

ÍNDICE

Agradecimientos	9
Prefacio.....	13
1. Comienzos	15
2. Características generales de las experiencias cercanas a la muerte.....	33
3. Las experiencias autoscópicas cercanas a la muerte.....	45
4. Las experiencias trascendentales cercanas a la muerte	59
5. Análisis de los datos.....	77
6. Experiencias quirúrgicas	87
7. Las experiencias autoscópicas cercanas a la muerte: ¿realidad o fantasía?.....	107
8. «Postexperiencias»: encuentros autoscópicos recurrentes....	145
9. Implicaciones de las experiencias cercanas a la muerte	153
10. Explicaciones.....	185
11. Reflexiones sobre el significado de las experiencias cercanas a la muerte.....	219
Apéndice	229

AGRADECIMIENTOS

Me siento profundamente agradecido a muchas personas por su ayuda en la realización de este estudio y en la redacción de este libro: a los médicos y enfermeras del hospital de la Universidad de Florida y del Veterans Administration Medical Center de Atlanta por referirme casos de pacientes que habían sobrevivido a una crisis cercana a la muerte; al Dr. Kenneth Ring, al Dr. Raymond Moody, Jr. y a John Audette por su incesante aliento y apoyo; a John Egle, editor de Mockingbird Books, por su orientación sobre la publicación de este libro; a mi hermano, el Dr. Steve Sabom, por sus críticas al original; a Jeanne Flagg, de Harper & Row, por su asesoramiento editorial, y a Lani Shaw por mecanografiar el manuscrito.

Estoy especialmente en deuda con Sarah Kreutziger, quien me introdujo en el tema y trabajó conmigo en el estudio durante los primeros años. Sarah ayudó a diseñar el formato de la investigación y entrevistó a varios de los pacientes cuyos relatos se exponen aquí.

Por último, quiero dar las gracias a Diane, mi esposa, por las largas y estimulantes horas que hemos pasado hablando sobre las experiencias cercanas a la muerte, por la extensa revisión de los primeros borradores del original y, por encima de todo, por su constante aliento para que continuara el estudio y publicara el libro.

Hay algunas cosas curiosas en la muerte de los seres humanos que no concuerdan con el concepto de agonía final. Las personas que han estado cerca de morir pero no lo han hecho, y se han recuperado para explicar su experiencia, jamás mencionan la angustia o el dolor, ni siquiera la desesperación. Por el contrario, recuerdan una extraña y desconocida sensación de paz y tranquilidad. El acto de morir parece estar asociado a algún otro suceso, tal vez farmacológico, que lo transforma en algo muy distinto a lo que la mayoría de nosotros estamos dispuestos a esperar. Deberíamos aprender más cosas sobre esta cuestión. [...] Seguramente ocurre algo que aún desconocemos.¹

Dr. Lewis THOMAS
Presidente del Sloan-Kettering Cancer Institute
New England Journal of Medicine (Junio de 1977)

1. THOMAS, L., «Facts of life», *New England Journal of Medicine*, 1977. Reproducido con permiso.

PREFACIO

A lo largo de los siglos, las personas que han estado a punto de morir han referido una serie de experiencias. Una luz intensa, un paisaje hermoso, los espíritus de seres queridos desaparecidos mucho tiempo atrás... todo ello ha figurado en lo que se ha dado en llamar «visiones de la muerte». También han visto a sus familiares reunidos a su alrededor para darles el último adiós y oír sus últimas palabras. Cuando esas personas se han recuperado milagrosamente, recuerdan una sensación de estar flotando y, luego, un «regreso».

Ahora más que nunca, muchas personas están regresando del umbral de la muerte. Gracias a los últimos adelantos en la tecnología médica, el corazón vuelve a funcionar, la respiración se restablece y la tensión arterial se estabiliza. Pacientes que en un pasado no muy lejano seguramente habrían muerto regresan ahora para continuar su existencia terrenal. Recuerdan cada vez más experiencias, y nosotros las escuchamos. «Si se considera la muerte como un continuo o un proceso», señala el eminente cardiólogo George E. Burch,¹ «los pacientes que han sido reanimados tras varios minutos de actividad cardíaca ausente sin duda han experimentado y obtenido tanta información psíquica de las profundidades de ese continuo como ha sido posible [...]. La introducción de técnicas efectivas de reanimación cardíaca [...] ha situado a los médicos en la posición privilegiada de poder explorar las experiencias psíquicas relacionadas con el acto de morir y con la muerte».²

1. Catedrático de Medicina en la Universidad de Tulane, expresidente del Colegio Americano de Cardiología y director del *American Heart Journal*.

