

Estefanía Soto Pérez

Patricia Nieto Ayuso

**LA MUERTE NO BIOLÓGICA: APRECIACIONES,
EXPERIENCIAS Y FACTORES
DESENCADENANTES PERCIBIDOS POR
PROFESIONALES DE LA SALUD.**

MUERTE SOCIAL Y MUERTE PSICOLÓGICA

Trabajo final de grado

Dirigido por: Dra. María Jesús Aguarón García

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

Tarragona, 2020/2021

Índice

1	INTRODUCCIÓN.....	8
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo general.	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
3	MARCO TEÓRICO	10
3.1	La muerte: Diferencia entre muerte y proceso de morir.	10
3.2	Conceptualizar la muerte no biológica.	12
3.3	Tipología de muertes no biológicas.	13
3.3.1	La muerte social.	13
3.3.2	La muerte psicológica o psicógena.....	15
3.4	Contextos generadores de riesgo para sufrir muertes no biológicas.....	18
3.4.1	Institucionalización prolongada o permanente.	18
3.4.2	La soledad y el adulto mayor.	20
3.4.3	Aislamiento y exclusión social.	21
3.4.4	Estigma social.	22
3.4.5	Sucesos traumáticos insuperables.	22
3.4.6	Niveles socioeconómicos precarios y sinhogarismo.	23
3.4.7	Duelos patológicos.	23
3.5	Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, por Merle Mishel.....	24
3.6	Modelos de cuidado en enfermería.....	25
3.6.1	Modelos de atención centrados en la persona.....	25
3.6.2	Gerotranscendencia.	26
3.6.3	Cuidados centrados en la dignidad.....	26
4	METODOLOGÍA.....	27
4.1	Trabajo de campo.....	28
4.1.1	Obtención de la muestra.....	28
4.1.2	La entrevista como método de investigación.	28
4.2	Aspectos éticos.	29
4.3	Análisis de los datos.	29
5	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
5.1	La muerte no biológica.	31
5.1.1	Percepciones.....	31
5.1.2	Experiencias.....	33
5.2	Factores desencadenantes de MNB.....	36
5.2.1	Enfermedades mentales.....	37

5.2.2	Aislamiento social.....	41
5.2.3	Falta o ausencia de resiliencia.....	44
5.3	Consecuencias de la muerte no biológica.....	47
5.3.1	Depresión.....	48
5.3.2	Suicidio.....	48
5.3.3	Visibilizar lo invisible.....	49
5.4	Cuidado profesional.....	52
5.4.1	Rutinización en el quehacer enfermero.....	52
5.4.2	Formación de los profesionales.....	54
5.4.3	Percepción del cuidar en dignidad al otro.....	56
6	CONCLUSIONES.....	60
7	LIMITACIONES Y DIFICULTADES.....	61
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
9	ANEXOS.....	71
9.1	Anexo 1: Consentimiento informado.....	71
9.2	Anexo 2: Preguntas de la entrevista.....	74

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a nuestra queridísima Chus por haber sido una gran tutora y referente, por su dedicación y paciencia al guiarnos y acompañarnos durante todo el proceso de elaboración del trabajo final de grado. Gracias por el apoyo recibido, por la comprensión y el cariño con el que haces las cosas.

En segundo lugar, reconocer la gran labor de nuestros informantes, por sus grandiosas aportaciones y por abrirse de la manera más especial e íntima en las entrevistas. Gracias por la generosidad de compartir vuestros conocimientos.

Por otro lado, dar las gracias a nuestros queridos familiares y amigos que han estado al pie del cañón durante todo el camino universitario y, por supuesto, reconocer su contribución y ayuda en la elaboración de este trabajo, culmen de nuestros estudios.

A todas y cada una de las personas que nos han apoyado, impulsado y animado, gracias de todo corazón.

“(...) una parte de nuestra existencia radica en las almas de quienes están a nuestro lado: por eso resulta inhumana la experiencia de quien ha vivido los días en que el hombre era una cosa a los ojos del hombre”.

