ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/320012335

ANÁLISIS GENERAL DEL FENÓMENO DE LA MUERTE: MORIR NOS ININTERROGA Discurso, en la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luis de Zaragoza

Conference Paper · March 2012

CITATIONS
0

READS
26

3 authors, including:

Bernardo Ebri
Hospital Universitario Miguel Servet

179 PUBLICATIONS **132** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project Diatesis hemorragica tardia en un caso de déficit congénito del factor X View project

Project Absceso hepático brucelar View project

All content following this page was uploaded by Bernardo Ebri on 24 September 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

ANÁLISIS GENERAL DEL FENÓMENO DE LA MUERTE: MORIR NOS INTERROGA

Discurso, en la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luis de Zaragoza. Por el Dr. Bernardo Ebrí Torné. Médico Internista. Exprofesor de Anatomía Humana y Asociado Médico. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Miembro de ASEMEYA (Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas) y de AAE. (Asociación Aragonesa de Escritores) Marzo 2012.

Mira Editores. Zaragoza, Marzo 2012

Excmo. Sr. Presidente, ilustrísimos Señores Académicos, amigos y compañeros, señoras y señores.

Es un honor para mí el haber sido invitado a esta Real Academia de Bella Artes para dar este discurso sobre un tema habitualmente considerado tabú y siempre de dolorosa actualidad, por su presidente y junta directiva. Intentaré abordarlo desde diferentes perspectivas y resumir lo más brevemente que pueda su exposición, ya que al tratarse de un tema multidisciplinar su extensión podría ser considerable.

Chocamos con la muerte continuamente en nuestro ejercicio profesional, vemos su rostro en la cara de muchos pacientes. A veces, yo mismo me he preguntado: ¿tiene la muerte algo qué decirnos?

Existe un tabú respecto a ella, aunque cada vez más se va produciendo una apertura y sensibilización social progresiva de querer conocer cómo y de qué se muere, qué hacer con el enfermo terminal, así como saber si existe otra vida después de ésta. Está aumentando últimamente la cifra de enfermos que mueren en casa. Hoy en día se puede decir que un 50% de los enfermos mueren en casa y el otro 50% en los hospitales. Hasta la actualidad un 70% de los enfermos terminales moría en los hospitales en nuestro país; en USA el porcentaje es de hasta un 80%.

El hospital puede ofrecer a ciertos familiares un lugar donde aparcar al enfermo incómodo. La muerte es un tabú y debe de ser escondida. No es posible hoy día el cuidado amoroso que permitía que la muerte se convirtiese en un acto decisorio de libertad. Se intenta más prolongar la vida que darle un sentido. No se ofrece ayuda suficiente al moribundo para que muera su propia muerte. Los hospitales de agudos no están concebidos ni preparados para cuidar de estos enfermos, de ahí que actualmente exista un gran problema social de falta de camas; muchos de estos pacientes tendrían que estar mejor en sus casas con una asistencia sanitaria. Una vez ingresado el enfermo terminal, progresivamente suele darse cuenta de su situación, aunque trate de disimularlo para no preocupar a sus familiares; el hospital hace perder la independencia de estos enfermos, por lo que entran fácilmente en conflicto en muchas

ocasiones con el personal sanitario e incluso con sus propios familiares.

Aunque se han acomodado hospitales para estos enfermos su número es insuficiente y han quedado desbordados. El personal médico intenta suplir estas deficiencias con gran abnegación y sacrificio; por otra parte, cada día se incrementa más el coste económico de la salud. De ahí el riesgo de que los Estados bajo el pretexto de regular una llamada muerte digna, puedan esconder en leyes ambiguas veladas prácticas eutanásicas que aligeren de pacientes afectos de enfermedades crónicas graves e irreversibles, el pesado gravamen de la maquinaria sanitaria.

Este es un problema general en todos los países occidentales, ya que el envejecimiento de la población, al haber mejorado el pronóstico de vida por la moderna atención sanitaria, nos ha desbordado. Hay que despertar a la inventiva creadora, a una sana corriente humanista que contrarreste la gran revolución cultural de hoy día que trata de imponer el programa ideológico de los que quieren un mundo sin Dios. Se ha seguido una hoja de ruta continua en el proceso de imponer la muerte a nuestra sociedad, disfrazada de derecho de la mujer en el caso del aborto a plazos y ahora de muerte digna, cuando la mayoría de los profesionales de la salud han atestiguado que no hacía falta esta ley, que las necesidades estaban cubiertas por una correcta aplicación de la ley de cuidados paliativos y testamento vital.

Hay hospitales anglosajones donde disponen de equipos interdisciplinares para atender a los enfermos terminales, para ayudarles hasta el último instante, mejorando en lo posible su calidad de vida. Estos equipos, formados por médicos, enfermeras, asistentes sociales y capellanes ayudan y acompañan al enfermo y sus familiares a lo largo de todo el proceso. Estos pacientes, y la misma familia, suelen presentar un gran miedo y angustia ante la muerte. Son el fruto de una sociedad donde la técnica se ha elevado a la categoría de Dios, devaluándose los valores humanos. El hombre confía ciegamente en la ciencia y piensa que ésta puede resolver todos los problemas del ser humano, por lo que el pensamiento de que un día tenemos que morir se va orillando, y al pensar que tal vez no exista nada después, no vamos preparándonos para ese instante tan decisivo: ¡Comamos y bebamos que luego moriremos! (1Is 22,13) se decía en las sociedades bíblicas, hoy solemos decir: ¡a vivir que son dos días!

Se dice que se suele morir como uno haya vivido. La dignidad al morir se encuentra en la dignidad con que has vivido tu vida. Si hemos amado y dado sentido altruista a la vida, la muerte no representará un absurdo vacío de contenido y moriremos en paz (Lc2, 25-32). Aun en residencias de ancianos y domicilios particulares, los moribundos se encuentran con frecuencia sin una persona o familiar preparado para ayudarles a vivir una buena muerte, la familia se encuentra sobrepasada en estas situaciones. No sólo necesitan los cuidados estrictamente personales básicos, sino también la ayuda moral que les conforte para afrontar con dignidad su muerte.

La propia comunidad cristiana no suele responder satisfactoriamente. Es penoso ver con frecuencia que sea la propia funeraria la que comunique a la parroquia la muerte de un feligrés. No puede generalizarse, puesto que también se dan experiencias positivas de trato cordial, compañía, escucha y apoyo psicológico y pastoral.

En nuestros hospitales existen actualmente las unidades de cuidados paliativos, compuestas casi exclusivamente por profesionales médicos que sí ofrecen terapia contra el dolor, pero habría que abrirse también a otras necesidades del enfermo, de ahí la necesidad de crear equipos interdisciplinares. Hoy día hace falta una profunda mentalización a este respecto. Debe comenzar ya en la propia facultad de medicina durante el pregrado, y extenderse en el postgrado, formando debidamente a los propios médicos jóvenes y al personal sanitario restante, ATS y personal auxiliar. Sólo así se irá consiguiendo una humanización progresiva en el trato con estos enfermos. Equipos de trabajo en asistencia primaria deben visitar y ayudar a los familiares a soportar la pesada carga asistencial.

El proceso de envejecimiento es progresivo, los cuerpos van fallando y el proceso de la enfermedad va envolviendo a la persona. En muchas ocasiones los enfermos presentan cuadros demenciales que les desconectan de su entorno. La inmunidad suele estar alterada; a veces un cuadro séptico, una neumonía, llamada la amiga del anciano, pone fin a un enfermo terminal. En otras ocasiones el enfermo lucha en una agonía prolongada y se resiste a entregarse a la muerte. Yo creo que no hay que pensar cómo será nuestra muerte, ésta será y tendremos la nuestra, la que la Providencia quiera depararnos, la dignidad en recibirla depende de la dignidad con que hayamos enfocado nuestra vida. Hay personas que preferirían una muerte rápida y otras sin embargo una muerte rodeada de todos sus familiares. La realidad se encarga de darnos una muerte singular, distinta para cada cual.

Hoy día se reprime la idea de la muerte, tal vez por ello se prolongue el sufrimiento sin sentido alguno pensando más en proteger la vida que en su calidad. En nuestra sociedad se tiende a disfrazar la propia muerte; hasta se maquilla a los cadáveres como si se pretendiese que se parecieran más a los vivos que a los muertos. Esta mentalidad es consecuencia de una ética hedonista muy semejante, en muchos aspectos, a la que se vivía en la época de San Pablo (1Cor 15,32). Nuestros propios hospitales expresan en la práctica diaria estos tabúes que nacen por miedo a la muerte, ahora bien, gracias a ellos podemos nosotros mismos humanizar la propia muerte.

¿De qué nos podemos morir?

Cada día mueren 1.500 norteamericanos de isquemia cardiaca. Es frecuente la parada cardiaca por fibrilación ventricular tras un episodio cardiovascular agudo, como es un infarto de miocardio; si sucede fuera de un ambiente hospitalario, las posibilidades de supervivencia disminuyen significativamente, ya que la reanimación cardiopulmonar tiene que ser inmediata teniendo que utilizarse un desfibrilador. El Dr. Shervin Nuland nos refiere cómo entre un 20% y un 25% de los norteamericanos mueren de repente, unos 350.000 sufren una parada cardiaca cada año, ocurriendo una tercera parte en el hospital y un 20% sin dolor. Alrededor del 85% de la población americana sucumbirá a las complicaciones de siete de las enfermedades más comunes: arteriosclerosis, hipertensión, diabetes del adulto, obesidad, estados de disminución mental como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, cáncer e infecciones. La demencia Alzheimer, que constituye el 60% de todas las formas de demencia, suele afectar a

personas de más de 65 años. En países como Estados Unidos afecta al 11% de la población de esa edad, más de cuatro millones de personas. A lo largo de la enfermedad los pacientes llegan a no reconocer ni a sus propios familiares, pueden llegar a un estado vegetativo hasta que suelen morir por algún tipo de infección. El drama de los familiares que tienen un paciente con esta enfermedad puede ser terrible.

