dijo de quienes se trababa? ¿él estaba sólo ...?

F: Él estaba en coma.

E: ¿Entonces se refería a que cuando estaba en coma había ido a verle mucha gente?

F: Sí, que había mucha gente y que le molestaban que no le dejaban tranquilo.

E: ¿En algún momento dijo si le había dicho algo, si había hablado con ellos?

F: No, de eso no.

Testimonio nº 180

P: Fue al dar a luz a mi segundo hijo, después del parto, me dio una hemorragia interna, mi hijo nació grande y me dijo el ginecólogo que me iba rompiendo vasos al salir, no muchos pero rompió alguno muy importante y entonces me dio una hemorragia interna muy fuerte, y al darme la hemorragia empezaron a darme dolores muy fuertes muy fuertes, y me decían que eran los entuertos y ya cuando me encontraba muy mal le dije a mi marido y a mi hermana: "no me están dando entuertos, me estoy muriendo" (...), yo di a luz en la vega y enfrente de la cama tenía un cuadro, y yo empecé a no ver el cuadro, y una vez que el cuadro empezó a borrarse de la vista, fue cuando dije: "Me estoy muriendo M". Y cuando le dije eso a mi hermana eso, ella se asustó y llamó a la enfermera y ella al médico y el ginecólogo llegó bien enfadado: "¿Qué es lo que pasa?, "que me estoy muriendo Don F." Cuando se lo dije me destapó y vio que era interna pero los hematomas se me estaban haciendo hasta los muslos, estando el médico ahí fue cuando yo ya perdí la noción de todo, yo ya no los veía a ninguno, ni los oía y yo empecé a ver una luz (se emociona al recordarlo), luego yo lo contaba... a mi marido se lo contaba y decía " eso es que tú te encontrabas mal..." o sea, como que no me daban crédito a lo que estaba diciendo. Pero yo veía una luz entre blanca y amarillenta, no era una luz blanca, pero muy luminosa, y yo notaba que yo iba en esa luz, flotando, pero ni veía a mi cuerpo fuera ni dentro, solamente yo, mi ser, se encontraba dentro de esa luz y yo iba muy serena, muy tranquila muy relajada, y si no llego a volver de esa luz pues yo me quedo tan a gusto, porque yo estaba bien. Lo que pasa es que no se el tiempo que pasó de una cosa a la otra y enseguida ya empecé a oír al médico llamarme, a darme golpes en la cara, "Espabila M, venga ¿qué pasa?, ¿qué pasa?" entonces empecé a recobrar el conocimiento y ya empecé otra vez a volver a ver el cuadro, el cuadro eran unas flores.

E: Es decir, lo que tenía en frente era un cuadro y empezó a ver que desaparecía...

P: El cuadro se me borró de la vista, se me quitó del todo y empecé a ver la luz.

E: ¿Vio algo que se pareciera a un túnel?

P: Era una luz, pero no un túnel en concreto, sino una luz y como que yo iba hacia esa luz, como muy al fondo, o sea una luz que venía desde muy lejos y yo iba en esa luz hacia esa dirección.

E: ¿Iba acercándose a esa luz?

P: Como acercándome a esa luz.

E: ¿llegó al final?

P: No, no llegué al fondo porque me despertaron antes.

E: ¿Escuchas algún ruido o sonido?

P: No, nada, un silencio total y una paz, total, total.

E: Sensación de paz, de...

P: De seguir por ese túnel, pues no sé dónde habría llegado, creo que, a morirme claro, pero que no notaba ganas de volver, ni nadie me hablaba, ni nadie me decía nada, yo no veía nada más que eso.

E: ¿solo la luz y la sensación de...?

P: De ir como flotando hacia adentro, digo hacia adentro porque yo me veía ahí, como si fuera en sentido de estar acostada y flotara así.

E: ¿Veía alguna parte de su cuerpo?

P: No, nada, nada, nada. Yo era invisible total en ese momento. Yo veía esa luz, era lo único que veía.

E: ¿No se reunión con nadie?

P: No, no, no vi familiares de otra época, ni vi nada de nada.

E: ¿Recordó algo de su vida?

P: No, nada, ni pensaba que acababa de dar a luz, ni nada de nada, solamente que me iba.

E: ¿Y cómo fue ese momento de volver, porque te encontraste con algún límite o barrera?

P: No, yo iba hacia la luz y de repente empecé como a retroceder, pero no retroceder yo volviendo, sino que estaba yendo a luz y cuando estaba ya llegando, empecé a notar en la cara, que me estaban dando (...) y entonces empecé a abrir los ojos y cuando abrí los ojos estaba otra vez en la habitación del hospital.

E: ¿Entonces fue como un despertar?

P: Sí, como despertar, exactamente.

E: ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales, se siente más intuitiva...?

P: No, yo soy muy sensible a muchas cosas, pero de siempre, no desde entonces.

E: ¿y de curación?

P: No, nada, nada.

E: ¿cómo fue el nivel máximo de consciencia? ¿Sabía dónde estaba?

P: No, yo sabía que estaba yendo hacia un sitio que era cómodo, era una cosa cómoda, relajante (...) era algo extraño porque yo lo único que notaba era paz, es que no notaba otra cosa, todo lo que me dolía que anteriormente eran dolores insoportables, cuando llegó ese momento no me dolía nada, ni notaba nada, era como si flotara, como si de momento no tuviera... yo que sé, ni yo notaba mi cuerpo, o sea, yo notaba nada más que el flotar, ya está, sólo notaba flotar.

E: ¿Tenía alguna sensación de alteración del espacio y del tiempo?

P: No. Yo no sabía el tiempo que pasó, no me percataba del tiempo, luego supe, por lo que me contaron que había sido muy poco tiempo.

E: ¿Le pareció que había sido más de lo que le dijeron?

P: Sí, a mí me pareció más tiempo, yo creía que sí.

(...)

E: ¿Tuvo algún cambio en su vida a partir de esa experiencia, algún cambio en su percepción de la vida y la muerte?

P: ... no, siempre he sido creyente, dentro de un orden, que no soy ni muy practicante ni atea del todo. Sí creo en un más allá, porque de hecho a mí me lo...

E: ¿Ya lo creía antes?

P: Sí, pero en aquel momento parece como si me lo hubiesen demostrado.

E: ¿A partir de ahí tiene cierta certeza?

P: Soy un poco escéptica en una serie de cosas, pero sí. Creo que sí.

(...)

Testimonio nº 181

Cuenta un sueño que tuvo, antes de nada:

Yo estoy en un grupo y nos reunimos periódicamente, entonces de repente aparece un nubarrón muy grande, muy grande sobre nosotros, negro, negro, y eso no rompe a llover ni nada y nos quedamos así... y aparece un gato negro en la nube. Y empieza la gente: "¡Ay qué miedo que nos vamos a morir, que nos van a matar!, y hay una voz que dice: " No, para salvaros C (la entrevistada) tiene que ponerse el gato negro en el pecho izquierdo a mamar". Yo me lo pienso, y digo: "bueno, pues me lo pongo", o sea yo cojo el gato, me lo pongo y termina el sueño ahí.

(...) por el mes de diciembre me noto un bulto como una lentejilla en el pecho izquierdo (...) Entro a la operación, la operación realmente fue difícil (...) perdí mucha sangre (...), me preparan, me dan mi chute (...) yo no sé qué momento, yo sé que he entrado a un mundo nuevo, bueno, antes el túnel, la luz al fondo, y tú te proyectas sobre eso, es como si a ti te hubieran lanzado a eso pero sin violencia vamos, y al otro lado, yo llego y nada más entrar me dan una clave, una clave de cuatro números, y yo en ese momento que me dan la clave vi... me encuentro a mi madre, me encuentro a mi madre, pero, claro mi madre murió muy joven. Mi madre es joven, lleva una falda así, casi larga, y yo empiezo a hacerme pequeña, pequeña, y me cojo a la falda de mi madre, entonces mi madre me dice: " mira, te voy a enseñar esto", aquello era un mundo preciosísimo,

de flores, de plantas, un bienestar... y yo ahí en todo ese tiempo que estoy con mi madre, yo se algo que después no he podido saber. Aprendo algo que digo, "anda, esta es la clave de la vida, para vivir bien". Y tengo el concepto, lo que yo te podría decir, explicándolo en conceptos nuestros, de la eternidad, es decir, no existe el tiempo y el espacio. En ese mundo no existe el tiempo ni el espacio. Eso pasa, pasa tiempo, yo estoy muy a gusto con mi madre, yo ya no me veo... yo sigo con mi madre, pero ya no sé si soy más grande o pequeñas, yo pierdo.... Mi madre es la que me va diciendo, "mira, estamos aquí," por ejemplo, yo decía: "madre mía, si yo vivo en Murcia, ¿cómo puedo estar viendo a una persona que hace una cosa en Alicante? Entonces de ahí deduzco yo ... y digo: "¡ay, entiendo ahora lo que es el concepto de la eternidad", lo que se habla de eternidad, que no existe el tiempo ni el espacio, sino que tú estás o puedes estar en todas partes. Bueno entiendo eso y aprendo algo, que es esencial para la vida, pero yo cuando me despierto no sé, no puedo recordar. Todo esto, el tiempo que pasara era muy plácido y el final de eso es que yo estoy media con mi madre en una nave (...) como una avioneta pequeña, está mi madre a la izquierda, yo a la derecha, y mi madre se pone el cinturón, yo me voy a poner el cinturón, y me pongo y me mira mi madre de frente, yo ya no soy pequeña, ya estoy a la altura de mi madre, y me dice: "bueno hija, si te quieres quedar tienes que repetir la clave que te han dado, si no las repites te vas y si la repites te quedas". Y yo miro a mi madre y le digo: "madre, no me puedo quedar. Porque yo en ese momento pienso en personas, en lo que estaba haciendo, en mi proyecto, en todo ese lío y yo la miro y le digo: "madre, no me puedo quedar", y en ese momento, en ese mismo momento dejo de ver a mi madre y empiezo a percibir a los enfermeros, a los médicos. Y como yo había aprendido algo que era esencial para la vida y no lo podía recordar, pues cuando llegó el momento en que tenían que empezar, bueno yo estuve en peligro de muerte, me tuvieron en reanimación mucho tiempo, me pusieron mucha sangre porque la tensión no había manera de subírmela (...)

E: ¿Cuánto tiempo estuviste en ese estado?

P: Pues por lo menos un par de horas. Para mí fue muy placentero, vi de cosas.... Otros mundos, pero, sobre todo, lo espectacular era el colorido, cómo se estaba, la sensación de bienestar que tenía (...) yo en ese momento dije: "ah, esto es la eternidad", yo en ningún momento pensé que me había muerto.

E: ¿qué pensabas, tenías consciencia de que estabas en otra ...?

P: Perfectamente, tenía consciencia de que me había encontrado con mi madre y me estaba enseñando ese mundo, pero la idea de la muerte no me apareció. Sé que estaba muy bien, muy bien, muy bien, y que aquello era muy placentero, por eso, en el momento en que mi madre me dijo que repitiera la clave para quedarme yo me lo pensé, no le contesté inmediatamente, porque claro, yo me podía haber quedado perfectamente, pero le dije: "no, me tengo que ir, tengo que acabar esto..." (...)

E: ¿Escuchaste algún sonido de algún tipo además de la voz de tu madre?

P: Un tipo de música, de la que llamamos celestial, pero es que era todo, una cosa muy global (...) era como estar paseando por el mundo, por ese mundo, desde el cual sabías todo lo que ocurría en este mundo, que ese era el tema, ese era el tema.

E: ¿Tenías entonces conocimientos especiales?

P: Claro, sabía que estaba en otro mundo, pero podía ver lo que estaba pasando en este mundo; el tema más difícil era ese, decir entender que no existe el tiempo ni el espacio, que lo que más me chocó era yeso y algo que aprendí y que no se (...). Yo salgo de esa experiencia pensando que el día que yo sepa eso es porque me he muerto, o sea, cuando me despierto y me repongo... tengo la seguridad de que el día que aprendiera eso es porque me he muerto. (...)

E: ¿cómo es el túnel que viste?

P: Oscuro y largo, oscuro, pero con una luz al final (...) es una proyección, no del cuerpo (...) sale de ti y se desplaza hacia la luz.

E: Además de encontrarte con tu madre, ¿te encontraste con alguien más?

P: No.

E: ¿Tuviste alguna revisión vital?

P: Estando con mi madre.... No lo recuerdo bien, sí, sí, la tuve, porque en ese momento que yo percibo que estando allí yo puedo saber qué estás haciendo tú ahora mismo (...) pienso, "entonces mi madre sabe esto, esto y esto" cosas de las que yo me arrepentía, claro en ese momento tengo la certeza, ahí dije: "Madre mía, si yo puedo ver lo hace fulanita o menganita o lo que sea... mi madre sabe perfectamente todo esto que he hecho".

(...)

E: ¿Te encontraste con algún límite o barrera que no pudieras atravesar?

P: no.

(...)

E: ¿Desarrollaste algún tipo de percepción extrasensorial después de vivir esa experiencia?

P: Yo la he tenido muy desarrollada siempre (...) sobre todo he sabido si alguien se va a morir y me quitan mucha energía, eso antes no me pasaba, antes de la experiencia no.

(...)

A mí aquello me marcó, evidentemente, (...)

E: ¿Has experimentado un cambio en tu concepción de la vida y la muerte tras vivir esa experiencia?

P: En lo que es la vida y la muerte no lo sé, pero lo que es la vida sí. Yo era una persona hacia muchas cosas, tenía mucha prisa siempre, llevaba mucho lío, me gustaba mucho el trabajo y partir de eso me paré un poquito, no mucho pero un poco. Porque me dije: ¿prisa para qué? (...) mi vida cambió y me planteé no tomar disgustos, no pelearme con nadie (...)

E: Antes has dicho que sentías que había una alteración del espacio y del tiempo. Cuéntame cómo fue eso.

P: Lo que más me llamó la atención de que no existía el espacio y el tiempo (...) no existía el tiempo, ni la prisa, sino vivir esa sensación tan plena de bienestar (...)

E: ¿Te parecía que el tiempo se aceleraba o se reducía?

P: No, no nada. Ni aceleración ni desaceleración, era vivir, era el estar allí (...)

(...)

E: ¿Tuviste sensación armonía o unión con el universo?

P: Totalmente es que era como si fuera parte del universo, bueno yo soy parte del universo yo lo siento así, pero eso era ser el universo.

E: ¿cómo si fueras uno con el mundo?

P: Sí, ¿con el mundo?, más que el mundo, eso es más allá del mundo.

Tuve una segunda operación y otra experiencia, no con mi madre, pero sí en otro mundo, vuelvo a saber lo que yo aprendí primero, pero en ese momento dije: " ah, ahora me he muerto, ahora sí he muerto".

E: ¿Recordabas que habías tenido una experiencia previa?

P: Recordaba que yo aprendí eso en aquel mundo primero y ahora estaba muerta porque lo sabía, lógicamente no estaba muerta y me desperté enseguida porque la anestesia era muy corta.

Voy a una tercera operación y digo: "ahora me tengo que acordar si me vuelve a pasar, ¿cómo podría yo recordar? La experiencia fue nefasta totalmente (...) entro y me siento que tengo una naturaleza sin alma, que es lo más terrible, lo más frío, lo más negro, bueno, yo me llevo un pasmo tremendo eso me asusta mucho de pensar qué sería una naturaleza sin alma.

E: ¿Tú lo sentías, que no tenías alma?

P: Sí, lo sentía y es algo nefasto, es algo como si fueras una bola de grasa negra, blanca, fría. Fue terrible.

Fue muy corta.

Testimonio nº 182

El familiar de la paciente cuenta:

E: El día que empezó a hablar con sus familiares ¿con quién hablaba?

P: Hablaba con su hermana, y "Antonio espera cariño, espera, que voy", mi padre se murió, tenía demencia senil. Cosas que ella vio y las recuerda.

E: ¿y eso que me contabas del perro?

P: Llamando a la Kiara, la perra que murió y ya no metimos a ninguno más (...) y llamando al perro, hablaba con él, la llamaba... (...) lo que ella ha vivido y lo recordaba. La noche anterior, llamaba a todos sus muertos a sus hermanas, a todos.

E: ¿qué se decían?

P: A su hermana R, "espera, espera, si me queda poco, tú espérame que ya voy para allá, espérate, espérate, me queda poco"(...) y con mi padre también "A, espérate, que me voy contigo, si me queda poco, espérate y no te vayas, que ya sabes que yo me voy a ir contigo, voy a estar donde tú estés, pues ya sabes que te he querido mucho", así un trajín toda la noche.

E: ¿esa conversación la tuvo con su hermana y con tu padre, con ellos dos solos no?

P: No, no y con los otros (...) Yo digo.... a lo mejor es lo que ella decía, porque ella siempre me ha dicho a mí ya sabes que cuando empiezas a hablar con eso (familiares fallecidos) es porque te queda poco.

Testimonio nº 183

"E: Yo di a luz y todo fue muy bien, pero los médicos no sabían que tenía piedras en la vesícula. Al hacerme la cesárea deprisa y corriendo porque la niña tenía que haber nacido el día anterior y estaba sin líquido en la placenta, se salió una piedra y se fue al páncreas, a raíz de eso se me inflamó el páncreas, el hígado, los pulmones, todos los órganos, llevé una colostomía durante tres años, la traqueotomía, estaba intubada, por lo que me han dicho los médicos yo respiraba por una máquina, era aire que me metían a los pulmones (..) me hicieron muchas operaciones (...) y yo cuando me anestesiaron para operarme yo misma me vi, pero no en esa cama, sino que estaba en otro lado, viéndome en la cama del quirófano.

E: ¿Desde qué posición?

P: Detrás de ellos.

E: ¿cómo si estuvieras de pie?

P: sí, y entonces yo decía: " bueno, vamos a ver, estoy muerta o estoy viva? Y yo no entendía nada, luego sí que es verdad que los médicos me dijeron que estuve más muerta que viva, pero yo no recuerdo nada del coma, lo que sé es que me vida ha sido vagante en ese coma. Yo he estado en otro sitio, no he estado ahí, no escuchaba a nadie cuando me hablaban al principio y yo estaba ahí hasta que en un momento, mi abuela paterna y mi abuelo se murieron y son los que a mí me criaron y de repente yo me vi en mi casa, con mis abuelos, con mi hija, que la tenían ellos y yo, pero con la edad que tengo, y yo era muy feliz, durante ese tiempo. (...)

E: ¿Eso lo vivías en episodios?

P: No, no, diariamente. Yo iba a la iglesia con mis abuelos, iba a por la leche, comíamos, pero no aparecían ni mis padres, ni mis hermanos, ninguno excepto mi hija y lo más fuerte es que yo no conocía a la prima de mi pareja que es quién se quedó con mi hija (durante el tiempo de hospitalización) y en el sueño me salía ella y me decía que se la dejara y que la iba a cuidar muy bien.

E: ¿hablaste después con ella?

P: Cuando salí del coma sí, porque yo no la conocía y fui a darle las gracias por cuidar de ella y ella me dijo: " ¿cómo sabes que soy yo la que está con tu hija?, digo: "Porque te he visto y he visto cómo la estas cuidando". Yo la casa de N no la conocía, pero sí sabía cómo era su casa, es decir, el comedor, la cocina, la habitación y yo le di explicaciones exactas de dónde ponía a la cría, qué ropa llevaba.

E: ¿Tú eso lo veías o lo sabías?

P: Yo lo veía, pero cuando a mí me dicen que tenía que entregar a mi hija porque no la podía cuidar, mi hija estaba conmigo, pero en un momento determinado mi hija desapareció, pero yo sabía que tenía una hija porque yo la había tenido conmigo, conmigo. Y, ¿sabes por qué era? porque mi hija cuando nació estaba muy malica, se la quedaron mis padres, de mis padres pasaron a las manos de mi cuñada, y cuando vieron a mi hija estaba deshidratada (...) y entonces en esos días que eran los primeros días que yo estaba en coma, fueron los primeros días que mi hija se trastornó, y creo que por eso ella estaba conmigo, cuando mejoró mi hija desapareció de donde yo estaba pero yo seguía viviendo en mi vida (...) luego sí que es verdad que vi como una nube blanca, vi a esa mujer y entonces le dije, "vale entonces llévatela y cuidala" y te digo la verdad y te lo juro por dios y por la virgen que yo a esa mujer no la conocía de nada. Yo supe que era la prima de mi pareja, pero yo nunca la había visto.

E: ¿tú sabías, desde donde estabas quien era, pero no la habías visto nunca?

P: Nunca. A mí me salió y sabía que mi hija estaba en buenas manos y por ese lado estaba tranquila, entonces mis abuelos me dijeron sí entrégasela que a la cría ya la verás más adelante, eso es lo que ellos me dijeron en esa vida que tenía porque yo tenía una vida y yo era muy feliz.

E: La persona que se quedó con tu hija ¿fue alguna vez a verte al hospital?

P: Nunca.

E: Nunca te dijo quién era ni que iba a cuidar a tu hija...

P: No, porque yo como estaba en coma, ella tampoco podía entrar allí, ella se encargaba de cuidar a mi hija, los únicos que entraban al hospital eran mis padres y J, y algún tío mío. Pero yo al principio ni escuchaba voces ni nada, yo estaba en mi vida, en otro sitio y feliz. Y cuando yo salí del coma para mí fui muy duro porque yo me vi (...) porque mira a mí los médicos me dijeron que me moría 7 u 8 veces y en la última operación me estaba desangrando y me desconectaron de las máquinas y le dijeron a mi familia que me estaba muriendo y que era tontería seguir conectada a las máquinas, y cuando empezaron todos a llorar y entonces me desconectaron, según los médicos, a los 5 minutos de desconectarme abrí los ojos. Y yo sabía que había estado con mis abuelos, en mi casa, muy feliz, porque me acuerdo como si fuese ayer. Yo lo he vivido y sé que lo he vivido. Y entonces recuerdo que mi abuela me dijo: "MM, ya es hora", "¿ya es hora de qué?", "ya es hora de que te vayas a tu sitio", "este es mi sitio abuela, yo me quiero quedar aquí, que yo estoy feliz, tengo paz, estoy bien", y entonces de repente echamos a andar por un camino, mi abuela por un lado y mi abuelo por otro cogidos de la mano y ellos cruzaron a otro lado y de repente se puso una nube blanca, una niebla blanca y yo extendía la mano para cogerlos pero no podía hasta que desaparecieron y de repente ahí ya se perdió todo.

E: ¿y tú despertaste?

P: Desperté en el hospital.

E: ¿Y te acordabas de eso perfectamente?

P: Para mí, yo no podía hablar, pero mi abuela, lo digo y es verdad, seguía al lado mío, al pie de la cama en el hospital mucho tiempo.

E: ¿Tú la veías?

P: Yo la veía y les decía a los médicos que por ese lado no pasaran, que mi abuela estaba sentada ahí, que la iban a pisar, con señales, y los médicos no se lo explicaban: "¿pero ¿quién hay?", "mi abuela", pero como yo no podía hablar no me entendía, pero a mí me daba apuro porque yo veía que pasaban y la pisoteaban.

E: pero ella no sentía nada...

P: Pero ella no sentía nada, claro ella era un espíritu y estaba conmigo.

E: ¿Y tú, ¿cómo la veías?

P: Como te estoy viendo a ti.

E: Igual de claro o algo más...

P: No, no, como te estoy viendo a ti. Mi abuela me cogía, la mano, me hablaba, me acariciaba, incluso yo hablaba con ella, por eso los médicos cuando me miraban y veían que estaba despierta

me preguntaban: "¿pero con quién hablas?, pero como yo no podía hablar palabra pues no me entendían, pero yo estaba hablando con mi abuela, yo tenía conversaciones, historias...

E: ¿Y qué te decía ella, de qué te hablaba?

P: Me hablaba de que mi hija estaba bien, que estuviera tranquila, que el camino iba a ser un poco duro y largo pero que ella ya se tenía que ir porque ya no podía seguir aquí. Mi madre dice que, en mi casa, en su casa pasaban cosas raras porque yo estaba muy cabreada cuando me enteré que la cría no estaba con ella (...). En casa de N, cuando yo estaba en coma, dice que cuando la dejaba cerca de la ventana para que le diera el sol, y cuando entraba al comedor la cría estaba en otro lado. La cuna estaba en otro lado (...) Para mí fue muy duro despertarme porque no le encontraba razón a la vida, porque para mí lo duro fue tener que recuperarme, tener que volver a andar, tener que volver a hablar, Tener que reconocer a la gente porque no reconocía a mi padre ni a mi madre, pero sí sabía que tenía una hija,

E: ¿Tenías amnesia?

P: Seguramente porque los médicos me dijeron que había perdido el norte pero que no saben cómo me he quedado tan bien, porque normalmente se me tenían que haber quedado más secuelas. Yo no reconocía a nadie hasta cierto punto, no me acordaba de escribir, no me acordaba de leer, no me acordaba de nada, solamente me acordaba que tenía una hija y que estaba con una mujer que yo tenía que encontrar y esa mujer era la prima de mi pareja que hoy en día es mi expareja. Mi hija tiene hoy doce años y eso pasó cuando ella tenía mes y medio y yo vi a mi hija cuando ya tenía un año, verla, porque cuando yo salí del hospital y me llevaron a casa, estaba en casa en la cama, porque llevaba la colostomía, no andaba, no hablaba (...) y entonces esta mujer lo primero que dijo cuándo se enteró de que estaba en mi casa le dijo a J : "vamos a llevarle la cría a su madre que la vea", y cuando la vi entrar con la cría le dije: "Gracias por cuidar de hija", sin que nadie me dijera nada, y entonces la llamé por su nombre: "N, muchas gracias", y ella se quedó blanca, y todos se quedaron blancos. "¿pero ¿cómo sabes tú...?", "porque lo sé".

E: ¿nadie te había dicho nada?

P: Nadie, incluso le describí cómo era su casa, la habitación de la cría, la ropa que llevaba, donde la ponía y ella empezó a llorar y dijo: "entonces la que estaba en mi casa ¿eras tú? porque yo notaba algo, notaba paz y la cría hablaba mucho". Porque era mi hija y hacía como un viaje y paseaba por su casa, pero claro, ellos no me veían, pero yo sabía dónde estaba la cuna, platicaba con ella, y ella se asustaba porque la cría siempre estaba hablando y riéndose.

E: ¿estaba hablando contigo?

P: Claro.

E: ¿Y luego volvías con tus abuelos?

P: Sí es que para mí era un camino, estaba con mis abuelos y de repente estaba en la casa.

E: ¿Cambiaban las cosas así?

P: Así, ni pasaba por un túnel negro ni nada (...)

E: ¿Cuándo te trasladabas a ese sitio era porque tú querías o simplemente aparecía ahí?

P: Pues eso ya no te lo puedo decir porque como me pasaba siempre. Imagino que sería porque yo quería (...) Cuando yo vi a mi hija ella me reconoció, no lloró ni nada, una persona que no ve a su madre y no la conoce llora, no se quiere ir con ella, a mí me la pusieron en la cama y a la cría empezó a reírse y yo con ella, entonces todo el mundo se quedó... (...)

E: Después de salir del coma hasta que viste a tu hija ¿Cuánto tiempo pasó?

P: 9 meses.

E: ¿Estuviste 9 meses en coma?

P: Estuve 6 meses en coma y otros 3 entre que iba y venía, me operaban, me sedaban... (...) (Hace referencia al médico F. C. y su equipo). La verdad es que yo de esto no he hablado con nadie salvo con N y con mi madre, que son las dos únicas personas con las que yo pude hablar de esto porque yo salí y no entendía nada (...)

E: Entonces nada más nacer, cuando estabas con tus abuelos ¿la niña no estaba contigo, fue después de un tiempo?

P: Después de un tiempo.

E: ¿Hasta que empezó a recuperarse?

P: Sí según N, la niña estaba muy deshidratada, muy malica y pensaba que la niña se moría, y fueron los días que yo la tenía conmigo.

E: ¿el tiempo cómo era allí? ¿era normal o diferente?

P: Diferente. Para mí se me pasaron esos 9 meses como si hubiera sido una vida, era un tiempo normal, era mi vida. Pero se pasó rápido. (...) Para mí fue como si me hubiera quedado en coma un día y al siguiente me hubiera despertado. Para mí no había pasado el tiempo, pero yo en mi mundo había hecho muchas cosas, y había vivido muchas cosas, pero cuando me desperté es como si hubiera sido ayer y fueron 9 meses.