Primo Levi.

RESUMEN

Las muertes no biológicas, en concreto la muerte social y psicológica, son un tipo de muertes que aparecen cuando un suceso suficientemente traumático daña una o varias dimensiones humanas relacionadas con los contextos sociales y mentales. Este deterioro dimensional desencadena diversos efectos colaterales pudiendo afectar a otras áreas que conforman el holismo del ser humano. Así pues, la finalidad del presente trabajo de final de grado es conocer las percepciones y experiencias de diferentes profesionales del ámbito de la salud en relación a la muerte no biológica y sus posibles factores de riesgo o desencadenantes. Asimismo, lo es el comprender y estudiar los conceptos de muerte psicológica y social en profundidad. Para dar respuesta a los objetivos planteados se ha empleado una metodología cualitativa, llevando a cabo entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a cuatro informantes profesionales de la salud. Los resultados más relevantes extraídos del análisis de las entrevistas mostraron que únicamente tres de los participantes conocían el concepto teórico estudiado, pero pese a esto, todos ellos habían tenido alguna experiencia relacionada con la muerte no biológica, sobre todo con la muerte social. Coincidieron también en que hay desencadenantes que motivan y generan estos tipos de muerte, pudiendo abordar mejor la situación si se siguen las premisas de un cuidado en dignidad. Pese a ser una entidad que existe y confluye en la sombra, es un problema real que sucede con frecuencia en el contexto actual.

Palabras clave: Muerte social, muerte psicológica/psicógena, factores de riesgo, resiliencia, dignidad en el cuidar.

ABSTRACT

Non-biological death like social death and psychological death, are a type of deaths which appear when a traumatic event hurts some humans dimensions related to social and mental contexts. This dimensional deterioration triggers some collateral effects that can affect other areas that define the human's holism. So, the aim of this final degree project is to know the perceptions and experiences of different healthcare professionals in relation to non-biological death and its possible risk factors or triggering. Likewise, another objective is to understand and study the concepts of psychological and social death in depth. To respond to the objectives set, a qualitative methodology has been used carrying out semi-structured individual interviews with four health professional informants. The most relevant results obtained from the analysis of the interviews shown that only three of the participants knew the theoretical concept studied, but all of them had had some experience related to non-biological death, especially to social death. Also,

they agreed on the existence of triggers, which motivate or generate this types of deaths, better addressing the situation if the premises of a dignified care are followed. Despite being an entity that exists and converges in the shadow, it is a real problem that frequently occurs in the current context.

Key word: Social death, psychological death, risk factors, resilience, dignity in caring.

1 INTRODUCCIÓN

¿Se puede padecer un tipo de muerte aunque físicamente se siga vivo? El ser humano, valorado desde una perspectiva holística e integral, es considerado un supersistema integrado por diferentes campos que conforman las diversas áreas de la existencia humana (1). Cuando una o varias dimensiones pertenecientes al ámbito social, emocional o psicológico se ven alteradas significativamente, pueden dar lugar al concepto que se describe en este trabajo, haciendo uso de la nomenclatura de muertes no biológicas (MNB), como la social y la psicológica.

Concretamente, la muerte social está propiciada por una modificación en la esfera que referencia al ser humano en el contexto social, y la muerte psicológica o psicógena está causada por una afectación en la parte emocional o mental del individuo (2)(3). Estas entidades se caracterizan por llegar a producir una forma de muerte dimensional que conlleva a la descoordinación del resto de esferas humanas, pudiendo desencadenar procesos patológicos de diferente naturaleza como social, psicológica u orgánica, llegando a coexistir a la vez en el mismo individuo (1).

La MNB está desencadenada por una serie de sucesos vitales, relevantes para la persona, que provoca, entre otros resultados, una desconexión con el entorno, una pérdida en las relaciones con sus iguales y una total falta de motivación para desarrollar actividades propias y básicas de la existencia humana.