La muerte por accidente coronario, especialmente infarto, puede ser muy rápida; a muchos les gustaría una muerte así, sin casi enterarse. Hay personas que mueren de vejez, aunque el desencadenante concreto sea una infección, una parada cardiaca. El cáncer, los excesos de tabaco y alcohol tienen mucho que decir, así como la conducción temeraria bajo los efectos del alcohol y la prisa. Podemos morir de repente también como ocurre en un accidente de tráfico, o tras una lenta enfermedad como puede ser un cáncer, que va debilitando progresivamente a la persona. Las llamadas "3 C", son las causas más frecuentes de terminar esta vida: carretera, corazón y cáncer.

Puede resultar interesante efectuar una rápida visión histórica de cómo se ha contemplado por las diversas culturas y en diferentes épocas el hecho de la muerte.

La primera mención sobre temas tanatológicos se refiere a la cultura del antiguo Egipto. Este pueblo siempre estuvo profundamente preocupado por la idea de la muerte y del más allá. Acostumbraban a escribir textos e inscripciones sobre las habitaciones de las pirámides y posteriormente hicieron igual sobre los sarcófagos (año 2000 antes de Cristo). A partir del 1500, estos textos, copiados en papiros, los depositaron en las tumbas junto al cadáver: Era el llamado libro de los muertos. Aunque al principio estos textos eran de tipo hermenéutico, posteriormente estuvieron a disposición de todo el mundo. Una de las características del pueblo egipcio fue su dedicación a la conservación del cuerpo, constituyendo el arte de la momificación; había embalsamamientos de muy diversas clases o categorías. El historiador griego Herodoto de Helicarnaso, que viajó en el siglo V (antes de Cristo) a Egipto describe cómo extraían las vísceras y el cerebro del cadáver, llenando la cavidad con mirra, canela y otros perfumes, secando el cuerpo con nitrato durante setenta días, luego lo envolvían con vendas de lino. En otras ocasiones inyectaban aceite de cedro, sin sacar las vísceras, dejando el cuerpo sumergido en natrón que desecaba la carne, posteriormente extraían el aceite de cedro que había disuelto las vísceras. Estos procedimientos fueron también utilizados en las civilizaciones árabe, judía, griega y romana.

Es el libro tibetano de los muertos, el Bardo Thödol escrito en el siglo VII por Padma Sambhara, uno de los que explicita mejor el proceso post mortem en cada una de sus fases: cómo el difunto, una vez descarnado, va enfrentándose a sus propias proyecciones mentales dentro de un mundo imaginal donde se nos van refiriendo los pasos que el espíritu va siguiendo, hasta fusionarse con la luz divina o iniciar una reencarnación. Cuestión que en la fe cristiana no se considera sino la resurrección, ya que el Cristo perdona "setenta veces siete", es decir siempre, lo que hace inviable tener que reencarnarse para purgar el karma, evitándose así la rueda kármica que los

orientales por carecer de un Dios personal, admiten. El Si-Yuan-Lu es un texto típicamente médico legal chino que data del siglo XIII, donde se hacen referencias a temas tanatológicos.

En Occidente, el hombre medieval aprendía a bien morir, se preparaba a lo largo de toda su vida, era el arte del bien morir, el "ars moriendi", pero hasta el final del período medieval cerca del Renacimiento, no se permitió el estudio sobre el cadáver. Inicialmente se realizaba sólo estudio anatómico sobre el cadáver sin analizar las posibles causas legales de la muerte; hasta la obra del florentino Antonio Benivienni (1443-1502) no se efectuó un inicio de estudio anatomopatológico. Durante el Renacimiento nació la función médico forense; el código de Bamberg (1507) especifica la obligación de examinar el cadáver cuando la muerte fuera violenta. A este respecto aparecen también obras de cirujanos como Ambrosio Paré (1575) y la del español Juan Fragoso (1581). A partir del siglo XVIII se desarrolla en Europa la cirugía forense, actualmente se han desarrollado muchas técnicas que permiten resolver de forma acertada problemas que se originan para identificar restos cadavéricos o buscar la etiología médico legal de la muerte. A partir de sangre, saliva, esperma, pelo y DNA antiguo en restos óseos y dentales puede producirse la identificación del cadáver. También puede utilizarse la radiología, especialmente sobre piezas dentarias y prótesis, como sistema de identificación del individuo. Así mismo se utilizan técnicas antropológicas de reconstrucción o modelado mediante artes plásticas, reproduciendo y dibujando la imagen del difunto mediante ordenador. El análisis físico químico de las sustancias tóxicas causantes de la muerte se puede practicar mediante técnicas de espectrofotometría líquida de alta resolución, o cromatografía de gases.

Hemos comentado hasta ahora aspectos médico legales de la muerte, pero lo verdaderamente importante a mi entender, para nuestro crecimiento interior y evolución espiritual, es **analizar e interrogarnos sobre el hecho de morir en sí,** ya que si logramos entender el porqué de la muerte, y mejor el para qué, podremos ordenar mejor nuestra vida dándole un centraje existencial que haga evolucionar la esperanza acerca de nuestro destino eterno.

Son especialmente los pacientes graves, moribundos, los que prioritariamente nos interrogan. Su propia muerte plantea la nuestra aunque sea de forma inconsciente, por ello muchos de nuestros temores y ansiedades al hablar de este tema. El médico parece que tendría que haber superado esta ansiedad pero de hecho no es así, el tabú de la muerte existe también para él como para todo ser humano no iniciado.

Al hablar con el enfermo desahuciado no nos resulta difícil considerar que nuestra misión como médicos no termina cuando hemos diagnosticado o puesto un tratamiento. Estos pacientes requieren medidas paliativas, médicamente no van a curarse y nos resulta incómodo seguir atendiéndoles porque continuamente su presencia nos está recordando nuestra impotencia y el fracaso de nuestra medicina, así como la situación crítica a la que nosotros mismos tendremos que enfrentarnos un día. Si el profesional no está preparado para estas situaciones, su misión es acompañar

también al enfermo terminal, lo va a pasar muy mal. El paciente tiene su derecho a recibir una información adecuada respecto a su enfermedad. Sin negarle la verdad de su situación delicada, el médico debe impregnar su diálogo con cortesía y ternura, y nunca destruir su esperanza. Hay que saber dar al enfermo una respuesta adecuada a cada situación, y ello requiere revisar nuestra propia filosofía de la vida. Si creemos que la muerte es la antesala del fin, nos resultará muy difícil consolarle. El médico debe aliviar siempre al enfermo, y en circunstancias terminales debe suprimir el dolor, sin que ello repercuta en acortar la vida del paciente. Una sedación irregular o desproporcionada puede indicar una práctica eutanásica, ya que en realidad, es la intencionalidad del paciente y la del médico, la que en función de la adecuación y proporción de las medidas terapéuticas adoptadas, permite calificar si moral, científica y legalmente se trate de una práctica eutanásica o no. Los moribundos tienen derecho a que no se les prive de la conciencia propia sin grave motivo, a efectos de que estén en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales, familiares y espiritual. No existe un derecho del paciente a exigir la sedación, indiscriminadamente. No puede una ley ser ambigua que permita suspender las medidas de soporte vital, sin distinguir entre medios ordinarios o extraordinarios de prolongación de la vida. Suspender la nutrición o la hidratación de un enfermo grave, puede ser una forma cruel de eutanasia por omisión, “pasiva”. No se puede bajo el pretexto de caer en obstinación terapéutica, el incluir junto al enfermo terminal a persona “afecta de una enfermedad grave e irreversible”, pues entonces múltiples enfermedades como el propio Alzheimer, síndrome de Down, cáncer, sida consideradas en estos efectos, pueden ser objeto de eutanasia génica, medida considerada clásicamente vinculada a las concepciones nazis. La ley de muerte digna, no puede hipertrofiar el derecho del paciente a que se haga su voluntad, de tal manera que comprometa la intervención médica según el principio de la “lex artis”. Este derecho del paciente tiene sus límites contemplados en el Código de Ética y Deontología Médica en la Ley 41/2002 y en el propio Código Penal. Limitaciones que dispensan al médico de actuar de acuerdo a los deseos del paciente cuando juzga sus exigencias inadecuadas o inaceptables desde el punto de vista legal, científico o ético. Por ello una nueva ley no debe de pronunciarse sobre cuestiones ya objeto de otra ley, a no ser que se quiera crear una legislación desordenada, caótica y ambigua que facilite los procedimientos eutanásicos. No hace falta en consecuencia una nueva ley que bajo la “coartada” de dar garantías al personal sanitario protegiéndole en su actuación cara al paciente grave, sea en realidad una puerta abierta a prácticas eutanásicas, que aunque no sea ahora aplicada de forma directa, puede ser la antesala de la aplicación futura de la eutanasia radical, lo mismo que pasó con los tres supuestos abortivos y la actual ley de plazos.