(...)

E: ¿Viste escenas de tu vida?

P: Sí.

E: ¿antes o después de ver a tus abuelos?

P: Antes,

E: ¿cómo fue?

P: Yo me veía de cría, con mis abuelos, luego pasaban los años y me veía trabajando, mi vida en general, pero eso fue como si hubieran sido dos minutos, pasó mi vida en 2 minutos.

E: ¿estabas sola?

P: Sí, al principio sí luego mi abuela, que me cogía la mano en mis momentos malos, porque yo en mi vida he tenido momentos malos, y me cogía de la mano y pasábamos episodios.

E: ¿te decía algo?

P: Que eso había que olvidarlo que había que seguir hacia adelante y que ella me iba ayudar.

E: Pero has dicho antes que la revisión de tu vida fue antes de ver a tus abuelos, pero ¿en ese momento sí estaba tu abuela?

P: En ese momento sí. Mi abuela siempre ha estado conmigo, siempre ha estado presente

(...)

P: Había gente con la que yo no me relacionaba porque yo oía las voces de lejos, porque ellos estaban muertos, pero yo aún no, entonces cuando me ponía a hablar con ellos desaparecían. Estaban en jardines, había prado verde, niños corriendo, matrimonios...

E: ¿Cambió el algo tu vida, tu percepción de la vida y la muerte?

P: todo, no soy la misma, valoro más la vida, valoro más las cosas, se respetar más a mi familia, a mis padres, se lo que mis padres hacían por mí, que antes no lo veía (...)

Testimonio nº 185

“El caso fue que me corté con un cristal y empecé a perder sangre. La pareja de mi hermana me dijo ir al hospital, yo estaba muy tranquilo porque no era muy consciente de que me había cortado una arteria, y vamos andando y hubo un momento en que ya no veía y le dije que me tenía que sentar porque me daba un bajón (...) no veía hasta que llegué al hospital, me acostaron me pusieron una venda, pero como había perdido mucha sangre y me tenían que intervenir no podían hacerlo y me tenían que llevar a la Arrixaca, entonces me metieron en la ambulancia. De camino a la Arrixaca que tardaron un cuarto de hora en llegar de Mula a la Arrixaca y en ese momento yo sé que, mi imagen es que la muchacha estaba encima de mí, yo estaba acostado, entonces me tenía cogida la mano así para que no me desangrara.

E: ¿Te habían puesto alguna medicación?

P: No, no me pusieron medicación aún. Entonces yo estaba así y entonces hubo un momento, mi sensación fue como que de repente yo vi a mi padre. Pero en la posición que estaba ella, pero

como, por ejemplo, donde estás tú, de repente desapareces y aparece mi padre, entonces fue que me hacía así con la mano, como cogiéndome la mano y ya pues fue una cosa muy rara, y lo vi ya fue durante unos segundos y entonces ya lo ves, estábamos ya llegando y fue cuando entonces oí que dijeron que estábamos llegando y fue cuando volví en mí. Fue un poco como que estás durmiendo y te despiertas como que forma parte de eso. Por eso yo me emparanollaba porque decía: "no puede ser". Yo pienso que de tanto perder tanta sangre, ves como una alucinación, que es como inconsciente porque es cuando estás durmiendo.

E: ¿Fue ahí cuando te desfibrilaron?

P: Yo no tengo conciencia de que lo hubieran hecho

(la madre cuenta previamente que tuvo una parada cardíaca en la ambulancia y lo tuvieron que desfibrilar)

E: Porque tú la estabas viendo a ella y de repente apareció tu padre.

P: Claro yo estaba en la ambulancia, todo era igual y él estaba allí. Lo que sí recuerdo era un detalle que me impresionó mucho y era que mi padre, cuando éramos pequeños tenía el pelo largo, pero luego se lo cortó, y casi toda la vida que lo he podido conocer tenía el pelo corto y en esa imagen salía con el pelo largo. O sea, yo lo vi con el pelo largo, pero que era él y simplemente tenía el pelo largo.

E: ¿Y la cara?

P: Igual simplemente ese detalle que tenía el pelo largo. Me dejó... se lo dije a mi madre, que tenía el pelo largo.

E: ¿Y cómo fue la vuelta a tomar conciencia de cómo estabas?

P: ES que no sé, muy rápido, como que lo estás viendo, pero no sabes si... es como una sensación de despertar, de estar aturdido, cuando ya empezaba a ser consciente que ya se me activó el corazón es como que lo que estoy viendo... como que vuelves en ti, como cuando estás borracho que dices una tontería y vuelves al estado normal, algo así. Como en plan, esto no es así.

E: Sin embargo, si habías tenido una parada cardíaca no estabas viendo por tus ojos.

P: claro, pues eso es, yo no sabía si estaba durmiendo, porque yo no era consciente de que me había dado un paro. No era consciente de... no sabía si lo estaba viendo despierto o durmiendo (...) Claro yo lo vi porque mis ojos lo vieron, pero claro.

(...)

E: En ese momento en el que viste a tu padre ¿tuviste alguna sensación especial?

P: Pues No sé, no lo recuerdo (...). Fue como muy rápido todo. (...) lo asocio a la esquizofrenia, como si me hubiera dado un ataque de esquizofrenia y hubiera visto eso, pero muy corto.

E: ¿Para ti fue significativo?

P: Eso sí, porque yo a mi padre, la última vez que lo vi fue en el hospital y verlo, aunque sea una última vez (bien), para mí fue muy significativo.

E: Porque además lo viste bien ¿no?

P: Sí porque en ese sentido yo lo estaba viendo bien, no lo veía mal, con el pelo largo y eso para mí, era un síntoma... no sé por qué, de que estaba bien, en plan: "estoy a gusto".

E: ¿cómo si fuera un mensaje?

P: Claro, yo me lo tomo mucho, así como una especie de mensaje, es que yo me lo tomé como un mensaje de: "no te tienes que ir todavía, como que yo me fui pronto y a ti no te toca irte pronto, te toca vivir más vida que a mí". Yo me lo he tomado siempre así. Sí que es verdad que cada persona se lo toma las cosas, no tiene que significar eso, ni mucho menos, pero yo me lo tomé así, y en eso, sí que te lo digo, me dio gusto volver a verlo, por lo menos tener otra imagen última, porque la última que me llevé fue en el hospital y no me gustó, estaba muy malo entonces esa imagen no...

E: Y más de crío ¿no?

P: Sí claro yo de crío tengo muy buenas imágenes de él, de relación con él, pero la última imagen es la que ... de ver mal a esa persona y baff

E: ¿crees que él podría haberte dado ese mensaje?

P: No, yo creo que es un mensaje que me doy a mí mismo. Es como que él me ha dejado verle, pero como para darme a entender que no era mi momento, te veo, pero para tranquilizarte y decirte que no es el momento, no para darte la bienvenida sino para cerrarte la puerta, no para abrirtela, me lo tomé más así.

E: ¿Crees que tú creaste esa visión?

P: Conscientemente no, pero inconscientemente como no podemos controlar, nos va a hacer siempre jugadas, yo creo que eso no (...) eso lo produjo mi cabeza. Pero bueno a veces hay que tomárselo como mensaje que es como yo me lo he querido tomar, porque realmente si te pones a pensarlo es que podría ser hasta un mensaje, si dijéramos que en todo esto hay un misterio y que después de la muerte hay algo y que como espíritu..., si fuera así, su mensaje sería ese, porque lo conozco, aunque no me haya dado tiempo a conocerlo como adulto sé que mi padre me hubiera dicho eso en ese momento.

(...)

E: ¿Cuánto tiempo crees que pasó?

P: No te lo podría decir exactamente, pero para mí, 20-30 segundos, pero claro, a lo mejor fue más tiempo. Totalmente perdí la noción del tiempo, pero para mí fue poco tiempo.

E: ¿Cambio tu experiencia la noción que tenías de la vida y la muerte?

P: Es que yo siempre he pensado que nuestra energía si se queda ahí, en un vacío... pero eso para mí no significó que estoy al 100% seguro de que... porque siempre pensé cuando se murió mi padre, "mi padre está ahí, y a lo mejor cuando yo me muera en energía si pueda ser que conecte con esa energía (...)", yo siempre he pensado que nos unimos en energía, como que nuestro espíritu queda ahí y tenemos que juntarnos. Yo siento que los humanos todos dependemos de todos, no somos independientes, eso es mentira, la dependencia entre nosotros es esencia, porque si no, no nos relacionamos, si no nos relacionamos no somos nadie, entonces yo pienso que en la muerte nos relacionamos de alguna forma. (...) Por eso digo que mi pensamiento no es que haya cambiado "oye pues ahora creo más", lo que sí puede ser es que ahora me aferré más a lo que pensaba, a que diga pues ahora lo creo más, pero no a que lo crea con más intensidad. Esta experiencia me sirve no a que cambie mi pensamiento de la vida y la muerte, pero tampoco lo hace más grande.

E: O sea, que se afianza las ideas que tenías con respecto a la muerte.

P: Claro. Pues a lo mejor si es verdad que cuando te tengas que morir te pase algo así... (...)

Testimonio nº 187

"Yo vivía en una finca en Cehegín, había otra casa cerca, de una vecina, (...) me bajé a jugar (...). Allí tenían una parra y jugábamos los niños. Yo me subí arriba del todo y cuanto estaba en la punta de arriba, se resbaló el ovillo aquel donde estaba y caí de cabeza. Yo no pensaba que me iba a matar sólo pensaba: ¡uhhhh cuánto daño me voy a hacer!!! (pero no sentí nada), sólo recuerdo que "me levanté" del suelo y flotaba y decía (pensaba) yo: ¡Qué bien me siento! (flotando por la placeta). Nada más que me acuerdo de eso. Entonces sé que mi vecina salió y cogió un delantal que llevaba y me envolvió en él y me entró a la "casica" y me sentó en una "sillica". Entonces la mujer gritaba "socorro, socorro" y pasó un hombre que tenía la cara muy blanca (...) y me curaron con vino.

Yo pasé de flotar y pensar: "con el porrazo que me he dado y no me he hecho daño", a despertarme en el delantal y con dolores".

Testimonio nº 188

“Yo nací el 19 de marzo del año 56, me crie muy bien los tres primeros meses, mi madre tenía mucha leche, ahí es donde empezó quizás el problema, tenía demasiada leche y le salieron unos bultos que se los extirparon, pero mientras esto se lo detectaron yo estuve mamando esa leche. Eso me produjo deshidratación e inanición. Todo lo que comía lo devolvía, el agua... cualquier cosa que comía, todo lo que me entraba por la boca iba fuera. Hasta que llegó un punto que mi madre me llevó al médico (...) y le dijo (el médico): <<llévatelo a tu casa que no tiene remedio>> me mandó unas inyecciones (suero) por si salía, me llevaron a mi casa hecho un “pajarico”, muerto y lo que sí recuerdo es de ver un túnel azul y me encontraba en una situación placentera completamente (...) me acuerdo perfectamente, y según me contaron y esa imagen la recuerdo muy bien es un tío de mi madre, que me lleva veinte años a mí, al bajar unas escaleras silbó y ante eso yo reaccioné y desperté”

Testimonio nº 189

P: En el 2000 tuve una parada intestinal y estaba embarazada de un niño de 6 meses y pico, y estuve casi un mes en la Arrixaca "muerta", hay cosas que yo no recuerdo, vagamente recuerdo que mis sobrinos iban a despedirse de mí (...), entonces sí que tengo recuerdos, porque yo estaba deshidratada, y dicen, yo estaba hecha un cadáver, estaba con el bebé dentro, me operaron a vida o muerte con el bebé dentro, el bebé seguía viviendo, (...), me ponían paños de agua en los labios, entonces yo al estar deshidratada decía, (lo que pasa es que eso lo recuerdo mal porque al estar tan mal, tengo pequeñas vivencias que entraban y salían llorando) y dicen que decía... que soñaba con agua, deliraba decía: "mares, océanos", como que yo necesitaba mucha cantidad de agua yo nada más que veía agua por todos los lados, a los dos años o así de eso (bueno mi madre murió) me fui con mi marido de crucero, (después tuve una hija en 2001), justamente tuve a mi hija al año, el mismo día que perdí a mi hijo, el 19 de agosto del año siguiente.

E: ¿Del niño que estabas esperando de 6 meses?

P: Sí, lo perdí, porque me operaron con el bebe dentro. Yo tuve una parada intestinal y entonces toda la caca empecé a echarla por la boca, se me paró el intestino y entonces se pensaba al principio que era un cólico de embarazada, pero empecé a echar como unas palanganas grandes (...) me operaron a vida o muerte con el bebé dentro y el bebé seguía vivo, me hacían ecografías, pero hacían muchas placas, muchas ecografías, me metían la comida por el brazo (...) pero al final al mes o por ahí rompí aguas, aguas sucias y ya lo perdí, (...). A los dos años o así de eso mi marido me llevó a un crucero por el mediterráneo, yo solamente lloraba porque estaba viendo, hice lo que cuando estaba tan grave veía, solamente veía cielo y agua. Yo me ponía en la baranda del barco y yo miraba al horizonte y era todo lo que yo había pasado cuando yo me estaba muriendo deshidratada, porque me estaba muriendo deshidratada, yo solamente soñaba con agua, lagos, ríos, mares, o sea yo nada más que decía eso (...)

Yo tenía 21 años, hace 30 años, ¿cómo lo puedes recordar tan...? Eso no se te olvida en la vida, (...), también es verdad que no es una sensación mala, es que es bonito, a mi si en ese momento no me despiertan, si no vuelvo a la vida como si dijéramos, es que yo no sé si estaba ya en el más allá o no, (...) yo siempre digo, si esa es la muerte, es bonita, siempre digo a la gente que no ha pasado por eso, digo de verdad que si en ese momento yo no llego a la vida y ... para mí fue una experiencia muy buena. Creo ... tengo miedo a la muerte, yo no me quiero morir, yo tengo miedo a la muerte, pero si esa es la muerte, es muy bonito. Muy bonito porque es como si tú... yo noté, perfectamente como mi cuerpo se quedó en la mesa del quirófano.

E: Porque fue por una operación.

P: Sí, me operaron del riñón, de doble uréter que tenía, una cosa congénita (...) pero al salir del quirófano me llevaron a la habitación ya pues con una operación bastante importante y con una

edad que es joven también te afecta, entonces fue cuando yo empecé a notar como que me estaba como apagando, o sea una sensación de que me estaba ...apagando...

E: Pero ¿estabas consciente?

P: había salido del quirófano y estaba como en reanimación, estaba en mi habitación después de las horas que te dejan en reanimación, te llevan a la habitación, está la familia allí y tal, pasaron unas horas y yo le dije a mi madre: "mamá me estoy muriendo", "¿Qué me estás diciendo? (la madre), " me estoy muriendo, no te veo", o sea ya yo a mi madre ya no la veía, pero yo notaba que algo me estaba pasando porque yo le dije a mi madre: "mes estoy muriendo", lo que me pasó no lo sé, sino que yo vi que me apagué como una vela, que...

E: ¿Y dejaste de ver?

P: Y dejé de ver, sí yo vi a mi madre, oí a mi madre salir por el pasillo: " mi hija, mi hija, mi hija", gritando: " mi hija se muere" y entonces llamaron al médico que me había operado y: " hay que meterla corriendo al quirófano", me dio una hemorragia interna, me tuvieron que volver a abrir toda la barriga para buscar donde estaba la arteria o algo que se me había roto o... y entonces me operaron a vida o muerte, yo no sé las horas que estuve en el quirófano y en ese trance del quirófano, ahí fue donde yo noté como que el cuerpo se quedaba en la mesa del quirófano como si algo de mi cuerpo se desprendiera, dicen que puede ser el alma, es que no lo sé, mi cuerpo físico se quedaba ahí, y algo que se iba de mi cuerpo. Entonces fui hacia una luz blanca, un túnel con una luz blanca infinita, que no tenía fin y empecé a rebobinar toda mi infancia. Me veía como de pequeña, como saltando, pero solamente yo, como saltando de pequeña, vivencias más de cuando yo había sido pequeña.

E: ¿Eran hechos reales?

P: Sí, sí.

E: ¿Y te veías a ti misma o te veías como si tú fueras...

P: no, me veía yo misma, o sea como si rebobinara mi pasado, mi vida como una película de esas que ponen...

E: sí, rápida ¿no?, una vista panorámica.

P: De esas rápidas que ves secuencias y que dices tú... entonces te ves tú misma, te ves saltando, te ves jugando, te ves riéndote, como de pequeña.

E: ¿pero sólo de pequeña?, porque tenías 21 años.

P: Tenía 21 año, pero más la infancia. No de bebé ni nada de eso, sino yo ya en activo, como saltando, como feliz, como riéndome.

E: Escenas bonitas.

P: Escenas bonitas. Pasé todo mi momento ese, cuando ya pasó, no sé qué tiempo pasaría, oí como, como en las películas, P, P, como que a lo lejos alguien te llama, entonces luego como en las películas como eso que ves las caras distorsionadas, como si tuvieras las caras encima de ti, que entonces ves como a lo lejos las caras de tu madre, un poco distorsionada, que a lo mejor puede ser por la debilidad de que habían sido dos operaciones seguidas con lo que conlleva, que no te has recuperado...

E: Los efectos de los medicamentos.

P: Los efectos de todo y ya... lo que más eso tengo es el túnel, el túnel y notar cómo el cuerpo sé que queda (...)

E: ¿Notabas la sensación de salir del cuerpo?

P: sí

E: y ¿Veías a tu cuerpo, lo viste?

P: Sí.

E: ¿Viste todo lo que había en...

P: Sí, sí, sí, perfectamente.

E: ¿Hubieras sido capaz de describir cómo estaba el quirófano donde estabas inconsciente si en ese momento, o al poco tiempo hubieras tenido que describirlo, habrías podido hacerlo?

P: Sí, bueno los quirófanos es que como todos se parecen.

E: Bueno, me refiero a la disposición.

P: sí, sí, sí. Lo que pasa es que lo recuerdo perfectamente, te puedo decir hasta la posición de la mesa del quirófano y toda la gente alrededor, el médico, todas las enfermeras de quirófano, toda la sensación de las batas, todas con las caras tapadas, todo eso, como si estuvieras en una secuencia de esas de las películas, que están diciendo: "que se nos va", yo cuando veo películas es que todo eso lo recuerdo porque es la sensación que yo viví, en las películas lo ponen como exagerado pero es que es así, tú estás muriéndote y las enfermeras y los médicos, de hecho (...), siguiente paso, fijate la gravedad de que yo estaba muerta, que me operaron tan urgentemente que se dejaron tres gasas olvidadas dentro y las tuve dos años.

E: ¿Dos años con las gasas dentro?

P: Dos años con las gasas dentro. Entonces bueno pues yo no levantaba cabeza entre comillas, yo era una niña, así como muy enfermiza, el caso es que yo me considero una mujer fuerte, una mujer valiente, lo que pasa es que la vida también te da palos, uno se queja de vicio como digo yo y me han pasado... entonces me dejaron como tres gasas olvidadas dentro a los dos años o dos años y algo (...) un día noté que me costaba trabajo hacer pipí, como que no hacía pipí. Entonces, tengo una hermana mayor (...) fui al ginecólogo, me reconoció y todo y le dijo a mi hermana que él notaba un bulto que había que operar porque no sabían qué se podían encontrar a la hora de abrir (...) el ecógrafo veía tres gasas flotando en la vejiga. Pero una se me había puesto ya, me había hecho tapón por donde hacemos pipí (...)

E: Retomamos la experiencia y ¿qué sensación tenías? porque mucha gente relata que la sensación es una sensación de paz, tranquilidad.

P: Mucho, mucho, dulce, dulce, ya te digo que, si no hubiese vuelto a la vida para mí una experiencia bonita, de hecho, yo la recuerdo con agrado.

E: ¿Escuchaste algún tipo de sonido durante lo que era la experiencia en sí, no ya cuando volvías en ti?

P: Yo creo que... no sé cómo, no, yo creo que yo oía como mis propias risas.

E: Tus propias risas, ¿de tu experiencia de cuando eras niña?

P: De lo que estaba, yo oía risas, y alegría y como sensaciones de juego, de saltar, de mis propios sonidos, como que estaba plácida, como que estaba jugando, riéndome (...) como saltar, pero muy lejos del suelo, una sensación de placer, como que estás en el aire.

E: Has dicho que viste un túnel y al final una luz, ese túnel ¿cómo era? ¿De qué color?

P: Blanco.

E: Era un túnel blanco.

P: De luz, blanco pero que siempre había una luz blanca al fondo.

E: ¿más luminosa que el propio túnel?

P: Sí. Pero que yo siempre me iba hacia esa luz, hacia esa luz blanca del fondo.

E: ¿cómo ibas hacia ella? ¿Era algo que te atraía o tú ibas andando o tú notabas que tu cuerpo se desplazaba?

P: Yo sí porque yo noté como si mi alma, como si se quedara mi cuerpo ahí y yo me ...

E: te fueras sola

P: Sí, sí, como en las películas esa sensación de...

E: Te atraía

P: Sí.

E: La luz te atraía.

P: te vas hacia esa luz, es luz que es como si no legaras nunca a ningún sitio, como un infinito o ... yo una vez que ya volví en mí yo me imagino que sería por ese túnel y por esa luz. Una sensación como que no llegaba nunca a ningún sitio. Yo no llegué a ningún sitio (...)

E: ¿pero llegaste a la luz?

P: Llegué a la luz.

E: ¿y en la luz qué había?

P: pues había como una especie de nube, como un vapor, como una sensación de humo, no túnel al fondo blanco y sin nada, sino como si al fondo, al final hubiera como.... Como mucha claridad,

como neblina, como luz, como (...) es que vas como muy deprisa por ese túnel a esa luz. Y quieres llegar y es como si hubiera niebla o humo... (...)

E: y ese lugar ¿era como una especie de lugar, era solamente luz, había paredes, había algo?

P: No había paredes.

E: Nada.

P: Nada.

E: Y ¿Viste algún tipo de figura o a alguien?

P: No, no vi a nadie y fíjate yo en esa época ya no tenía padre y pues pensar que a lo mejor estás viéndolo, era todo, toda mi vida de pequeñas y además recuerdo con ciertas ropas que yo tenía, me veía jugando y como un vestido que tú le tienes cariño o una forma en la que te vestían cuando eras pequeña (...)

E: ¿Encontraste algún tipo de límite o de barrera que no pudieras pasar?

P: No

E: ¿cómo fue el regreso? ¿decidiste tú volver a tu cuerpo o directamente despertaste y ya habías salido de todo eso y estabas fuera, tomaste alguna decisión de volver?

P: No. No sé por qué volví (...) pero cuando volví casi me dio rabia porque como venía de una parte... había sufrido (...) yo lo pasé muy mal antes de la operación (...) si en ese momento no vuelvo yo estaba muy bien, no me hubiese importado a lo mejor haber muerto, no lo sé.

E: Entonces ¿te despertaste y de repente estabas ya, o sea pasaste de estar en esa especie de neblina, de luz, a estar despierta o a empezar a despertarte?

P: Yo empecé a notar que alguien me llamaba, que a lo mejor no me llamaba nadie, yo no sé si me llamaban o no me llamaban, yo empecé a notar como un eco.

E: Como muy lejano.

P: Como muy lejano, pero, así como vagamente, lo oía, yo creo que nadie me llamaba ni mi madre ni nadie porque estaba en el quirófano y nadie me va a llamar P, P porque estaba con los médicos, solamente cuando yo me desperté yo ya vi, pues lo típico, a mi familia, pero no los veía todavía con claridad, los veía con las caras como distorsionadas (...)

E: ¿Reconocías la voz?

P: No.

E: ¿Podría haber sido alguien del quirófano?

P: Podría haber sido alguien del quirófano, a mí me suena más como una voz, de alguien de mi familia, no me suena la voz del médico porque yo a él lo conocía (...)

E: ¿Tiene desde entonces algún tipo de percepción extrasensorial como telepatía, clarividencia o precognición?

P: No, (...) tampoco me he observado yo.

E: ¿cómo fue tu nivel máximo de conciencia? ¿eras consciente de que estabas separada del cuerpo?

P: sí, perfectamente.

E: ¿De que estabas en otro lugar, sabías que estaban operándote?

P: Sí.

E: ¿Y esa sensación que tenías, tenías algún tipo de preocupación, sabías que podías no volver, es decir, algún tipo de conocimiento?

P: No me importaba no volver. No estaba debatiéndome entre la vida y la muerte, yo no estaba luchando, o sea yo no tenía la sensación de que estaba peleando "que no me quiero morir", no, es que era todo tan plácido, una sensación tan... es que yo no tengo sensación de haber estado luchando entre la vida y la muerte es que clínicamente, o sea, a mí me metieron al quirófano muerta, a ver lo que salía (...) ya digo que si no hubiera vuelto a la vida me hubiese dado igual.

E: ¿Tuviste alguna alteración del espacio y del tiempo?

P: No

E: ¿Te parecía estar en un sitio de carácter no terrenal?

P: Si al final no había nada, sí. Es una sensación de estar flotando, de estar dando volteretas, como si estuvieras saltando en una colchoneta de esas de niño, o sea todo alegría, todo felicidad, en una nube.

E: ¿Pero casi todo el tiempo que estabas viviendo eso, toda tu experiencia fue la revisión vital o eso fue una pequeña parte?

P: Toda, toda, no viví otra cosa que no fuera esa.

E: Viviste el túnel, luego la luz, el lugar como neblina y entonces fue ahí donde viviste tus escenas del pasado.

P: Sí.

E: y después de vivir eso fue cuando tomaste de nuevo conciencia de tu cuerpo y de que estabas aquí.

P: Sí, esas sensaciones de mi vida, de mi niñez, mis recuerdos puntuales, hasta como ropas, como que me veía de pequeña con ropa, vestidos que yo recordada de cuando era pequeña y ya volví a la mesa del quirófano y a notar una voz de lejos y ya me imagino que desperté vi a los médicos, a mi madre, a mis hermanos, no sé si estaba en una sala de reanimación que me pasaron. Pero es que eso es el tiempo que estás... es que no sé si será el tiempo, la debilidad o que estás muerto o que estás yéndote de la vida...

E: ¿Esa experiencia cambió tu vida, tu percepción de lo que es la vida y la muerte?

P: Sí porque nadie sabe... yo sí lo sé. Entonces yo juego con ventaja con el que no lo sabe. Yo juego con ventaja, porque yo he visto varias personas muriéndose, entre ellas un hermano y yo estaba enfadada con él. Sólo faltaba yo para despedirme de él y estábamos un tiempo sin hablarnos y no se murió hasta que fui. Llegué, me miró y le di un abrazo y giró la cabeza. Me estaba esperando, era la única que faltaba y dije " tengo que ir a despedirme de él" sino me hubiese muerto de la pena y mi hermano me esperó. Lo tengo clarísimo. Es que no me había girado, mi hermano me miró, lo abracé, me puse a llorar y ... como en las películas, si es que (...) Mi hermano se tenía que morir con mi perdón y yo con el suyo (...), Él se fue sabiendo que he venido a verle.

(...)

E: ¿Tenías conocimientos previos de lo que era una Experiencia cercana a la muerte?

P: No, de hecho, hasta era un poco incrédula (...) Quien no lo ha vivido tú se lo cuentas y puede pensar... (...) también está en su derecho de no creerte, no sé. Al principio lo contaba y decía " pues no será para tanto", pero es para más. Lo que yo viví es para más, pero lo que pasa es que por mucho que yo te quiera decir, te quiera contar mis sensaciones, es difícil. Es difícil porque son cosas que o las vives o... (...)