El propósito de este trabajo final de grado, en primer lugar, es conseguir un mejor conocimiento acerca de la MNB y todo lo relacionado a ella, a través de las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud entrevistados con este objetivo. También se pretende entender los factores de riesgo que desencadenan esta afección y así poder estudiar sus consecuencias. Por último, exponer las premisas de un cuidado integral basado en el respeto y la dignidad humana. No se reflejarán en este proyecto datos estadísticos y numéricos relacionados con la MNB, ya que no se ha encontrado información referente a este aspecto.

Este estudio, basado en una metodología cualitativa, se ha llevado a cabo mediante la realización de cuatro entrevistas semiestructuradas mediante el uso de plataformas online a diversos profesionales sanitarios de los campos de enfermería y antropología médica y social respectivamente. Está dividido en los diferentes apartados que conforman la normativa establecida para este tipo de estudio, pero cabe que se destaquen dos grandes partes. La primera, recoge el marco conceptual y teórico del elemento a estudiar, en este caso, tratar de conceptualizar los dos tipos de muerte no biológica, la social y psicológica, los diferentes contextos generadores de riesgo y

teorías y modelos de cuidado en enfermería. Esta parte tiene como objetivo principal facilitar la comprensión del texto a los lectores que se enfrenten por primera vez a estos conceptos un tanto desconocidos. En la segunda parte, resultados y discusión, se reúnen los hallazgos recopilados a lo largo del análisis e interpretación de las entrevistas, siendo la base fundamental del estudio y, su posterior argumentación a través de lo recogido en la revisión bibliográfica. Los resultados obtenidos se clasifican en cuatro categorías diferentes que comprenden a su vez diversas subcategorías.

La primera categoría, “La muerte no biológica”, engloba las percepciones y experiencias de los entrevistados acerca de estas formas de muerte. La segunda categoría, “Factores desencadenantes de la MNB”, trata sobre los contextos de riesgo destacados por los informantes, los cuales generan un riesgo elevado de sufrir una MNB. La tercera, “Consecuencias de la MNB”, describe los infortunios y desenlaces que pueden llegar a generarse propiciados por esta condición. Y la cuarta y última categoría, “El cuidado profesional”, recoge diversas premisas para llevar a cabo una actuación asistencial ética y moralmente correcta, proporcionando, de este modo, cuidados integrales basados en el respeto y promoción de la dignidad del paciente.

Las motivaciones que ha llevado al planteamiento, elección del tema y posterior realización del estudio han sido principalmente dos. La primera es más personal, ya que ambas autoras hemos vivido varias experiencias, tanto en las prácticas de la carrera como en el ámbito familiar, en las que podríamos considerar la existencia de personas que han dejado de ser ellas abandonando su esencia y su personalidad, hechos que podrían reflejar y encajar con el concepto que ahora nos ocupa y al que previamente tampoco dábamos nombre. La segunda razón ha sido que, a pesar de ser una problemática que tenga cabida en la sociedad en la que vivimos, no se conoce ni se piensa en ella como una forma de muerte del ser humano. Sobre la muerte no biológica recae un tabú todavía mayor que el de una muerte al uso por ello, sigue manteniéndose velada al no hablar de ella.

Encontrar información sobre el tema resulta complicado ya que se trata de un término poco mencionado en la literatura científica, pero se considera que, como futuras graduadas en la disciplina enfermera, obtener conocimientos sobre ello será de vital importancia para la práctica asistencial llegado el momento. De igual modo, se querría dar visibilidad a un hecho tan presente y desconocido incluso para algunos profesionales relacionados con este ámbito.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general.

Conocer la percepción y experiencia de diferentes profesionales del ámbito de la salud en relación a la muerte no biológica y sus posibles factores desencadenantes.

2.2 Objetivos específicos.

- Comprender los conceptos de muerte psicológica y social en profundidad.
- Comparar las experiencias y percepciones de diversos trabajadores del ámbito de la salud para su posterior análisis.
- Identificar los factores de riesgo que puedan favorecer que se produzcan muertes no biológicas y sus consecuencias.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 La muerte: Diferencia entre muerte y proceso de morir.