El ciclo de la vida es continuo: unas generaciones perecen mientras otras nacen a la vida. Realmente puede ser costoso para muchos salir de este mundo. El hecho de morir supone una etapa de nuestra vida, la final, y hay que estar preparados para ello. La muerte es más fácil para quienes han pensado más en ella, durante toda su vida, como si siempre estuviesen preparados para su llegada.

Hoy día, la muerte, considerada un tabú, es para muchos el final, y por lo tanto hay que pasar este mal trago rápidamente. No hay que comentar mucho sobre ella, no sea que al nombrarla aparezca: ¡tocad madera! Se la considera como un fin y no como un medio.

Para el cristiano y para muchos de otras religiones la muerte no es el final, sino únicamente una transformación, un cambio de vida. Montaigne decía: “La utilidad de la vida no está en su duración, sino en su uso".

Hay que reconocer que la persona tiene derecho a morir en paz y a que no se prolongue su vida con medios no proporcionados a la situación particular que está viviendo en la enfermedad, el llamado encarnizamiento u obstinación terapéutica, pero tampoco privar al enfermo terminal de un soporte vital basado en medios ordinarios so pena de no caer en práctica eutanásica pasiva.

Dichas estas consideraciones que hemos creído conveniente comentar dados los tiempos que corren, **volvemos a considerar aspectos antropológicos del fenómeno de la muerte.**

La muerte devuelve el hombre al lugar de donde vino, por lo tanto le plantea interrogantes y para contestarlos tenemos que desenmascararnos de las caretas que nos vamos poniendo a lo largo de nuestra vida para no hablar de estos temas. El ambiente de superficialidad imperante hoy nos hace más difícil ser sinceros. Este ambiente forma parte de la propia estructura nihilista que niega al hombre toda posible esperanza de supervivencia y favorece por una oferta incontrolada de tóxicos como el alcohol y otras drogas que el hombre se intoxique. Las multinacionales organizan campañas internacionales de sensibilización de la opinión pública para tratar de que adquiramos medios de consumo sin valorar adecuadamente si éstos van a ofrecernos una auténtica calidad de vida. El mundo del crimen organizado negocia con vidas humanas a través de la venta de armas a países y organizaciones donde los derechos humanos no están garantizados. El tráfico de drogas está haciendo estragos entre la juventud, agravado el problema en la actualidad por el sida; así mismo, el aborto es una plaga mundial. Nathanson, el médico ginecólogo estadounidense que más abortos practicó en su país antes de su conversión, demostró la conexión entre el aborto y el mundo del crimen organizado.

Al asistir a un paciente moribundo, el médico puede aprender en el trato con el enfermo sinceridad, ya que los pacientes mentalizados por su enfermedad suelen ser sinceros. La muerte de cada paciente nos interroga acerca de nuestro propio vivir, nos enseña que hay que relativizar las cosas, pues no hay nada absoluto en este mundo, ni la vida misma si tienes fe. Ni Dios que es absoluto se comporta como tal.

Hay pacientes que enseñan mucho al profesional, con su ejemplo de aceptación de la enfermedad, con su paz, con su diálogo sereno. Cada persona que fallece produce una pequeña muerte del propio médico, si éste vive su profesión con honradez, aunque no lo llegue a explicitar.

Para una mentalidad superficial y consumista la enfermedad es un fracaso y puede

constituir un motivo de vergüenza y de temor, por ello la sociedad en general suele defenderse marginando a los enfermos crónicos en asilos y hospitales. Existe un refrán popular que dice "el muerto al hoyo y el vivo al bollo"; es una frase que resume una filosofía dura de la vida; como existe un temor y una defensa de la sociedad ante el hecho de morir. No se quiere reflexionar porque saldrían interrogantes que complicarían la vida, y es más fácil cerrar los ojos y hacer lo que hace el avestruz. Si cuando muere un familiar reflexionáramos un poco, tal vez descubriríamos que la muerte no es tan absurda, que puede tener un sentido, aunque decir estas cosas en esos momentos parece un sacrilegio, pues el dolor del duelo es grande y nubla cualquier raciocinio. Un hombre de fe puede intuir esto que digo, aunque sienta en su corazón el más profundo dolor por la muerte de su familiar, recordemos cómo lloró el mismo Jesús por la muerte de su amigo Lázaro (Jn11, 35-36).

El médico y el personal sanitario pueden verse dentro de la crispación y el clima de agresividad que llegan a producirse en determinados casos en el ambiente familiar de un enfermo grave o moribundo; su propia muerte puede ser "vivida" por el familiar con violencia, por lo menos verbal, contra el médico, a quien se le dirigen reproches. No aceptan la muerte, y realizan proyecciones de su zona de sombra sobre el profesional. Éste tiene que comprender estas situaciones, y no entrar en el clima tenso y de descalificaciones que se puede producir en esos momentos; debe conservar la serenidad y siempre valorar cuál ha sido su actuación con el paciente y así explicárselo a los familiares del fallecido. En la narrativa médica existen muchas anécdotas en este sentido. Cito una: Era un hombre que había perdido a su hijo pequeño de difteria; cuando el padre le reprochó al médico por su tardanza en acudir, el profesional, que había tenido que ver a muchos enfermos, entre ellos a su propio hijo le contestó: ¡usted aún tiene alguien con quien desahogarse pero yo no tengo a nadie con quien hacerlo pues mi hijo ha muerto, como el suyo!

¿Cuándo puede determinarse que ha muerto un paciente?

El diagnóstico de la muerte de una persona está basado en criterios clínicos; es decir, en el cese de la respiración y la circulación. Es lo que se llama muerte funcional. Después del primer trasplante cardiaco, la ciencia médica en todo el mundo afrontó el posible dilema de determinar el momento de la muerte con una nueva perfección.

Hay un consenso general en que la muerte del cerebro marca el fin de la persona: "Solamente el cerebro da al hombre su realidad, si el cerebro muere ya no hay persona por más tiempo. Tal es también la opinión manifestada por las autoridades médicas e internacionales", afirma Goulon. “Después de la muerte del cerebro, el cirujano tiene la obligación moral de interrumpir todos los métodos artificiales de mantener la vida por respiradores", comenta Brens. Después de la muerte del cerebro, órganos tan importantes como el corazón, los pulmones, los riñones y el hígado pueden ser conservados por respiración artificial.

Es importante fijar el momento de la muerte no sólo para realizar un transplante, sino para determinar el momento después del cual la prolongación de la vida biológica del hombre carecería de sentido. No es sin más, el trazado plano de un

electroencefalograma el que define la muerte del cerebro, sino un trazado lineal rectilíneo durante 48 horas consecutivas, ya que hay que considerar la muerte del cerebro en su totalidad, en todas sus partes, incluido el cerebro primitivo que es el que regula el funcionamiento biológico del cuerpo. Puede haber muerte cortical si han pasado más de 4 minutos desde la parada cardiaca sin que haya sido reanimado el sujeto, pero todavía el individuo puede ser reanimado posteriormente por la resucitación cardiopulmonar, y sin embargo no recuperar ya la conciencia. El cerebro primitivo o tronco cerebral puede continuar haciendo posible la respiración de manera automática; se pasa así a una situación de vida metabólica-vegetativa de forma indefinida, si se siguen manteniendo los cuidados básicos al individuo. Jamás, no obstante, afirman moralistas como Häring, debe intentarse la recuperación si existe riesgo de que la corteza cerebral esté dañada. Este coma irreversible al que se llega en esta situación no reúne ninguna calidad de vida, ni puede considerarse vida humana, por lo que después de un plazo prudencial, a valorar en cada situación concreta, si se ve que el sujeto después de una reanimación no recupera la conciencia, podría desconectársele el respirador y no sería eutanasia. Cuestión diferente es que al ser desconectado el paciente no falleciese, y sí siguiera manteniendo espontáneamente sus constantes vitales; entonces sí que habría que seguir manteniendo al paciente con cuidados básicos por vida, de no considerar que por la enfermedad base que tuviese se desistiese de hacerlo. Los casos de traumatizados craneoencefálicos, con normalidad de las restantes vísceras corporales, son los que más problemas morales pueden plantear si al suspenderles los medios de recuperación siguieran viviendo de forma espontánea.

Comentando estas cuestiones, una ATS de UCI del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, me refirió el caso de un paciente que las enfermeras suelen denominar en su argot como “maceta”, un enfermo en estado vegetativo que aparentemente no se daba cuenta de los cuidados básicos vitales que recibía. Ella, no obstante, se daba cuenta de que cuando el enfermo era aseado éste parecía esbozar una sonrisa, e incluso llamaron en alguna ocasión al médico para que lo comprobara, negando el profesional tales apreciaciones. Este enfermo concreto salió de la situación de coma, incluso llego a casarse y tener un hijo. Un día le contó a la ATS que, cuando era atendido, él sentía de alguna forma los cuidados que recibía; es decir, que tenía conciencia. ¿Cómo se puede explicar este hecho cuando se encontraba en una situación de coma vegetativo?

Hay que distinguir, en consecuencia, entre muerte cortical y muerte cerebral, donde ya no es posible la respiración espontánea. Sólo entonces podemos considerar muerto al individuo. La apnea o ausencia de respiración espontánea es señal de destrucción del cerebro.