Testimonio nº 190

"P: Desde los 10 años más o menos soy consciente de que tengo alguna que otra premonición, no siempre son buenas ni siempre son malas, hay de todo tipo y desde los 10 hasta los 15/16 años estuve soñando de forma intermitente algunas noches que tenía un accidente de tráfico en un coche rojo de alguien que conocía, que no era mío, en mi casa y mis amigos nadie tenía un coche rojo (...) y también con 10 años murió un familiar mío de forma traumática con 28 años (...). Y el día 9 de Julio de 1998, me iba a ir con una familia de vacaciones, ellos son 5 miembros en la familia, pero el marido y uno de los hijos tuvieron que irse en el autobús por una operación que había tenido el padre de familia y entonces nosotros íbamos, la madre conducía, y tres menores de edad. Dos de ellos eran sus hijos y los otros dos éramos externos a la familia. La idea era salir a las 10 de la mañana, pero entre unas cosas y otras eran las 11 de la mañana y recuerdo a mi padre que me decía: " se han olvidado de ti", y yo decía: " me da igual", y no porque no me quisiera ir de vacaciones sino porque tenía el presentimiento de que no llegaba a mi destino. Pero bueno dices, eso no se lo digo a nadie, no tiene sentido. Pero bueno, llegaron a las 12 y nos fuimos y súper buen rollo, todos cantando y demás, paramos a comer y una vez que salimos otra

vez hacia la autopista fue cuando empezó todo. Yo recuerdo que estábamos comiendo pipas, estábamos cantando y no sé por qué miré a la ventana y me vi bocabajo y me vi con la sensación en la que me despertaba en el sueño que había pasado 5 años antes o durante 5 años antes. Fue una sensación tan extraña que me asusté, dije: "¿Estoy despierta, estoy dormida?", y en ese momento, lo recuerdo como si fuera ayer, yo estaba mirando por la ventana, yo estaba en la parte trasera a la derecha, miré a la conductora y en ese momento estaba pasando el accidente, el accidente fue varios volantazos y yo solo recuerdo el golpe en la zona por donde yo estaba y ya no recuerdo más. Después ya por sentido común y porque me lo cuentan sé cómo fue el resto del accidente que fue, estábamos en la derecha y nos fuimos a la izquierda ya con el coche bocabajo desplazándonos dos carriles de autopista y entonces nos quedamos en la mediana, durante todo ese tiempo, yo no sé cuánto tiempo duró, por física serían segundos y sin embargo en ...yo no estaba consciente o llamémoslo seminconsciente porque justo miré a la venta, justo miré al conductor y ya lo que vi fue un túnel con una luz muy muy brillante, cegadora incluso, con una sensación de bienestar en la que habían imágenes de mi infancia que obviamente yo no recordaba y que después se me olvidaron, pero eran todas imágenes muy agradables, y siempre estaba presente esa persona que murió con 28 años, 6 años antes, que era la que estaba al fondo de la luz, y evidentemente es una persona con la que yo tuve muy buena relación en vida, y era como mi yo que no era yo, digo que no era yo porque yo estaba como flotando viendo mi cuerpo en el coche y yo estaba como superior a mi cuerpo físico e iba corriendo hacia él. Digamos que esta persona era mi tío, yo era su niña pequeña entonces tuvimos una relación en vida muy muy buena. Yo era pues como su hija, y entonces él me paró en seco y me dijo: "no, no, no, este no es tu sitio, vete de aquí", y justo con esas palabras pues digamos que yo fui una niña obediente y me di la vuelta y regresé a mi cuerpo. Justo después me desperté y estábamos bocabajo, en el vehículo estábamos cinco personas y ninguna de las 45 respondimos, o sea era como que había pasado algo más, pero nada fue un segundo y ya empezamos todos a hablarnos los unos a los otros y ya supimos que el resto estábamos vivos.

E: O sea que estabas inconsciente, viviste esa experiencia y después despertaste o tomaste consciencia en el coche.

P: Desperté, tomé consciencia en el coche bocabajo, con sangre, con cristales con los productos del accidente.

E: ¿Cuánto tiempo pasó?

P: Por la velocidad en la que íbamos y por lo que me dijeron los que estaban conscientes durante el accidente pasaron segundos 115-20 segundos. Mi experiencia duró como mucho tiempo, como minutos, casi media hora. Fue una experiencia muy satisfactoria como muy larga y después en el tiempo vi que era muy pequeña.

E: A parte de esa persona que viste, ¿Viste a alguien más?

P: Si vi a alguna persona no me acuerdo, lo que sí recuerdo algunas imágenes como un abuelo mío que falleció cuando yo tenía cinco años, pero muy vagamente, eso sí lo recuerdo muy vagamente, personas físicas, así plantadas, sólo él. Tampoco había muerto mucha gente en mi familia en ese momento.

E: ¿Esa persona a la que viste era una persona física?

P: Sí como yo lo recordaba en vida, igual, físicamente, como humano. No era como espíritu ni transparente, era como de carne y hueso.

E: ¿Y el túnel cómo era?

P: Lo recuerdo cerrado, no excesivamente ancho, tampoco estrecho, que provocase claustrofobia y largo y con luz intensa al fondo, pero que no era oscuro, el túnel no era oscuro, estaba iluminado, pero la luz del fondo destacaba.

E: ¿Encontraste un límite o barrera?

P: El stop que me hizo al mirarme: "no, no, no, no, vete, vete de aquí que no es tu sitio", como de momento no es tu sitio.

E: ¿Tú comprendías dónde estabas, tenías algún conocimiento... en ese momento sabías dónde te encontrabas?

P: No, a lo mejor había oído en la tv que pasaban estas cosas pero... tenía una sensación de felicidad, de tranquilidad y una sensación extraña porque te estabas viendo, estabas viendo tu cuerpo ahí abajo y tú como arriba, y a la vez que estaba arriba de forma perpendicular tenía el túnel, era raro, como que tu conciencia, tu razonamiento intenta decirte, ¿qué está pasando aquí?, hay algo que no cuadra con tu razonamiento y es cuando te estás criticando, estás criticando la visión que estás teniendo.

E: Y tuviste una revisión de tu vida, una revisión vital.

P: Si de cosas que ni recordaba antes del accidente ni recuerdo después de haber despertado sé que eran escenas de mi vida pasada, reales que habían sido felices. (...)

E: ¿Escuchaste algún tipo de ruido, sonido...?

P: No, era silencio, pero, no el silencio que asusta sino el silencio que te envuelve y te da paz. Yo sentía, aquello fue paz, tranquilidad y bienestar. Era algo muy bonito, una sensación muy bonita.

E: ¿Y cómo fue el regreso?, ¿de repente te dicen que no es tu sitio y vuelves a tu cuerpo?

P: Isofacto, sí, sí, fue radical, de momento, fue decir no y abría ya los ojos en mi cuerpo.

E: ¿Tienes algún tipo de percepciones extrasensoriales, que se despertaran o se agudizaran después de vivir la experiencia?

P: Las he tenido antes y las he tenido después. De sentir hechos positivos y negativos que después han sido verdad. Después del accidente igual he tenido alguno que otro más, uno fue no hace mucho y fue bastante desagradable. Fue un presentimiento que después se cumplió.

E: ¿cómo fue tu nivel máximo de conciencia en ese momento que te encuentras fuera de tu cuerpo?

P: La verdad es que no era un momento de no estar consciente, es decir, clínicamente, después de los años, que ya sabes lo que pasó, yo estuve inconsciente a nivel médico, pero mi cuerpo era consciente de que me estaba viendo, es decir en ningún momento perdí la noción de la realidad, solo extrañaba, por racionamiento, lo que estaba pasando, ¿Por qué mi cuerpo está ahí abajo y yo estoy aquí arriba?, pero sabía perfectamente lo que estaba pasando, en ningún momento fue susto de decir "¿Qué está pasando aquí?".

E: ¿Y tú te mirabas a ti misma?

P: Sí yo recuerdo de haberme mirado a mí misma por una sensación de volatilidad, te das cuenta de que no pesas y en ese momento miras a tu cuerpo y dices: "ahí estoy yo, ¿por qué estoy aquí? Y ¿por qué me estoy viendo de fuera cuando no me puedo ver a mi misma salvo que tenga un espejo", entonces es cuando la razón empieza a funcionar y a decir ¿qué está pasando?

E: ¿y esa conciencia que es la que está mirando y la que está viendo su cuerpo tiene también ese deseo de saber cómo es uno mismo, es decir, tú intentabas verte a ti misma en ese estado de conciencia?

P: Sí, claro, es lo que nunca haces, salvo que te mires a un espejo y aquí te estás viendo tú a tú, frente a frente sin ningún cristal por en medio.

E: ¿Y cómo se ve uno en conciencia?

P: La verdad es que es la manera de verte sin ningún desperfecto, sin ningún defecto, no sé, te ves normal. Te ves bien, no te sacas defectos (...) te ves bien, ni bonito ni feo, te ves a ti mismo y dices: "soy yo", te reconoces, yo me reconocí y dije: "sí, sí, soy yo", con lo bueno, con lo malo soy yo.

E: ¿Tú tenías conciencia en ese momento de que eras más de lo que estaba abajo, del cuerpo que estabas mirando?

P: Sí.

E: ¿cómo te reconocías, con un cuerpo solamente o como pensamiento, mente, conciencia...?

P: Al cuerpo lo reconocías como cuerpo y tú estabas como diciendo "si estoy volando soy...", igual es por mis creencias "esto es lo que llaman alma, ¿no?", esto es lo que el catolicismo llama el alma de la persona, pues posiblemente, o ya si te vas al tema fantástico de todas las televisiones es un espíritu, soy un espíritu que ahora mismo he salido de mi cuerpo.

E: Pero no te veías.

P: No me veía, me sentía. Veía mi cuerpo y lo que flotaba lo sentía. Lo sentía como volátil, como rápido, como veloz, que no pesa.

E: ¿Viste algún tipo de lugar, de dimensión a parte de lo que era la luz, algún lugar físico que no fuera normal?

P: Lo que veía era la forma del túnel (...) pero lugar físico no, sólo las imágenes que te venían.

E: ¿Cuándo veías esas imágenes estabas tú sola o te acompañaba alguien?

P: sí, estaba sola.

E: ¿Tenías sensación de poseer conocimientos especiales acerca del universo, de uno mismo?

P: No. No recuerdo nada de ese estilo.

E: ¿Ha cambiado tu vida de alguna manera, tu concepción de la vida y de la muerte?

P: Sí, te das cuenta, aunque te lo dicen y luego lo sabes porque lo estudias, porque ves a gente morir y en ese momento te das cuenta de que en un parpadeo tu vida puede cambiar. De repente estas vivo, cierras los ojos y ya estás muerto. Te cambia la forma de ver la vida y de pensar y de hacer cosas. No piensas tanto en " esto no lo voy a hacer por si pasa algo", no, esto me apetece hacerlo y lo hago. Esa percepción sí te cambia.

E: ¿Esa inquietud que tú tienes por el mundo del enfermo terminal, quizás se ha acentuado más después de vivir esa experiencia o antes de eso tenías ya la inquietud?

P: Puede ser, (...) porque desde los 5 años yo digo que quiero ser médico y mi objetivo siempre ha sido estudiar para ser médico, pero sí es verdad que igual me planteaba otro tipo de medicina menos... bonita. Vista ahora desde mi especialidad, que sería una cirugía o algún tipo de especialidad que tenía menos trato con el paciente y a medida que vas viendo y vas estudiando y demás pues yo creo que he escogido, sin que fuera mi objetivo, de hecho, era uno de mis descartes y cogí la especialidad más bonita y completa.

E: ¿Tú como profesional de la medicina cómo interpretas esta experiencia que tuviste?

P: Con 16 años pasa esto, con 18 entro en la carrera, tengo muy buenas prácticas y una de las prácticas fue en la consulta de oftalmología de urgencias y no se a cuento de qué sale el tema y la oftalmóloga me lo dijo con un tono muy despectivo " eso es un fallo de tu nervio óptico", después los neurólogos dicen que mi cerebro falló. Y a los dos les contesté lo mismo, " ¿Tú lo has vivido?", "no", dijeron, pues entonces no sabes de lo que estás hablando. Porque a mí el raciocinio, la medicina me dice que es un fallo del nervio óptico, me dice que es por un fallo cerebral, por un dejavu, por lo que sea, pero yo lo viví, yo lo sentí, y eso no hay medicina que lo explique.

Testimonio nº 191

"La experiencia última, bueno la que a mí me marcó fue un viernes, lo llevaron al hospital sábado por la mañana y viernes por la noche fue cuando llegué a casa del trabajo y estaba muy aturdido, cerraba mucho los ojos, estaba como muy cansado (...). Entonces me senté al lado de él, él estaba como dormido y yo lo estaba tocando, le tocaba la mano y de repente abrió los ojos y como que se dio un susto, se asustó, entonces le dije: ¿papá qué pasa?, ¿quieres algo? Y dijo: "No, no es que están todos aquí" y yo dije: "¿Quién?" "Mis hermanos, han venido", dice "Es que quieren que me vaya con ellos, pero yo no quiero irme, me quiero quedar con vosotros". Entonces le dije: "bueno tú tranquilo que yo estoy aquí contigo, tú ahora estás conmigo, tranquilo". Y volvió a cerrar los ojos y estaba como muy cansado, esa noche ya no comió y a la mañana siguiente estaba peor.

E: ¿Estaba en su casa?

P: Estaba en su casa. Por la mañana llamó la familia, "vente, está peor, no se puede levantar de la cama", cuando yo llegué estaba en la cama, estaba desnudo, él no quería que yo lo viera desnudo nunca, pero no hizo ningún gesto de taparse ni nada, entonces me senté al lado de él. "¿Qué te ocurre?"(le pregunta la entrevistada). "Estoy muy cansado, es que estoy muy cansado" (el enfermo). Vino el servicio de urgencias y después de reconocerlo tuvieron que llevárselo.

E: ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado?

P: Ingresó sábado por la mañana y lunes de madrugada a martes murió.

Testimonio nº 192

SUAP ante una llamada:

"(...) Yo estaba encima de la chica, llegó el médico de la UME (...) vieron que era una asistolia y fue él quien dijo "déjalo", en esos momentos se le quitó todo el aparataje, dejás el cuerpo sin cables, sin historias pero lo dejás tapado hasta que llega el médico forense y diga que se levanta pero además de quitar el aparataje yo le hago el signo de la cruz y le cierro los ojicos, tienes que entender que yo en ese momento estoy encima de ella, que soy quién estoy haciendo las compresiones torácicas, desconectamos todo, y en ese momento, la experiencia yo la asimilo a abrir la puerta de la nevera, en pleno verano que hace mucho calor, abres la puerta del congelador y el frío ese que te envuelve (...) pero es un frío que me envolvió, que te deja petrificado (...), hasta tal punto fue objetivo, que el compañero que estaba allí, D, me tocó el hombro y me dijo: "V, estás bien?. "Sí, si no te preocupes" (respondió el entrevistado), "es que te has quedado blanco, pero blanco que me he asustado y pensaba que te caías", fueron segundos, pero para mí no fue agradable, fue una sensación desagradable, yo lo describo como no sé, como abrir la puerta del congelador y ese frío me envolvía (...). La sensación era, me falta el aire, notaba las pulsaciones aquí (señala cuello y cabeza).

Otra experiencia de las mismas características es relatada por el mismo sanitario:

Un niño proveniente de la puerta de urgencia y después quirófano para la extracción de un cuerpo extraño, se complicó, tuvo un shock hipovolémico con el desenlace fatal de fallecer, se hicieron, entre unas 8-10 veces, porque tuvo una bajada de la frecuencia cardíaca severa que se remontó mediante medicación, estábamos casi el 80% del equipo en ese box y en el momento del fallecimiento, algo que es habitual en la UCI pediátrica cuando hay una muerte traumática es preparar el cuerpo para que los padres no tengan una visión última traumática de su hijo (...), pues bien, cuando estaba limpiando a este niño tuve la misma mala experiencia (...) el niño tenía 4 o 5 añitos, perdón 4 años, es decir que puedes cogerlo con tus brazos e incorporarlo y estar encima limpiando y estar quitando un poco los restos de secreción sanguínea tuve otra vez, lo mismo, ese frío, hasta tal punto fue, la experiencia, el desenlace el pre fue tan crítico, para mí, como persona, sigue siendo todavía la muerte, de todas las personas en general, la muerte de un niño de forma traumática me la llevo a casa, seguro que todos los profesionales nos llevamos todos los fallecimientos de nuestros pacientes, pero los niños probablemente con más fuerza, por eso te digo que hay gente que trabaja en determinados servicios que yo les hago la ola. Pues fue la misma experiencia, quiero decir, ya había fallecido, había pasado tiempo, los padres se habían despedido de él antes de que falleciera, se apagan todas las máquinas, en ese momento yo estoy lavando al niño y fue lo mismo, recuerdo que lo tenía cogido lavándolo y lo mismo, como si destapas el arcón del congelador te tira como un ventilador ese frío, (...), "escarchoso" que te envuelve y esto jamás nunca lo he hecho en ese momento dejé al niño encima, interrumpí lo que estaba haciendo y me fui a llorar (...)

Testimonio nº 195

"Durante una operación me sucedió que de repente yo iba por un túnel largo y cuando abrieron la puerta yo salí como una bala y entonces fue cuando empecé a abrir los ojos. Yo iba rodando. (...)

E: ¿Viste alguna otra cosa?

T: No, sólo un túnel como metálico, como que resbalaba y yo iba cayendo por ahí.

E: ¿tenía alguna dirección?

T: Sí, hacia abajo, hacia abajo, iba cayendo como si me hubiera echado y yo me fuera resbalando.

E: ¿Escuchaste algún sonido?

E: No, nada”.

Testimonio nº 208

E: Entrevistador.

I: Informante

E: Tu experiencia fue causada por una enfermedad, ¿verdad?

I: Sí, fue por una complicación, por el tifus, las fiebres reumáticas y enfriamiento en el costado, las tres cosas a la vez (...) me estuvo atendiendo un médico, en aquel entonces como no había seguridad social era todo de pago. Las medicinas que me daba eran las que a él le daban los representantes y sé que venía a verme y entonces estando allí, yo vi, es que.... es que... yo ya es una cosa que no me... yo estaba arriba y me estaba viendo abajo y estaban allí alrededor de mí y yo no sé tampoco cuánto tiempo estuve.

E: ¿fue así de repente?

I: Se ve que fue en un momento que estaba mal, estaba ya... ese día estaba mal y no sé, yo sé que estaban allí, o sea estaban a la orilla de la cama y yo digo: "¿estoy aquí arriba y estoy abajo?, y están ahí ¿es que no me ven que estoy aquí? Es una cosa rara y yo tampoco sé si es, sueño no fue, un sueño no fue.

E: ¿Quiénes tú veías estaban realmente alrededor?

I: Sí.

E: ¿Era real, era de verdad?

I: Sí, sí, sí. ES que fue una cosa rara, rara, se ve que fue en un momento que estaba mal.

E: ¿Se temía por tu vida?

I: Entonces el tifus era una cosa por la que se iban la mayoría. Tenía las tres complicaciones ...

E: ¿De repente estabas otra vez en el cuerpo?

I: Sí. Pero no recuerdo cómo fue.

E: ¿Cuándo ocurrió todo esto, qué edad tenías?

I: Pues 14 años, hace 60 años.

E: Y te acuerdas bien

I: eso es que siempre lo he recordado, en un principio creí que era un sueño, luego ya no sabía lo que era porque yo los vi ahí, estaban allí, no podía ser un sueño (...). A mí lo que más me complicó fueron las fiebres reumáticas, lo otro también, en aquel entonces la mayoría se iban "para allá".

E: ¿qué sensación tenías mientras te veías abajo?

I: Pufff, yo solamente estaba allí arriba y decía: "Están ahí abajo llorando y ¿no mirarán para arriba que me vean que estoy aquí?". También puede ser que me quedara dormido y soñara eso.

E: Y te acordaras de un sueño durante 60 años.

I: Yo que sé.

E: estabas despierto entonces durante la enfermedad.

I: Sí, entonces no se daban relajantes. Yo no sé por qué... es que fue un momento...eso es la duda que yo he tenido siempre, si fue sueño o fue de verdad, o que había visto antes que habían estado así ellos y luego fue un sueño, es que no

E: Pero lo estabas viendo desde otra posición, no como si estuvieras tumbado

I: Yo estaba viendo desde arriba y estaba viendo toda la habitación.

E: ¿cómo si hubiera una cámara en el techo?

I: Exactamente.

Testimonio nº 209

A) *“Una noche, meses después de que mi abuela muriera, tenía yo entonces 17 años, me desperté sintiendo su beso en mi mejilla, no vi su imagen, pero aún sentía el débil roce de sus labios en mi cara y sus palabras: me tengo que ir. Aunque yo la echaba de menos tenía muy superada su partida, nunca había soñado con ella tras su muerte. Recuerdo que una sensación de paz y alegría me invadía, algo que nunca había sentido de una forma tan intensa, pese a las situaciones que he vivido en mi vida, era algo distinto, inexplicable, tuve y tengo la sensación de que realmente vino a despedirse de mí”.*

B) *“Una tarde de septiembre de 2014, sobre las 19:00h me disponía a entrar a un centro comercial, había aparcado y me dirigía a la puerta de acceso cuando de repente sentí un profundo dolor en el pecho, tuve que pararme un momento porque era un dolor muy profundo que se desvaneció en cuestión de segundos. Después de terminar de hacer la compra fui a mi casa, a los pocos minutos mi hermana me llamó para decirme que mi tío, que hacía un mes había sido trasplantado de corazón había muerto escasamente una hora antes”.*

Testimonio L.P (original)

Listen, I have a great story for your thesis. When I was born in 1946 (¡yes, I'm 65 now!!!), it was right after WWII. My mother was 19. She was giving birth in a small clinic in Louisiana, without a lot of sophisticated equipment. She went into labor with me, but something was wrong, I got "hung up" in the birth canal, and would not pass through and out. The doctor and nurses kept thinking I would, but I didn't. After nearly 50 hours of labor, my mother DIED! Dead on the delivery table, no breath, heart stopped. DEAD.

Realizing my life was now at stake, the doctor cut a big X into my mother's abdomen to get me out as soon as possible. When he pulled me out, I had been in the birth canal so long that my head was shaped like a fat sausage! The doctor and the nurses thought I had irreparable brain damage and would be "a vegetable" if I survived. They did get me to start breathing, but they realized they had a very bad situation to deal with.

My father and his sister, my Aunt Sarah, a nurse herself, were out in the waiting room. The doctor came to them and addressed my father, who was 25 at the time, a veteran of much fighting in WWII in the jungles of Burma. He said, "I'm sorry, but your wife is dead and your son will be a vegetable if you let him live. You should let us let him die, so you can start over with your life." (Back then doctors always let badly deformed babies expire.)

As my father and his sister (who was a great friend of my mother by then) were in such shock at this news, they didn't know what to say. Then, suddenly, a nurse bolted into the room saying, "She's back alive! She's come back to life!!!"

They all went back into the room where my mother lay with her abdomen ripped open, and I was there with my horribly misshapen head. The nurses were already starting to prep for the process of trying to stitch her abdomen back together, which they did. And my Aunt Sarah convinced them all that if Mom lived, she would want me even if I was a vegetable with no good brain.

They stitched my mother up as best they could, considering the size of the cuts into her, and my Aunt Sarah took me home to treat me in the fashion black women used to reshape the misshapen heads of babies. She got some coconut oil and just rubbed and stroked and pressed

and prodded my head over the next several days, until she made it look more or less like a normal baby's head.

Meanwhile, my mother didn't wake up for three more days, and when she did, it was clear she had lost some faculties that lasted for a while. But within a few months she recovered all of her senses except taste. She could never taste properly after that. Her several minutes without oxygen took that away from her. But otherwise, she recovered fully, and was always a very smart woman after that, no problem. And by six weeks they could tell I was normal, too.

Here's the part you will like. Remember, this was back in 1946, before anyone knew about "near death" experiences. Nobody around us had ever heard of someone dying and coming back to life. But my mother told a great story about it. She said she went down a white tunnel, and on the other side of that tunnel was a wonderful place, and there, waiting for her, was her father, who had been murdered when she was 11, 8 years earlier, and which had been a terrible and tragic loss for her. And there he was, looking wonderful in his best Sunday suit.

She was sooooo overjoyed to see him, and she had an overwhelming urge to just run forward and leap into his arms to give him a big hug! But as that urge struck her, as she realized it WAS him, and she COULD hug him if she moved forward to do so, another urge struck her that if she did that, if she so much as touched him, she could never go back. And more importantly, she KNEW what would be back there if she returned!

So as her father stood there in front of her, he lifted his arm and offered her his hand. Her nickname was "Poke" when she was little, which was short for "Slowpoke," because she was chubby as a child and slow doing things. So he said, "Hello, Poke....I've come to get you." And she looked at his hand, and at him, and said, "Ohhhhh, Daddy, it is soooo wonderful to see you! But.....I have a son now, I know I do, and I'd really like to raise him if I could."

My mother has ALWAYS been fanatical about kids, she loves them and loves helping them. She's been a GREAT mother, grandmother, and now great-grandmother. Anyway, somehow she KNEW she had a son, when there was really no way she could know that unless, even while dead, she could hear the doctor and nurses saying I was a boy when they pulled me out of her. In any case, she knew and she asked him if she could "go back" and raise me.

She says he stood there for a moment, considering it all, then he lowered his arm, smiled at her, and said, "Sure, Poke, you go on back. I'll come get you another time." And she said it was like magic. She suddenly started moving BACK into the tunnel of light, and all that was in front of her faded away, and she came back to life!!!!

Now, remember, this was in 1946, a LONG time ago. My mother is now 83 and still alive, in pretty good health, but not great, of course. My father died four years ago. And here I am, at 65, and I didn't become a vegetable!! ;-)

I should add that my mother had four more children, one of whom died in infancy. For each pregnancy, because of the way they took me out of her, she had to stay on her back in bed for virtually the entire pregnancy (she lost three to miscarriage before they figured out she couldn't carry to term). So that gives you an idea of how much she wanted and loved to have children. All of us were very, very lucky to have her for a mother. A very special woman indeed....

Oh, and by the way, she has been on death's door on four other occasions, times when we felt sure we would lose her, but she fought through each of those times. But in none of them did she "die" again. Only that first time. But for her whole life she has been a great help and comfort

to those around her who are dying. She would go to them and tell them the story of her own death, and would assure them there was "something better on the other side," and so she has helped many people to die better than they would have, much less afraid than they would have been, including my father.

Anyway, I've never written this story before in such detail, but I figured that since you're writing a thesis about it, you might find some use for it. I hope so!

ANEXO 4: ENTREVISTAS A EXPERTOS

ENTREVISTA 1: MARILYN ROSSNER (21/10/2011)

(...) P: ¿Podría aclarar términos como fantasmas, alma, espíritu y ángeles?

R: Porque vivimos en universos multidimensionales hay diferentes tipos de seres. Nosotros somos espíritus que estamos en este cuerpo, como si nos pusiéramos un abrigo. Cuando morimos nos quitamos ese abrigo y somos solo espíritus. Los ángeles no tienen cuerpo, tienen una energía diferente. Cuando hablamos de fantasmas nos referimos a la forma astral de un espíritu, es una forma astral, no un espíritu.

P: Cuando nacemos ¿quiénes nos acompañan y cómo nos ayudan?

R: Nacemos con un grupo de guías espirituales que nos rodean y ellos están toda nuestra vida, cuando morimos ellos nos ayudan a salir de nuestro cuerpo e irnos al otro mundo.

P: ¿Es la vida realmente una escuela? ¿Venimos a aprender? ¿cuál es el propósito de nuestra vida?

R: Cada noche cuando dormimos nos salimos de nuestro cuerpo y vamos al mundo espiritual y por la mañana volvemos al cuerpo. Estamos en una escuela, pero realmente en preescolar. Venimos a la tierra porque cuando estábamos en el mundo espiritual sabíamos que íbamos a ser llamados a ayudar en la tierra. Seleccionamos nuestra familia y cultura para venir a ayudar. Hay cosas que sólo podemos hacer con nuestro cuerpo físico. Salimos del mundo espiritual para estar aquí y cuando terminamos lo que hemos venido a hacer nos iremos.

P: ¿Nacemos con un tiempo dado y cuando se cumple nos vamos, o cuando hacemos lo que tenemos que hacer o aprender?