2. G. E. Burch *et al.*, «What Death Is Like», *Am Heart J*, 76: 438, 1968. Reimpresión autorizada.

En mi propia práctica de la cardiología en los últimos cinco años he llevado a cabo una extensa investigación sobre las experiencias sufridas por personas que han estado muy cerca de la muerte. Muchas de esas personas, víctimas de paradas cardíacas u otras crisis potencialmente mortales, recordaron una serie de hechos extraordinarios que habían «acontecido» mientras estaban inconscientes y próximas a la muerte. Algunas de ellas consideraban esa experiencia como un vislumbre privilegiado de otro campo de la existencia.

Este libro explora la naturaleza y el significado de las experiencias cercanas a la muerte. Mi objetivo no consiste en repetir lo que ya se ha dicho acerca del tema ni ofrecer anécdotas nuevas sin más, sino aportar nuevos datos sobre el contenido de las experiencias, las personas que las tienen y el contexto clínico en el que suceden. A la luz de tales observaciones, revisaré las diversas explicaciones sobre las experiencias cercanas a la muerte que han aparecido en revistas científicas y en la prensa general. A partir de ahí, los recuerdos del acto de morir que ocupan estas páginas pueden adquirir un nuevo significado.

Lo que he aprendido al lado de los pacientes y en los hospitales durante este estudio me ha llevado a replantear algunas de mis propias creencias respecto a la naturaleza humana, el proceso de morir y la práctica de la medicina. Hoy presento mis descubrimientos con la esperanza de que el lector comparta la curiosidad y la fascinación que he experimentado al sumergirme en estas cuestiones, las cuales hacen referencia a la propia esencia y el sentido de la vida.

M. B. S.
Decatur, Georgia
Marzo de 1981

COMIENZOS

En julio de 1970 inicié mi práctica como médico interno residente en el hospital de la Universidad de Florida. Mi primera noche de guardia la pasé en la sala de medicina general del hospital principal y prestando apoyo a otro interno asignado a la sala de urgencias. Las primeras horas de la tarde transcurrieron entre actividades rutinarias: redactar historiales médicos, efectuar exploraciones a tres ingresos programados, reanudar la medicación intravenosa y realizar un electrocardiograma a un paciente con dolor en el tórax. A medianoche, me tendí a leer el último número de una revista médica y me quedé dormido en el acto. A las tres y cuarto fui bruscamente despertado por un aviso de alarma: «Código 99, sala de urgencias, primera planta... Código 99, sala de urgencias, primera planta». Bajé las escaleras como un rayo.

Así empezó un ritual que he repetido incontables veces. Como puede suponerse, «código 99» es la clave médica para los pacientes que se encuentran en «situación extrema». Es el clásico aviso de urgencia que congrega médicos y enfermeras a la cabecera de un paciente cuyo estado ha empeorado de forma radical. Básicamente identifica el estado de un paciente *próximo a la muerte*.

En aquel momento de mi vida, y durante algunos años más, estaba demasiado ocupado con las obligaciones rutinarias de mi formación médica como para pensar en cómo sería la muerte. Me estaba formando para mantener a las personas con vida; lo que les ocurría a quienes morían no era de mi incumbencia. Supongo que si alguien me hubiera preguntado qué pensaba de la muerte, le habría respondido que cuando mueres estás muerto y ahí termina todo. Aunque había crecido en el seno de una familia creyente, siempre

había tratado de mantener separadas las doctrinas religiosas de las científicas. En aquella época, para mí, las creencias cristianas en una vida después de la muerte servían el propósito de fomentar un comportamiento correcto en lo mundano y calmar la ansiedad ante la muerte y el acto de morir. Sin embargo, tales enseñanzas seguían siendo subjetivas y poco científicas.

Poco científico: algo que yo no quería ser. Los años de formación médica me habían convencido de que si uno seguía el método científico —empleando los protocolos y la investigación de laboratorio—, la mayoría, si no todas, de las preguntas sin respuesta del universo podrían resolverse de alguna forma. Por lo tanto, no existían tales cosas como los fenómenos inexplicables, sino simplemente «hechos científicos» que esperaban a ser descubiertos. Si se efectuaba el estudio científico adecuado, se daría con la respuesta.