El debate, no obstante, continúa entre los especialistas porque algunos dicen que, cuando el sujeto tiene muerte cortical, aunque esté vivo su cerebro vegetativo, sí puede considerarse muerta a la persona y por lo tanto se podría proceder a la extracción de órganos si el individuo fuera donante. En USA, según este criterio, se extraen órganos para transplantes cuando todavía late el corazón y hay respiración. En Europa no

ocurre así. Una formulación autorizada de criterios sobre la muerte, en el caso de donantes futuros de órganos, fue propuesta en Londres en 1966 por un grupo distinguido de distintos especialistas: cirujanos, juristas y clérigos. Adoptaron cinco criterios para fijar el momento de la muerte: La dilatación completa de las pupilas sin ninguna respuesta a la luz; la ausencia total de respiración espontánea después de que el respirador mecánico haya cesado cinco minutos; el descenso continuo de la presión sanguínea a pesar de la dosis masiva de drogas vasopresoras y un trazado electroencefalográfico plano durante varios minutos. La cesación de los latidos del corazón no fue considerada como evidencia de muerte. Posteriormente a los criterios de Londres, un comité de Haward, al estudiar ampliamente el problema completo de los trasplantes de órganos, afirmó que para considerar a un sujeto como muerto debía estar en coma profundo e irreversible; manifestar una total falta de respuesta a estímulos dolorosos del exterior; no tener movimientos espontáneos de los músculos o respuesta a estímulos externos; no tener respiración cuando falta el resucitador; no tener reflejos espontáneos; tener un electroencefalograma isoeléctrico con las características anteriores mantenidas durante 24 horas. Todas estas medidas aseguran que al extraer los órganos a una persona, ésta se encuentre realmente muerta. Existe una tendencia general para que la muerte del cerebro deba ser contrastada por un equipo distinto al equipo de trasplantes.

Desde un punto de vista moral, nos vuelve a decir Häring, no puede hacerse la menor objeción contra el uso de nuestros órganos para salvar la vida de otra persona, aunque se mantengan conservados durante horas, y aun días, con la ayuda de la máquina "corazón pulmón" siempre que el cerebro esté muerto. Aproximadamente, una de cada treinta personas reanimadas jamás despierta a la conciencia y continúa viviendo metabólicamente o vegetativamente. Los neurólogos hablan de síndrome apálico (sin pallium=corteza cerebral). La destrucción completa del cerebro, incluida la pérdida de la respiración espontánea, puede tener lugar cuando el sistema cardiovascular continúa funcionando de manera autónoma. Los apoyos artificiales pueden ser eficaces durante un largo período de tiempo, pero para otras personas el resultado de la reanimación puede reportar únicamente horas o días de vida vegetativa. La experiencia y prudencia del médico intensivista dictamina cuándo debe suspenderse definitivamente el soporte material o apoyo técnico. Por ello, jamás debería intentarse la reanimación si existe el riesgo considerable de que la corteza cerebral esté esencialmente dañada.

Hoy día existe la posibilidad de mantener artificialmente la circulación y la respiración en un sujeto ya muerto, para mantener sus órganos viables para trasplante. Este hecho ha favorecido el desarrollado de técnicas complejas y costosas con el fin de precisar más el momento del cese de las funciones vitales. Tenemos, entre otras, la electrococleografía o registro del potencial eléctrico en la cóclea que ha demostrado una mayor eficacia de exactitud que el electroencefalograma clásico; la electrorretinografía o estudio de la respuesta mediante repetidos potenciales eléctricos tras la producción de estímulos en la retina; la arteriografía cerebral; la angiografía directa mediante la utilización de gammacámara de emisiones reactivas; los métodos metabólicos que buscan definir la muerte a través de la diferencia de concentración de

oxígeno entre sangre venosa y arterial o la determinación del ácido láctico en líquido cefalorraquídeo.

En España, según una orden del entonces Ministerio de Gobernación, que data de 1951, la comprobación de la muerte se ajusta a un severo criterio mediante la constitución de 15 manifestaciones negativas de vida.

En caso de reanimación de un paciente con parada cardiaca se tiene que actuar muy rápido, ya que si se tarda más de 4 minutos puede haber muerte cortical y el sujeto, aunque pueda ser recuperado vegetativamente, no se asegura con ello que pueda recuperar la conciencia, entrando en un coma cortical irreversible. Hablamos en consecuencia de muerte funcional o clínica, cuando hay todavía tiempo para que el sujeto pueda ser rescatado por la resucitación cardiopulmonar, aunque el corazón se haya parado, no respire el sujeto y no haya signos de actividad cerebral. Cuando se demuestra el cese de otras funciones más específicas, como la excitabilidad eléctrica de los músculos, se habla entonces de muerte tisular o muerte cierta, según el comité de Haward. El lapso de tiempo entre ambos tipos de muerte se llama muerte aparente y suele durar unos 40 minutos. En este período de muerte aparente radicaría para algunos médicos forenses la diferencia entre el concepto de tanatología y necrología. La tanatología estudia este período de tránsito entre la vida y la muerte cierta, donde ocurren todavía modificaciones positivas en los órganos. Por ejemplo, las células hepáticas pueden todavía descomponer el alcohol en sus componentes. A esta fase se la llama también fase de muerte aparente, relativa o intermedia. La necrología estudia sin embargo los fenómenos negativos o de transformación pasiva del cadáver. En unas horas, el cuerpo de una persona muerta se encoge y parecerá reducido a casi la mitad de sí mismo.

Los momentos que preceden a la muerte clínica o acompañan a sus primeros signos se definen como fase agónica. (Agonía viene del griego "agon" y significa lucha). Se habla de estertores agónicos a los espasmos musculares que se producen por la acidez terminal de la sangre. El sujeto no es consciente de ellos. La agonía puede ocurrir en todas las formas de muerte, ya sea una muerte rápida o tras un periodo largo de deterioro. A veces, la persona al morir puede producir un alarido por la violenta contracción de los músculos laringeos. En otras ocasiones puede haber movimientos del pecho o de los hombros, e incluso una breve convulsión agónica de todo el cuerpo. La Dra. Kübler comenta a este respecto, desde su experiencia de haber visto morir a cientos de personas, que los dolores de los enfermos cesaban antes de morir: los pacientes experimentaban paz, pese a los tumores o metástasis. Tras el fallecimiento, los rostros de los enfermos presentaban paz, equilibrio y serenidad, pese a que antes de morir estuviesen en cólera o en agitación.

¿Por qué se envejece, por qué se muere?

Dichas las causas inmediatas del morir, queda comentar por qué se envejece, ya que este proceso constituye el sustrato básico de los procesos neurodegenerativos, oncológicos y ateroescleróticos responsables de la mayoría de las patologías que llevan a la muerte.

En la actualidad hay tres teorías diferentes que pretenden explicar este proceso. Una hace hincapié en el llamado “desgaste natural", que sufren las células y los órganos por el proceso del vivir cotidiano. Factores como las radiaciones básicas (solar e industrial), los contaminantes ambientales, toxinas de la atmósfera y contenidos en los alimentos —aditivos, conservantes, colorantes, — pueden originar daños a través de radicales libres en las células, produciendo fenómenos de oxidación y modificar así la información genética (mutaciones) transmitida por las células a su descendencia. Los productos dañinos pueden acumularse y afectar no sólo a la célula sino también al ADN, lo que llevaría al envejecimiento. Nos vamos oxidando a medida que envejecemos, por lo que según algunos autores estaría indicado la toma de antioxidantes a partir de los cuarenta años. Así mismo la inmunidad puede fallar en las personas añosas con lo que nuestras defensas bajan no solo ante las infecciones, sino en la lucha contra el cáncer, por lo que también algunos autores recomiendan tomar suplementos vitamínicos a partir de los sesenta años.

La otra teoría atribuye el envejecimiento a una predeterminación genética de la duración de la vida, que controlaría la longevidad del individuo. Según esta teoría, las células de nuestro organismo estarían predeterminadas de antemano desde nuestra misma concepción, de tal forma que el día o la semana en que se produce la primera división de un cáncer que puede poner en peligro nuestra vida ya estaría predeterminado.

Cada especie dispone de una esperanza de vida propia, y dentro de cada especie los individuos suelen tener una esperanza análoga a la de sus padres.

Recientemente se habla del término "apoptosis", palabra derivada del griego que significa "caída fuera de", que es una forma programada de muerte celular, un fenómeno ampliamente extendido entre las diferentes especies. La apoptosis tiene una causa directamente genética. Una proteína, denominada gen myc, da comienzo a una serie de reacciones genéticas que ocasionan la muerte celular. Este efecto genético del morir, desencadenado por el gen myc, puede desencadenarse por múltiples factores ambientales y fisiológicos. Esta teoría reconciliaría las dos posturas.

¿Se plantean interrogantes vitales los enfermos crónicos graves?

No solo los pacientes sino los propios profesionales. El médico, aunque no sea creyente, cuando se le muere un paciente se replantea más o menos conscientemente que él tiene que morir también un día. Tiene por ello que respetar la fe y la esperanza de sus pacientes creyentes, que creen que el hombre resucita tras la muerte. El médico que sabe aceptar la muerte de sus pacientes va aprendiendo a aceptar la propia.

Lo verdaderamente importante a nuestro entender, es recordar que sin aceptar tu propia muerte, dándole un sentido trascendente, no puedes dar un verdadero sentido a tu vida. El mismo San Pablo decía: “Si creemos que después de la muerte el hombre no resucita, somos los más desgraciados de todos los hombres” (1Cor 15,19). La muerte es la culminación de la vida, de cómo la has sabido llevar dice Häring, por ello un hombre, un paciente, un médico, que ha encontrado este sentido "ha encontrado un

tesoro escondido" (Mt 13,44), y podrá difundir y crear a su alrededor un clima de paz y equilibrio necesario para que pacientes y familia sepan llevar mejor la enfermedad.