R: Cuando venimos a la tierra nos dan un número de respiraciones y cuando terminan nos vamos. Esperemos haber terminado lo que teníamos que hacer antes de que terminen las respiraciones, sino lo tendremos que hacer cuando nos vayamos. Las adicciones, las drogas no están pensadas para que ocurran, ni el alcohol, abusos, suicidio, asesinatos, guerras, odio, avaricia, celos. Estos son los pecados, la negatividad. Venimos a la tierra a aprender a no hacer eso. Si cometemos suicidio aquí, cuando vayamos al otro mundo tenemos que terminar lo que no hemos terminado aquí. Decimos en yoga “cada respiración nos lleva a estar más cerca del otro mundo”. El gran maestro Shivananda dice “Es difícil conseguir un nacimiento humano, así que intenta lo mejor que puedas manifestarte y realizarte en este nacimiento”. Podemos satisfacer lo que hemos venido a hacer haciendo esto: servir, ayudar a la humanidad, amar desde el corazón, purificar nuestro cuerpo y nuestra mente y realizarnos, haciendo lo mejor que podemos. Entonces nos daremos cuenta de quienes realmente somos. (...).

P: ¿Nos acompañan los guías también cuando morimos? ¿Cuándo se vive una ECM también nos acompañan en ese momento?

R: Cuando venimos a la tierra ellos nos ayudan y se toman como tarea estar ayudándonos durante toda la vida. También cuando morimos ellos nos ayudan a irnos y luego se van.

P: En muchas ocasiones cuando las personas están próximas a morir dicen ver a familiares y amigos que ya murieron. ¿Tenemos realmente contacto con ellos en esos momentos?

R: Cien por cien sí. (...)

P: Con las personas que están muriendo ¿debemos desear que suceda lo que sea mejor para su alma dejándoles marchar?

R: Cuando es el momento correcto el espíritu saldrá del cuerpo (...) el proceso de duelo es natural, cuando tienes un buen amigo y no lo ves desde hace tiempo le echas de menos. Cuando se muere alguien también se le echa de menos, las lágrimas no son por los que se van sino por los que se quedan el único consuelo es saber que no están muertos (...) cuando venimos al mundo tenemos un cuerpo y no estamos libres como en el mundo espiritual que podemos movernos de un sitio a otro libremente. Tenemos que entender que elegimos venir aquí y cuando es el momento correcto nos toca irnos.

P: Cuando llegamos a la luz tras pasar el túnel se dice que tenemos una revisión vital de todas nuestras experiencias en la vida, buenas y malas. ¿podemos interpretar que somos actores de un teatro que representamos durante toda la vida?

R: En primer lugar, no es un túnel, el espíritu se mueve muy deprisa y como no tenemos la palabra decimos que es un túnel. Cuando salimos de nuestro cuerpo somos conscientes de cada pensamiento que hemos tenido, cada sentimiento, cada situación, es una revisión de nuestra vida, de cada cosa y en cierto sentido es como un teatro. Ves todo como en una película, es muy importante antes de morir perdonar a todo el mundo por lo que hayan hecho porque siempre ha sido malentendido.

P: Cuándo morimos ¿tenemos que despertar al otro lado y seguir aprendiendo? ¿Existen lugares para eso en el otro lado?

R: Cuando morimos seguimos aprendiendo, hay hospitales, escuelas espirituales, laboratorios, es otro mundo (...).

P: ¿Y somos conscientes de que estamos muertos?

R: Cuando nos vamos al otro mundo, especialmente si morimos conscientemente somos conscientes de que salimos de este cuerpo al otro mundo. No todo el mundo es consciente de que está muerto, por eso hay almas perdidas, confusas, gente a los que han matado o ellos mismos han matado, no saben dónde están, gente que ha cometido suicidio o han tomado una sobredosis de droga, pero eventualmente irán también a un sitio de descanso. Hay una cosa que se llama retribución por todo lo que hacemos, decimos, pensamos. Si hemos hecho daño a mucha gente cuando nos vamos tenemos que enfrentarnos a todo eso.

P: El espíritu de quién acaba de morir ¿nos da señales desde el otro lado?

R: Todo el tiempo dan señales. Cuando se mueren lo primero que quieren hacer es decirle a alguien que no están muertos, por eso a veces oímos una llamada, o te tocan, o dicen tu nombre, ves alguna señal en algún sitio, o vas a algún sitio y están la canción favorita que le gustaba o hueles a flores... vienen de muchas formas.

P: La Dra. Elisabeth Kübler-Ross decía que, al suicidarse, la persona podría perderse la lección que debe aprender y en lugar de aprobar y pasar al curso siguiente tendrá que volver a aprender la lección anterior desde el comienzo. ¿Cuándo alguien se quita la vida está yendo

de alguna manera contra el plan de su alma? ¿se sienten desconcertados o perdidos durante un tiempo? ¿puede el amor ayudar en ese proceso?

R: El amor puede ayudar, pero volverá a estar cerca de la tierra para terminar lo que no terminó porque el suicidio no es nunca la respuesta. Conocí muy bien a Elisabeth Kübler-Ross, venía a mis conferencias y todo lo que ella decía era verdad, Cuando se suicidan tienen que estar cerca para terminar lo que no han terminado y cuando vuelven a la tierra siempre van a estar protegiendo y ayudando a la gente para que no comentan suicidio.

P: ¿Nos encontramos en la vida con personas con cuyas almas hemos pactado encontrarnos para ayudarnos mutuamente, aunque aparentemente no lo parezca?

R: Nunca venimos a dañar a nadie y si hay alguna herida o sufrimiento el propósito es que superemos ese sufrimiento. Jesús dijo cuando estaba siendo sacrificado: “Perdónalos Padre porque no sabe lo que hacen”. También eso es aplicable a nosotros mismos, para aprender a perdonar que es un atributo divino.

P: ¿Cuándo ocurren grandes catástrofes y muere mucha gente, se puede hablar de karma colectivo?

R: Siempre ha habido ciclos y en grandes catástrofes las almas que se van sabían que se iban a ir en un momento determinado. Se unen muchas personas para ayudar, no importa la raza, el idioma ni la cultura. Así que siempre es para aprender que hemos venido para ayudarnos los unos a los otros y a dar amor. Mucha gente pierde la fe, no cree en nada y no es hablando como los vamos a convencer, sino actuando. Las escrituras dicen: “Deja que tu luz brille para que otro lo vean”. No importa lo que pase hay que seguir orando a Dios, tener fe y así podemos animar a otra gente a tener esa actitud.

P: En los casos en los que se mantienen vivo artificialmente a una persona, ¿qué ocurre con el alma? ¿y en el caso de los trasplantes de órganos? R: El espíritu está fuera de su cuerpo mirando todo lo que pasa. Cada órgano tiene una energía, si hay un trasplante la energía entra en el cuerpo y muy a menudo se cogen las características de las personas que han donado ese órgano. El alma descansa. El alma es el alma. Lo que no está en paz es la emoción y la mente, pero el alma está en paz, porque es perfecta. Emocionalmente pueden unirse ambos seres, pero no desde el alma.

P: ¿Cómo es la evolución del alma?

R: El alma, es. La mente cree que tiene que hacer diferentes cosas, venimos en diferentes momentos y en diferentes cuerpos y cuando sentimos que ya hemos hecho todo lo que teníamos que hacer ya no volvemos y vivimos en el mundo espiritual. Hay evolución dentro del mundo espiritual. Pasamos de un nivel a otro. Tenemos un cuerpo físico pero nuestra alma tiene diferentes estados de consciencia, todo el universo está moviéndose en otro nivel de consciencia.

ENTREVISTA 2: RAYMOOND MOODY (28/10/2011)

(...) P: ¿Cómo podemos estar seguros de que los testimonios de los informantes sobre ECM son verídicos y no una ilusión creada por nuestra mente por el deseo y la necesidad de creer en algo más allá de la muerte?

R: [...] Las personas que han vivido estas experiencias afirman que no están soñando. Dicen que incluso parecen más reales que la vida cotidiana. Realmente no tenemos explicación para esas experiencias, (...) Para mí, todo es inexplicable porque vivimos en un mundo muy misterioso. (...) Las personas tenemos miedo a decir “no lo sé”. (...) Las personas que dan una explicación a las ECM, consideran que es la falta de oxígeno en el cerebro. Pero este fenómeno les ocurre también a personas que están junto a las que están muriendo y viven estas experiencias a pesar de que están sanas. Nos encontramos ante una situación que no sabemos que es, por eso no podemos dejar pasar que es una prueba de que existe vida después de la muerte.

P: ¿Qué tienen en común los acompañantes y por qué no ocurre en todos los casos?

R: No se sabe por qué ni a qué se debe. Sabemos que no tiene que ver con la edad, ni el sexo, ni la enfermedad que padecen, ni la religión que profesan. Unas personas tienen esa experiencia y otras no. Por eso seguimos estudiando, porque es fascinante seguir aprendiendo.

P: ¿Tiene constancia de si los acompañantes tienen cambios en su vida personal?

R: Tienen cambios en sus valores personales, no tienen miedo a la muerte y tienen cambios también en su personalidad. Se dan cuenta de que la muerte es una transición a otra realidad y por eso ya no le tienen miedo. Son conscientes de que todo lo que habían perseguido durante su vida no tiene sentido y que lo más importante era aprender a amar. Otra cosa muy importante es que esto, no tiene nada que ver con sus creencias religiosas. Cuando vuelven de sus experiencias, están seguros de que hay un Dios y una vida después de la muerte. Antes de esas experiencias tienen una creencia religiosa y después se dan cuenta de que la religión a la que perteneces no es lo importante.

P: ¿Cómo es la experiencia de revisión vital?

R: Las personas que viven estas experiencias tienen dos perspectivas. Consideran que el tiempo como lo conocemos desaparece, (...) todo pasa de una vez. Ven todo lo que han hecho en su vida, (...) si se ha hecho algo negativo se es totalmente consciente de lo que se ha hecho y sabemos lo que la otra persona siente, de la misma manera que de lo bueno realizado.

P: Los elementos de las EMC no ocurren todas en todos los casos. ¿a qué puede deberse que ocurran unas veces y otras no?

R: No todo el mundo ve todos los elementos de las EMC, (...). No se sabe por qué unas personas ven unos elementos y no otros. Posiblemente no tenemos las herramientas cognitivas para entender este tipo de cosas, sin embargo, hemos avanzado hacia el conocimiento de la vida después de la muerte. Si volvemos atrás en el tiempo, la mayor dificultad ha sido la lógica porque la vida después de la vida es una contradicción en sí misma, porque la muerte significa el final de nuestra vida. En el pensamiento occidental, la lógica ha sido el principal impedimento para darle racionalidad a la vida después de la muerte. Hume es uno de los filósofos que ha contribuido a decir que la lógica es importante para conseguir la racionalidad y el pensamiento

racional al investigar la vida después de la muerte (...) utilizamos la verdad como si fuera el resultado al sentido común, el verdadero o falso como si eso fuera la solución, esas son las bases de la lógica y sabemos que eso es sentido común porque lo aprendemos desde que somos pequeños. Pero esos conceptos han tenido un desarrollo muy complicado en el pensamiento occidental. El concepto de verdad fue acuñado por Parménides, fue el primero que utilizó el psicomantium, formuló la idea de verdad que conocemos actualmente y nos llevó cien años hasta que Platón articulara el concepto de falso, por eso decimos que una proposición es verdadera o falsa. Pero Platón y los anteriores a él, creían que había una tercera posibilidad. La cosa puede ser verdaderas o falsas, pero hay cuestiones que pueden ser ininteligibles o sin sentido. (...) Platón consideraba que también necesitamos una lógica del sin sentido porque hay muchas cosas que no lo tienen. Aristóteles codificó la lógica, rechazaba todo lo que no fuese racional, pero dejó fuera el sin sentido. Desde entonces la vida después de la muerte es una contradicción en sí misma, es como un sin sentido. La lógica de Aristóteles no trabajaba esos conceptos, por eso creo que he solucionado el problema, he creado una nueva lógica que puede explicar la vida después de la vida.

P: Su colega investigador Melvin Morse desarrolló el concepto basado en “los circuitos de la mística” en el que el lóbulo temporal derecho del cerebro humano se estimula cuando ocurre un hecho místico como las EMC. ¿Acerca este concepto la ciencia a la espiritualidad?

R: Él es una de las personas que cree que el conocimiento humano está en el cerebro (...) yo nunca he tratado el tema de la consciencia de una forma médica sino filosófica. Filosóficamente hablando cómo nuestra consciencia está sujeta a una materia, a un cuerpo físico, es difícil de resolver. En este momento de la historia no entendemos que la consciencia está basada en el cerebro, no podemos decir que el lóbulo temporal está conectado con Dios, pero yo sí creo que existe esa conexión.

P: Ha estado investigando sobre los pasos racionales para encuadrar las EMC ¿Qué conclusiones ha obtenido?

R: Mis conclusiones son las mismas que la de Hume. Aún no tenemos las bases racionales ni lógicas para estudiar las ECM ni EMC, pero ya está resuelto porque he creado un sistema lógico en el que podríamos encuadrar estos elementos y conocer más sobre ellos. Ahí es donde me encuentro y creo que en los próximos años habrá un gran desarrollo en cuanto a esos principios racionales para encuadrar las ECM.

P: Desde hace años ha estado trabajando con cristales como herramienta para el descubrimiento de sí mismo y la autoexploración (psicomantium). ¿qué resultados ha obtenido? ¿puede ser utilizado para contactar con personas fallecidas?

R: Sí, los restos arqueológicos muestran que el ser humano ha usado cristales e incluso el agua para este fin. Esto era conocido por los antiguos griegos. Yo he investigado eso porque me interesaba el tema y por el origen en la antigua Grecia. Es sorprendente decir que, efectivamente, funcionan. Es muy fácil tener visiones sobre las personas que han fallecido. La pregunta sería: “¿es eso real?”. Por supuesto es algo que no podemos contestar. Cuando empecé a investigarlo hace 21 años, me sorprendió que la gente lo vivía como algo real. Empecé a estudiar el fenómeno con mis colegas y mis estudiantes de psicología y esperaba que me dijeran que se parecía a lo que ellos pensaban era una visión, pero todos decían que era real, lo interpretaban como real. Para mí es algo muy difícil de entender. Creo que las personas responden a esta cuestión de diferentes maneras. Para mí lo interesante es que era un procedimiento básico en la antigua Grecia y que, en estos 2000 años, nos hemos olvidado de él.

Ahora que lo hemos descubierto creo que es una buena terapia para los procesos de duelo. El mejor resultado es que las personas en proceso de duelo se sienten mejor y quizás dentro de unos años tengamos que reconocer que existe la vida después de la muerte (...).

P: ¿Qué es lo que aún no se ha estudiado en ECM?

R: Se ha estudiado mucho durante mucho tiempo, pero aún se sigue haciendo porque hay cosas que aún no se conocen. Apenas hemos empezado ya que es un tema muy amplio. P: ¿Podríamos pensar que próximamente la vida después de la muerte será algo natural en nuestras creencias?

R: Creo que en poco tiempo sí tendremos esos principios racionales en los que basar esas ECM.

ENTREVISTA 3: JEFFREY LONG (10/03/2013)

- 1. Usted ha dicho que una ECM puede definirse como una mezcla de dos componentes: estar casi muerto y tener una experiencia. La parte de casi muerto significa que la persona esta físicamente dañada debido a algún accidente o enfermedad que está inconsciente e incluso pueden estar clínicamente muertos. ¿Pueden las ECM suceder sin que la persona esté a punto de morir, es decir, sin estar enferma?**

Buena pregunta. Siguiendo mi propio criterio de investigación defino una ECM como el mismo nombre indica. Uno se encuentra cerca de la muerte, como señalan otras investigaciones "casi muerto". Sin embargo, no hay preguntas acerca de si una ECM puede sucederse en momentos en los que uno no está cerca de morir. Sí que puede darse en situaciones de miedo extremo o en momentos en los que piensan que se van a morir, sin haber del todo un impedimento físico real como puede ocurrir tras un accidente. Así mismo, todos los elementos de las ECM han sido descritos. La cuestión es que no hay aún una definición aceptada de las ECM. Esto es, de hecho, algo en lo que trabajar en futuras investigaciones, tratando de aclarar lo que realmente es una ECM. La diferencia entre ésta y cualquier otra experiencia podría ser que las ECM son espirituales, es decir, se trata de experiencias que no pueden ser explicadas por alguna función del cerebro. También ocurren en una variedad de circunstancias. Este constituye el factor unificador de una ECM en comparación con cualquier otra experiencia.

- 2. La muerte clínica es un tema muy debatido por muchos doctores que afirman que si una persona ha sido declarada como clínicamente muerta es imposible que reviva, y de ser así, sería por un error de certificación ¿qué piensa sobre esto?**

Lo cierto es que hay pocos casos de personas que hayan pasado por una experiencia cercana a la muerte y que hayan estado en el depósito o de camino a él. Pero claro que dichas experiencias pueden ocurrirle a una persona la cual ha sido declarada clínicamente muerta, se trata de algo inusual pero que puede ocurrir. De hecho, la muerte, algo sobre lo que hoy en día se estudia mucho, no parece ser tan permanente. Desde mi punto de vista es muy sencillo cuándo uno se encuentra situación en una situación de riesgo puede permanecer inconsciente y así experimentar un recuerdo. En la mayoría de las experiencias cercanas a la muerte la gente se recupera de aquello que casi les mata. Existen también pruebas de lo que les ocurre a aquellos que sufren una muerte irreversible.

En las últimas semanas, he completado mi trabajo sobre las ECM compartidas. Esto ocurre cuando dos personas pasan de forma simultánea algo que amenaza sus vidas. En estos casos, ellos son conscientes que están el uno con el otro, pueden comunicarse. Sin embargo, en este tipo de experiencias normalmente uno de ellos continúa y el otro muere al ser incapaz de volver a su conciencia. La otra persona se recupera y es capaz de describir la experiencia. Este sería un ejemplo de que lo que vemos en una ECM es el primer paso hacia la muerte permanente.

3. La Fundación que fundasteis en 1998 tu mujer y tú le sirve a mucha gente de todo el mundo como plataforma para compartir sus ECM subiéndolas a vuestra página web. ¿cómo haces para saber si lo que suben son ECM reales?

Esa es una importante pregunta. Tenemos que asegurarnos si las ECM sobre las que trabajamos son fiables. Hemos hecho un gran esfuerzo en tratar de comprender esto y de encontrar a un grupo de personas que realmente hayan pasado por una ECM.

Primero de todo, hay cientos de preguntas en nuestra web para quien quiera sentarse e investigar sobre ello. Tener una ECM puede resultar aterrador. Cuando colgamos en la web las experiencias que alguien ha tenido, no damos sus nombres completos ni ninguna información de contacto que pueda servir para reconocerlos.

Un método científico que usamos para verificar si las experiencias son reales es el siguiente: Les pasamos una encuesta, preguntamos lo mismo, pero de diferente manera. Luego, comparamos las respuestas para asegurarnos que han sido las mismas y así comprobamos si su experiencia es real o no. Sin embargo, nuestras investigaciones cuentan con una ventaja, publicamos las nuevas experiencias de quienes nos dan permiso para ello, casi el 90%. Contamos con más de 100.000 páginas en nuestra web cada mes. Miles de personas de todo el mundo leen nuestra página. No hay razón de peso para creer que puedan ser falsas experiencias o copiadas de otras fuentes. He hablado con otros investigadores de las ECM que han llevado a cabo un estudio retrospectivo y me han hablado de lo difícil que es plagiar una ECM, probablemente solo el 1% o 2% sean falsas.

Otra ventaja que tengo como Físico es que puedo saber desde el punto de vista médico si lo se me está describiendo suena creíble, así puedo distinguir lo real de lo falso. Finalmente, incluso con el pequeño porcentaje de experiencias que sean falsas hay que tener en cuenta que solamente va a suponer un problema si cambia nuestras conclusiones acerca de si las ECM son como nosotros exponemos. Si, por el contrario, lo que ellos exponen no es muy diferente a lo que otras ECM cuentan, entonces, no va a afectar en nuestro entendimiento de las mismas.

4. ¿Cuánta gente en la actualidad experimentan una ECM?

Hay investigaciones previas que señalan que de un 10-20% de la gente tiene una ECM. Hoy en día, aún estoy tratando de entender por qué hay quien las tiene cuando está cerca de la muerte y otros que no. La verdad de esto no la sabemos. No obstante, en mi próxima investigación que saldrá en los próximos días encontramos una pista sobre esto. Hay personas que durante su ECM preguntan a quienes se encuentran con ellos el por qué motivo ellos están pasando por esa experiencia. Una respuesta a esa pregunta tuvo lugar en una ECM, donde uno de los seres espirituales que pueden aparecer le explican: “Se trata de algo por lo que tú necesitas pasar para tu crecimiento espiritual”. Por ello, quizás quienes tienen esa ECM es porque es importante para ellos tenerla y aquellos que no la tienen es porque es importante que no la tengan.

5. La gente que ha pasado por una ECM comparten una serie de elementos comunes ¿Puede hablarnos acerca de ellos? ¿Cuál de esos elementos nos puede ofrecer mayor evidencia acerca de si se trata de una experiencia real y no un producto de su imaginación o de las drogas?

No todas las ECM son iguales. Yo mismo he llegado a estudiar más de 3000 ECM y he observado un patrón de elementos constante. En una ECM típica son comunes los sucesos que constituyen una amenaza para la vida. El individuo puede estar consciente o incluso clínicamente muerto. Después de esto, dicen tener lo que se llama una experiencia fuera del cuerpo. Su conciencia se separa del cuerpo físico, pero se mantiene cerca de él, por lo que es capaz de observar los eventos que se suceden, incluso sus propios esfuerzos por revivir.

Luego, pasan por un túnel, el cual ha sido abiertamente descrito. Por lo general, al final de ese túnel hay una luz mística y resplandeciente. Una vez una persona que experimentó una ECM dijo que es tan brillante como un millón de soles, pero nunca te daña los ojos mirarla. También

puede haber reinos divinos. Estos reinos tienen una belleza más allá que nada de lo que podamos imaginar. Pueden tener colores, bellas plantas, paisajes e incluso otra gente. Normalmente en este punto, se sienten emociones muy poderosas. Por ello, las palabras que más usan para describir lo que sienten son: paz, amor y conexión. A menudo, ellos sienten que esos reinos son su verdadero hogar y reconocen que la vida mundana no es su casa. Pueden también pasar por un momento de autocrítica hacia su propia vida, donde son capaces de ver una parte o incluso toda la vida que se ha tenido, lo cual muestra como de rápido piensan en ese momento. Puede que estén físicamente inconsciente durante unos minutos y todavía son capaces de recordar años, incluso décadas de su vida pasada. Pueden encontrarse con seres queridos. Incluso si la persona ha muerto por una enfermedad crónica siempre hay reuniones que ofrecen la posibilidad de comunicarse y compartir.

Al final de una ECM llega el momento de tomar la decisión de regresar a su cuerpo terrenal. La gran mayoría prefiere quedarse en esos intensos y resplandecientes reinos en lugar de volver a su cuerpo y con sus familiares. A veces puede que otros seres estén con ellos esperando una decisión. La decisión de regresar al cuerpo la toman ellos mismos, siendo capaces de recordar su experiencia cuando se recuperan.

6. ¿Qué efecto producen estas experiencias en sus vidas?

El impacto que tiene una ECM es profundo. La mayoría de personas que la tienen cambian dramáticamente, de tal manera que dichos cambios le marcan de por vida. De hecho, estos efectos secundarios aumentan con el paso del tiempo, al contrario de lo que ocurre con otros sucesos importantes. Esto ha sido analizado tanto en estudios prospectivos como retrospectivos.

Uno de los principales efectos de las ECM es que se pierde el miedo a morir. Tras vivir una ECM ya saben qué sucede cuando uno muere y son conscientes de que hay una maravillosa vida y nada a lo que temer. Por supuesto, también experimentan un aumento en su deseo de amar a quienes les rodean. Se vuelven menos materialistas, llegando incluso a abandonar un trabajo que está regido por unos valores que ya no comparten. Además, aumenta su fe en Dios y su amor por la vida en general. Si por ejemplo su ECM es el resultado del suicidio, reconocen que no lo van a hacer de nuevo, puesto que va en contra de la vida. Tienden a volverse más amorosos, con interés en temas espirituales, reflexionando más sobre la meditación. Estos cambios, por supuesto, no se dan de inmediato, llevan años, probablemente una media de siete años. Como cualquier cambio importante en la vida de una persona lleva su tiempo, pero luego las personas dejan de ser como eran.

7. ¿Hay diferencias entre las ECM de diferentes países, culturas y religiones?

Una ECM le puede ocurrir a cualquier persona, en cualquier lugar sin importar la cultura. Por tanto, pueden darse ECM tanto en Oriente como en Occidente. Por supuesto, la orientación religiosa de la persona también es indiferente. Pueden ocurrir en personas de diferentes religiones, incluso pueden darse en personas ateas. Cuando una persona atea pasa por una ECM suele dejar de serlo después de ésta. Los ateos suelen pensar que no hay vida después de la muerte. Pero tras una ECM empiezan a creer que sí que la hay.

Nuestra página web esta traducida en aproximadamente unas 23 lenguas, por lo que gracias a todas las personas que voluntariamente traducen los testimonios contamos con testimonios de cada rincón del mundo. Por ejemplo, tenemos alrededor de 40 testimonios que provienen de países no occidentales. Lo que hemos comprobado es que todas las ECM son similares sin importar la cultura. Sin embargo, a veces las palabras y el dialecto que usan es difícil de traducir ¿cómo dices por ejemplo 'místico' en otros idiomas? Otra de las conclusiones que hemos sacado es que el idioma a veces puede conducir a la confusión y la malinterpretación. Pero el contenido y los elementos principales en una ECM son similares siempre, provenga de donde provenga.

8. ¿Cree que es posible una explicación fisiológica o psicológica para representar lo que ocurre en una ECM?

En las últimas décadas, los escépticos han llegado a proponer hasta veinte explicaciones para las ECM. La razón de tantas explicaciones es que, en realidad, no hay una, ni siquiera varias que tengan del todo sentido. Incluso si diesen con una explicación con sentido, seguirían teniendo otras tantas flotando en el ambiente. Por tanto, no existe nada aún viable que los escépticos hayan mostrado para explicar una ECM. En mi estudio, he considerado todas las posibles explicaciones fisiológicas, biológicas, culturales y psicológicas para explicar dichas experiencias y lo cierto es que ninguna de ellas llega a poder explicar lo que se describe en una ECM.

9. ¿Podemos afirmar entonces que las ECM tienen credibilidad?

Lo sorprendente de una ECM es que, aunque la gente está inconsciente y clínicamente muerta las tienen. En todas las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el tema, se descubre una sorprendente consistencia de los elementos que se repiten en muchas. De hecho, incluso el orden de dichos elementos y el patrón que siguen es también consistente. Por ello, no tiene sentido decir que se trata de sueños o alucinaciones. En otros estados patológicos de conciencia las experiencias tienden a saltar de un suceso a otro. Pueden ser irrealistas e incluso alucinatorias con contenido irreal, algo que no ocurre en una ECM.

10. ¿Hay alguna diferencia entre una ECM en niños o en adultos? ¿Puede la gente invidente experimentar percepciones visuales durante sus ECM?

Parte de mi investigación incluye el estudio de ECM en niños jóvenes. Escogí a niños de cinco años e incluso más jóvenes. La razón de por qué escogía este grupo tan joven es porque con esa edad no saben casi nada sobre la muerte. Tampoco conocen casi nada sobre la religión. Por ello, se puede decir que tienen aún mucho tiempo por delante para estar culturalmente familiarizado con la muerte. Al estudiar ECM que se suceden en una edad tan temprana descubrimos, basándonos en la encuesta, unos 33 elementos diferentes que se dan en las ECM. Muchos de ellos eran los mismos elementos, pero preguntados de diferente manera. Finalmente, no encontramos diferencia alguna en el contenido de una ECM cuando se es tan joven en comparación a una ECM en un adulto. Es el mismo patrón, no importa la edad.

En cuanto a lo que me preguntas de las personas invidentes, contamos con una serie de casos de personas así y todas tienen en sus experiencias visiones. Muchos invidentes que experimentan una ECM reconocen que son capaces de saber que está ocurriendo en frente suya, detrás, a su izquierda, a su derecha, arriba o abajo. A esto se le llama visión esférica. Uno de los ejemplos más sorprendentes es el caso de Vicky. Nació totalmente ciega y para alguien así la visión es desconocida e imposible de conocer. Por tanto, no se le puede explicar la visión a ellos en cuanto a formas físicas. Así se mantuvo Vicky hasta que tras un accidente cuando tenía unos 20 años pudo ver. Vio un cuerpo en una sala de emergencias, sangrando y se encontraba asustada porque no estaba acostumbrada a ver. Luego reconoció que el cuerpo que estaba viendo era el suyo, incluso sentía su pelo y hasta un anillo que su padre le dio. Por primera vez en su vida podía ver y tuvo una ECM muy visual y detallada. Su campo visual era esférico, como una torta.