Como bien saben quienes han cursado estudios de ciencias, el método de investigación científico consiste en la obtención sistemática de observaciones objetivas conocidas como «datos». Sin embargo, solo los datos obtenidos y presentados de manera rigurosa e imparcial son admitidos en el cuerpo del conocimiento científico aceptado universalmente. En medicina, la aplicación clínica de dicho conocimiento basado en datos ha sido responsable en gran parte de los adelantos modernos en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Además, el médico que mejor domine y aplique de forma efectiva los datos científicos conocidos respecto a una determinada dolencia tendrá mayores probabilidades de tratarla con éxito cuando aparezca en un paciente.

Al principio de mis estudios en la facultad de medicina asumí en gran medida esta lógica fundamental del método científico en relación con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Me interesaban especialmente aquellos aspectos de la medicina que tenían que ver con la obtención y utilización de datos fisiológicos cuantificables. Así, en los últimos años de formación me sentí atraído por la subespecialidad de cardiología, una disciplina técnica muy precisa que depende sobre todo de la recopilación e interpretación de datos fisiológicos y su aplicación a las disfunciones y enfermedades cardíacas. Con las herramientas de que dispone el cardiólogo moderno, las enfermedades

del corazón son como un rompecabezas, cuyas piezas son la medida de la presión dentro de las cuatro cavidades cardíacas, las fórmulas matemáticas que utilizan esa presión para calcular la función cardíaca y las técnicas especiales de rayos X que permiten la descripción anatómica de la enfermedad. Por otra parte, tuve que aceptar que cualquier teoría válida sobre los fenómenos naturales empieza por una cuidadosa recogida de datos relevantes, a partir de los cuales pueden sacarse luego conclusiones o especulaciones.

En 1976 estaba cursando mi primer año de cardiología en la Universidad de Florida, en Gainesville. Me hallaba profundamente enfrascado en los entresijos de la cardiología clínica y adoptaba cierta preferencia por determinadas investigaciones realizadas en ese campo. Por aquel entonces, mi esposa y yo nos unimos a una iglesia metodista local. Un domingo de primavera por la mañana Sarah Kreutziger, una trabajadora social de psiquiatría de la universidad, presentó en la escuela dominical para adultos un libro que le había llamado la atención. El libro en cuestión, *Vida después de la vida*, del Dr. Raymond Moody, versaba sobre las extrañas experiencias narradas por personas que habían estado próximas a la muerte. Otros miembros de la clase manifestaron un vivo interés. Mi reacción personal, sin embargo, fue mucho menos entusiasta. Sencillamente, mi adocetrinado cerebro científico no podía tomarse en serio aquellos «descabellados» relatos sobre espíritus del más allá y cosas por el estilo. Al ser el único médico allí presente aquel día, recabaron mi opinión hacia el final de la clase. Lo más amable que se me ocurrió decir en aquel momento fue: «No me lo creo».

Días después, Sarah me llamó por teléfono. Había aceptado una invitación para presentar el libro de Moody en una iglesia y quería que yo participara en el acto como asesor médico. Volví a manifestarle mi escepticismo sobre los descubrimientos de Moody, pero ella insistió en que mi función durante el acto consistiría básicamente en aclarar las cuestiones médicas que sin duda surgirían al tratar un tema como ese. Al final, accedí a regañadientes.

Para preparar nuestra charla, Sarah me prestó su ejemplar de *Vida después de la vida*, ya que el libro acababa de salir publicado y aún no había llegado a las librerías de Gainesville. Lo leí de cabo a

rabo, pero seguía sin convencerme de que aquello no fuera material de ficción. Poco después, Sarah y yo nos reunimos para preparar la presentación. Con el fin de complementar la charla, decidimos realizar una pequeña encuesta entre aquellos de nuestros pacientes hospitalizados que habían sobrevivido a una crisis médica similar a las que aparecían en el libro de Moody. Les preguntaríamos si habían sufrido también alguna experiencia mientras estaban inconscientes y próximos a la muerte. Si ninguno de ellos había pasado por una experiencia semejante (como yo esperaba), cuando menos podríamos decir a nuestra audiencia que «lo habíamos preguntado». Si por casualidad nos referían alguna experiencia, siempre podríamos utilizarla como ejemplo para la presentación.