Es grato recordar a este respecto, el testimonio de un hombre, un gran músico: Narciso Yepes. Murió en 1997 tras una larga enfermedad. Hombre de fe consciente y comprometida respondía así sobre el tema de la enfermedad y la muerte en una entrevista publicada en 1995. Cuando el periodista le pregunta si piensa en la muerte, y cómo afronta el pensamiento del más allá, él responde:

— Desde que convivo con la enfermedad, pienso más en la muerte que antes. La voy sintiendo cercana y amiga, en definitiva nada terrible. Sí me inquieta irme sin haber tenido tiempo suficiente para cumplir la misión que Dios me haya encomendado. El día en que sienta plenamente el convencimiento de que he acabado mi tarea en la tierra, el paso por esta vida habrá sido una fiesta y el marcharme será el inicio de una fiesta nueva. ¡Nunca me he preocupado de cómo se está en el más allá! Ya nos indicarán el camino, tengo confianza. No admito la idea del "sueño eterno", denominación tan frecuente en nuestra Iglesia. Estoy convencido de que la muerte no existe. ¡No nos vamos de aquí para dormir! ¡Morimos para nacer! Nos vamos para trabajar, para contemplar a Dios. En el más allá tengo a un hijo y tengo el convencimiento de su presencia y de que está maravillosamente bien. También siento que está trabajando y que está más vivo que nosotros. Le invoco muchas veces—.

A la pregunta que le hace de nuevo el periodista Juan Cantavella de qué representa el dolor para él, responde:

— Llevo cuatro años largos familiarizándome con el sufrimiento, conviviendo con el dolor día a día, noche tras noche. He aprendido mucho gracias al dolor. Me ha permitido adentrarme en mí mismo y en la vida. El sufrimiento abarca varios tipos de dolor: el dolor meramente físico que aniquila, que amordaza; éste es terrible, porque disminuye la capacidad de vigilia y se cuelan las dudas por la rendija. El dolor físico prolongado, acuciante, debilita la voluntad de luchar y a veces hace tambalear la esperanza; entonces aparece otro dolor, como una tentación enmascarada de sentirse tremendamente solo. A los momentos más dolorosos de sentirse mal, disminuido, se añade la conciencia de no tener fuerzas para reaccionar ante esa situación de total indigencia, y esto es un sufrimiento sin límites. Es cuando puede surgir el abandono a la voluntad de Dios y cambiar la perspectiva de la vivencia. No cambia la situación exterior, pero sí la actitud, y la experiencia de Dios se hace intensamente viva a través del llanto o de la confianza. Tanto da. Lo importante es dialogar con Dios. Todo es vida y de la vida el único dueño es Dios. Entonces el dolor físico se transmuta y se respira de otra manera. Si, por añadidura, se tiene el privilegio de estar convencido, como lo estoy yo, de que el dolor es una llamada de atención sobre uno mismo y que es un síntoma de lucha regeneradora, entonces el dolor cobra un sabor nuevo a gratitud y se puede ofrecer por tantos seres que sufren sin el apoyo de la ayuda que yo recibo. En los momentos más fuertes de dolor he vivido los instantes de lucidez más intensa; he comprendido el significado del amor; he aprendido a valorar cada gesto de ternura y a dar gracias a Dios por cada instante de vida. Me he acordado de invocar. He

podido palpar cuánto me aman mis seres queridos y tantos otros amigos, cuyos nombres ni siquiera conozco, pero que sé que rezan por mí, me mandan energía y comparten mi lucha. Es cuando he comprendido de una vez por todas “lo he sentido en lo más hondo de mi ser” que el dolor es una caricia de Dios. Cuando tengo un dolor muy fuerte y susurro: Dios mío, Dios mío, lo experimento como compañero, con el que me siento capaz de afrontar la prueba. No temo al Señor, lo siento amigo. No respondo en mi oración a una norma de reloj o calendario. Para mí, la oración es otra cosa. El gozo de la presencia de Dios en mí no es para rogarle o para darle gracias, sino para vivir con El. Dios Madre-Padre es testigo de mi vida. Para eso rezo, para que sea siempre testigo de mi vida, de mi sufrimiento y de mi alegría—.

Aun cuando el dolor de la enfermedad, como dice Narciso Yepes, le enseñó a adentrarse en sí mismo y en la vida, preparándole para recibir la muerte con serenidad y paz, también disfrutando de una buena salud la persona puede aceptar las pequeñas muertes que supone el peso de cada día, y soportar las pequeñas o grandes crisis que nos trae la vida. Esto es lo realmente interesante: ¡encontrar un sentido a nuestra vida! Si hay un sentido para vivir, encuentras un sentido a la muerte, entonces la puedes aceptar no como definitiva, sino como un tránsito hacia otra forma plena y feliz de existencia.

En esta línea de pensamiento decía el psiquiatra austriaco Víctor Frankl: "Si una persona encuentra un sentido a su vida, encuentra el cómo actuar en el cada día". Este sentido se encuentra en las cosas pequeñas, viviéndolas en el presente, atentos a lo que estamos haciendo en cada momento, impregnándolas de sentido día a día, gozarlas plenamente, gozar lo bueno que las cosas nos aportan, gozar con el trato de los demás, de los amigos, de la propia esposa, la familia, de una buena comida, de un rato de relax, del propio trabajo, de la sonrisa de un niño, de la conversación de un anciano. Es encontrar, entrar en la esencialidad de los seres, de las cosas, conectar con ese Ser Esencial que está presente en todo, en todos, y que si sabemos estar atentos podremos captar su presencia. Si tenemos la suerte de entrar en esta onda, estamos encontrando el auténtico sentido primordial que da a su vez sentido a todo, a las pequeñas cosas que componen el vivir cada día, y al sinsentido aparente que constituye la muerte. Es ese despertar que nos decía el psicólogo jesuita hindú Tony de Mello. En la óptica ordinaria nos fijamos únicamente en la función de las cosas. Si estamos atentos podemos captar también esa trascendencia que es vida, y que la muerte no destruye porque está más allá de las formas materiales.

Si nuestra vida ha tenido un sentido es más fácil hacer balance de ella, efectuar una relectura y aceptar el hecho de morir un día.

Juan Vimont, capellán que atiende a moribundos, nos dice respecto a ellos: "Cada uno debe construir su propia escala de valores. Incluso entre los no creyentes, una adhesión clara y convencida a los valores morales durante la vida, con entrega y servicio a los demás, les permitía mostrarse más serenos y sufridos ante la muerte" Comenta también Häring que "No es cuestión de pensar en la muerte, sino de hacer frente a la realidad de mi propia mortalidad y caer en la cuenta de que toda mi vida se relaciona

con ella", y ante la pregunta de ¿cómo será mi muerte?, Häring suplica así a Dios: "¡Señor, concede a cada uno su muerte, la muerte que culmine de sentido su vida y que fundamente el amor y la aflicción!". El mayor miedo del hombre a la muerte, nos sigue diciendo, es el temor a la desaparición perpetua. El temor y el temblor del hombre ante la muerte es debido a la situación histórica de la naturaleza caída y el fruto del deseo de la inmortalidad. Hay que tomar conciencia de nuestra propia angustia existencial, desencadenada a veces por la propia muerte de nuestros seres queridos. El propio Cristo, en su agonía asume la agonía física y psíquica de todo el género humano de todas las épocas y enseña a cada moribundo cómo se debe morir: a abandonarse en las manos de Dios y librarse así de la desesperación, aceptando no luchando el proceso del morir. Gracias a El, el amor, la confianza y el perdón pueden vencer sobre el temor a la muerte, da un sentido a ésta. Para el creyente el hombre no muere eternamente: "El que cree en mí aunque muera vivirá, y todo aquél que vive y cree en mí no morirá para siempre" (Jn 11,25-26).

La muerte tiene diversos ángulos: biológico, filosófico, teológico, pero sobre todo tiene este matiz personal: ¡cada persona vive su propia muerte!

Alonso Schökel llega a afirmar que hay una llamada para vivir, como hay una llamada para morir. También morir puede ser una vocación. “En la muerte no podemos apoyarnos en nadie, ni siquiera en nosotros mismos”. “Para quien va viviendo la vejez como una entrega a Dios, la muerte puede ser vivida como culminación de esa entrega”.

¿Qué podemos opinar de las llamadas experiencias cercanas a la muerte (ECM) ¿Pueden ofrecernos pistas de la existencia de otra vida tras ésta?

Abordamos ahora un tema que puede generar discusión, pero creemos hay que abordarlo sin apasionamientos, con honestidad, aun a riesgo de no ser políticamente correctos, dadas las numerosas experiencias que personas cercanas a la muerte (ECM) de diferentes culturas y religiones atestiguan haber vivido. Pese a sus detractores, científicos materialistas que niegan tales fenómenos o los achacan a procesos alucinatorios provocados por procesos físico-químicos debidos a la propia enfermedad, la moderna investigación sobre la conciencia aporta una luz nueva. Hay evidencias de que nuestra conciencia sobrevive a la muerte. Estas experiencias generadas frecuentemente por enfermedad o por accidente, incluidas las experiencias extracorporales (EEC) nos han proporcionado sugerencias de existencia de otra vida después de ésta. Los estudios del intensivista americano Dr. Moody o de la psiquiatra también americana Elizabeth Kübler Ross, pionera y experta en el tema de la muerte, ya que ayudó a morir a muchas personas adultos y niños, son sugestivos de estas afirmaciones. Ambas pueden ocurrir en circunstancias parecidas, cercanas a la muerte, aunque no es obligado que exista parada cardiaca. Pueden surgir también en el curso de enfermedades graves, durante el sueño, y en situaciones previas a tener un accidente, aunque en estas ocasiones la fenomenología suele menos numerosa en los diversos elementos que componen estas experiencias.

