INTRODUCCIÓN

«Todo el mundo sabe que va a morir, pero nadie lo cree. Si lo creyéramos, haríamos las cosas de otro modo […]. Aprende a morir y aprenderás a vivir.»

MORRIS SCHWARTZ[1]

Iba a cambiar la postura de mi paciente en la cama cuando oí el inconfundible timbre de la alarma que indica un paro cardíaco. Dejé lo que estaba haciendo, pedí a una compañera que vigilara a mi paciente y corrí a la zona donde estaba el paciente que había sufrido el infarto. Sentí el estallido de adrenalina en mi interior. Fui la primera en llegar y rápidamente inicié las compresiones pectorales mientras una compañera comprobaba sus vías respiratorias. En unos segundos llegaron otros compañeros: uno desinfló el colchón de aire en la cama, otro trajo el desfibrilador, otro abrió el botiquín de emergencia, otro contó los ciclos de reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros se quedaron esperando para continuar con la reanimación o buscar otros medicamentos si era necesario.

«Vamos, Bob, vuelve con nosotros», dije en voz alta mientras realizaba las compresiones pectorales. Parecía que mis brazos estaban a punto de dormirse, pero estaba decidida a mantener vivo a aquel hombre. Tras otros quince minutos, el monitor de seguimiento registró un ritmo cardíaco errático

que se tornó más regular a medida que recuperaba su pulso cardíaco. Mi asombro no tenía límites: había ayudado a salvar la vida de aquel hombre, y era una gran sensación.

Durante los siguientes días me las arreglé para ver a «Bob», aunque no me habían destinado a atenderlo. Seguía conectado al respirador y se usaban inyecciones de medicamentos para mantener su presión sanguínea. No estaba comunicativo y no sonreía o me hacía gestos, como había hecho anteriormente. Su estado se deterioró gradualmente y murió días después, cuando no se le pudo ofrecer otro tratamiento. Me disgustó porque habíamos hecho todo lo posible para que se recuperara de su enfermedad. Yo solo llevaba un mes trabajando en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y me sentía orgullosa de ayudar a salvar todas aquellas vidas: en cierto sentido, me sentía heroica. Era joven y entusiasta. Jamás pensaba en cómo se sentían los pacientes; la cuestión era salvar sus vidas y lograr su recuperación. Nunca llegué a pensar en lo que pasaba por la mente de los pacientes que no se recuperaban.

Unos dieciocho meses más tarde, mi vida cambió. Trabajaba en un turno de noche y atendía a un hombre que se estaba muriendo. Llevaba catorce semanas como paciente de la UCI y por eso llegué a conocerlo bien. Esa noche lo saludé y, después de sustituir a la enfermera del turno anterior, comprobé el equipo instalado junto a su cama y me preparé para bañarlo: el ritual habitual en la UCI donde trabajaba. Al tocar los controles de la cama eléctrica para ajustar la altura, el paciente casi saltó de la cama dando un grito de agonía. Todo su cuerpo se tensó, estiró los brazos hacia arriba y su rostro se crispó en un amasijo contorsionado. Nuestros ojos entraron en contacto y fue como si todo a nuestro alrededor se detuviera –ya no era consciente de los sonidos que me rodeaban: el ventilador que respiraba por él, la rápida bomba intrave-

nosa que administraba la medicación, el giro de los engranajes de la máquina de diálisis, mis compañeros hablando al fondo–, todo mi entorno desapareció y de pronto tuve la sensación de comprender todo lo que sentía mi paciente. Él no podía hablar, pues estaba conectado al respirador mediante una traqueotomía, pero sus labios pronunciaron una súplica muda: «Déjame solo, déjame morir en paz… Déjame morir». Jamás olvidaré su mirada; permanecerá conmigo para siempre. Sus ojos estaban inundados de lágrimas, dolor y frustración. La experiencia tuvo un enorme impacto en mí y me quedé allí, incapaz de moverme durante unos cinco minutos, en estado de shock. Llamé al doctor, que aumentó el suministro de analgésicos, pero el paciente seguía con evidentes dolores. Me encontraba en un dilema: si no lo bañaba la enfermera jefe me reprendería por no hacerlo, pero si lo hacía causaría aún más molestias al paciente.