Dar con pacientes que hubieran sobrevivido a una crisis médica sería una tarea sencilla tanto para Sarah como para mí. Ella mantenía contacto diario con pacientes en la unidad de diálisis. Muchos de ellos habían tenido varias experiencias cercanas a la muerte durante su largo historial de fallos renales, que finalmente les habían llevado a la hospitalización. Por mi parte, tenía a mi cargo bastantes pacientes que habían sido reanimados tras una parada cardíaca. Así que emprendimos la encuesta.

El tercer paciente que entrevisté era un ama de casa de mediana edad residente en Tampa que, según su historial médico, había sufrido distintos y variados episodios próximos a la muerte. Se hallaba en el hospital para realizar pruebas diagnósticas de rutina. Me encontré con ella en su habitación una tarde hacia las ocho y mantuvimos una larga conversación sobre los detalles médicos de sus anteriores dolencias. Por último, le pregunté si había tenido alguna experiencia durante las ocasiones en las que estaba inconsciente y en estado crítico. Tan pronto como la convencí de que yo no era un psicólogo de incógnito disfrazado de cardiólogo, la mujer procedió a relatar la primera experiencia cercana a la muerte que he oído en mi carrera como médico. Para mi asombro, los detalles coincidían con las descripciones que aparecían en *Vida después de la vida*. Me impresionaron aún más su sinceridad y la profunda huella personal que le había dejado aquella experiencia. Al final de la entrevista, tuve la clara sensación de que lo que aquella mujer había compartido conmigo esa noche era un vislumbre profundamente íntimo de un aspecto de la medicina del que yo no sabía nada.

A la mañana siguiente informé a Sarah de mi hallazgo. Ella tenía noticias parecidas, en su caso de un paciente aquejado de insuficiencia hepática y renal crónicas. Decidimos grabar en cinta aquellos testimonios para exponerlos en la presentación del libro. Ambos pacientes accedieron a registrar sus experiencias con la condición de que su identidad no fuese revelada.

Nuestra presentación de *Vida después de la vida* con las grabaciones de las experiencias de los dos pacientes tuvo una entusiasta acogida entre el público que abarrotaba la iglesia. Para mí, aquello solo significaba que mi compromiso con Sarah estaba más que satisfecho. Sin embargo, durante las semanas que siguieron pensé a menudo en la mujer a la que había entrevistado y en la repercusión que la citada experiencia había tenido en su vida posterior. En términos médicos, aquella mujer había tenido mucha suerte al sobrevivir a sus encuentros con la muerte. Pero, para ella, era mucho más importante la experiencia que había sufrido cuando estaba inconsciente y próxima a morir que el hecho de haber sobrevivido. Me planteé qué significado podía tener todo aquello para mí.

Volví a leer el libro de Moody. El material y el modo de presentarlo seguían planteándome dudas. Por un lado, los casos citados en *Vida después de la vida* habían sido recopilados de una manera bastante informal y poco sistemática. Muchos de los relatos procedían de personas que se habían dirigido a Moody para narrarle sus experiencias después de alguna de sus exposiciones sobre el tema. No había modo de saber si tales testimonios eran auténticos o si se trataba de simples reelaboraciones inventadas. Por otra parte, Moody afirmaba que para realizar el libro había entrevistado a 150 personas, pero solo una pequeña parte de ellas habían sido incluidas como ejemplos. ¿Se correspondían exactamente todas esas 150 personas con los patrones sobre experiencias cercanas a la muerte que el autor describía, o más bien tales patrones se basaban en una minoría selecta y no representativa de las experiencias en general? ¿Quiénes eran los individuos que relataban esas experiencias y cuál era su trasfondo social, educativo, profesional y religioso? Y, por encima de todo, como médico quería conocer los detalles concretos de los episodios críticos que supuestamente habían provocado las experiencias cercanas a la muerte. De hecho, el propio Moody

reconocía muchas de las lagunas de su trabajo en una advertencia al final de *Vida después de la vida*: «Al escribir el presente libro soy perfectamente consciente de que mi propósito y mis puntos de vista pueden ser fácilmente malinterpretados. En este sentido, me gustaría dejar claro a los lectores con una mente académica que lo que aquí expongo no constituye en modo alguno un estudio científico».