Si tratamos de resumir sucintamente lo que los enfermos refieren en estas (EEC) tal

como nos lo han narrado estos autores, así como compañeros geriatras me han contado personalmente de su experiencia con enfermos, describimos lo siguiente. Es de reseñar la coincidencia básica de tales relatos, aun siendo variadas las experiencias, dado la diferente procedencia cultural y de países de estas personas, es decir son universales. Pueden darse varios componentes o unos pocos, o tan sólo uno de ellos, del relato básico, pero en todos los casos, la impresión general que refieren todos los que han tenido esta experiencia es de una profunda calma y serenidad, de paz. Salvo la secuencia de la "película de tu vida", que puede suceder estando plenamente consciente el individuo, los restantes componentes de la ECM se dan con el sujeto inconsciente.

Algunos enfermos refieren verse dentro de un túnel negro o un área negra por la que se ven lanzados; en el extremo del túnel se divisa una luz. Otros pueden expresar este cambio de plano viéndose atravesar un puente, un pórtico, unas montañas...., como le ocurrió a la Dra. Kübler en su experiencia personal.

Todas estas imágenes traducen este cambio o paso del plano habitual a un plano distinto. En el extremo de la luz algunos entran en contacto con familiares ya fallecidos que salen a recibirlos, o con figuras que identifican con Cristo o con la Virgen María, y otras, según su cultura. No hacen falta las palabras, la transmisión es por telepatía.

Las experiencias se desarrollan dentro de un clima de comprensión, de amor incondicional, universal, con conciencia cósmica. En esta luz de amor se invita a la persona a que evalúe cómo ha sido su vida, sin negatividades pero con auténtica realidad. El tiempo se relativiza, la memoria subliminal opera conscientemente, los pacientes pueden vislumbrar como de un plumazo toda su vida. Es una visión esencial. La persona se encuentra en un estado de superconciencia, se les da ese conocimiento. El psiquismo ya no se encuentra sujeto al espacio y al tiempo. Se posee una visión holográfica de tal forma que las distintas épocas de la vida se presentan simultáneamente, con una visión panorámica de todo lo que han hecho o pensado. Todo, forma parte de mismo continuo, todo sucede al mismo tiempo y de un modo sincrónico. Algunas personas que estaban siendo intervenidas quirúrgicamente han relatado con toda clase de “pelos y señales” lo que estaba ocurriendo en el quirófano, pues atestiguan haber visto al personal quirúrgico actuar sobre su cuerpo, ellos se encontraban flotando en el espacio fuera de su cuerpo físico. Ha habido personas ciegas que han visto al verse fuera de su cuerpo (EEC) volviendo a ser ciegas al despertarse. Estas experiencias extracorporales pueden ocurrir formando parte de las experiencias cercanas a la muerte (ECM), donde el cuerpo físico puede encontrarse en parada cardiorrespiratoria, y las ondas cerebrales no poder ser medidas; es decir, existir un trazado plano en el electroencefalograma, que es el aparato de medida de la actividad cerebral. Estos fenómenos ocurren independientemente de la causa que motive la parada cardiaca. Se presentan con más frecuencia, un 50 por ciento según la Dra. Kübler, tras acontecimientos violentos como accidentes. Se suelen dar también en las ucis y en las mesas de los quirófanos.

Ella misma habiendo dado numerosas conferencias a nivel internacional dijo reiteradamente a su audiencia: “Os lo aseguro de forma científica, nos salen a recibir cuando morimos".

Así mismo, hay personas de reconocida solvencia, que manifiestan haber tenido contacto con seres fallecidos aunque no estuvieran en peligro de muerte. Son personas creíbles y cuya reputación las hace fiables, aunque no todas las personas que manifiestan haber tenido estas clases de experiencias lo son. Según las escuelas espiritistas estos "contactos" se dan en otra dimensión, llamada astral, en un estado alterado de conciencia, en la que el observador se ve transportado. Son de preferencia de tipo visual, aunque también pueden ser de tipo auditivo, táctil y aun olfatorio. Lejos de ser alucinaciones psicóticas que desintegren la personalidad, estas personas manifiestan en su mayoría haberse sentido en paz sintiendo un amor que rebasaba todos los límites de este mundo. Estas experiencias también se han dado en gentes de todo nivel cultural y religioso. Pueden suceder en forma de sueños "lúcidos", caracterizados porque son muy vividos, diferentes a las ensoñaciones habituales. Así mismo, el sujeto puede vivir la experiencia en un estado de conciencia "despierta" aunque alterada.

Compañeros geriatras me han atestiguado también como algunos de sus pacientes cercanos a la muerte, días u horas antes de morir, les habían relatado como veían a familiares que les esperaban, que salían a recibirles, animándoles a realizar el tránsito

Si nos preguntamos acerca de la frecuencia de estas ECM, encuestas realizadas por diversos investigadores en USA, (Ring, Friedman), revelan que unos 8 millones de americanos han tenido algún tipo de ECM. La experiencia del túnel se presenta en las diferentes encuestas hasta en un 32%, la visión de la luz hasta en un 62%, la revisión de vida hasta en un 30%, la entrada en la luz en un 18%, y las EEC hasta en un 67 por ciento. En un mismo sujeto se pueden dar todas estas características o sólo alguna o una.

La Dra. Kübler refiere que de 20.000 casos de pacientes declarados clínicamente muertos, que se despertaron de forma natural o tras reanimación, sólo un 10% recordó tener estas experiencias. Esto es debido, nos dice ella, a que al encontrarse los pacientes en un estado de conciencia alterado no las recuerdan.

No podemos dejar el tema de la ECM, sin abordar aunque sea sucintamente la muerte de los niños. ¿Se dan también estas experiencias?

Sí, básicamente iguales, aunque más ricas y originales, ya que no se encuentran profundamente influidos por el medio cultural que les rodea, comenta la Dra. Kübler, en su libro: “Los niños y la muerte” Comenta también el Dr. Moody que los niños que las tienen se ven como adultos (el espíritu no tiene edad).

Pueden darse también en el curso de enfermedades importantes, aun sin que haya parada cardiorrespiratoria; por lo demás, los fenómenos son parecidos: entran en la oscuridad, tienen sensación de bienestar, ven la luz al final del túnel y a los seres vestidos de blanco. Los niños suelen expresar que estos seres son los ángeles de la

guarda, Jesús o la Virgen María, y también familiares con los que han tenido un lazo de amor importante, como pueden ser los propios padres si éstos han muerto, ya que si no es así, los niños nunca refieren este detalle.

Relatan a veces encontrarse con seres que no conocen, y que luego al explicar cómo son, resultan ser hermanos del niño que habían fallecido antes, y que éste ignoraba.

En caso de accidentes donde suelen morir varias personas, los niños que sobrevivían a sus padres y que tenían estas experiencias relataban cómo veían a éstos, y como ellos mismos les animaban a regresar, porque todavía no había llegado su hora; entonces sentían cómo volvían a su cuerpo físico y se despertaban.

Los niños pequeños personifican la muerte como un monstruo que se esconde en la oscuridad, tienen un sentido mágico de ella, nos dice el intensivista americano Dr. Moody.

Si estas experiencias fueran debidas, nos dice Kübler, a la proyección del propio pensamiento del niño por el deseo de ver a sus padres, al sentirse solos, los niños pequeños de 5 a 7 años hubieran visto a su padre o madre en un 99 por ciento de los casos, y no ocurre así si los padres no están fallecidos.

Es curioso cómo algunos niños se han visto unidos a una especie de cordón luminoso; es el cordón de plata que se cita en las tradiciones orientales, que une el cuerpo físico al etérico. Su disolución consuma la muerte.

En la luz los niños viven un amor incondicional, indescriptible, y muchos refieren que no quieren volver. Son muy parecidos estos relatos, aunque con matizaciones, a los de los adultos.

Los niños tienen una sensibilidad muy especial de cara a la muerte, nos dice Kübler. "Saben casi con anterioridad que van a morir. Lo expresan a través de dibujos, cartas y poesías cuyo sentido no se conoce en su totalidad hasta después de su muerte. Los muchachos del campo de concentración de Mojdanek, antes de entrar en las cámaras de gas, dibujaban sobre los muros con sus uñas pequeñas mariposas. En griego antiguo o moderno, para decir mariposa se dice un alma y viceversa. Nuestro cuerpo físico es como una crisálida, un capullo, una envoltura. Si el capullo se deteriora irreversiblemente por cualquier causa de muerte, se libera la mariposa que es el símbolo de lo que en nosotros es indestructible e inmortal. Es una auténtica metamorfosis lo que ocurre cuando morimos, al abandonar nuestro cuerpo físico y resucitar a la otra vida con un cuerpo espiritual o energético, análogo al de Cristo. Lo hacemos con plena conciencia, pasando a un nuevo plano de la realidad donde continuaremos evolucionando sin fin. A este cuerpo algunos lo llaman alma, y la mariposa es su símbolo.

Nuestro cuerpo espiritual es la energía psíquica que toma forma de luz. "Todo lo percibe con una nueva percepción, no con una conciencia mortal", nos sigue diciendo la doctora Kübler. Ella misma tuvo una experiencia extracorporal.