11. ¿Es posible que la conciencia se separe del cuerpo?

Claro que sí, existen pruebas obtenidas de ECM que demuestran que la conciencia existe al margen del cuerpo. Quizás la prueba más refutable es la de tener experiencias fuera del cuerpo donde se observan los sucesos que nos ocurren en nuestra vida mundana. Si una experiencia fuera del cuerpo ocurre durante una ECM, como por ejemplo el recuerdo de algo, es poco preciso y difícil de explicar esas experiencias y más cuando se dan fuera de ese conocimiento físico.

Sin embargo, en mi estudio he comprobado que el 98% de los casos son precisos describiendo lo que vivieron. Aquello que ven es sorprendente, inesperado y se encuentra lejos de estar relacionado con el cuerpo físico. Por tanto, es imposible para ellos ser plenamente conscientes, incluso aunque estuvieran en estado de alerta y despiertos. Para que podamos ver como de importante es esto, imagina que vas con un amigo a un lugar público en la ciudad; cierras los ojos, escuchas tan atento como puedas, tratando de ser consciente de todo lo que te rodea mientras que tu amigo tiene sus ojos abiertos. Haz esto durante cinco minutos y luego cuéntale a tu amigo lo que crees que has visto, te vas a sorprender de todo lo que no viste porque tenías los ojos cerrados y que tu amigo vio porque los tenía abiertos. Por tanto, en circunstancias como esta uno no es consciente de todo lo que pasa a su alrededor.

Otra prueba de que la conciencia existe al margen del cuerpo, son las ECM que ocurren bajo los efectos de la anestesia. Por lo general suele ser segura, pero puede darse el caso que ocasione un colapso cardíaco. El corazón se para durante la anestesia general durante la operación, ya sea debido a la misma enfermedad o a una reacción provocada por algún medicamento administrado. La gente que pasa por una ECM en estas circunstancias suelen tener el mismo estado de conciencia que estando lucidos, por lo que se anula la posibilidad de que las ECM estén causadas por alguna función del cerebro ya que no es posible tener una función normal del cerebro bajo los efectos de la anestesia.

12. Algunas experiencias nos hablan del momento en el que la conciencia se aleja del cuerpo físico, por ejemplo, de la sala de emergencia. ¿Es esto una prueba de la inmortalidad de la conciencia’?

El hecho de que el cuerpo y la conciencia van por separado te lleva a pensar en la inmortalidad, en que somos seres eternos y la verdad es que sí. La razón es que cuando la gente tiene una ECM, la información que ellos obtienen es muy precisa y consistente, especialmente en esos reinos celestiales. Ellos tienen claro la comunicación que mantienen con los otros seres que aparecen. Todos y cada uno de nosotros somos eternos, teniendo una vida mundana que nos ayuda a aprender. Por eso, cuando se tiene, por ejemplo, una ECM donde vemos a seres queridos que ya han fallecido comprobamos que no están realmente muertos, sino que llevan una vida divina. No morimos realmente, estamos aquí durante un período de tiempo, pero siempre vamos a continuar siendo seres espirituales infinitos.

13. ¿Cuánto tiempo le llevara a la comunidad científica aceptar la existencia de las ECM?

Buena pregunta sobre la aceptación de las ECM en la comunidad científica. Aunque son escépticos no han podido encontrar aun una explicación razonable para las ECM y así lleva ocurriendo año tras año. Yo creo que como resultado de esto los científicos y los físicos van siendo más conscientes las experiencias y van aceptando que se trata de una realidad. Cada vez hay más aceptación en comparación a años atrás.

Esto quiere decir que cada vez hay más gente que las entiende. Pero es algo que va despacio. Para muchos científicos y físicos, el hecho de que tengamos la conciencia separada del cuerpo físico, que somos seres infinitos, que no morimos realmente, que hay una maravillosa vida después de morir para todos, es muy radical. Es algo muy diferente a lo que la medicina convencional enseña, yo se esto, porque como doctor que soy, tuve que ir a Colegios de Medicina. Por eso considero que va a llevar años, incluso generaciones que la ciencia acepte el hecho de que las ECM son, en una palabra, reales.

ENTREVISTA 4: RAYMOND MOODY (10/03/2013)

- 1. La muerte-cercana significa que la persona se encuentra tan comprometida físicamente debido a alguna enfermedad, que se encuentra inconsciente y pueden incluso estar clínicamente muerta. ¿Pueden las ECM aparecer sin que la persona esté a punto de morir, es decir, sin estar enferma?**

Absolutamente. Estas mismas experiencias les suceden frecuentemente también a los testigos de personas que están muriendo. Estos testigos poseen todos los elementos de lo que nosotros llamamos una ECM. Así que no es necesario estar a punto de morir para vivir esta experiencia. Esto da lugar a una situación difícil de explicar ¿cómo es posible que el oxígeno salga del cerebro si los testigos no se encuentran enfermos ni dañados?

- 2. Una de sus teorías es el sentimiento de los testigos al compartir la experiencia de muerte de la persona que está muriendo. ¿Podría decirse que dichos testigos pasan por un estado alterado de la conciencia?**

Si, esas experiencias son diferentes en calidad si las comparamos con el tipo de conciencia ordinario que experimentamos en un día normal. La gente afirma que este tipo de conciencia es mucho más trascendental, que la percepción se expande y los sentimientos se intensifican. Llegan a entrar en un estado de hiper-realidad, donde las cosas parecen ser más reales que en la realidad física común.

- 3. La muerte clínica es un tema muy debatido por muchos doctores que consideran que, si una persona ha sido certificada como muerta, es imposible resucitar, y si fuese así, habría habido un error de certificación. ¿Qué piensa sobre esto?**

Bien, yo creo que declarar a alguien muerto se trata de un juicio normativo, en lugar de descriptivo. Estos son términos de la filosofía del lenguaje, pero te explico. Cuando tenemos una expresión como "John es azul", queremos decir que John está cubierto por algún tipo de tinte. Esto si es un término descriptivo cuyo significado es siempre el mismo. Sin embargo, al afirmar que alguien está muerto, el significado no es el mismo necesariamente que los criterios, los cuales van cambiando con el paso de los años).

Si echamos la vista unos cientos de años atrás, los criterios para "azul" seguirán siendo los mismos mientras que los de "muerto" serían diferentes. Estar muerto significa la irreversible cesión final de la vida. Por tanto, declarar que alguien está muerto no es exactamente hacer un comentario descriptivo, como decir, por ejemplo, que son azules. Lo que se realiza es un juicio normativo. Esta es la dificultad que los criterios en cuanto a la declaración de que alguien está muerto continúan cambiando. De hecho, la medicina progresista reconoce que es difícil encontrar los criterios exactos para lo que ocurre y así seguirá siendo también en el futuro.

- 4. ¿Cree que lo que ocurre en una ECM pueda tener una explicación fisiológica o psicológica?**

Definitivamente opino que no hay una posible explicación fisiológica, ya que existen experiencias contadas por personas que no están enfermas, pero afirman haber participado empáticamente en la muerte de alguien. La cuestión de una explicación psicológica es mucho más complicada. De hecho, considero que es difícil saberlo que es una explicación psicológica dado que la psicología es muy extensa y su desarrollo es a través de la ciencia, como ocurre con otras ciencias como por ejemplo la física. Todo el campo de la psicología desde el punto de vista de la psicología y sus conceptos básicos es mucho más difícil de definir que las ciencias físicas. Por tanto, no sé si sería posible una explicación psicológica. Estos descubrimientos quizás lleguen a transformar la psicología. También puede ser que para investigar este fenómeno haya que expandir el propio marco de la psicología.

5. La gente que experimentado una ECM tienen diferentes elementos comunes (el túnel, la luz mística, etc.) ¿Existe algún elemento que pueda darnos más pruebas acerca de si la ECM que han experimentado es cierta o no?

Bien, creo que podemos descartar la posibilidad de que todas estas cosas sean producto de la imaginación. La imaginación cuenta con ciertos parámetros, y esas cosas están lejos de encontrarse dentro de esos parámetros. Esto significa que no están basadas en la mente. Por ello, no creo que sea la capacidad de la imaginación, sino algo muy diferente a eso. Soy un experto en la imaginación, he pasado toda mi vida soñando de día, también puedo involucrarme en el mundo físico y conozco muy bien cómo funciona la imaginación y ese proceso de ser creativo. Sin embargo, eso no es lo que ocurre en una ECM, es muy diferente en cuanto a calidad. No estoy afirmando que no sea mental, simplemente que, si lo es, no se encuentra dentro de la capacidad de imaginar, sino que es otra habilidad desconocida de la mente.

Tendemos siempre a analizar todo esto desde el punto de vista médico. Antes de ir a la Escuela de medicina, fui estudiante de Filosofía. Considero que la filosofía investiga todo esto de un modo más apropiado. Sin embargo, el mayor problema es aquello que los filósofos llaman “los problemas del cuerpo y la mente”. La realidad es que desconocemos de qué manera la conciencia se conecta con la materia física del cuerpo. Si vamos más allá, es posible afirmar que la realidad física es una proyección de la conciencia, de la misma manera que afirmamos que dicha realidad da lugar a la conciencia. Quizás esto suena un poco a locura. Analizando con la razón no es posible descartar la posibilidad de que la realidad sea conciencia y el mundo físico se encuentra de alguna manera derivado de patrones regulares de conciencia. Definitivamente pienso que la realidad física es una proyección de la conciencia y no viceversa.

6. En algunas experiencias nos hablan del momento en el que la conciencia abandona el cuerpo físico. ¿Es posible que la conciencia se separe del cuerpo? ¿Se trata esto de una prueba de la inmortalidad?

No usaría la palabra ‘prueba’ aún, porque soy un Lógico y me gusta la lógica. Pero si me preguntas sobre mi opinión personal, realmente pienso que existe la conciencia más allá de la muerte, aunque se trata de una idea muy difícil de explicar de forma coherente. Algo similar ocurrió cuando Galileo miró a través de su telescopio y vio luces orbitando alrededor de Júpiter, por lo que concluyó que no todo giraba alrededor de la Tierra. Luego, llegó la teoría de Copérnico, más creíble, según la cual la Tierra y todo gira alrededor del Sol. Cuando Galileo anunció este descubrimiento la gente pensaba que era una locura sin sentido. Afirmaban: “Lo que Galileo dice es que la Tierra es otro de los cuerpos celestiales, así como Júpiter, Marte o Venus. Pero, ¿Cómo puede ser esto posible? Si la Tierra está justo aquí abajo.” Para ellos, que la Tierra fuese un cuerpo celeste y girase alrededor del Sol como el resto de planetas era algo inconsiderable. Sin embargo, hoy en día esto es algo muy lógico. Hemos tenido que adaptar la mente de manera que lo que antes era impensable ahora es de sentido común. Esto es lo que tendremos que hacer al final, adaptar nuestro idioma, nuestros pensamientos, al hecho de que hay vida después de la muerte. Tenemos que crear una revolución en la manera en la que entendemos el mundo.

7. Mucha gente que trabaja en los hospitales afirman que cuando un paciente terminal está a punto de morir, ellos describen que sus familiares difuntos vienen para llevárselos. ¿Piensa que en los días o semanas previas a la muerte hay una expansión de la conciencia?

Si, en los pacientes terminales la mejor manera de describir lo que ocurre es que su conciencia se expande, no se trata de una conciencia ordinaria. Adquieren una mayor amplitud de lo que sienten y lo que ven.

8. Desde los tiempos de la antigua Grecia y Egipto existen documentos asociados a las ECM y a las compartidas. ¿Tenían un mayor conocimiento en la antigüedad acerca de la conciencia y la trascendencia que el que tenemos hoy en día?

Es difícil comparar las dos situaciones, pero en un contexto limitado podría decir que sí. Creo que hoy en día tendemos a racionalizar la idea de la vida después de la muerte para así ganar conocimiento racional sobre el tema. Paradójicamente, somos emperadores de esta misión debido a la tendencia en la civilización occidental a hacer de toda una cuestión científica. La realidad es que en 2013 el método científico no es aun el adecuado para probar que hay vida más allá. Por ello, en ese sentido, considero que Platón estaba más cerca de encontrar un razonamiento racional para explicar lo que ocurre tras la muerte. Estoy completamente seguro que para alcanzar una prueba racional de la vida más allá de la muerte vamos a tener que retroceder y observar lo que los griegos decían sobre esto, porque, por ejemplo, lo que Platón dijo se asemeja más a la realidad racional de la situación de lo que los parapsicólogos afirman. Platón era consciente de que se trataba de una cuestión conceptual, es decir, que lo que hace falta no es un test científico, sino una serie de conceptos. No conocemos todas las cuestiones racionales o científicas, hay muchas que son perfectamente racionales, pero carecen del formato adecuado para ser probadas por esta ciencia. En este punto es donde considero que nos encontramos con este asunto de la vida después de la muerte, sin un formato para abordarlo vía métodos científicos.

Fuiste la primera persona en estudiar las experiencias cercanas a la muerte

Si, en el siglo XX. Si vamos hacia atrás hacia Platón y Demócrito, ambos debatían sobre las ECM de una manera similar a como lo hacemos hoy día, incluso con argumentos similares. Demócrito, quien fundo la Teoría Atómica, dijo que no existe tal cosa como un punto de muerte, lo que implica que en una ECM uno es consciente ya que puede contar lo que ha visto y vivido. Sin embargo, lo que también sugería es que dichas experiencias eran simplemente un artefacto del proceso de desconexión del cuerpo. Mientras tanto, Platón estaba más abierto a decir sí, a tomarlo al pie de la letra y decir que se trataba de una realidad. La pregunta que él se hacía era ¿Cómo probar que lo era, como racionalmente probar que lo era?

9. Por tanto, abriste la puerta en el S.XX a estos estudios. ¿Qué sientes cuando la gente viene y te pregunta sobre tu investigación?

Es algo maravilloso, es maravilloso contar con compañeros para continuar con esta increíble y desesperada experiencia. Estoy muy contento de que muchos pensadores críticos estén tratando el tema ya que es muy importante mantener el análisis crítico y de la razón en continua marcha. Excluir esto sería religión, algo desafortunado pero el hecho es que importantes eruditos se están tomando el asunto en serio y lo están investigando.

10. Has hablado en tu conferencia sobre tu historia, la historia de tu madre ¿Qué significa para ti?

Cuando ocurrió, he de reconocer que me llevo un tiempo procesarlo. Al pasar por esta experiencia yo mismo, tuve que procesarlo internamente en lugar de seguir mi curiosidad y continuar estudiando el fenómeno en general. Fue, por supuesto, una experiencia personal muy profunda y conmovedora, especialmente porque yo creí estar en otro mundo.

ENTREVISTA 5: STANISLAV GROF (26/05/2013)

1. Actualmente nos encontramos inmersos en una crisis no sólo económica, sino también de valores. ¿podríamos decir que la civilización occidental industrial ha perdido la conexión con la espiritualidad?

Todos sabemos que nos encontramos inmersos en una crisis sin precedentes. Sin embargo, no podemos solventar una crisis si continuamos usando el mismo pensamiento, que fue, de hecho, el cual nos llevó a este caos. Por ello, todos mis compañeros en la psicología transpersonal y yo consideramos que esta crisis tiene muchas dimensiones y síntomas, pero sobre todo refleja una cuestión fundamental: el nivel de la evolución de las especies humanas y la radical transformación interior de un gran número de personas.

Un amigo mío, también pionero en la psicología transpersonal afirman que la historia del 'mono tonto' se ha acabado, de una manera u otra. Probablemente nos llevemos unas pocas especies con ella. Pero no podemos permitirnos muchas otras cosas como la explotación del petróleo y las guerras en Oriente Medio, las guerras del Golfo de México, etc. Biológicamente hablando, necesitamos aire limpio, tierra limpia. La violencia desenfrenada lleva ocurriendo a lo largo de toda la historia. Los medios son muy poderosos, las armas también lo son, incluso la producción de todo aquello que contamina el medio ambiente. Por tanto, se trata de un reto serio. ¿Qué tipo de transformación habrá que hacer?

A veces, recorro a la foto de un texto sagrado tibetano que refleja la perspectiva Mahayana. Es un señor de la Muerte escondido en el deseo de vivir. Habla de seis reinos donde uno puede nacer y en los cuales influye lo que ocurra aquí (El reino de Dios, El reino de Asura, Espíritus Hambrientos, el infierno, el de los animales y el de los Humanos) Pero volvamos a la foto, en el centro aparecen tres animales: un cerdo, representando la ignorancia; una serpiente, que representa la violencia, la ira; y un gallo, aludiendo al deseo, el cual, finalmente, nos lleva al apego. Según el budismo, estas tres fuerzas son la fuente del sufrimiento en el mundo y esas fuerzas nos mantienen en el Reino.

En el budismo Mahayana, Buda tenía la idea de que el tiempo que estés en este mundo, el mundo samsárico, uno tiene que huir, no hay nada más que hacer. La palabra Nirvana proviene del Sanscrito 'Balta' que significa 'ganar' es decir, acabar con todas las torturas de la vida. El budismo Mahayana tiene una idea diferente. Uno puede alcanzar el Nirvana en la encarnación en el mundo samsárico hasta el punto que puede reusar el poder de estas fuerzas sobre sí mismo y superar así la ignorancia, los miedos y liberarse del apego. En algunos de mis libros muestro como alcanzar un estado holotrópico puede ayudar a vencer estas tres fuerzas y llevar una vida más cómoda. Nosotros no enseñamos a la gente ecología, paz, ni la necesidad de cooperar, sino que cuando la gente pasa por una experiencia transpersonal descubren todo esto ellos solos y esto es realmente excitante. Tenemos los medios para llevar a la gente hacia esta dirección, si vamos a tener el tiempo para hacerlo o si va a poder ser hecho a gran escala es otra historia.

2. La tradición chamánica contempla la experiencia de viajar al inframundo, como una puesta a prueba, como paso previo al renacimiento. Algo parecido ocurre en las ECM negativas. ¿podríamos decir que los estados no ordinarios de conciencia que experimentan los chamanes son los estados que experimentan las personas que han vivido una ecm?

Esa experiencia de la muerte psico-espiritual y la reencarnación es algo que se ha repetido siempre a lo largo de la historia espiritual. Se encuentra solo en las prácticas de iniciación

chamánica. El énfasis es siempre el mismo, muerte-nacimiento. Mueres siendo una chica o un chico y ahora eres un hombre. Esto se encuentra apoyado por el convincente hecho de que los ancianos mueren.

El cristianismo hace énfasis en “el nacido dos veces”. Hay un maravilloso pasaje en la Biblia donde encontramos a Jesús con Nicodemo. Cuando Jesús dice: “Es importante nacer de nuevo”, Nicodemo responde: “¿Qué quieres decir?, ¿Cómo puedo nacer de nuevo?” y respondió: “No hablo de nacer de la carne, sino de nacer del agua y el espíritu”. Creo que se refería a ese segundo nacimiento. Todos nacemos anatómicamente, pero estamos incompletos. Es en los estados holotrópicos donde la gente nace realmente. Les lleva un tiempo acomodar todas las emociones y energías que un bebé no puede expresar debido a la situación. Cuando naces, no puedes gritar, no puedes moverte, no puedes huir, solo sufres y almacenas todas esas emociones negativas.

Hay un libro muy interesante de Christopher Bache, llamado ‘Noche oscura, Temprano Amanecer’ en el cual trata de explicar las ECM, en especial las experiencias negativas. Además, John Halifax y yo estamos escribiendo un libro ‘Encuentro humano con la muerte’, el cual se encontraba en estado de gracia cuando el libro de Moody surgió. Tuvimos una charla y Raymond dijo: “Son siempre positivas”. En nuestro libro, sin embargo, aparece el ejemplo de un actor alemán que fue operado del corazón en Texas y experimento una ECM. Fue llevado al infierno donde se encontró con ciertas imágenes arquetípicas de la Muerte. Lo que sacamos en claro de esta charla fue que si que podían ser negativas. Christopher Bache tomó mi modelo y afirmó: “Cuando uno tiene una revisión de su vida, puedes revolver la situación, ir en otra dirección, puede adoptar una visión panorámica” Él consideraba el pasar a través del túnel como una repetición del nacimiento. Algo que la mayor parte del tiempo pasa rápido, pero puede darse que debido a las circunstancias del nacimiento el útero se contraiga y la salida no se abre.

3. ¿Qué entienden los chamanes por Conciencia y cuál es la diferencia entre esta concepción y la de la actual psicología?

No creo que los chamanes piensen en la conciencia. Ellos tienen en cuenta no solo este mundo sino también al que ellos pueden entrar, pero usando técnicas chamánicas diferentes. Las experiencias son reales, pero ellos no especulan sobre la conciencia como lo hacemos nosotros. Esta conciencia para ellos proviene de los reinos de la conciencia. Primero, pasan por la experiencia del viaje al inframundo. Después, se sienten cómodos con esa transición y pueden incluso hacer de intermediarios con otra gente.

4. Usted ha dicho que la psicología y la psiquiatría occidental no distingue entre una experiencia mística y una psicótica. ¿Cuáles son las diferencias sustanciales que la psicología transpersonal que usted desarrolla, encuentra entre estos dos estados?

No, la psicología y psiquiatría actual es, en mi opinión, muy superficial, es simplemente un modelo limitado a publicar pequeñas biografías post-natal. Ni siquiera considera el nacimiento, es como si los recién nacidos tuvieran *tabula rasa*, en esto es en lo que se apoya la psicología. Uno se encuentra psicológicamente determinado por lo que le pase con la madre durante la lactancia, la enseñanza de usar el baño o algunos otros dramas psico sexuales, llevando a diferentes problemas emocionales psicosomáticos en lo que sería la fijación de las etapas de desarrollo vital (oral, anal, uretra, y la félica que incluye el pene y el clítoris).

Cuando se trata de estados holotrópicos la experiencia no tiene lugar en el mundo post-natal, algo que me sorprendió. Empiezan en el nacimiento. A veces el nacimiento es tan complicado

que se creen que se están muriendo. La situación es tan peligrosa que es como si tuviesen que desarrollar un ascensor a través de la muerte. En estos casos, hay que animarlos y sobre todo confiar en uno mismo, para que así no parezca una emergencia. De otra manera, el pulso se aceleraría y la cosa se pondría seria. Sin embargo, cuando luego te incorporas de estos niveles te sientes cómodo. Detrás de todo esto hay un revés psicoespiritual.

A mí como niño me llevó tres años aceptar dos versiones del lenguaje para natal. Cuando logré estar cómodo fui consciente de que... La mejor manera de explicar esto sin usar mis propios términos es que se trata de elementos del inconsciente colectivo Jungiano. Jung afirmaba que no tenemos únicamente un inconsciente individual, el cual finalmente se deriva de la biografía post natal, aquello que no podemos aceptar, con lo que no podemos vivir, lo que hemos olvidado, etc. Jung abordó todos los conceptos del inconsciente colectivo, toda la historia de las especies humanas, también toda la herencia cultural, la mitología de los ancestros. En estos casos el alivio es inconsciente y aun así puede ser experimentado.

Existe el nivel biográfico, nivel para natal y yo le di el nombre al tercer nivel 'el transpersonal ir más allá'. Cuando fui invitado por Abraham Maslow and Anthony Sutich, quienes querían expandir la psicología que crearon, la psicología humanista, vieron todo mi material y me dijeron que tenía que formar parte de su grupo. Estaban creando una nueva psicología, quizás porque la psicología humanista ignoraba algo muy importante: las dimensiones, ya sabes, la espiritualidad, como por ejemplo la inspiración artística, el amor y este tipo de cosas. De manera que me invitaron a construir la base de la psicología transpersonal y luego me di cuenta que adoptaron el nombre de transhumanistas después de verlo en el tercer nivel.

Diferencias sustanciales

Los chamánicos y su manera de experimentar ciertos patrones y aspectos cuando pasan por estos estados holotropicos toma la forma de un viaje por el inframundo y pueden verse afectados por espíritus malignos. Estos miembros luego regresan juntos con nuevos ojos y nueva sangre. La segunda parte es como un vuelo mágico para disolverse, para ser supremo. Adoptan diferentes formas, diferentes variaciones de este prototipo. Podrían estar trepando un árbol, el arcoíris, un puente. En definitiva, pueden adoptar muchas formas diferentes. Esta es la forma chamánica típica de iniciación o de transformación. Además, se curan a sí mismos. Curándose aprenden como curar. Se trata de algo energético, liberando energías bloqueadas. La idea es que, por ejemplo, según la medicina china, las energías bloqueadas conducen a la enfermedad, pero si tus energías vitales están en curso es la mejor manera de prevenirlas.

5. En las experiencias vivenciadas con psicodélicos, ¿hay alguna diferencia entre los usados en rituales controlados por chamanes y quienes la toman sin control, para divertirse?

Hay una gran diferencia. Para mí, los psicodélicos son medicina, pueden curarte, pueden también abrirte hacia la espiritualidad, ya que son sagrados. Las culturas nativas hablaban sobre la carne de los dioses, que eran plantas sagradas que usaban. La gente que usa los psicodélicos en nuestra cultura normalmente también los considera sagrados. Se suelen usar en rituales y prácticas espirituales en muchas culturas. Hay mucho respeto por estas sustancias. Sin embargo, si se consumen en un ambiente estúpido, como hacen los jóvenes, aumenta el riesgo y disminuyen los beneficios. Puede que se descubran incluso cosas interesantes sobre uno mismo. He conocido a gente que ha podido ver cosas muy interesantes, pero no se dieron cuenta que lo que hacían con el consumo era proyectar sus propios problemas desenfocando su percepción

del mundo. Sufren una especie de mezcla entre lo interno y lo externo, de manera que no pueden usarlo de forma útil.

6. ¿Qué efectos producen los estados holotrópicos en el proceso de pensamiento?

Desarrollan una forma de pensar radical. Si uno pasa por una experiencia o transformación del tipo muerte-nacimiento psicoespiritual, su sistema de valores cambia totalmente. Se consigue más de todo. Si tienes un gran objetivo, una competición, los obstáculos desaparecen y luchas contra los enemigos. La vida se vuelve más como un arte marcial. Se empiezan a sentir miedos energéticos del tipo ¿A dónde pertenezco?, ¿Qué estoy haciendo? En el arte marcial también se responde a las energías. Hay diferentes maneras de tratar con las energías. No hay que enseñar a la gente ecología ya que cuando pasan por una experiencia de identificación, ven las cosas tal cual son y son conscientes de ello.

Estamos creando un ambiente contaminado para nosotros mismos y eso no es bueno, es a raíz de esto que la gente resurge de este nuevo sistema de valores, estrategia de vida diferente, diferente entendimiento de su conexión con los demás y, en particular, con la naturaleza. Viktor Turner un antropólogo americano muy famoso estudió esto en diferentes culturas nativas y dijo que cuando la gente pasa por esas experiencias juntos desarrollan un sentido de comunidad. Si lees 'Bad Modern Societies' una de las palabras que se repite una y otra vez es 'aislamiento'. Nos encontramos aislados de nuestro cuerpo, aislados el uno del otro, de la naturaleza, del cosmos y, por supuesto, de lo divino.

Lo que ocurrió, yo creo, durante la Revolución Industrial y la Revolución científica fue que tuvieron lugar los mayores descubrimientos y luego llegaron los aparatos eléctricos, comenzando a cambiar nuestro mundo. La razón obtuvo un tremendo reconocimiento. Ahora se supone que somos gente racional e iluminada. Nuestros predecesores empezaron a ver que todo aquello que no era racional era como si no tuviese sentido. Sin embargo, no todo lo que parece no tener razón es irracional. Los místicos no son irracionales. Un místico puede resolver situaciones prácticas de la misma manera que cualquier otra persona. Para una persona que está comenzando a experimentar al principio hay que guiarla, pero una vez que se ha crecido se vuelve a la realidad con conocimiento sobre dimensiones invisibles e inaccesibles de la realidad. Por ello, es importante tener un conocimiento profundo de quién se es y de qué va el tema.