Aparté las pantallas de la cabecera de la cama y le tranquilicé como mejor supe. Empezó a calmarse un poco y entonces, con su permiso, lavé las partes de su cuerpo que pude alcanzar y me senté junto a él, sosteniendo su mano. Unas horas después se tranquilizó aún más, cerró los ojos y cayó en un sueño ligero. Durante el resto del turno no pude dejar de pensar en cómo se sentía. Estaba al final de su vida y las últimas catorce semanas no había podido hablar, lo habían conectado a un sinfín de máquinas diferentes, las funciones de la mayoría de sus órganos habían sido asumidas por bombas mecánicas, apenas había dormido y cada aspecto de su vida estaba bajo el control de las enfermeras. Esa mañana, mientras conducía a casa, lloré sin parar, porque el paciente ocupaba mi mente constantemente. Llamé al trabajo a media mañana y me dijeron que había muerto dos horas después de concluir mi turno. La experiencia me afectó tan intensamente que estuve a punto de dejar el trabajo como enfermera.

Cada vez que acudía al trabajo me daba cuenta de que había otros pacientes que vivían experiencias similares al final de su vida. Me parecía que estaba desarrollando una reforzada sensación de empatía hacia los pacientes y sus familiares. Tan solo quería abrazarlos y que las cosas mejoraran, pero era impotente para hacerlo. También hacía que me planteara una serie de preguntas: ¿tan mala es la muerte que debemos hacer cuanto esté en nuestro poder para evitar que los pacientes mueran? ¿Qué es la muerte, en todo caso? ¿Qué ocurre cuando morimos? ¿Por qué nos aterra tanto? ¿Por qué ni siquiera hablamos de ella?

Durante los siguientes meses caí en una profunda depresión; sentía que iba al trabajo en piloto automático. Busqué cursos de enfermería que me ayudaran a comprender mejor cómo atender a pacientes que morían en cuidados paliativos, pero no había nada relevante aplicado a la UCI (¡y sigue sin haberlo!). Así pues, empecé a leer sobre la muerte, leí todos los libros sobre el tema que pude encontrar. Dondequiera que fuera tenía un libro en las manos. Entonces descubrí el concepto de experiencias cercanas a la muerte (ECM) y pensé: «¡Guau! ¡Esta gente nos está diciendo que la muerte es algo a lo que no hay que temer!». Mi formación científica como enfermera me decía que debían tratarse de meras alucinaciones o ilusiones, pero mi curiosidad al respecto no hizo más que crecer. Empecé a preguntar a los pacientes que supervisaba si habían tenido experiencias semejantes, pero ninguno me habló de nada parecido.

Entretanto, una de las supervisoras de enfermería se dio cuenta de que yo estaba retraída y había perdido mi habitual sentido del humor, así que un día tuvimos una reunión para hablar de lo que me estaba pasando. Durante dos horas dejé que afloraran las frustraciones y emociones de los últimos meses. Todo lo que la perpleja supervisora pudo decir

fue: «Vaya, parece que aquí hay cosas interesantes, ¿cómo las abordamos?». La conversación concluyó con el establecimiento de objetivos a largo plazo. Le dije que lo único que me haría quedarme en la UCI era investigar las ECM. Ella rompió a reír y dijo que eso era extremadamente improbable porque tendría que ir al comité ético, lograr el permiso de los especialistas, etc., y dudaba que estuvieran de acuerdo; parecía tan improbable que ni siquiera lo anoté como uno de mis objetivos. Sin embargo, estaba segura de que eso era lo que quería hacer y *nada* iba a disuadirme.

Dos años después logré el permiso del comité ético, de mi supervisor y de los especialistas e inicié el primer estudio prospectivo a largo plazo sobre las ECM llevado a cabo en el Reino Unido, bajo la supervisión de las principales autoridades en la materia, el profesor Paul Badham y el doctor Peter Fenwick.

El estudio empezó en 1997 y durante ocho años mi vida se centró por completo en mi investigación, impulsada por aquel encuentro inicial con el paciente terminal. Realmente quería comprender la muerte para poder ayudar a futuros pacientes y asegurarme de que no pasarían por lo que había tenido que pasar él. Para un lector más técnico y científicamente orientado, he publicado un libro académico con todos los detalles de mis métodos de investigación, resultados, estadísticas, valoraciones y conclusión.[2]

Mis conferencias, especialmente las públicas, han sido muy bien acogidas, por lo que entiendo que existe un verdadero interés en este tema y que tanto el público general como los profesionales de la salud tienen sed de conocimientos en este campo. En respuesta a artículos de prensa sobre mi investigación, muchas personas de todo el mundo han contactado conmigo. La atención que mi trabajo ha recibido me pilló completamente desprevenida y he rehuido la publicidad

tanto como me ha sido posible, al encontrarla bastante enojosa. Me lancé a fondo y he aparecido en programas de radio y televisión en el Reino Unido y en lugares tan lejanos como Colombia, Brasil y Nueva Zelanda. Dondequiera que voy, la gente quiere conocer más a fondo mi investigación.