Para poder entender qué es la muerte o proceso de morir es preciso conocer el concepto "vida". La vida, desde el punto de vista de la biología, se define como la capacidad de nacer, respirar, desarrollarse, evolucionar y morir. Algunos autores afirman que la muerte es lo contrario a la vida, puesto que, la finitud biológica es el cese de la vida misma, tal y como señala el profesor de neurología J.L Trueba (4), *"la última palabra del final de la vida es la muerte"* dicho de otra manera, es la etapa final del ciclo vital. La muerte es universal, pero cada cultura o civilización la asume y la vive de manera diferente. El proceso de morir no ha cambiado, no obstante, las creencias, el posicionamiento y los comportamientos frente a ella son tan variados como las personas que la afrontan.

En nuestra sociedad existe una tendencia generalizada de creer que negando la muerte será posible escapar de ella, haciéndola menos cierta o real pero, este es un hecho que dista mucho de la realidad, de facto, el filósofo A. Weismann (5), afirmó que: *"la duración de la vida está gobernada por necesidades de la especie, la existencia ilimitada de los individuos sería un lujo sin una correspondiente ventaja evolutiva"*.

De modo que, la muerte, además de formar parte de la vida, es la culminación prevista de ésta, se trata de un hecho insoslayable al que todo ser humano está abocado, es inevitable, sin embargo, le rodea cierta incertidumbre puesto que, no se sabe cuándo ni cómo se va a producir, generando así, un terrible miedo a lo desconocido que en vez de enfrentarlo se prefiere omitir, creando un gran estigma a su alrededor y convirtiéndolo en un tema tabú(6)(7).

La muerte biológica o muerte clínica es un término extensamente descrito y referenciado científicamente. A principios del s XVII, William Harvey, por primera vez en la historia, estableció un criterio de muerte biológica basado en la parada cardiorrespiratoria que tiene lugar cuando la persona deja de respirar y el corazón deja de latir por sí mismo. Este método fue considerado el de elección para probarla durante siglos, aunque, en 1740 Jean Jacques Winslow (8), defendió que: *"la putrefacción es la única prueba segura de la muerte"*. Más adelante, a mitad del siglo XX surgió la innovadora terapia intensiva que, gracias a los grandes avances de la biotecnología hace posible sustituir funciones orgánicas tales como la respiratoria, mediante respiración mecánica y el trabajo del corazón a través de técnicas de resucitación.

Por consiguiente, actualmente, a efectos científicos, éticos y legales, la muerte encefálica (ME) es el criterio diagnóstico para determinar que una persona ha muerto. Cuando hablamos de ME nos referimos al cese irreversible de todas las funciones de las estructuras intracraneales, hemisferios cerebrales y de tronco-encéfalo (9). Una vez declarada hay que proceder a la retirada de todas las medidas artificiales de soporte salvo que sea donante, en tal caso, entraría en el proceso de extracción de órganos para trasplante (10).

Para evitar confusiones, es importante mencionar que el individuo no fallece como consecuencia del cese de la reanimación o ventilación, sino todo lo contrario, se interrumpe la asistencia artificial porque la persona ya ha muerto (11). Además de describir diversas terminologías referentes a la finitud vital, J.L Trueba (4) en su trabajo, defiende que existen diferencias sustanciales entre los conceptos muerte y proceso de morir. En primer lugar, describe el morir como *"un proceso evolutivo dentro de una referencia lineal de tiempo que aún no ha concluido y que lleva consigo un pronóstico de muerte próxima"*, es decir, un estado de terminalidad, pero no todavía a la realidad de la muerte, ya que la persona aún vive.

En cambio, en referencia a la muerte biológica o clínica, J.L. Trueba (4) explica que es *"la actualidad presencial de la realidad de la muerte en quien yace, postrado clínicamente, ante un médico, que tiene que afrontar, verificar y atestiguar mediante un juicio diagnóstico, el estado de muerte irreversible"*. Así pues, finalmente se hace efectiva la muerte. Aunque la línea que separa ambos conceptos es ínfima, hay una gran desavenencia entre estar vivo y dejarlo de estar.