Nos encontramos, por tanto, en un punto tratando de recuperar los elementos positivos de la era pre-industrial. La psicología transpersonal realmente puede entender de qué iban los estados, por qué lo hacían o el impacto que tenían sobre ellos. No es lo mismo que el Chamanismo, aunque algunos principios son iguales.

7. Las emociones asociadas a los estados holotrópicos pueden ser identificadas con las descritas en las escrituras de las grandes religiones. ¿Podríamos decir que en la antigüedad ya conocían esas técnicas?

Hace 13 años tuvimos una conferencia transpersonal, una gran conferencia internacional. Christina y yo creamos la mayoría de ellas. Empezamos en Boston, luego fuimos a Australia, Davos, también en Kioto. La penúltima de ellas fue en mitad de la jungla y atrajimos a muchos chamanes de Ecuador, Perú, Brasil. Se llamaba 'Tecnologías de lo Sagrado: Antigua, Aborígena y Moderna' Hay un gran rango de cosas que se pueden llevar a cabo en estos estados holotrópicos.

8. La ciencia y la espiritualidad tienden en el futuro a ser compatibles ¿Puede explicarnos de que manera la psicología transpersonal explica esto?

Lo más importante es no confundir la espiritualidad con la religión. Nadie va a poner juntos los dogmas de las religiones ortodoxas y la ciencia, ya sean ciencias antiguas o nuevas ciencias. Lo que tratamos de hacer es unir la espiritualidad y la ciencia. Quiero decir, no hay nada de no-científico en estas experiencias que pueden ocurrirles a los seres humanos, en conocer su fenomenología y en estudiar el impacto que tienen, como pueden llegar a cambiar la vida de la gente. Es un tema de investigación bastante interesante, ¿por qué iba a ser no-científico? Sin embargo, no se puede conciliar con el pensamiento antiguo. Cuando creamos la psicología transpersonal, sentíamos que teníamos una psicología con sentido (explicaba la esquizofrenia de los fundadores de la religión y el respeto por la vida espiritual), pero no podíamos ponerlo todo junto con la ciencia como la conocíamos.

Para mí, un momento crucial fue cuando conocí a Fritjof Capra quien escribió 'El Tao de la Física' mostrando que ninguna física automatista, tras el descubrimiento de la radioactividad y los rayos X, trata de juntarse con la imagen del mundo que había en la filosofía griega espiritual del Este. No se puede, por tanto, tratar de juntar la psicología transpersonal con la ciencia materialista, pero no hay problema en reunirlo con algunos de estos descubrimientos que estaban teniendo lugar. Primero, fue acogida por los físicos, quienes pensaban: "Wow! Vaya psicología, es un complemento perfecto para lo que estamos descubriendo ahora" Por aquel entonces, tenían la idea de que la conciencia ayuda a crear lo que percibimos como realidad. Estaban realmente excitados, tenían que conocer algo sobre la Física Automatista, ya que la Psicología antigua está basada en la Física de Newton, esta es la educación básica que nosotros recibimos.

Con Fritjof Capra, yo le enseñaba Psicología y él me enseñaba Física. Empezamos a escribir un libro llamado 'Viajes más allá del tiempo y el espacio'. Empezó él hablando sobre la Física moderna y sobre el momento en el que la mente de la gente se encuentra completamente clara, cuando es tan intenso que llegas a adivinar los descubrimientos, la vacuna, lo que queda es más conciencia. Uno no puede decir si algo está allí o no. Hay cierta tendencia a resistirse a los sistemas vibracionales universales. Es algo dinámico, a la vez que también es erróneo usar nombres, porque pueden llevar a confusión. Luego, él dijo que los físicos piensan que hace 15 billones de años lo único que existía era una singularidad, luego vino el Big Ban y después las nociones de tiempo y espacio, las formas materiales y los millones de galaxias. Sin embargo, esta no es una explicación muy racional o lógica para muchos problemas fundamentales que tenemos.

Después de la comida, me reuní con mi grupo y estuvimos hablando de lo que Fritjof había dicho. Empecé a hablar sobre lo que uno puede experimentar en ciertos estados de la mente. Incluso describiendo el mundo material en el que vivimos. Luego, Fritjof apareció con un modelo holográfico del cerebro y recurrió a Bohm para explicar la teoría de Hollomon, orden implicado-explicado, según la cual lo que experimentamos aquí es solamente un segmento de la realidad. No puede, sin embargo, mantenerse por su propia cuenta. Tiene una métrica ya generada en una dimensión invisible que llamamos 'orden implicado'. El último desarrollo emocionante es el concepto que solemos llamar "biosoil" que se vincula con la tradición espiritual India y con la espiritualidad en general. Esto quiere decir que todo lo que ocurre en este mundo material se queda grabado holográficamente y está disponible si nos encontramos en un estado de conciencia no ordinario. Por tanto, uno puede vivir la Revolución francesa, por ejemplo, si se encuentra explorando. Sin embargo, es difícil de creer porque ¿Cómo se puede vivir algo que ocurrió hace dos mil años?

9. ¿Conectaría la espiritualidad en la vida humana con la astrología del Cosmos?

He trabajado los últimos 30 años con un buen amigo mío, Richard Tarnas, y ambos nos iniciamos en el mundo de la Astrología aun cuando no creíamos en ella. Así que, empezamos a experimentar, y descubrimos que la astrología arquetípica era la única cosa que predecía los dos tipos de sesiones que la gente tendría. Probamos antes todos los test convencionales, pero estos test son inútiles. Si uno examina de nuevo la gente días después de haber sido evaluadas, obtendrás unos resultados similares. Sin embargo, puede que pase por una experiencia holotrópica hoy mismo y entonces los resultados serían diferentes. Estamos viendo un mundo que no podemos capturar.

También descubrimos que las estrellas se mueven y forman diferentes ángulos. Si uno usa el arquetipo que se encuentra tras Venus el arquetipo de Afrodita, lo femenino, la belleza, el arte estético; Marte de la violencia; Plutón de la muerte-resurrección, etc, puede predecir arquetípicamente, no de forma concreta, pero se pueden predecir acontecimientos. Richard tradujo su libro al español y lo llamó 'El Cosmos y la mente', algo que le llevo unos 30 años. La gente interesada en este tipo de trabajo puede leerlo. Richard y sus amigos astrólogos también crearon una revista llamada 'Arjael' que es el nombre para los dioses antiguos. Se trata de una revista sobre la astrología arquetípica, la cual se puede descargar gratis la primera edición, y si te gusta puedes suscribirte a ella y en la primera edición encontraran mi escrito que va sobre cómo el mundo de los estados holotrópicos apoya al mundo de la astrología. Pueden leerlo, también ir a mi página personal donde también encontrarán una gran variedad de artículos sobre diferentes temas.

10. Usted ha dicho que la psicología transpersonal estudia la experiencia humana en su totalidad: estados no ordinarios de conciencia, experiencias míticas, ritos de paso aborígenes, misterios antiguos de muerte y renacimiento, etc. Por lo que veo, hay muchas semejanzas con el objeto de estudio de la antropología, donde también se estudian las ECM ¿Cree usted que están las disciplinas más humanistas acercándose al concepto integral de conciencia más que las disciplinas de corte materialista o cartesianas?

No, la psicología transpersonal realmente sí, pero la psicología humanista no desafía a la naturalista actualmente. Los mismos fundadores que crearon la psicología humanista, Abraham Maslow y Antohny Sutich, después de que se volviera famosa, se dieron cuenta que dejaba fuera la espiritualidad, la inspiración artística, la meditación. Por eso, de hecho, se creó la psicología transpersonal al margen del reino de la ciencia naturalista.

Te voy a contar ahora la historia para que veas como de contradictorio puede llegar a ser esto, como la revolución de Copérnico hace 200 años que la gente no podía aceptar que la Tierra no fuese el centro. No era la Iglesia quien transmitía esto, sino la gente en el ámbito académico con credenciales, libros, etc. Te voy a contar como respondió la comunidad académica a esto en mi antiguo país. En 2007 yo estaba en unos premios que organizaba por su cumpleaños el Presidente de Checoslovaquia por aquel entonces. Había personajes ilústrs como Humberto Eco o el Ministro de Economía de Clinton, bastantes personajes reconocidos. Contribuí a crear una especie de perro-gato psicología transpersonal que trata de juntar la espiritualidad y la ciencia como si se tratase de juntar a un perro y un gato. Ellos usaban técnicas chamanicas para intoxicar los cerebros de la gente, por eso no tenía sentido para ellos creer que había una conciencia cósmica y cuando el Presidente me dio el premio crearon una categoría especial para mí. Soy un 'diamante en bruto del arte ilusorio'.

ENTREVISTA 6: S.S. SAKYA TRIZIN (15/07/2014)

1. Según el budismo, ¿Cuál es el sentido de la vida y la muerte?

La vida es algo que está en continuo movimiento. En el budismo, la conciencia no tiene principio. Es una palabra sin comienzo. Nos referimos a ella como un tiempo sin principio, que se sucede continuamente. Podemos cambiar nuestros cuerpos, de lugar o las familias, pero la conciencia siempre se mantiene, es un proceso que no tiene fin.

2. ¿Qué es la conciencia y en qué nos ayuda en el avance de nuestra existencia?

Se trata de una fuerza que está en curso. Cambia todo el tiempo, pero se mantiene siempre en la misma línea. Cada pieza es diferente, pero sigue siendo la misma línea. Por eso es posible recordar episodios de nuestra vida, porque, aunque cambia con el paso del tiempo, siempre mantiene la misma línea. Es una continuidad que se repite y transcurre, una continuidad irrompible podríamos decir.

3. ¿Qué pasa cuando morimos?

La conciencia abandona el cuerpo. Es el momento de transición que se da desde que la conciencia sale del cuerpo y entra en otro.

4. ¿Dónde reside la Conciencia y dónde va cuando morimos?

No tiene un lugar específico. Cuando estamos vivos el cuerpo es un simple vehículo y la conciencia se encuentra contenida en él, aunque no tiene una localización específica. Sin embargo, el corazón es la parte más importante. Si el corazón se para, el hombre muere. Por tanto, se podría decir que, aunque no se encuentra en un sitio específico, puesto que es algo que no se puede ver, se suele relacionar más con el corazón.

5. ¿Cuándo se produce la separación del cuerpo y la Conciencia y cuándo la unión entre ambas?

Según las enseñanzas del cuerpo, cuando creamos este cuerpo sin elementos, incluimos en él también dichos elementos y cuando morimos estos elementos se disuelven los unos a los otros. Por tanto, la esencia se apaga y la muerte de la conciencia se vuelve inconsciente. Luego, ésta se va del cuerpo. Esto depende mucho de cada individuo. Mucha gente aguanta mucho tiempo, otra bastante menos. Mientras la conciencia se mantenga en el cuerpo éste no va a cambiar. Se mantiene inconsciente, pero está vivo, porque la conciencia sigue en él. Por ello, no va a cambiar de color, no se va a pudrir. Sin embargo, en el momento en el que la conciencia se vaya, entonces el cuerpo empezará a deteriorarse.

6. ¿Qué es el Bardo y cómo es el tránsito por el Bardo?

El Bardo es un estado intermedio entre esta vida y la siguiente. Antes de comenzar otra vida, uno pasa por el Bardo. La mayoría de la gente va allí, pero hay dos casos extremos: aquellos que son muy buenos, que no necesitan ir al Bardo, pasan directamente de aquí al cielo; y los que son malos que van directos al infierno. Sin embargo, la mayoría de la gente va al Bardo. Por otro lado, se trata de una experiencia negativa, porque hay mucho miedo. Uno se encuentra completamente perdido y solo, sin amigos, lo pierdes todo. No obstante, también se puede tomar como una gran oportunidad. Dado que no nos encontramos atados al cuerpo físico en su

forma mental ordinaria, si somos capaces de recordar las prácticas y a la vez hacemos que surjan pensamientos positivos, es una buena oportunidad para comprobar los resultados.

7. ¿La gente que practica la meditación de forma habitual tiene un Bardo más negativo?

No, porque ellos son conscientes de donde se encuentran. Son prácticas específicas del Bardo. Ellos recuerdan dichas prácticas y pueden sacar el efecto positivo. Sin embargo, aquellos que no tienen experiencia en la meditación se encuentran completamente perdidos y tienen que pasar por experiencias aterradoras, debido a lo cual fracasan.

8. En los estudios acerca de las EMC se sabe que cuando morimos atravesamos un túnel, vemos una luz brillante y a nuestros familiares que vienen a recogerlos. ¿Ocurren también estos dos hechos según el budismo?

Si, en las enseñanzas se describe como la disolución de los elementos, siendo dicha disolución lo que se entiende como atravesar el túnel. Por tanto, si es similar.

9. ¿Cómo podemos ayudar a una persona que está muriendo a iniciar el tránsito y qué podemos hacer en los días sucesivos?

Para un budista, en el momento de la muerte es muy importante crear un ambiente tranquilo y pacífico. Ayuda el hecho de relajarse y mantenerse alejado de cualquier tipo de exaltación, ya que si se dan emociones negativas el efecto va a ser muy perjudicial. Es importante estar en paz y mantenerse positivo. Después de esto, llega el estado intermedio del Bardo. El tiempo allí varía de un individuo a otro. Hay quien permanece allí por un largo periodo de tiempo y quien tarda menos. La media por lo general es de 49 días (7 semanas). Cada semana ofrece una experiencia con la muerte y al final se nace de nuevo. Pero no hay cuerpo físico, solo mental. Por ello, es durante este tiempo que se quema la comida, puesto que lo que nos satisface es el olor.

10. Venimos a la vida con un propósito, si esto es cierto, ¿es necesario que uno lo lleve a cabo o puede liberarse de esta responsabilidad, de este apego?

Según el budismo, todo está creado según nuestro propio karma, es decir, basado en nuestros actos, ya sean buenos o malos. Las buenas acciones dan lugar a todo lo positivo que existe (longevidad, buena salud, prosperidad, éxito). Todo esto es consecuencia de tener un buen karma. De la misma manera, las cosas negativas que uno experimenta (vida corta, sufrimientos, poca salud) se relacionan con el karma. Creo que no hay elección. Todo lo que uno haya hecho en el pasado determina lo que va a pasar en el futuro. Tenemos, por tanto, la oportunidad de escoger. Si uno escoge las buenas acciones tendrá una buena vida, pero si escoge las malas acciones, al final, pagará por ello en el futuro.

ENTREVISTA 7: PIM VAN LOMMEL (14/06/2016)

Aunque esta entrevista se realizó muy próxima a depositar la tesis debido a que tuve la oportunidad de conocerle en un congreso, no quise perder la oportunidad de entrevistar al Dr. Pim Van Lommel, que tanto ha contribuido al conocimiento de las Experiencias cercanas a la muerte y a la Consciencia.

1. Las personas que han tenido una ECM tienen varios elementos en común, ¿cuál es el elemento que nos aporta más evidencias de que lo que han experimentado es una verdadera ECM y no un producto de la imaginación, alucinación o las drogas?

A. La corroboración de percepciones verídicas durante la EFC, y B. el encuentro con personas fallecidas que no podían saber que estaban muertos.

Acerca de la Experiencia Fuera del Cuerpo. En esta experiencia la gente tiene percepciones verídicas desde una posición exterior y por encima de su cuerpo sin vida. Experimentadores de ECMs tienen la sensación de que, aparentemente, han despegado de su cuerpo como un viejo abrigo y para su sorpresa, parecen haber conservado su propia identidad con la posibilidad de la percepción, emociones, y una consciencia muy clara. Esta experiencia fuera del cuerpo es científicamente importante porque los médicos, enfermeras y otros familiares pueden verificar las percepciones reportadas, y también pueden corroborar el momento preciso en que la ECM con EFC se produjo durante el período de la RCP. En una revisión reciente de unos 100 informes corroborados de las percepciones de fuera del cuerpo potencialmente comprobables durante ECM, Jan Holden ha encontrado que alrededor del 90 por ciento eran del todo correctos, el 8 por ciento contenía algunos errores menores, y sólo el 2 por ciento era completamente errónea. Esto demuestra que un EFC no puede ser una alucinación, porque esto significa experimentar una percepción que no tiene base en la "realidad", al igual que en la psicosis, ni puede ser delirio, que es una evaluación incorrecta de una percepción correcta, ni una ilusión, lo que significa una imagen malentendida o engañosa. Por otra parte, se necesita un cerebro que funciona para experimentar alucinaciones, delirios o ilusiones. Y durante el paro cardíaco la función del cerebro se ha perdido a los 20 segundos. EFC con percepción verídica desde una posición fuera y encima del cuerpo nunca ha sido inducida, a pesar de mencionar esto en la literatura médica, debido a que sólo ilusiones corporales fueron inducidas por la inhibición de zonas especiales en la corteza (Blanke, Penfield). Y este es el informe de una enfermera de una Unidad de Cuidados Coronarios: "Durante turno de noche, una ambulancia trae en un hombre de 44 años cianótico, en estado de coma en la unidad de cuidados coronarios. Fue encontrado en estado de coma unos 30 minutos antes en un prado. Cuando vamos a intubar al paciente, que resulta tener la dentadura en la boca. Elimino estas prótesis superiores y las pongo en el "carro de parada". Sólo después de aproximadamente una hora y media el paciente tiene suficiente ritmo cardíaco y presión arterial, pero aún estaba ventilado y intubado, y él todavía estaba en estado de coma. Se transfiere a la unidad de cuidados intensivos para continuar con la respiración artificial necesaria durante una semana. Después de más de una semana en coma me encontré de nuevo con el paciente, que estaba de nuevo en la sala de cuidados coronarios. En el momento en que me ve, dice: "Oh, sí, usted, usted sabe dónde están mis dentaduras." Estoy muy, muy sorprendida. A continuación, el paciente aclara: "Sí, usted estaba allí cuando me llevaron al hospital y se llevó mis prótesis de la boca y las puse en ese carro, que tenía todas estas botellas en él y había un cajón deslizante debajo, y hay pones los dientes. "yo estaba especialmente sorprendida porque me acordé de que esto ocurrió mientras el hombre estaba en coma

profundo y en el proceso de la RCP. Al parecer, el hombre se había visto a sí mismo acostado en la cama, y había percibido desde arriba cómo las enfermeras y los médicos habían estado ocupados con la RCP. También fue capaz de describir correctamente y en detalle la pequeña habitación en la que había sido resucitado (donde fue ingresado en estado de coma, y la había dejado en estado de coma), así como la aparición de los presentes como yo misma.

B. Algunas personas son conscientes de la presencia de amigos o familiares fallecidos a los que también se reconocen claramente. A veces estas personas se ven saludables de nuevo, a pesar de que la memoria que prevalece de ellos es como muy enfermo y débil en el período antes de morir. Si murieron a una edad muy temprana, pueden parecerse ahora a los adultos jóvenes. Algunos experimentadores ven personas a las que no habían visto nunca o de cuya muerte no podrían haber sido conscientes. Cita: *“Durante mi ECM después de un paro cardíaco, vi tanto a mi abuela muerta como a un hombre que me miraba con amor, pero a quien no conocía. Más de diez años después mi madre confió en su lecho de muerte que había nacido de una relación extramatrimonial; mi padre biológico era un hombre judío que había sido deportado y murió en la Segunda Guerra Mundial. Mi madre me mostró una fotografía. El hombre desconocido que había visto más de diez años antes durante mi ECM resultó ser mi padre biológico”*.

Otra cita: *“A la edad de dieciséis años tuve un grave accidente de moto. Yo estaba en coma durante casi tres semanas. Durante el coma que tuve una experiencia muy poderosa. . . y luego llegué a una especie de valla de hierro. Encontré de pie el Sr. Van der G., el padre del mejor amigo de mis padres. Me dijo que no podía ir más allá. Tenía que volver porque mi tiempo no había llegado todavía. . . . Cuando le dije a mis padres lo que vi, me dijeron que el Sr. Van der G. había muerto y había sido enterrado durante mi coma. No podía haber sabido que estaba muerto”*.

2. ¿Qué efectos tienen esas experiencias en sus vidas?

La ECM es transformacional, siempre causa una mayor sensibilidad intuitiva, profundos cambios de introspección vital, y la pérdida del miedo a la muerte. Por esta razón, este tipo de experiencias también se llaman experiencias transformadoras espirituales (STE). La ECM resulta ser una experiencia que cambia la vida. En particular, ellos (los experimentadores) tenían menos miedo a la muerte y una fuerte creencia en una vida futura. Ellos muestran un mayor interés en la espiritualidad y las preguntas sobre el propósito de la vida, así como una mayor aceptación y amor por uno mismo y los demás. Las conversaciones que tuvimos en nuestro estudio longitudinal holandés también revelaron que las personas, a menudo para su propia sorpresa y confusión, había adquirido una mayor intuición después de una ECM. O, como muchos de ellos decían, habían adquirido dones paranormales. "Esta intuición mejorada se basa en la interconexión con la conciencia no local de los demás, y es independiente del tiempo (conocimiento interno de los acontecimientos futuros o tener sueños premonitores) e independiente de la distancia (saber acerca de una llamada telefónica entrante, y del dolor, la enfermedad o la muerte próxima de las personas, que por lo general resulta ser exactos). La aparición repentina de esta intuición mejorada puede ser bastante problemática, ya que la gente de repente tiene un sentido muy profundo de los demás, que pueden ser muy intimidante. Como alguien me dijo: "No podía ni siquiera hablar de ello, o me hubieran internado en una institución" Por último, es bastante notable y un descubrimiento sorprendente e inesperado ver que un paro cardíaco que dura sólo unos minutos da lugar a tal proceso de transformación vital. Sin embargo, la integración y la aceptación de una ECM es un proceso que puede durar muchos años debido al impacto de largo alcance en la comprensión de la gente del sistema de vida y valores antes de la ECM. A pesar de que las ECMs en su mayoría son positivas, también es un evento traumático, porque casi no hay aceptación por parte de los médicos, enfermeras,

familiares y pareja (con una tasa de divorcio más del 70%), lo que hace el proceso de aceptación e integración muy difícil, y este proceso llevará muchos, muchos años, con fuertes sentimientos de depresión, nostalgia y soledad, pero cuanto más tiempo pasa entre la ECM y la entrevista, se presentan por lo general los cambios más positivos.

3. ¿Hay diferencias en las ECMs entre los distintos países, culturas y religiones?

El contenido de una ECM y los efectos sobre los pacientes parecen similares en todo el mundo, en todas las culturas y todos los tiempos. Sin embargo, la naturaleza subjetiva y la ausencia de un marco de referencia para esta experiencia, ha llevado a que los factores individuales, culturales y religiosas determinen el vocabulario utilizado para describir e interpretar la experiencia: niños y adultos, cristianos y ateos, musulmanes y budistas, todos ellos utilizan diferentes palabras de su propia religión, la cultura y la tradición. Por otra parte, la ECM es en esencia, una experiencia inefable.

4. La muerte clínica es un tema muy debatido por muchos médicos que sostienen que si una persona ha sido certificada clínicamente muerta es imposible volver a vivir, y si eso ocurre es porque no habría un error de certificación. ¿qué piensa usted al respecto?

En nuestro estudio prospectivo holandés se estudiaron pacientes que sobrevivieron a un paro cardíaco, porque esta es una situación médica bien descrita que amenaza la vida, que también se llama la muerte clínica. La definición de muerte clínica se utilizó para el período de inconsciencia provocada por la falta de oxígeno, o anoxia del cerebro debido a la detención de la circulación y la respiración que ocurre durante la parada cardíaca en los pacientes con un infarto agudo de miocardio. Estos pacientes son los que mueren a causa de un daño irreversible en el cerebro si la reanimación cardiopulmonar (CPR) no se inicia dentro de 5 a 10 minutos. Es el modelo más cercano del proceso de morir. Y hemos tenido que llegar a la sorprendente conclusión de que en nuestro estudio durante el paro cardíaco se experimentaron todos los elementos reportados de una ECM durante una pérdida funcional transitoria de todas las funciones de la corteza y del tronco cerebral, con un EEG plano. Pero, ¿cómo sabemos que el EEG es plana en aquellos pacientes con paro cardíaco, y cómo podemos estudiar esto? A través de muchos estudios con paro cardíaco inducido en ambos modelos humanos y animales, la función cerebral ha demostrado ser severamente comprometida durante el paro cardíaco, con el cese completo del flujo cerebral, causando la pérdida repentina de la conciencia, la pérdida de la respiración (la apnea), la pérdida de todos los reflejos del cuerpo (corteza), y también la pérdida de todos los reflejos del tallo cerebral como el reflejo nauseoso, el reflejo corneal, y pupilas fijas y dilatadas. La actividad eléctrica en la corteza cerebral (también en las estructuras más profundas del cerebro en animales) se ha demostrado estar ausente después de 10-20 segundos (una línea plana EEG). En un infarto agudo de miocardio la duración de la parada cardíaca es siempre mayor que 20 segundos. Así que todos, los 562 sobrevivientes de un paro cardíaco, en los 4 estudios prospectivos deben haber tenido un EEG plano. Muchos argumentan que la pérdida de flujo de sangre y un EEG plano no excluyen alguna actividad en algún lugar en el cerebro debido a que un EEG registra principalmente la actividad eléctrica de la corteza cerebral. En mi opinión, este argumento pierde un punto. La cuestión no es si hay alguna actividad inconmensurable en algún lugar, sino si existe algún indicio de esas formas específicas de actividad cerebral que, de acuerdo con la neurociencia actual, son consideradas esenciales para experimentar la conciencia, con actividades medibles en muchos centros neuronales (espacio de trabajo neuronal mundial). Y no hay indicio alguno de esas formas específicas de la actividad cerebral en los EEG de pacientes con paro cardíaco. Un EEG plano es también una de las

principales herramientas para el diagnóstico de muerte cerebral, y en esos casos la objeción de no excluir ninguna actividad cerebral nunca se menciona.

¿Qué ocurre exactamente en el cerebro cuando el corazón deja de latir? el cerebro explica sólo el 2 por ciento del peso total del cuerpo, y utiliza el 15 a 20 por ciento del suministro total de energía del cuerpo, principalmente para mantener el potencial de membrana (la carga eléctrica a través de una membrana celular) de las células nerviosas, o neuronas. La deficiencia de oxígeno provoca una pérdida funcional de todos los sistemas de células y órganos en el cuerpo. Sin embargo, algunas células responden mejor a la deficiencia de oxígeno que otros. Las neuronas responden mal debido a que su única fuente de energía es la glucosa. A diferencia de las células de los músculos de nuestro cuerpo, nuestro cerebro no almacena la glucosa en forma de glucógeno como un suministro de energía de la célula. Las partes del cerebro que son más susceptibles a la deficiencia de oxígeno son las neuronas de la corteza cerebral, el hipocampo y el tálamo. La deficiencia de oxígeno reduce estas estructuras, las cuales forman un vínculo importante entre el tronco cerebral y la corteza cerebral, a pronunciar el caos y acaba con sus conexiones. Las sinapsis son las uniones que permiten la comunicación entre las neuronas, y cuando estas sinapsis dejan de funcionar la cooperación ya no es posible. Pero la investigación sobre la base de imágenes de resonancia magnética (MRI), por ejemplo, ha demostrado que la actividad conjunta y simultánea de la corteza del tallo cerebral y el cerebro, con sus vías compartidas (hipocampo y el tálamo), es un requisito previo para la experiencia consciente. Si la ausencia de flujo de sangre al cerebro evita el suministro de glucosa y oxígeno, el primer síntoma de una neurona es la incapacidad para mantener su potencial de la membrana, resultando en la pérdida de la función neuronal. La pérdida aguda de la actividad eléctrica y sináptica en las neuronas puede cesar como la defensa innata de la célula y la respuesta de ahorro de energía (un estado-piloto de la luz). Cuando estas funciones cesan, las fuentes de energía restantes se pueden implementar muy brevemente para la supervivencia de la célula. En el caso de la deficiencia de oxígeno a corto plazo, la disfunción puede ser temporal y la recuperación es posible debido a que las neuronas van a permanecer viables durante unos minutos más. Una especie de atontamiento (estado-piloto de la luz) tiene lugar en las neuronas, pero si la deficiencia de oxígeno es demasiado prolongada, la muerte de las células causa daños irreparables y la pérdida de la función será permanente e irreversible. La pérdida permanente de todas las funciones cerebrales como resultado de un paro cardíaco es conocido como muerte cerebral porque después de cinco a diez minutos las neuronas están irreversiblemente dañadas por la desintegración de la membrana celular, lo que conduce a una afluencia de calcio y la formación de so- llamados radicales libres. Las proteínas en las neuronas se rompen, y la célula muere. Esta diferencia es claramente visible en los pacientes con una pérdida temporal o permanente del flujo sanguíneo en una parte del cerebro. Si un vaso sanguíneo (arteria) en el cerebro es bloqueado por un coágulo de sangre, parte de la corteza cerebral no recibirá más sangre y por lo tanto no más de oxígeno y glucosa. La pérdida resultante de la función de esta parte del cerebro hará que la parálisis unilateral del cuerpo, ceguera parcial o la pérdida de expresión. Si el coágulo de sangre se disuelve dentro de los cinco a diez minutos, la pérdida de la función es temporal y la parálisis y otros síntomas desaparecerá. Tal disfunción temporal se conoce como un ataque isquémico transitorio (TIA). Sin embargo, si el coágulo de sangre sigue bloqueando el vaso sanguíneo, las neuronas mueren, lo que conduce a la disfunción permanente de esa parte del cerebro. Los pacientes se quedan con parálisis permanente u otros síntomas, y esto se llama un infarto cerebral. También se conoce como un accidente cerebrovascular o un accidente cerebrovascular (CVA). La pérdida de la función cerebral ya no es transitoria debido a que las neuronas han sufrido un daño permanente y mueren como resultado de la privación de

oxígeno prolongada (anoxia). Durante un paro cardíaco todo el cerebro se ve privado de oxígeno, lo que da como resultado la pérdida de la conciencia, los reflejos y la respiración. Esto se conoce como la muerte clínica. Por lo general es reversible, es decir, temporal, si la reanimación se inicia un plazo de cinco a diez minutos. Sin embargo, un retraso largo en la resucitación puede terminar en la muerte de un gran número de las células del cerebro y por lo tanto en la muerte cerebral. La mayoría de los pacientes son los que mueren. Un estudio llevado a cabo en una unidad de cuidados coronarios mostró que los pacientes cuya reanimación se inicia en un minuto tenían una posibilidad de supervivencia del 33 por ciento en comparación con sólo el 14 por ciento para los que fueron resucitados más de un minuto después de la aparición de la inconsciencia.