Un «estudio científico» era justamente lo que yo necesitaba para responder a mis dudas, y decidí intentarlo. Me puse en contacto con Sarah y se mostró receptiva. A partir de nuestra experiencia inicial con las entrevistas habíamos constatado que, dado nuestro fácil acceso a una amplia variedad de pacientes con dolencias graves, ambos nos hallábamos en una situación ideal para llevar a cabo tal investigación. Los dos estábamos directamente implicados tanto en el tratamiento como en el seguimiento de los citados enfermos, y no necesitábamos ninguna acreditación especial para contactar directamente con ellos con el fin de realizar las entrevistas. Por otra parte, tanto los pacientes como el personal sanitario nos identificaban como miembros destacados del equipo médico y no como investigadores externos que hubieran aparecido de repente en escena con algún propósito poco habitual.

Repasé con Sarah mis principales objeciones al trabajo de Moody, y a partir de ahí diseñamos un estudio basado en seis cuestiones a las que buscábamos respuesta. En primer lugar, queríamos confirmar que esas experiencias cercanas a la muerte habían ocurrido realmente en pacientes gravemente enfermos y próximos al final. Nos animaba el hecho de haber hallado previamente dos casos que se correspondían con esa circunstancia, pero necesitábamos muchos más para poder estar seguros de que estábamos realizando un experimento riguroso. Nuestra idea inicial era entrevistar a veinte o treinta pacientes y luego publicar nuestros hallazgos en forma de estudio preliminar en alguna revista médica.

En segundo lugar nos proponíamos examinar cuidadosamente el contenido de los casos recogidos por nosotros y comparar nuestros descubrimientos con las descripciones anecdóticas de experiencias cercanas a la muerte efectuadas por Moody en *Vida después de la*

vida.¹ ¿Seguían esas experiencias un patrón consistente o variaban significativamente de una persona a otra?

En tercer lugar, ¿hasta qué punto eran habituales las experiencias cercanas a la muerte? Para responder a esta pregunta, había que entrevistar a un grupo de supervivientes sin que Sarah y yo supiéramos de antemano si habían tenido experiencias de ese tipo. La frecuencia con que se daban las experiencias cercanas a la muerte se determinaría entonces comparando el número de personas que habían relatado casos similares con la cifra total de supervivientes entrevistados. Este enfoque recibe el nombre de *estudio prospectivo*.

En cuarto lugar queríamos conocer cuál era el trasfondo educativo, laboral, social y religioso de las personas que habían referido experiencias cercanas a la muerte. ¿Podía esta información dar pistas sobre por qué algunos individuos tenían tales experiencias y otros no? Por otra parte, ¿inflúan cuestiones médicas como el tipo de crisis próxima a la muerte, la duración del estado de inconsciencia o el método de reanimación en esas experiencias?

En quinto lugar pretendíamos conocer si habían influido de algún modo en el contenido de las experiencias cercanas a la muerte las circunstancias personales de los pacientes o los detalles médicos del suceso que había dado lugar a tales casos. Por ejemplo, ¿eran únicamente las personas religiosas las que describían seres de luz y un hermoso entorno en el más allá? ¿Solo podían ofrecer descripciones extracorpóreas plausibles sobre técnicas de reanimación individuos educados e informados con ciertos conocimientos acerca de este campo a partir de lecturas, cursillos prácticos de reanimación cardiopulmonar (RCP) y cosas por el estilo? ¿Solo las personas inconscientes durante períodos prolongados se encontraban con el «más allá»?

Finalmente, también nos proponíamos averiguar si la disminución del miedo a la muerte expresada por las personas entrevistadas por Moody era el resultado de la experiencia cercana a la muerte en sí misma o simplemente la consecuencia de haber sobrevivido a una muerte cierta.

1. R. A. Moody, Jr., *Life After Life* (Covington, Ga.: Mockingbird Books, 1975). [Edición en castellano: *Vida después de la vida* (Madrid: Edaf, 1997)].

Título original en inglés:
Recollections of Death. A Medical Investigation
Copyright 1982 by Michael B. Sabom
Published by Harper & Row, Publishers, Inc., New York, N.Y.

© del texto: Michael B. Sabom, 2016
© de la traducción: Jordi Vidal Tubau, 2016?
© de esta edición: Milenio Publicaciones, SL, 2016?
Sant Salvador, 8 - 25005 Lleida (España)
editorial@edmilenio.com
www.edmilenio.com
Primera edición: diciembre de 2014
DL L ???-2017
ISBN: 978-84-9743-xxx-x
Impreso en Arts Gràfiques Bobalà, S L
www.bobala.cat

Printed in Spain

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, <www.cedro.org>) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.