3.2 Conceptualizar la muerte no biológica.

A lo largo de toda la revisión bibliográfica realizada, se puede afirmar que en la literatura consultada hay diferentes maneras de interpretar y describir lo que se nombra en el presente trabajo como muerte no biológica (MNB), ya que es una categoría muy amplia que engloba términos de muerte distintos a los de una muerte biológica, pero en sí, no existe una definición clara ni establecida de manera consensuada del significado de MNB, entorpeciendo así, tanto la detección como la capacidad de comprender su significado.

Para poder explicar y contextualizar mejor el término de MNB, es necesario aludir que, desde una perspectiva integral, el ser humano no es una composición de elementos yuxtapuestos y parcelados, sino que es un ser integrado y multidimensional constituido por distintas dimensiones que, fusionadas, conforman el ser de una persona (1). Estas dimensiones abarcan diferentes esferas humanas como la física, la química, la biológica, la psicológica, la social, la cultural, la ética-moral y la espiritual, y la falta de integración o descoordinación de alguna de ellas, puede desencadenar procesos patológicos en las tres grandes dimensiones del ser humano: la dimensión biológica, la psicológica o la social (12).

Tal y como menciona el autor D. Hernández-Jiménez (13), el cuerpo, hace referencia a la dimensión biológica, entendiéndose como la materialización de la vida en el ser humano. La comunidad, indica la dimensión social, como el macro sistema en el que se desarrolla la vida humana interaccionando con iguales, estableciendo lazos afectivos y desarrollar el sentido de pertenencia. Por último, el alma, hace mención a la dimensión psíquica/mental y cognitiva, entendida como el cultivo de la razón, la ética y moral, la conciencia de uno mismo, las emociones y los sentimientos.

Por consiguiente, la MNB es una muerte que se produce en vida, es decir, no existe un diagnóstico de muerte biológica o encefálica, esto es, la persona sigue respirando y mantiene un pulso estable ya sea, por sí misma o de manera artificial (8). Sin embargo, existe una descoordinación holística, traducida en una forma de muerte que afecta al ser social y ser psíquico, cuyo origen radica en dos grandes dimensiones humanas, la social y la psicológica, y cuya inestabilidad podrá afectar posteriormente a otras dimensiones colindantes de la persona (12). Por ello, podemos indicar que la normo finitud no es la única forma que existe de abandonar la vida, ya que hay variaciones como en los casos de MNB, en las que se altera simbólicamente el curso natural de la biología humana.

3.3 Tipología de muertes no biológicas.

La MNB engloba diferentes tipos de muerte, entre ellos se encuentra la muerte social y la muerte psicológica o psicógena, conceptos estrechamente interrelacionados donde lo que se afecta, en primer lugar, es la dimensión social y psíquica de la persona, y no la dimensión biológica. Aunque posteriormente, a consecuencia de esto, podrían verse dañadas otras dimensiones como se ha explicado con anterioridad (1)(13).

Una de las características más importantes de estas formas de muerte es que la persona va dejando de recibir estímulos motivacionales internos y externos que alimenten su actividad vital, lo que conlleva, en el peor de los casos, a que la persona se deje ir completamente, acabe enfermando y falleciendo. Ambas muertes no biológicas están muy interconectadas, pudiéndose dar en primer lugar tanto una como la otra e incluso cohabitar ambas en el mismo individuo. Tanto la muerte social como la muerte psicológica, tienen en común estar desencadenadas por situaciones vitales dilatadas en el tiempo, algunas inevitables y otras traumáticas y estresantes, que va dejando una impronta negativa muy notoria para la persona que las padece.