¿Pueden producirse estos fenómenos en situaciones no cercanos a la muerte?

Dentro de nuestra mística cristiana, santos canonizados por la Iglesia han tenido experiencias de orden espiritual, que les han llevado al arrobamiento y al éxtasis. Se le dan al individuo de forma gratuita, en un estado alterado de conciencia, y aunque no es lo habitual ni lo esencial puede acompañarse en ocasiones de fenomenología de tipo paranormal, como levitación, bilocación, estigmatización. Estos fenómenos nos hablan de una física diferente, una "física espiritual" que rompe las leyes de la física ordinaria. Uno de los últimos con estos dones espirituales, el Padre Pío de la Pietrelcina, de asombrosa vida de milagros, según nos atestiguan sus biógrafos, son exponente del misterio que encierran estos fenómenos. No hay una explicación científica clara y convincente que los explique, por otra parte tampoco es obligado creer desde la fe; no es esencial, de hecho la Iglesia nunca ha obligado a ello, y aún más, siempre ha puesto muchas reticencias cuando se ha dado esta fenomenología. De todas maneras, son evidencias de que todo no se puede explicar científicamente, y de que muchas cosas permanecen en un misterio todavía no aclarado. No todo se puede explicar por la razón, aunque sea razonable, como lo es que podamos sobrevivir a la muerte, que ésta sea un tránsito hacia otra realidad, otra existencia distinta a la actual.

Los místicos nos enseñan cómo el amor puede abrir nuevas vías de "comprensión" distintas a la razón para "entender" estas cuestiones: ¡El corazón tiene razones que la cabeza no entiende! Decía Pascal. Sólo desde el corazón pudo aquella madre de los Macabeos animar a sus hijos a que se mantuvieran firmes en el martirio que les infligía el rey Antíoco, que les aguardaba la resurrección, y lo hizo no por especulación teológica, sino por la seguridad desde su corazón (2 Mac 7).

Creer o no en la existencia de algo, de una supervivencia tras la muerte, es una opción personal que nace de la fe que el sujeto tenga, no siendo esencial apoyarla en estos fenómenos que hemos descrito. La fe se sustenta desde la esencialidad del individuo, allí en el interior de la persona, donde nacen los más profundos anhelos de felicidad, y las más profundas mociones, Podemos no obstante reflexionar acerca de diferentes cuestiones, y así hemos intentado hacerlo, aunque éste no sea el camino esencial en fe, pero puede ayudar a la interiorización, sobre todo en personas muy reflexivas.

Gracias por su atención.

Resumen

El autor analiza el fenómeno de la muerte y sus causas más frecuentes, así como el proceso de envejecimiento. Se efectúa también una revisión histórica acerca de cómo se ha contemplado por las diversas culturas y en diferentes épocas el hecho de la muerte. Se consideran también aspectos antropológicos de este fenómeno y cuándo puede determinarse que un paciente fallece.

Hoy en día se puede decir que un 50% de los enfermos mueren en casa y el otro 50% en los hospitales. Hasta la actualidad un 70% de los enfermos terminales moría en los hospitales en nuestro país; en USA el porcentaje es de hasta un 80%. Los hospitales de

agudos no están concebidos ni preparados para cuidar de estos enfermos, de ahí que actualmente exista un gran problema social de falta de camas; muchos de estos pacientes tendrían que estar mejor en sus casas con una asistencia sanitaria. Cada día se incrementa más el coste económico de la salud. De ahí el riesgo de que los Estados bajo el pretexto de regular una llamada muerte digna, puedan esconder en leyes ambiguas veladas prácticas eutanásicas que aligeren de pacientes afectos de enfermedades crónicas graves e irreversibles. Se dice que se suele morir como uno haya vivido. La dignidad al morir se encuentra en la dignidad con que has vivido tu vida. Si hemos amado y dado sentido altruista a la vida, la muerte no representará un absurdo vacío de contenido y moriremos en paz (Lc2, 25-32). Aun en residencias de ancianos y domicilios particulares, los moribundos se encuentran con frecuencia sin una persona o familiar preparado para ayudarles a vivir una buena muerte. La familia se encuentra sobrepasada en estas situaciones. No sólo necesitan los cuidados estrictamente personales básicos, sino también la ayuda moral que les conforte para afrontar con dignidad su muerte. En nuestros hospitales existen actualmente las unidades de cuidados paliativos, compuestas casi exclusivamente por profesionales médicos que sí ofrecen terapia contra el dolor, pero habría que abrirse también a otras necesidades del enfermo, de ahí la necesidad de crear equipos interdisciplinares. Hoy día, en consecuencia, hace falta una profunda mentalización a este respecto.

Ante los interrogantes vitales que los pacientes graves se hacen, el moralista Häring afirma que “la muerte es la culminación de la vida y de cómo la has sabido llevar, por ello un hombre, un paciente, un médico, que ha encontrado este sentido "ha encontrado un tesoro escondido" (Mt 13,44) Y así podrá difundir y crear a su alrededor un clima de paz y equilibrio necesario para que pacientes y familia sepan llevar mejor la enfermedad”. A este respecto, se cita el testimonio del gran músico español Narciso Yepes ante la enfermedad que le llevó a la muerte.

Se abordan también las llamadas “Experiencias cercanas a la muerte” (ECM) experimentadas por muchos pacientes terminales, incluidas las experiencias extracorporales (EEC) recogidas por geriatras y personal de UCI. Se cita a este respecto la experiencia personal de la psiquiatra suiza/americana Doctora Kübler tanto en pacientes adultos como en niños.

Analizadas estas experiencias, el autor cree que la existencia de una supervivencia tras la muerte, es una opción personal que nace de la fe que el sujeto tenga, no siendo esencial apoyarla en estos fenómenos, aunque para algunas personas muy reflexivas, éstos puedan ayudarle.

Summary

GENERAL ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF DEATH: DYING INTERROGATES US.

The author analyzes the phenomenon of death and its most frequent causes, as well as the aging process. There is also a historical review about how the fact of death has been contemplated by different cultures and at different times. Anthropological aspects of this phenomenon are also considered and when it can be determined that a patient dies.

Today it can be said that 50% of the patients die at home and the other 50% in hospitals. Up to now, 70% of terminal patients died in hospitals in our country; in the USA the percentage is up to 80%. Acute hospitals are not designed or prepared to care for these patients, so there is now a large social problem of lack of beds; many of these patients would have to be better at home with healthcare. Every day the economic cost of health increases. Hence the risk that states under the pretext of regulating a so-called dignified death may conceal ambiguous laws in euthanasic practices that relieve patients suffering from serious and irreversible chronic diseases. It is said that one usually dies as one has lived. Dying dignity is found in the dignity with which you have lived your life. If we have loved and given altruistic meaning to life, death will not represent an absurdity empty of content and we will die in peace (Lc2, 25-32). Even in nursing homes and private homes, the dying are often found without a person or relative prepared to help them live a good death. The family is overwhelmed in these situations. Not only do they need the strictly personal basic care, but also the moral help that comforts them to face their death with dignity. In our hospitals, there are currently palliative care units, composed almost exclusively of medical professionals who do offer pain therapy, but it should also be opened to other needs of the patient, hence the need to create interdisciplinary teams. Today, therefore, a profound awareness is needed in this regard.

In the face of the vital questions that serious patients make, the moralist Häring states that "death is the culmination of life and how you have been able to carry it, therefore a man, a patient, a doctor who has found this meaning has found a hidden treasure "(Mt 13, 44) And so it can spread and create around it a climate of peace and balance necessary for patients and families to know how to better carry the disease. In this regard, the testimony of the great Spanish musician Narciso Yepes is cited in view of the illness that led to his death.

It also addresses the so-called "near-death experiences" (NDEs) experienced by many

terminal patients, including extracorporeal experiences (ECC) compiled by geriatricians and ICU staff. In this regard, the personal experience of the Swiss / American psychiatrist Dr. Kübler is cited in adult patients and children.

Having analyzed these experiences, the author believes that the existence of a survival after death is a personal choice that is born of the faith that the subject has, and it is not essential to support it in these phenomena, although for some people very reflexive, they can help.

BIBLIOGRAFÍA

Bardo-Thödol, El libro tibetano de los muertos, Arca de la Sabiduría, Edaf, Madrid, 1997.

Bengoechea. A, La felicidad en San Juan de la Cruz, Editorial Miriam,

Sevilla, 1984.

Bof. L, San Francisco de Asís, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria), 1982.

“ “Hablemos de la otra vida, Colección Alcance, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria), 1984.

Bonhoeffer. D, Resistencia y sumisión, Sígueme, Salamanca, 1983.

Brennan. A, Hágase la luz, Martínez Roca, Barcelona, 1994.

Capra. F, El punto crucial, Integral, Barcelona, 1991.

Capra. F, El Tao de la Física, Humanitas, Barcelona, 1991.

Carrel. A, La incógnita del hombre, Iberia, Barcelona, 1994.

Cassidy. S, Luz en el valle de las sombras, Sal Terrae, Bilbao, 1996

Cerminara. G, Múltiples moradas, Edaf, Madrid, 1991.

Chenu. F, Los muertos nos hablan, Edaf, Madrid, 1990.

.De Mello. A, Autoliberación interior, Lumen, Buenos Aires, 1998.

Dethelefsen. T, y Dalmke. R, La enfermedad como camino interior, Plaza Janés, Barcelona, 1993.

Diario Médico, Los ancianos que realizan prácticas religiosas presentan una mejor calidad de vida, Madrid, 27 de octubre de 1997.