La investigación ha demostrado que el masaje cardíaco externo no puede bombear suficiente sangre al cerebro para restaurar la función cerebral. Nadie jamás ha recuperado la conciencia durante la reanimación externa del corazón. Esto siempre requiere la desfibrilación (descarga eléctrica). Una vez que el ritmo cardíaco se restaura, la presión arterial normalmente se estabiliza. La presión arterial se expresa típicamente en milímetros de mercurio (mmHg) a causa de los manómetros ahora obsoletos que utilizan una columna de mercurio. En circunstancias normales, la presión de la sangre es aproximadamente 140 sobre 80 mmHg, con una presión arterial media de 100 mmHg. Durante la reanimación, el suministro de sangre al cerebro es de menos de 5 por ciento de su valor normal, y durante cardíaco externo masajear la presión sistólica (el primer número) generalmente alcanza aproximadamente 50 mmHg, con una media de 20 mmHg a causa de la baja presión diastólica (el segundo número). La presión arterial media máxima durante la reanimación adecuada es de 30 a 40 mm Hg, que es todavía demasiado baja para la sangre para entregar suficiente oxígeno y glucosa al cerebro. Dando ciertos medicamentos durante la reanimación puede aumentar la presión arterial un poco, pero se mantendrá muy por debajo de lo normal. Además, en ausencia de un suministro normal de sangre, las células del cerebro son propensas a hincharse (edema), de lo que resulta un aumento de la presión en el cerebro y en realidad requiere más presión de la sangre de lo normal para suministrar al cerebro con sangre bien oxigenada y eliminar dióxido de carbono. En cuestión de segundos, un paro cardíaco da lugar a la deficiencia de oxígeno grave y una acumulación de dióxido de carbono en el cerebro. Esta situación no puede remediarse durante el propio procedimiento de reanimación, pero sólo pueden resolverse mediante el restablecimiento del ritmo cardíaco a través de desfibrilación (descarga eléctrica). La reanimación adecuada, con el masaje cardíaco adecuado y la respiración boca a boca o la respiración a través de una máscara, produce un flujo bajo de sangre al cerebro, lo que aumenta las posibilidades de recuperar la función cerebral después de que la parada cardíaca ha sido tratada. Ha habido algunos casos en los que se midió la actividad eléctrica del cerebro (EEG) durante un paro cardíaco, por ejemplo, durante la cirugía. Tras el paro cardíaco (ausencia de flujo sanguíneo), el EEG fue plano después de un promedio de quince segundos y se mantuvo estable durante la reanimación. El EEG no se recupera hasta que ambos, el ritmo cardíaco y la presión arterial, han sido restaurados, y cuanto más prolongado la detención y la resucitación cardíaca sea, más tiempo el EEG se mantendrá (horas o días) plano. En otras palabras, después de una reanimación complicada, pero con éxito, el paciente permanecerá en estado de coma más tiempo. Si no se inicia la reanimación, el cerebro suele sufrir daños irreparables dentro de cinco a diez minutos y los pacientes casi siempre mueren. Por hipotermia local de que se mejora la viabilidad del cerebro durante y después de la RCP.

5. ¿Cree que unas explicaciones fisiológicas o psicológicas pueden explicar lo que se observa en las ECM?

Se han propuesto varias teorías para explicar una ECM. Sin embargo, en nuestro estudio prospectivo holandés, publicada en *The Lancet* en 2001, no pudo demostrarse que los factores psicológicos, farmacológicos o fisiológicos causaran estas experiencias durante el paro cardíaco. Con una explicación puramente fisiológica, como la falta de oxígeno en el cerebro la mayoría de los pacientes que habían estado clínicamente muerto debe reportar una ECM, ya que todos los pacientes de nuestro estudio habían estado inconsciente debido a la falta de oxígeno en el cerebro como resultado de su paro cardíaco. Sin embargo, sólo el 18% informó de una ECM, y por qué sólo el 18% informa de una ECM después de un paro cardíaco sigue siendo un gran misterio. Además, es un hecho bien establecido que las personas sin ningún tipo de falta de oxígeno en el cerebro como en la depresión o la meditación también pueden experimentar un aumento de conciencia. Otra teoría sostiene que el ECM podría ser un estado cambiante de la conciencia, o la teoría de la continuidad, en el que los recuerdos, la identidad y la cognición, la emoción, funcionan independientemente del cuerpo inconsciente, y conserva la posibilidad de la percepción extra-sensorial. Obviamente, durante la ECM se experimenta un aumento de la conciencia de forma independiente de la conciencia normal corporal, ligada a la vigilia. En cuatro estudios prospectivos con idéntico diseño de estudio, se descubrió que nuestro estudio holandés (el único estudio con el análisis estadístico), un estudio de los EE.UU. y dos estudios del Reino Unido, tenían aproximadamente el mismo porcentaje de ECM en un total de 562 pacientes. Bruce Greyson escribe en su comentario que no existe un modelo fisiológico o psicológico que por sí solo pudiera explicar todas las características comunes de las ECM. La aparición paradójica de la elevada y lúcida conciencia y los procesos de pensamiento lógico durante un período de deterioro de la perfusión cerebral, plantea preguntas desconcertantes particulares para nuestra comprensión actual de la conciencia y su relación con la función cerebral. Un sistema sensorial claro y procesos perceptivos complejos durante un período de muerte clínica aparente desafían el concepto de que la conciencia se localiza exclusivamente en el cerebro. Sam Parnia y Peter Fenwick escriben que los datos de varios estudios ECM sugieren que la ECM se produce durante la inconsciencia, y esta es una conclusión sorprendente, ya que cuando el cerebro es tan disfuncional que el paciente está en coma profundo, esas estructuras cerebrales que sustentan la experiencia subjetiva y la memoria, debe estar severamente dañadas. Experiencias complejas como las que se informa en la ECM no debe surgir o ser retenidas en la memoria. Sería de esperar que estos pacientes no tuvieran una experiencia subjetiva en absoluto. Penny Sartori llega a la conclusión de que, según la ciencia convencional, es casi imposible encontrar una explicación científica para la ECM mientras nos "creamos" que la conciencia sólo es un efecto secundario de un funcionamiento cerebral. El hecho de que las personas reportan experiencias de lucidez en su conciencia cuando ha cesado la actividad cerebral es, en su opinión, "difícil de conciliar con la opinión médica actual."

**6. ¿Es posible que la conciencia esté separada del cuerpo (usted habla de conciencia no local)?
¿Es eso una prueba de la inmortalidad de la conciencia?**

De hecho, es un reto científico discutir nuevas hipótesis que podrían explicar la posibilidad de tener un aumento y conciencia clara durante un período transitorio de un cerebro no funcional, con recuerdos, con identidad propia, con la cognición, la emoción, con la posibilidad de la percepción fuera y por encima del cuerpo sin vida, para explicar la interconexión informada con la conciencia de otras personas y de los parientes fallecidos, para explicar la posibilidad de experimentar instantánea y simultáneamente (no-localidad) una revisión y una vista previa de la vida de alguien en una dimensión sin nuestro convencional concepto del tiempo y el espacio ligado al cuerpo, donde todos hechos pasados, presentes y futuros existen, e incluso explicar la experiencia del regreso consciente en el cuerpo. En el concepto de conciencia no local nuestra

conciencia sin fin o no local con memoria declarativa encuentra su origen, y se almacena en un plano no local como onda-campos de la información, y el cerebro sólo sirve como una estación de relevo para las partes de estas ondas-campos de la conciencia de ser recibido o como nuestra conciencia de vigilia. La función del cerebro, debe ser comparado con un transceptor, un transmisor / receptor, o interfaz, exactamente igual que la función de un ordenador. Diferentes funciones redes neuronales como interfaz para diferentes aspectos de nuestra conciencia, y la función de las redes neuronales debe considerarse como receptores y transportadores, no como retenedores de la conciencia y los recuerdos. En este concepto, la conciencia no local no se basa en el dominio de la física medible, nuestro mundo manifiesto. Sin embargo, el aspecto físico de la conciencia, que se origina en el aspecto ondulatorio de nuestra conciencia a través del colapso de la función de onda ("reducción objetiva") se puede medir por medio de técnicas de neuroimagen como EEG, fMRI y PET-scan. Con este concepto de conciencia no local todos los elementos registrados de una ECM durante el paro cardíaco podrían ser explicadas. De acuerdo con los 4 estudios prospectivos sobre ECM en los sobrevivientes de un paro cardíaco, la visión materialista actual de la relación entre el cerebro y la conciencia sostenida por la mayoría de los médicos, filósofos y psicólogos está demasiado restringido para una correcta comprensión de este fenómeno. La ciencia materialista comienza principalmente a partir de una realidad que sólo se basa en datos observables físicos. Pero debemos ser conscientes de que, además de la percepción y la observación objetiva externa, también hay aspectos subjetivos, no observable y no demostrables como los pensamientos, los sentimientos, la inspiración y la intuición. Sólo podemos medir la actividad química, eléctrica, magnética en el cerebro mediante EEG, MEG y PET-scan, y podemos medir los cambios en el flujo sanguíneo en el cerebro mediante resonancia magnética funcional, pero estos son sólo los correlatos neuronales de la conciencia. Estas mediciones no explican nada sobre la producción ni sobre el contenido de la conciencia. Con nuestras técnicas científicas y objetivas disponibles en la actualidad uno no es capaz de probar, medir ni objetivar el contenido de las experiencias subjetivas en nuestra conciencia. Prueba directa acerca de cómo las neuronas o redes neuronales, posiblemente, podrían producir la esencia subjetiva de nuestros pensamientos y sentimientos está totalmente ausente. Al argumentar científicamente la conciencia como un fenómeno no local y por lo tanto en todas partes, este punto de vista puede contribuir a nuevas ideas acerca de la relación entre la conciencia y el cerebro. La investigación sobre la ECM cuestiona el paradigma puramente materialista en la ciencia, y por lo que parece ser importante para nuestras ideas científicas sobre la mente-cerebro y la relación mente-cuerpo. También es evidente que es importante para nuestros conceptos de la vida y la muerte debido a la conclusión casi inevitable que en el momento de la conciencia de la muerte física seguirá siendo experimentado en otra dimensión, en la que todo pasado, presente y futuro está encerrado. Cita: "*La muerte es sólo el final de nuestros aspectos físicos*". Ahora creo que la muerte, como el nacimiento, puede ser un mero paso de un estado de conciencia a otro. Sin embargo, debemos reconocer que la investigación sobre la ECM no nos puede dar la prueba científica irrefutable de esta conclusión, porque las personas con una ECM no acababan de morir, pero todos estaban muy cerca de la muerte, y sin un funcionamiento cerebral. Pero se ha demostrado científicamente que durante la ECM la conciencia aumentada fue experimentada de forma independiente de un funcionamiento cerebral. Basado en la investigación científica sobre las ECM, uno no puede evitar la conclusión de que la conciencia infinita ha sido y siempre existirá independientemente del cuerpo. No hay principio ni habrá nunca un fin a nuestra conciencia. Nuestra conciencia reforzada no reside en nuestro cerebro y no se limita a nuestro cerebro, porque nuestra conciencia es no local, y nuestro cerebro tiene una función de facilitador, y no una función producción de experimentar la conciencia.

7. ¿Cuánto tiempo le llevará a la comunidad científica aceptar la existencia de la ECM?

Será un proceso lento antes de que la comunidad científica materialista sea capaz de aceptar las ideas no locales sobre la conciencia y sobre un nuevo concepto de la relación entre la conciencia y el cerebro. Ellos tienen miedo a cambiar sus conceptos, y reconsiderar el supuesto no probado de que la conciencia es un producto de un cerebro que funciona. Pero soy positivo, y el cambio hacia una ciencia post-materialista ya ha comenzado.

ANEXO 5: CUESTIONARIOS EXTRAHOSPITALARIOS

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 199

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: sábado 27 de enero de 2016

Fecha de Nacimiento: 11 de junio de 1986 a las 5:00 de la madrugada.

Fecha de la ECM: en la madrugada del jueves 20 de agosto de 2015, es decir terminando el día 19 y comenzando el 20, entre la 1 y las 3 de la madrugada.

Causa de la ECM: Operación

¿Conocimientos previos de las ECM? Lo que se escucha por la tele, ver un túnel negro, verse a uno mismo acostado desde arriba y flotando... pero nunca me había parado a pensar en eso, era un tema así muy específico que no me atraía para nada, de hecho, le tenía animadversión, tampoco conocía esas siglas, había oído "experiencia cercana a la muerte", pero nunca como ECM, de esas siglas me he enterado después de la mía.

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Dentro de la ECM tenía paz, quietud, no me dolía nada, ni tenía frío (en la UCI, antes de operarme el pulmón para drenar y ponerme el tubo estaba helada, además tenía mucha fiebre, pero solo me taparon con una sabanita, me tenían desnuda), durante la ECM tenía sensación alegre y sarcástica porque pensaba "vaya sueño más raro estoy teniendo mientras me operan, ¿qué me habrán pinchado?" yo era consciente de que me habían puesto Propofol, de hecho escuchaba a los cirujanos hablar, contarse sus cosas, reírse... (luego afirmaron que era verdad), en mi ECM yo iba en camilla acostada boca-abajo con el cuello y cabeza levantada (la cama era blanca y mi bata también era blanca y tenía mangas largas, pues yo veía mis brazos apoyados en la camilla para impulsar mi cuello y mi cabeza y mirar hacia adelante, mientras, una presencia, en la esquina derecha de la camilla, y otra en la esquina trasera izquierda me dirigían por unos pasillos oscuros, solo iluminados por una tenue luz de emergencia (primero era rojizo oscuro, luego verdoso y después azulado). Esos pasillos me tragaban con mi camilla, ayudados por las presencias, sobre todo la de mi derecha que era como presencia-espectro, yo miraba pero no me hacía caso, cada vez cogía más velocidad, una rapidez sobrehumana, había una barrera (la pared), creía que chocaba y yo mentalmente gritaba ¡que me choco, que me choco! pero de repente me giraban la camilla a la izquierda, me calmaba, venía la sensación de paz y a recorrer otro pasillo, pero cada vez más deprisa, parecía que me chocaba (me volvía a asustar) y me giraban otra vez, hasta que empezó a darme miedo cuando escuché alboroto de mis cirujanos, y a su vez el pasillo azulado se iba iluminando, las presencias tomaban más velocidad todavía y ese pasillo me tragaba y yo no lo podía controlar, oía un ruido de vacío a su vez, como si fuera un zumbido, en ese momento era muy consciente de todo, la vez que más consciente he estado, mi cuerpo material estaba en la camilla de operaciones, a los cirujanos los escuchaba pero yo, mi yo verdadero, estaba en esos pasillos escuchando zumbido de vacío y a la vez a ellos, incluidos los pitidos de las máquinas, también sabía que me estaba yendo, el pasillo se iluminaba cada vez más, ya no me giraban ni chocaba con nada el pasillo recto me tragaba y pensé que moría, entonces mentalmente empecé a llamar al Arcángel San Miguel gritándole, pero sin hablar, gritaba con la mente pero no hacía falta hablar, en el mundo terrenal hablamos, pero en el espiritual con la mente se habla y se grita, yo decía: "Arcángel San Miguel ven, ven, ven, quiero volver, quiero volver a la vida, quiero abrir los ojos..." (en ese momento aunque era placentero y agradable a la vez tenía miedo porque yo no quería irme hacia esa luz, pero también tenía

muchísima fe de que el Arcángel San Miguel me sacaba de ahí enseguida) de repente noté un tirón en la espalda y salí de esa cama como si fuera un trapo, o más bien una muñeca de trapo, es decir, algo agarró mi bata blanca por la parte trasera y vi mis brazos y pies colgando, todo fue muy rápido, a velocidad enorme recorrí los pasillos hacia atrás, de repente vi una luz brillante, brillante, brillante que cegaba mis ojos y los abrí igual que platos en el quirófano, me tenían puesta de lado, desnuda completamente, cubierta solo con sábanas verdes, el dolor del pulmón era insoportable y pedí anestesia gritando pero a su vez dije que no me pusieran cosas que me hicieran ver pasillos ni escucharlos hablar, pues me había dado miedo... me sujetaron y me dijeron “cariño se fuerte que ya queda nada y si te ponemos más anestesia coges el pasillo hacia arriba” me terminaron así en vivo. La segunda operación para recolocar el tubo de drenaje al pulmón también fue en vivo, les daba miedo poner anestesia, decían que mi cuerpo no aguantaba. Después me dio mucha hambre de sandía (llevaba varios días con el antojo) pero después de eso se acrecentó de manera desmesurada... yo se lo decía a mi cirujano, pero él estaba atónito en su ordenador de esa sala de la UCI, mirándome con cara extrañada y preguntándome sobre lo escuchado, yo se lo decía, también le decía que quería sandía y que estaba zombi... (jajaja, a todo el mundo le decía que estaba zombi por lo que me habían puesto). En esa sala había un póster de la Virgen del Carmen y la enfermera que estuvo conmigo hasta que coaguulé un poco por la vitamina k se llamaba Carmen. Yo al mirar el póster no tenía miedo porque el día que empecé a trabajar en el cole (mes y medio antes de la operación del 17 de junio) me encontré una estampita redonda de la Virgen del Carmen tirada en el suelo donde yo estaba sentada esperando a que vinieran a recogerme para ir por primera vez al Colegio, la plaza me la adjudicaron el día anterior por teléfono porque la adjudicataria interina estaba ya de baja maternal, y ese día de la llamada, por la noche, una prima de mi madre me trajo de la Catedral una estampa del Cristo de los Milagros porque estando allí se acordó de mí, por ello yo tenía fe de que eran señales de que me iba a curar... y así fue... el día de mi alta hospitalaria total fue el 29 de septiembre de 2016 (día del Arcángel San Miguel), mucho antes de lo que pertenecía médicamente para curarme...

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Escuché un zumbido como de vacío, los pasillos eran cerrados, a su vez escuchaba a los cirujanos hablar, reírse, contarse sus cosas y alborotarse. Me escuché a mi misma gritando mentalmente para llamar al Arcángel San Miguel, aunque mi voz no salía de mi boca, sino de mi mente, sí que tenía el mismo timbre sonoro del de la vida terrenal.

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? Sí, mi cuerpo material estaba en la camilla de operación, sentí que era un vestido simplemente, mi verdadero yo era igual que el mío terrenal, mi consciencia y mi cuerpo espiritual iban unidos, lo que se separó fue el cuerpo de carne y hueso.

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? Yo no vi un túnel, yo vi unos pasillos cerrados que recorría a gran velocidad (mi camilla y las presencias cabíamos justas por esos pasillos porque eran estrechos, aunque esos pasillos eran altos), el último pasillo azulado sí era recto e iluminado, pero no era un túnel.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Fui viendo como el pasillo ultimo que era azulado se iluminaba mucho, cada vez más, cuando iba a abrir los ojos tras recorrer los pasillos hacía atrás cogida de la espalda sí vi una luz brillantísima que me cegaba.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? Vi dos presencias, la que llevaba la camilla sujeta por la parte derecha y la que sentía detrás por la parte izquierda, aunque la que yo miraba era la de la derecha, pero es indefinible porque no le vi la cara, era solo espectro, presencia...

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No, yo solo llamé al Arcángel San Miguel porque desde hace años le soy devota y en ese momento de miedo lo llamé.

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? Llamé al Arcángel San Miguel y sentí un tirón por la espalda, la sensación fue de paz, alegría y

estar a salvo justo en ese tirón con regresión, pero no llegué a ver físicamente nada, aunque sé que fue el Arcángel San Miguel.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? Me limitaban las paredes de los pasillos, yo creía que chocaba, pero, me giraban, nunca llegué a chocar, el pasillo último no tenía frontera ni limitación, pero yo quise volver a la vida.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? Sí, yo noté un tirón que me hizo regresar, yo pedí al Arcángel San Miguel que me sacara de ahí, yo no podía controlar los pasillos, ni la velocidad tan grande, pero sí controlaba mi voz y pude llamar a quien yo quería, sabía con certeza que el Arcángel me sacaría de ahí, mi fe era inquebrantable y mis gritos muy potentes (como vengo diciendo, mi boca no necesitaba emitir sonido, mi mente ya lo hacía)

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Antes tenía percepciones extrasensoriales de precognición, sobre todo con cuestiones relacionadas con sueños, corazonadas, asomos ante algunas muertes de conocidos, etc. Lo que sí es nuevo a partir de esta ECM son las casualidades ocurridas en torno al Arcángel San Miguel después de salir del hospital, incluso el día del alta fue el día 29 de septiembre de 2015, festividad grande para la Iglesia en torno a este Arcángel. Mi abuela me enseñó a rezar el “mal de ojo” con oraciones cristianas, siempre lo he rezado y ya está, pero ahora se me pasa a mí el dolor de la persona, aunque no me digan lo que tiene, me suele durar unos 5 minutos, tanto las personas a las que se lo he rezado como yo misma nos hemos quedado pasmados, ellos por yo acertarle sus dolencias, y yo por sentirlos, decirlas y ver que es verdad, a partir de ahí la persona mejora. Es impresionante, e veces me ha llegado a doler fuertemente algún dedo o hueso pequeño y cuando lo he dicho, sin conocer a la persona resulta que ese día le dolía por anteriores esguinces, roturas, etc. Yo con eso sigo un poco pasmada todavía porque es algo reciente, nunca antes me había pasado, yo lo rezaba a quien me lo pedía y ya está, pero nunca ocurría nada.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? Perdón, no me di cuenta y ya lo he contestado anteriormente...

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? Si, es el mayor nivel de consciencia mental que he tenido en mi vida, podía hacer varias cosas a la vez, oía el zumbido vacío del pasillo y a la vez a los médicos, sabía que me operaban el cuerpo y a su vez sabía que yo me iba... desde entonces es como si aprendiera cosas del más allá que no sabía y que se han quedado imprimadas en mí y he traído a mi nueva vida, ahora pienso de manera diferente, se cosas que no sabía, puedo explicar cosas que antes no podía hacer, tengo una vida nueva, siento que soy otra persona. De hecho, antes de operarme le decía a mi madre: “mamá no soy feliz, siento que estoy en un cuerpo que no me pertenece, esta no soy yo...” era verdad todos me decían que parecía amargada, que a pesar de ser artista y afortunada profesionalmente en mis ojos había tristeza, ahora soy yo realmente, ahora soy más feliz, veo las cosas de otra manera y me siento muy afortunada de haber vivido esto y de haber sido elegida para esta experiencia, ahora siento mucho agradecimiento con todo y con todos, también siento amor por todo lo que hago y por todo lo que me rodea.

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? En ese plano no existe el tiempo ni el espacio tal y como lo entendemos aquí, en esta frecuencia vibratoria terrenal hay un espacio y un tiempo que todos conocemos y sabemos que tiene unas limitaciones prefijadas, pero en la frecuencia vibratoria espiritual que yo tuve ocupaba un lugar, por supuesto, pero la velocidad es tan sumamente rápida e indescriptible que puedes estar rápidamente en otro lugar,

el tiempo es muy rápido y veloz, pero no hay tiempo contado en minutos, horas, segundos... todo es fugaz.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Los pasillos que vi parecían pasillos de hospital, pero no pertenecían a este mundo terrenal, eran raros, la sensación era placentera y a la vez extraña, el último pasillo azulado era hermoso conforme se iba iluminando, pero la mejor sensación fue la de llamar al Arcángel y notar el tirón que me hizo regresar. Con respecto a los planos hay varios, cada pasillo tenía una frecuencia vibratoria distinta, yo sentía eso, siento que hay muchas más frecuencias a las que ya no quise llegar, pues yo pedí volver, había dejado aquí muchas cosas por hacer, algunas de ellas reveladas en sueños hace años y debo cumplirlas por orden del Arcángel San Miguel.

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? Sí, tanto en ese momento como en el actual. Anteriormente a la operación de junio también sentía cosas, pero ni yo misma me las creía, era como si yo misma me pusiera barreras, ya no... (Entre el 17 de junio, que me operaron de reducción de estómago y el 19 de agosto estaba muy malita, en *stand back* y ni pensaba ni sentía nada, solo dolor y malestar, pero había perdido la ilusión por todo, unos días antes de ir a la UCI soñé que un gran peligro me acechaba). A día de hoy ya soy muy fuerte, puedo hacer todo lo que desee de buen corazón y, por supuesto, todo lo que no ofenda ni impida a los demás ejecutar su propósito de vida. Ahora tengo muchas ganas de ayudar y orientar a las personas que me piden ayuda o que se encuentran mal, antes también, pero no del mismo modo que ahora, ahora hay mucho amor, fe y agradecimiento en mí.

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? Sí, totalmente, como ya he comentado con anterioridad en la pregunta superior. La muerte ya no es como yo la veía antes, ahora sé que la muerte no es el fin, es solo un cambio de plano, es una frecuencia sonora y vibracional distinta, el cuerpo material es un vestido que nos limita, pero siento que debemos aprender cosas aquí que nos ayudarán después en ese plano al que algún día debemos ir.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Si

11- Alguna otra observación.