Por desgracia, se han producido muchos malentendidos respecto a la misma, a menudo asociados con el concepto de vida después de la muerte. Quiero dejar claro que no intento demostrar o refutar la vida en el más allá; lo que he pretendido es lograr una mejor comprensión del proceso de la muerte para mejorar la atención a los pacientes terminales. Obviamente, lo que he escrito sobre el encuentro con mi paciente al principio de esta introducción apenas expresa la profundidad de la emoción que me inundó esa noche. He preferido ahorrarles los detalles de lo que tuvo que soportar. La conexión que experimenté con ese hombre en 1995 es lo que continúa motivándome y lo que me hace perseverar en mi investigación hasta el presente. No tengo otro propósito que contribuir a mejorar la atención a los pacientes terminales; es un asunto que nos afecta a todos, ya que la muerte es la única certeza absoluta en la vida de *todos* y sé que *yo* no quiero pasar lo que pasó aquel hombre.

Aunque la investigación que llevé a cabo en el hospital se centró fundamentalmente en las ECM acontecidas durante los paros cardíacos, pueden suceder en otros contextos, que también serán descritos. A lo largo de los años he reunido cientos de ejemplos de ECM que me han remitido las personas que han contactado conmigo. He incluido algunos ejemplos, pero decidir cuáles añadir ha sido muy difícil porque tengo muchos casos archivados y cada uno es valioso en sí mismo. Los testimonios aparecen en su forma original y no han sido alterados, salvo en la corrección ortográfica y en la eliminación de los nombres: la mayoría de las per-

sonas ha preferido permanecer en el anonimato. Creo que es un libro de fácil lectura, basado en mis 21 años de experiencia como enfermera, en mi investigación doctoral en ECM y en mi visión personal, fraguada en el transcurso de mi carrera. Pretende comunicar estas experiencias a un público más amplio, ofrece ejemplos de ECM y, espero, transmitir la idea de que son algo más que meras alucinaciones y que podemos aprender mucho de esta cuestión. Deseo que el lector pueda comprometerse con estas experiencias y ampliar su conciencia respecto a las enormes complejidades que entrañan. Y más importante aún, espero que se lo piense dos veces si en alguna ocasión conoce a alguien lo suficientemente valiente como para compartir su ECM con él; espero que le responda con respeto, independientemente de su perspectiva personal.

Ha sido un verdadero privilegio ocupar un puesto en el que se me ha permitido aprender tanto de los pacientes que he atendido a lo largo de mi carrera, así como de los pacientes que forman la base de mi estudio y de las personas que han compartido sus ECM conmigo. Hay algo que inspira humildad en el hecho de estar en presencia de alguien que ha vivido una ECM, y considero un verdadero honor que todas esas personas hayan compartido conmigo una experiencia tan intensamente emocional y personal.

Sugiero a los lectores escépticos que no tomen las ECM en su sentido literal, sino que intenten alcanzar una comprensión más profunda y ahondar en el abanico de experiencias de este complejo fenómeno antes de pronunciar juicios de valor. Recomiendo especialmente tomar asiento y *escuchar* a muchas personas describir su ECM: una cosa es leer estas experiencias y otra muy distinta estar frente a quienes las han vivido.

El aspecto crucial en el que quiero centrarme en este libro es en que las ECM ocurren inequívocamente y que ejercen

un poderoso y verdadero efecto en quienes las experimentan. Más aún, la sabiduría obtenida durante la ECM puede mejorar nuestra vida y manifiesta unos efectos increíblemente positivos en quienes no la han vivido: todo lo que tenemos que hacer es prestar atención y *escuchar* lo que estas personas tienen que decir. Al intentar patologizar las ECM perdemos un conocimiento muy valioso.

Paradójicamente, lo más importante que me ha enseñado mi investigación tiene que ver con la vida y no con la muerte. En nuestro presente modo de vida, tecnológico, consumista y materialista, hemos olvidado lo fundamental: cómo vivir. Mi nueva perspectiva sobre la muerte y, consecuentemente, sobre la vida, no solo me ha ayudado a seguir trabajando en la UCI durante diecisiete años, sino también a atender mejor a los pacientes terminales en mi propia familia. No pretendo conocer todas las respuestas, tan solo presento las experiencias que me han sido transmitidas y espero ser capaz de transmitir algo de lo aprendido de mis pacientes y en mi trabajo como enfermera y como investigadora. Animo a los lectores de este libro a abrir su mente y confío en que se sentirán inspirados para iniciar su propio viaje y conocer más profundamente ese gran misterio que llamamos muerte.