" " Un buen estado anímico favorece la respuesta terapéutica en cáncer, Madrid, 7 de Mayo de 1999.

" " Ámsterdam, Los médicos practican la eutanasia con precaución, p. 12, 16 de Mayo de 2000.

Diccionario de Sabiduría Oriental, Ediciones Paidó, Barcelona, 1993.

Domínguez. C, Experiencia Mística y Psicoanálisis, Cuadernos Fe y Secularidad nº 45, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria), 1999

Dürckeim. KG, El maestro interior, Mensajero, Bilbao, 1989.

" " Experimentar la Trascendencia, Luciérnaga, Barcelona 1992.

Ebrí. B, Intoxicaciones voluntarias agudas, Actas de la XVIII reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, Zaragoza, 1981, 147-160.

Ebrí. B, y Zaldívar. AP, Medicina y Música, Edita Estudio Profesional De Música J.R. Santamaría, Zaragoza, 1996.

Ebrí B, La Otra Cara de la Medicina. ¿Qué es el hombre? Ed. Certeza. Zaragoza 1999.

Ebrí B, La Otra Cara de la Medicina. El hombre ante el dolor y la muerte. ¿Hay algo después de la vida? Mira Ediciones. Zaragoza 2000.

Ebrí B, La Otra Cara de la Medicina. ¿Hacia donde Vamos? Mira Ediciones. Zaragoza 2002.

Ebrí B, Entre dos vidas. Mira Ediciones. Zaragoza 2004.

Ebrí B, La Otra Cara de la Medicina. ¿Qué es el Ser Humano? 1º Reedición. Mira Editores. Zaragoza 2005.

Ebrí B, Mística del día a día. Mira Editores. Zaragoza, Diciembre 2008.

Enomilla. H, Zen camino a la propia identidad, Mensajero, Bilbao, 1975.

" " Zazen y los ejercicios de San Ignacio, Paulinas, Madrid, 1985.

Evdokimov. P, Dostoievski et le problème du mal, Lyon, 1942, p. 402.

Farinós. M, La fuerza del amor. El Idioma del cielo, Edita el autor.

Imprenta Llorens, Valencia, 1992.

Fernández. JM, El Kempis del enfermo, Sociedad de Educación Atenas, Madrid, 1982.

Fraijó. M, Alegre. X, Tornos. A, La Fe cristiana en la Resurrección, Cuadernos Fe y Secularidad, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria), 1998.

Frankl. V, Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la Psicoterapia, Herder, Barcelona, 1987.

“ “El hombre en busca de sentido, Herder, Barcelona, 1988.

Freud. S, La interpretación de los sueños, Alianza Editorial, Madrid,1967.

Fromm. E, Psicoanálisis y Religión, Paidós, Buenos Aires, 1963, p.30.

Fromm. E, El corazón del hombre, Colección popular, Mexico 1996.

Gafo. J, La Eutanasia, Cuadernos BAC, Madrid, 1984.

Gómez. A., Aumenta un 30% la cifra de enfermos que mueren en casa, Diario Médico, p. 14, 3 de Mayo de 2000.

Gómez. A., El paciente terminal presenta, de media, 8 síntomas diferentes

Diario Médico, p. 14, 3 de Mayo de 2000.

Gómez. A., El paciente geriátrico es más complejo que el oncológico

Diario Médico, p. 18, 8 de Mayo de 2000.

Gómez. A., Programa domiciliario para el enfermo terminal, Diario Médico

p. 16, 9 de Mayo de 2000.

Grecot P., La Réssurrection du Christ, centre du message évangelique, Esprit et vie, 1995, 105-133.

Grof. S, and Grof. C, Más allá de la muerte, Editorial Debate, Madrid, 1989.

Grüm. A, La mitad de la vida como tarea espiritual. La crisis de los 40-5

50 años, Nercea, Madrid, 1988.

Häring. B, Moral y Medicina, Perpetuo Socorro, Madrid, 1971.

Häring. B, Libertad y Fidelidad en Cristo. Teología moral para sacerdotes y seglares,

Tomo II, Herder, Barcelona, 1981.

“ “La Fe, fuente de salud, Paulinas, Madrid, 1990.

Hay. L, Usted puede sanar su vida, Urano, Barcelona, 1984.

Juan de la Cruz. San, Obras Completas, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1982.

Jung. CG, Psicología y Religión, Paidós, Buenos Aires 1963, p. 21.

Kardel. A, El libro de los Médiums, Editorial Humanitas, Barcelona, 1992.

Kardel. A, El libro de los Espíritus, Editorial Humanitas, Barcelona, 1994.

Kübler Ross. E, La muerte un amanecer, Luciérnaga, Barcelona, 1977.

“ “ Los niños y la muerte, luciérnaga, Barcelona, 1992.

“ “ Sobre la muerte y los moribundos, Grijalbo, Barcelona

1993.

“ “ Morir es de vital importancia, Luciérnaga, Barcelona, 1995.

Laín. P, Cuerpo y alma, colección Austral, Espasa y Calpe, Madrid,1991.

Larrañaga I, Del Sufrimiento a la Paz, Paulinas, Madrid, 1990.

Leclerc Eldi, Sabiduría de un pobre, Marova, Madrid, 1983.

Lewis. G, Kundalini y los Chacras, Edaf, Madrid, 1994.

Martí J, Las moradas de Santa Teresa, leídas hoy. Comentarios, Paulinas, Madrid,1987.

“ “Espiritualidad y mística, S.M., Madrid, 1994.

Martínez. F, Las Bienaventuranzas, Edita Centro Berit, Zaragoza, 1986.

“ “Dejarnos hablar por Dios, Edita Centro Berit, Zaragoza, 1996.

“ “La fracción del pan de la comunidad, Herder, Barcelona 1999.

Martínez. I, La primaria es clave para evitar con paliativos llegar a la eutanasia, Diario Médico, p. 15, 15 de Mayo de 2000.

Milingo. E, Fe y Curación. Editorial Mundo negro, Ediciones Esquila, Madrid, 1989.

Monge. F, Eutanasia, Folletos Mundo Cristiano nº405, Madrid, 1985

Moody. R, Reflexiones sobre vida después de la vida, Edaf, Madrid, 1991.

“ “Vida después de la vida, Edaf, Madrid,1991.

“ “Reencuentros. Contactos con seres queridos tras su muerte, Edaf,

Madrid, 1994.

Pangrazzi. A, La pérdida de un ser querido un viaje dentro de la vida, Paulinas, Madrid, 1993.

Renard. H, Más allá de la muerte. La otra Ciencia, Martínez Roca, Barcelona, 1988.

Revuelta. P, Los cuidados paliativos deben seguir unos principios humanos.

Diario Médico, p. 8, 3 de Febrero de 2000.

Revuelta. P, El acceso a la HC no incluye los datos subjetivos de los

sanitarios, Diario Médico, p. 9, 12 de Mayo de 2000.

Revuelta. P, La información puede ser oral según sentencias recientes

Diario Médico, p. 9, 12 de Mayo de 2000.

Revuelta. P, Testamento vital, Diario Médico, p. 9, 12 de Mayo de 2000.

Rey Ardid. R, Reflexiones sobre la llamada crisis de la Medicina actual,

a propósito de la Medicina de la Persona de Paul Tournier, Medicina

Clínica 1952, 19, 51-55.

Ruiz de la Peña. Jl, La muerte destino humano y esperanza cristiana.

Fundación Santa María, distribuye. CESMA, Madrid, 1983.

“ “ La otra dimensión, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria)

1986.

Sánchez. I, Los paliativos deben ir más allá del cuidado al enfermo de cáncer, Diario Médico, p. 3, 12 de Mayo de 2000.

Sánchez Ventura. F, El Padre Pío de Pietrelcina, Fundación María Mensajera, Zaragoza, 1998.

Santa Biblia, Edición Interprofesional, Difusora Bíblica, Sociedades

Bíblicas Unidas, Madrid, 1992.

Schlütter AM, González. JI, Mística Oriental y Mística Cristiana, XXII Foro sobre el Hecho Religioso, Cuadernos Fe y Secularidad, Sal Terrae, Maliaño (Cantabria), 1998.

Schmithausen. L, Artículo Nirvana, en Historiches Wörterbuch der Philosophie VI, Basel, 1984, col. 855.

Sharamon. S, and Baginski. B, El gran libro de los chacras, Edaf, Madrid, 1990.

Sheldrake. R, Una nueva ciencia de la vida. La hipótesis de la causación formativa, Kairós, Barcelona, 1989.

Sherwin Nuland. B, ¿Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo De la vida, Alianza Editorial, Madrid, 1995.

Soelle D, Sufrimiento, Editorial Sígueme, Salamanca, 1978.

S.O.S. Familia, ¿Eutanasia, muerte digna o una buena muerte?, Madrid 2011.

Stearn. J, El poder del pensamiento alfa. Milagro de la mente, Edaf, Madrid 1990.

Tart. CT, El despertar del Self, Editorial Kairós, Barcelona, 1990.

Teresa de Avila, Obras Completas, Biblioteca de Autores Cristianos Madrid 1976.

Van Gelder. O, El Aura, Martínez Roca, Barcelona, 1991.

Vidal. C, El Retorno del Ocultismo, Paulinas, Madrid, 1993.

Vimort. J, Solidaridad ante la muerte, Pastoral aplicada, Madrid, 1990.

Wilber. K, ¿Vida después de la muerte?, Kairós, Barcelona, 1994

View publication stats