Una cosa rara, que quizás no tiene nada que ver, pero bueno, lo escribo por si puede valer de algo o por si pudiese tener explicación, es que cuando vine de operarme, el día 25 de junio que fue cuando me dieron el alta (ya me habían provocado el derrame pleural y fuga sin decírmelo a mí... tenemos todas las pruebas) fui directamente a casa de mi abuela porque estaba flojilla para subir las 84 escaleras que tiene mi piso sin ascensor... había una gatita embarazada (la misma que mi madre y yo veíamos al ir a andar por las mañanas a la vía verde antes de operarme, esa gata estaba siempre a un kilómetro de la casa de mi abuela, justo en la puerta de un establecimiento de fontanería que tiene la sede en la Calle Arcángel San Miguel de Cehegín, lo sé porque el dueño era Presidente de la Cofradía de la Virgen del Primer Dolor, de los Azules que un año antes me habían elegido pregonera de Semana Santa). La gatita se nos quedaba mirando siempre cuando íbamos a andar, era particular porque tenía una manchita negra en una oreja, pues bien, como venía diciéndote al salir del hospital yo estaba en la puerta de mi abuela y estuvo allí merodeando por mucho tiempo, maullaba por las noches y tocaba a la puerta de mi abuela, pasados unos días yo venía a mi piso con mis padres y pasaba aquí el día, y por la noche mi novio me llevaba a casa de mi abuela... pues todas las noches me esperaba la gata embarazada aquella, se ponía en la puerta de mi abuela y me miraba fijamente desde la puerta hacia el coche, a mi me daba miedo y mi novio debía bajarse del coche para dejarme justamente en la puerta porque la gata quería entrarse y me daba pánico... cada vez estaba yo más malita, me costaba más de media hora subir las escaleras de mi casa todos los días, me

ahogaba... conforme me ponía mas mala no podía dormir y esa gata lloraba por la noche en la puerta y como yo no dormía pues la oía y me daba mala sensación. El día 14 de agosto me iba a mi piso con mis padres, ya no volví más a casa de mi abuela, y ví que la gata había parido, los dos gatitos estaban en la ventana de enfrente con los ojitos enfermos llenos de pus, yo no tenía fuerzas, pero me dio pena y como pude volví a entrar a casa de mi abuela a echarles chorizo y trocitos de pan mojado en leche, la gata me miró y me fui, ya nunca volví a verla más, ni ahora tampoco, allí en la calle de mi abuela ya no hay ningún gato. Será casualidad, pero yo te la escribo por si tú puedes darle explicación o por si te sirve de algo. Dicen que los animales detectan cosas, pero yo que sé...

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 196

Género: Masculino

Fecha de la entrevista: 04/12/2015

Fecha de Nacimiento: 08/07/1967

Fecha de la ECM: octubre 2004

Causa de la ECM: Pancreatitis. Dos o tres semanas de sedación.

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Sí, de Plenitud.

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Voces, pero no por el oído, sino como en la cabeza.

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No, pero tuve conciencia de la vueltra, vi como volvía, pero no de salida.

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? No lo recuerdo.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Sí.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? Si, vivos.

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? Hechos del pasado, pero cosas por solucionar, pendientes y de las que se arrepiente. Todo ocurre, tú eres un espectador de lo que te cocurre, te conviertes en receptor y cuando te han enseñado todo lo que te enseñan o muestran, te echan. Es como si te quisieran dar un mensaje, esto es lo que te vas a encontrar en el futuro y no vuelves sin volver a hacerles bien.

Notas el sufrimiento del otro con lo que había hecho como quitar el caramelo a un niño.

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? Es un lugar que no puedo describir.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? De repente me di cuenta de que estaba en mi cuerpo justo tras revisar mi vida.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Sí, premoniciones, en estado de ánimo bueno se acrecienta.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? Igual ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? No se el tiempo que pasó.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? No, sólo sensación placentera

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? Sí, ahora no tengo miedo a la muerte, cuando se de alguien que va a morir sonrío, se que lo de allí es más placentero. Ahora soy más cordial, busco más equilibrio, intento no ofender a nadie, no meto la pata con nadie. Soy más generoso conmigo mismo y con los demás, antes era más centrado en mí mismo y en lo que quería. Ahora tengo más felicidad dando que recibiendo. Estoy ahora en algo más etéreo y la consciencia de repente se da cuenta de que donde estoy ahora no es donde estaba antes.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Sí.

11- Alguna otra observación. Me dio pena volver, allí no existe nada de lo de aquí.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 197

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 28/11/2014

Fecha de Nacimiento: 26/09/1964

Fecha de la ECM: Verano de 1979

Causa de la ECM: Anestesia (despertar) en una intervención quirúrgica

¿Conocimientos previos de las ECM? En aquella fecha ningunos.

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? No

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Sí, voces del personal mientras me veía desde arriba

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? Sí

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? No

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? No

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No sé.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? Sí, Era consciente de estar en otro plano y quería volver

- 3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). No
- 4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No
- 5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No
- 6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? Sí
- 7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Un poco
- 8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No
- 9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? No
- 10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Sí
- 11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 198

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 02/10/2012

Fecha de Nacimiento: 27/10/1957

Fecha de la ECM: mayo 1980

Causa de la ECM: Disparo accidental

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Tuve una sensación de paz, pero a la vez no quería estar así, no quería morir.

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Una voz femenina

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No, simplemente cuando caí al suelo, abrí los ojos, pero estaba fuera del cuerpo.

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? No llegué a ver el túnel, pero cuando volvía hacia mi cuerpo... escuchaba una voz lejana, de mujer, pero muy dulce que decía: "no es tu momento".

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? No

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No, Sólo escuché la voz, pero no vi nada.

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? Yo sólo veía la escena de mi reanimación.

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? El regreso, esa voz que comentaba antes que decía que no era mi momento.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). No, no tengo nada de eso.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo?

Al principio me sentía aturdida, no sabía bien que había sucedido, pero cuando me vi en el suelo llena de sangre, con todo el mundo a mi alrededor gritando y alterada, pues reaccioné y supe exactamente que es lo que había ocurrido, y era como si fuera un espectador más.

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

Me dijeron que tan solo estuve así unos dos minutos, pero para mí fueron más.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal?

No, no me moví de esa escena

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte?

Sí, claro, después de una experiencia así, cambia tu vida completamente. Me dio mucha paz aquella vez que decía que no era mi momento.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?

No hago habitualmente este tipo de encuestas, así que para mí sí.

11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 200

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 25/09/2012

Fecha de Nacimiento: 1925

Fecha de la ECM: 2009

Causa de la ECM: Infección

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Sí

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia?

Sí música como de iglesia.

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? No

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? NO

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? Sí una niña y a un hijo vivo. Vi a un hombre con una túnica blanca y capa.

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? A mi hijo que está vivo. Vi a mis familiares sentados con la chica que me cuidaba

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales?

Una niña de unos 4 años. Después vi que estaba con una mujer. Intentaba darme la mano, se esforzaba, pero no nos tocábamos la mano.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? No se

- 3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Tengo presentimientos, comprendo muchas cosas.
- 4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No
- 5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No
- 6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? No
- 7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? En una especie de cafetería.
- 8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No
- 9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? No tengo miedo a la muerte, la vida es una mentira.
- 10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?
- 11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 201

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 3/02/2013

Fecha de Nacimiento: 24/10/1972

Fecha de la ECM:02/09/1998

Causa de la ECM: Después de dar a luz

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Sí

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? No

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? Sí, blanco

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Sí, circular.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? Sí

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? Sí, más o menos, me paró haciéndome la señal de parar abriendo las manos.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? Sí.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? No

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Sí, cuando veo a alguien se si está enfermo o no y si va a morir.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No, igual.

- 6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? No
- 7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Si
- 8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal?
- 9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? No
- 10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Sí
- 11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 203

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 20/10/2012

Fecha de Nacimiento: 4/12/1945

Fecha de la ECM: septiembre de 1960

Causa de la ECM: Apendicitis

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? No, quería regresar

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? No

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? Sí, era blanco.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Sí hacia atrás, como el sol.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? Sentía a alguien tirando de mí, pero no lo vi.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No, me sentía atada a una camilla y que tiraban de mí.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? Quería regresar para cuidar de mi mama. Volví de un empujón.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Presentimientos, anuncio de algo que va a suceder, sueños.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? Ahora sí, antes no me acuerdo.

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? Siempre me pregunto por eso sueño con el evento por curiosidad.

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? No

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Sólo el túnel y la luz dorada.

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? No tengo miedo a la muerte.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?

11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 204

Género: Masculino

Fecha de la entrevista: 6/09/2012

Fecha de Nacimiento: 03/808/1955

Fecha de la ECM: noviembre de 1988

Causa de la ECM: Hemorragia digestiva.

¿Conocimientos previos de las ECM?

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? De alegría

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Las voces de los médicos

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? Sí, vi mi cuerpo en la camilla desde fuera

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? No llegué a eso

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? No

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? Sí, a mucha velocidad con consciencia de discernimiento.

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? De golpe y con dolor de cabeza

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). No más que antes.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? Fue consciencia total y después saqué conclusiones.

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? Sí, a mí se me hizo más largo que 30 segundos.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? No salí de la sala del hospital.

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? A la vuelta sí, de saber que la consciencia sobre uno mismo es lo primero que experimenté.

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? De la vida, que hay que vivirla haciendo el bien al resto para no irse con deudas pendientes. De la muerte, que, si antes no la temía, ahora menos.

- 10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?
Básicamente sí.
- 11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 205

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 14/09/2012

Fecha de Nacimiento: 12/08/1978

Fecha de la ECM: Verano 2008

Causa de la ECM: Bajada muy acelerada y repentina de azúcar.

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría?
Sensación de paz y de tranquilidad

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? Escuchaba todo a mi alrededor, todo lo que estaba sucediendo a tiempo real, pero en un segundo plano, es decir, estaba, pero mi alma, mi espíritu no estaba presente.

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? Sí, me veía a mí misma en el sentido terrenal, material dentro de nuestro espacio. En segundo término, veía mi otro yo, el alma, el espíritu en otro plano, en un mundo no presente. Un mundo donde no existía el cuerpo como tal, sino entes, almas, voces, luces, paz.

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado?

No era exactamente un túnel, al menos no tenía esta estructura. Estaba atravesando una especie de trayecto guiada por una luz que no era resplandeciente, pero sí que tenía una luminosidad extraña, no era oscura, tampoco clara, sólo transmitía buenas ondas, una sensación que nunca experimenté, un tanto extraña, pero agradable, una fuerza me empujaba hacia esa luz y yo me dejaba guiar siendo consciente en todo momento de lo que sucedía y deseaba que sucediera. Al fondo pude avistar una serie de seres, entes, almas que ya no pertenecían al mundo carnal., al mundo terrenal, pero me transmitía paz en todo momento. Nunca pasé miedo mientras tuve esa sensación o experiencia.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Sí, una luz que transmitía serenidad y donde tu alma fluía sin sentir el peso del cuerpo.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió?

No diría exactamente ver, porque no estoy segura de ello, los sentí, los oía, pude percibir que se trataba de gente muy cercana y querida que nos hab' -ia dejado hace un tiempo y con la que me pude reencontrar.

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos?

Sí, a los que ya no estaba en este mundo. Sentí su presencia, su voz, su olor, sabía que estaban.

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales?

Sí, con seres espirituales. El caso de mi abuela, es la persona más cercana, el familiar más cercano y querido con el que pude contactar. Estaba conmigo, allí presente.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida?

No exactamente, dejaba este mundo donde setía dolor y aparecía, se hallaba ante mí un lugar lleno de amor, paz y tranquilidad, donde no exostía ni el sufrimiento, ni el tiempo.

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? sé. El lugar o espacio donde me encontré no tenía límites ni fronteras de espacio ni tiempo. Podríamos decir que era infinito, un espacio abierto donde te encontrabas en medio de nada a

la vez que en medio de todo. Estabas llena y eufórica, pertenecías a ese lugar, ocupabas un espacio, un sitio, un lugar, pero podrías viajar porque no había limitaciones ni de espacio ni de tiempo. Es lo que sentí.

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión?

En todo momento de mi experiencia vivida fue inconsciente, pertenecía aún a este mundo, sabía que estaba aquí, escuché todo tipo de movimientos, sensaciones, ruidos y acciones, a la vez que mi otra pared del cuerpo, mi yo interno, espiritual, podríamos decir, no se encontraba presente, estaba en un mundo lleno de amor, paz, sabiduría, sabiduría que en él no había miedo, ni envidia, ni rencor, sólo paz y tranquilidad, un mundo superior. Si me preguntas cómo me sentí ante mi vuelta, me molestó regresar, sabía que si volvía al punto de partida pasaría muchos años hasta que regresara a la sensación más extrañamente tranquilizadora y espiritual que había sentido.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición).

Siento o mejor experimento percepciones de energía que antes o no veía o no quería ver. Ahora siento a la persona, más allá de su apariencia. Percibo sus vibraciones ante la mirada ante todo y en segundo término, por el tacto de su piel.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación?

No, nunca he creído en milagros, ni curaciones extrasensoriales. Soy muy escéptica en este aspecto.

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo?

En todo momento fui muy consciente de lo que estaba ocurriendo, no abandoné este mundo sin más, mi cuerpo estaba, mi alma no y yo me quise prestar ante la evidencia de lo que estaba pasando ante mí. Quise vivir esta experiencia, no luché ni puse resistencia ante la separación de mi alma y mi cuerpo, simplemente me dejé llevar y me gustó lo que estaba aconteciendo en estos momentos tan especiales en mi vida. Lo comprendí todo perfectamente tanto a nivel emocional como intelectual.

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo?

El espacio y el tiempo de pronto se pararon en el mundo terrenal, pero en el mundo espiritual el tiempo y espacio es infinito, sientes que en él no existe el reloj, las fronteras no se divisan porque no existen.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal?

Estaba en un mundo no terrenal, sí, lo sé. En medio de nada. Estabas flotando, no existía una separación entre el cielo y la tierra, es como si en un momento pudieras estar en todos los lugares hermosos de este mundo, sintiendo y viviendo, y al mismo tiempo, no estuvieras presente en ninguno de ellos en particular.

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal?

No, no, me sentía especial, ni de un conocimiento superior ante mi experiencia, sí sabía que era algo especial y que, si esta sensación era la muerte, entonces la gente no debería temer cuando abandona su cuerpo, porque el alma es inmortal e inmaterial y siempre estamos conectados a este mundo de una manera u otra.

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte?

No temo a la muerte, temo a la vida, quizás más que a la muerte. Sí temo al dolor que puedo experimentar o expresar hasta llegar a la cumbre de la máxima paz y felicidad que he experimentado.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia?

Creo que este cuestionario es muy válido porque recoge las experiencias, sensaciones e impresiones de la gente que hemos experimentado estas vivencias y nos reconforta que lo que un día vivimos fue o pudo ser real.

Durante un tiempo me negué que hubiera pasado por este trance, fue un desmayo, perdí el conocimiento, la gente no cree lo que realmente cuentas o se siente muy escéptica en ciertos aspectos de la vida y me alegra saber que si hay alguien más que pueda contar su experiencia lo haga y que ayude a personas, ciudadanos de cualquier lugar del mundo que esté pasando por este trance o haya podido pasar y no lo haya entendido o comprendido pueda haberlo, es el momento y el lugar apropiado. Existe, queramos o no, un mundo desconocido por nosotros o al menos la mayoría ahí fuera que nos acompaña diariamente en nuestras vidas cotidianas y que debemos respetar y querer, debemos aprender a comprender y no a temer.

Este cuestionario por lo tanto es válido, pero no recoge toda la información para comprender o expresar de manera exacta y fidedigna esta experiencia porque hasta que no lo vives no lo sientes.

11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 206

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 10 de febrero 2013

Fecha de Nacimiento: 13/10/1955

Fecha de la ECM: 2010

Causa de la ECM: Parada Cardiorrespiratoria

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? De Paz, de alegría no.

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? No

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No, yo solamente me vi frente a una puerta.

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? El túnel era una nube más bien rosica como un pasillo grande.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? No me acuerdo, sólo quería que la puerta se abriera, pero no se abrió.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No, estaba sola.

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? Sí, una puerta muy grande y no se abría y yo pedía que se abriera la puerta que a lo mejor me estaban esperando

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? Fue como si alguien me tirara para atrás.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). No

- 4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? No lo sé.
- 5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No
- 6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? Yo creo que no
- 7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Yo vi una nube rosa.
- 8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No
- 9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? Sí, ahora le doy más valor a la vida y ya no le tengo miedo a la muerte, porque ya se lo que es.
- 10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Sí, habrá más cosas, pero no me acuerdo.
- 11- Alguna otra observación.

CUESTIONARIO EXPERIENCIAS CERCANAS A LA MUERTE. ESTUDIO SOBRE LA CONCIENCIA Y LAS ECM

Nº: 207

Género: Femenino

Fecha de la entrevista: 04/07/2012

Fecha de Nacimiento: 29/09/1957

Fecha de la ECM:22/12/1978

Causa de la ECM: Parto

¿Conocimientos previos de las ECM? No

1 - Elementos vividos en la ECM:

Sensación de Paz y Quietud: ¿tuvo usted una sensación de paz o de satisfacción? ¿de alegría? Sí, de paz.

Ruido o sonidos: ¿escuchó algún sonido o ruido durante su experiencia? No

Verse fuera del cuerpo: ¿experimentó usted una separación entre su consciencia y su cuerpo? No

Pasar por un túnel: ¿entró usted o atravesó un túnel o un recinto cerrado? Sí, largo y luminoso, circular, iba sin miedo.

Ver la luz al final del túnel: ¿vió usted una luz? Sí, como una luna llena, como un foco, mucha luz, con destellos.

Encuentros con otros seres: ¿se reunió con otros seres o los vió? No

Ver a familiares y amigos: ¿vió usted antes ó durante la experiencia de muerte a familiares y/o amigos? No

Encuentro con un ser luminoso: ¿tuvo algún encuentro con seres luminosos ó espirituales? No

Experiencia de revisión vital: ¿Tuvo usted una revisión de hechos pasados de su vida? No

Encontrarse con un límite o frontera: ¿llegó a un límite ó a una estructura física limitadora? No

2 - ¿Cómo fue el regreso? (nota tirón, le comunican que tiene que volver...) ¿participó en la toma de decisión respecto a su regreso al cuerpo o fue consciente de tal decisión? Noté un toirón y ya me encontraba en mi cuerpo.

3 - ¿Tiene desde entonces percepciones extrasensoriales que antes no tenía? (telepatía, clarividencia, precognición). Sí tengo más intuición.

4 - ¿Posee desde su experiencia poder curativo o de sanación? Sí

5- ¿Cómo fue su nivel máximo de consciencia y de atención durante la experiencia, en relación con su consciencia y atención de la vida cotidiana? ¿Le pareció de pronto que lo comprendía todo? No

6- ¿tuvo usted alguna sensación de alteración del espacio o del tiempo? Sí.

7- ¿vio o visitó usted algún lugar, plano o dimensión hermoso o especial en algún sentido? ¿le pareció que entraba en otro mundo no terrenal? Alrededor de mí había luz, flores, un cielo con nubes muy bonito, tierno, primaveral.

8- ¿tuvo usted una sensación de poseer conocimientos especiales, del orden y/o del propósito universal? No

9- ¿Cambio en su vida? ¿Cambio en la percepción de la vida y de la muerte? Sí, no le tengo miedo a la muerte.

10- ¿Cree usted que este cuestionario recoge la información completa de su experiencia? Sí.

11- Alguna otra observación.

ANEXO 6: THE CAMBRIDGE DECLARATION ON CONSCIOUSNESS

*The Cambridge Declaration on Consciousness**

On this day of July 7, 2012, a prominent international group of cognitive neuroscientists, neuropharmacologists, neurophysiologists, neuroanatomists and computational neuroscientists gathered at The University of Cambridge to reassess the neurobiological substrates of conscious experience and related behaviors in human and non-human animals. While comparative research on this topic is naturally hampered by the inability of non-human animals, and often humans, to clearly and readily communicate about their internal states, the following observations can be stated unequivocally:

- The field of Consciousness research is rapidly evolving. Abundant new techniques and strategies for human and non-human animal research have been developed. Consequently, more data is becoming readily available, and this calls for a periodic reevaluation of previously held preconceptions in this field. Studies of non-human animals have shown that homologous brain circuits correlated with conscious experience and perception can be selectively facilitated and disrupted to assess whether they are in fact necessary for those experiences. Moreover, in humans, new non-invasive techniques are readily available to survey the correlates of consciousness.
- The neural substrates of emotions do not appear to be confined to cortical structures. In fact, subcortical neural networks aroused during affective states in humans are also critically important for generating emotional behaviors in animals. Artificial arousal of the same brain regions generates corresponding behavior and feeling states in both humans and non-human animals. Wherever in the brain one evokes instinctual emotional behaviors in non-human animals, many of the ensuing behaviors are consistent with experienced feeling states, including those internal states that are rewarding and punishing. Deep brain stimulation of these systems in humans can also generate similar affective states. Systems associated with affect are concentrated in subcortical regions where neural homologies abound. Young human and nonhuman animals without neocortices retain these brain-mind functions. Furthermore, neural circuits supporting behavioral/electrophysiological states of attentiveness, sleep and decision making appear to have arisen in evolution as early as the invertebrate radiation, being evident in insects and cephalopod mollusks (e.g., octopus).
- Birds appear to offer, in their behavior, neurophysiology, and neuroanatomy a striking case of parallel evolution of consciousness. Evidence of near human-like levels of consciousness has been most dramatically observed in African grey parrots. Mammalian and avian emotional networks and cognitive microcircuitries appear to be far more homologous than previously

thought. Moreover, certain species of birds have been found to exhibit neural sleep patterns similar to those of mammals, including REM sleep and, as was demonstrated in zebra finches, neurophysiological patterns, previously thought to require a mammalian neocortex. Magpies in particular have been shown to exhibit striking similarities to humans, great apes, dolphins, and elephants in studies of mirror self-recognition.

- In humans, the effect of certain hallucinogens appears to be associated with a disruption in cortical feedforward and feedback processing. Pharmacological interventions in non-human animals with compounds known to affect conscious behavior in humans can lead to similar perturbations in behavior in non-human animals. In humans, there is evidence to suggest that awareness is correlated with cortical activity, which does not exclude possible contributions by subcortical or early cortical processing, as in visual awareness. Evidence that human and nonhuman animal emotional feelings arise from homologous subcortical brain networks provide compelling evidence for evolutionarily shared primal affective qualia.

We declare the following: “The absence of a neocortex does not appear to preclude an organism from experiencing affective states. Convergent evidence indicates that non-human animals have the neuroanatomical, neurochemical, and neurophysiological substrates of conscious states along with the capacity to exhibit intentional behaviors. Consequently, the weight of evidence indicates that humans are not unique in possessing the neurological substrates that generate consciousness. Nonhuman animals, including all mammals and birds, and many other creatures, including octopuses, also possess these neurological substrates.”

* The Cambridge Declaration on Consciousness was written by Philip Low and edited by Jaak Panksepp, Diana Reiss, David Edelman, Bruno Van Swinderen, Philip Low and Christof Koch. The Declaration was publicly proclaimed in Cambridge, UK, on July 7, 2012, at the Francis Crick Memorial Conference on Consciousness in Human and non-Human Animals, at Churchill College, University of Cambridge, by Low, Edelman and Koch. The Declaration was signed by the conference participants that very evening, in the presence of Stephen Hawking, in the Balfour Room at the Hotel du Vin in Cambridge, UK. The signing ceremony was memorialized by CBS 60 Minutes.

ANEXO 7: INDICE DE GRÁFICAS, TABLAS, ILUSTRACIONES Y FOTOS

GRÁFICAS

Gráfica 8.1. Experiencia en el Servicio.....	329
Gráfica 8.2. Experiencia Profesional.....	329
Gráfica 8.3. Puntuación Global DACS en estudiantes de C.C de la Salud y C.C Sociales.....	342
Gráfica 8.4. Puntuación Global DACS según la Situación laboral y el género.....	352

TABLAS

Tabla 6.1. Tipo de Estudio.....	227
Tabla 6.2. Cuestionarios administrados.....	233
Tabla 6.3.a. Ficha técnica del “Inventario de Burnout de Maslach”.....	235
Tabla 6.3.b. Ficha técnica de la “Escala clínica de Ansiedad ante la muerte-DACS”.....	235
Tabla 6.3.c. Ficha técnica de la “Escala de Greyson”.....	236
Tabla 6.3.d. Ficha técnica de la entrevista sobre “ECM”.....	236
Tabla 6.3.e. Ficha técnica de la entrevista sobre “Visiones en el lecho de muerte”.....	237
Tabla 6.3.f. Ficha técnica de la entrevista a familias.....	237
Tabla 6.4. Servicios y número de camas del Hospital Reina Sofía de Murcia.....	239
Tabla 7.1.1. Prevalencia de Ingresos Jul-Dic 2013.....	252
Tabla 7.1.2. Prevalencia de Ingresos Ene-Jun 2014.....	252
Tabla 7.1.3. Prevalencia de Ingresos Jul- Dic 2014.....	253
Tabla 7.1.4. Prevalencia de Ingresos Ene- Jun 2015.....	253
Tabla 7.1.5. Características de los pacientes de UCI que reportan ECM en las circunstancias del ingreso.....	253
Tabla 7.1.6. Características pacientes que reportan ECM retrospectiva.....	264
Tabla 7.1.7. Comparativa de los resultados cuantitativos de las entrevistas prospectivas y retrospectivas.....	275
Tabla 7.2.1. Características de los entrevistados Extrahospitalarios.....	278
Tabla 7.4.1. Comparativa de los resultados cuantitativos de las entrevistas retrospectivas obtenidas vía email.....	290
Tabla 7.5.1. Elementos que aparecen en las experiencias al final de la vida.....	298
Tabla 7.6.1. Estudios publicados sobre incidencia estimada de ECM.....	302
Tabla 7.6.2. Porcentajes de elementos aparecidos en los estudios de ECM.....	303
Tabla 7.6.3. Porcentaje de elementos aparecidos en los datos recogidos intra y extrahospitalarios.....	305
Tabla 8.1.1. Características de la muestra.....	318
Tabla 8.1.2. Tasa de respuestas pregunta cerrada.....	320

ANEXOS

Tabla 8.1.3. ANOVA Variable dependiente: Total escala MBI.....	321
Tabla 8.1.4. ANOVA Variable dependiente: Agotamiento Emocional (AE).....	323
Tabla 8.1.5. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global.....	324
Tabla 8.1.6. Variable género, escala de ansiedad.....	324
Tabla 8.1.7. ANOVA Variable dependiente: F1.....	325
Tabla 8.1.8. ANOVA Variable dependiente: F2.....	326
Tabla 8.1.9. ANOVA Variable dependiente: F4.....	326
Tabla 8.1.10. ANOVA Variable dependiente: F5.....	327
Tabla 8.1.11. ANOVA Variable dependiente: F6.....	327
Tabla 8.1.12. Correlación entre las escalas MBI y DACS.....	328
Tabla 8.2.1. Características de la muestra total.....	339
Tabla 8.2.2. Características de la muestra Estudiantes.....	339
Tabla 8.2.3. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global.....	341
Tabla 8.2.4. ANOVA Variable dependiente: F1.....	343
Tabla 8.2.5. ANOVA Variable dependiente: F2.....	344
Tabla 8.2.6. ANOVA Variable dependiente: F3.....	346
Tabla 8.2.7. ANOVA Variable dependiente: F4.....	347
Tabla 8.2.8. ANOVA Variable dependiente: F5.....	348
Tabla 8.2.9. ANOVA Variable dependiente: F6.....	349
Tabla 8.2.10. ANOVA Variable dependiente: Puntuación Global.....	351
Tabla 8.2.11. Características de la muestra Estudiantes.....	351
Tabla 8.2.12. ANOVA Variable dependiente: F1.....	352
Tabla 8.2.13. ANOVA Variable dependiente: F2.....	353
Tabla 8.2.14. ANOVA Variable dependiente: F3.....	353
Tabla 8.2.15. ANOVA Variable dependiente: F4.....	354
Tabla 8.2.16. ANOVA Variable dependiente: F5.....	354
Tabla 8.2.17. ANOVA Variable dependiente: F6.....	355

ILUSTRACIONES

Ilustración 1. The sparkling circles of the heavenly host. The vision of Purgatory and Paradise.....	12
Ilustración 2. The souls of the just circling to form letters.....	16
Ilustración 3. El paraíso. Canto XX.....	27
Ilustración 4. El cielo de Júpiter.....	52
Ilustración 5. El cielo de la Luna.....	96
Ilustración 6. El periplo del héroe. Joseph Campbell.....	106

Ilustración 7. Visión del Más allá. El Bosco.....	169
Ilustración 8. Un egipcio moría cuando su Ka (o energía) abandonaba su cuerpo.....	170
Ilustración 9. El Juicio de Osiris en el Papiro de Hunefér.....	171
Ilustración 10. Rosa Celestial.....	266
Ilustración 11. St. John examines Dante on love.....	273
Ilustración 12. Rings of Glowing Souls.....	310
Ilustración 13. El cielo de Venus.....	440

FOTOS

Foto 1: Vista frontal del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia	240
Foto 2: Vista aérea del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia	240
Foto 3: Mapa áreas de salud Región de Murcia.....	241
Foto 4: UCI. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.....	241