Estas situaciones o sucesos pueden ser, por ejemplo, padecer una enfermedad terminal o mental muy estigmatizada, la soledad en la vejez, el rechazo de la sociedad por cualquier condición personal o una pérdida, entre otros, lo que provoca en la persona una respuesta negativa y pasiva para conllevar la situación. El individuo pierde las habilidades para seguir manteniendo vínculos sociales y mecanismos resilientes de supervivencia, dando como resultado una reducción del contacto con el entorno e incluso el abandono total. Esto puede conllevar también a una pérdida de la motivación por vivir haciéndole olvidar el cumplimiento de las necesidades básicas.

3.3.1 La muerte social.

3.3.1.1 Conceptualización de muerte social.

Es importante destacar que el ser humano es un ser social por naturaleza, nace, vive y muere en relación con otros individuos (14). Sin embargo, cuando el individuo cae en el olvido o desprecio, existe la posibilidad de que se produzca una muerte social a pesar de que la persona siga viva físicamente. De hecho, H. Maturana (5) autor de *“Transformación en la convivencia”* afirma que: *“cuando algo se desorganiza ya no existe más, se desintegra y pierde su identidad de clase, la muerte de un ser vivo consiste en la pérdida de la organización propia de lo vivo en aquella unidad compuesta que era un ser vivo”*. Por lo tanto, se vuelve a confirmar que la muerte no se contempla sólo de manera biológica, es posible continuar vivo fisiológicamente hablando, pero, por lo contrario, a nivel social estar muerto.

Según la autora J. Králová (2), la muerte social podría describirse como la interrupción de la capacidad humana para seguir funcionando como un ser social, debido a que existe una desvinculación de la persona con su entorno social. A causa de la ruptura total o parcial con el contexto social, es posible que se produzca una muerte social, entendida como la pérdida del sentido de pertenencia a un grupo, cultura o lugar y a su vez, a la pérdida de las competencias necesarias para establecer vínculos con otras personas. Así pues, se trata de una muerte paulatina, que va haciéndose cada vez más visible conforme se van desvaneciendo los lazos que conforman y unen su círculo social. J. Králová, se refiere a los que la sufren como los "*socialmente muertos*" y los describe como personas cuyos corazones laten y pulmones respiran; individuos que han muerto antes de que estén físicamente muertos, así pues, siguen vivos, pero no lo considera vida como tal, sus vidas ya no tienen un significado social, es mera existencia. Asimismo, refiere que no hay estadísticas que midan con precisión el número de personas que se encuentran en muerte social pero que, es una tendencia creciente en la población mundial(2).

Otra autora que define la muerte social es la filósofa Lisa Guenther (15) en su investigación "*Confinamiento solitario: Muerte social y sus vidas posteriores*" donde indica que la muerte social "*es el efecto de una práctica social en la que una o un grupo de personas es excluido, dominado o humillado hasta el punto de convertirse en muerto para el resto de la sociedad*". Es decir, aunque estas personas estén físicamente vivas, sus vidas ya no tienen un significado social, es mera existencia. Algunos ejemplos de situaciones en las que se puede dar son: exclusión racial y de género, pobreza profunda, enfermedades crónicas o infecciosas, falta de vivienda, demencias avanzadas y migración forzada entre muchos otros.

La muerte social también puede tener lugar por elección del propio individuo, quien decide aislarse voluntariamente por causas intrínsecas al mismo, como por ejemplo un proceso complicado de enfermedad, duelos patológicos o trastornos mentales como la depresión, trastornos antisociales de la personalidad o aislamientos voluntarios entre otros. Este último es conocido como el síndrome de Hikikomori, descrito por el psiquiatra T. Saito (16) como el comportamiento asocial que conduce a abandonar la sociedad afectando principalmente a la juventud. También se puede producir muertes sociales por desvinculación paulatina de la vida en sociedad, como ocurre en las personas mayores en etapas finales del ciclo vital. Por lo tanto, el significado social de la muerte se presenta en la propia vida, puesto que la conciencia social está determinada en cierto grado por la existencia social. De modo que, el significado social de la muerte se puede

presentar en la propia vida puesto que, la conciencia social está determinada en cierto grado por la existencia social (17).

3.3.2 La muerte psicológica o psicógena.

3.3.2.1 La influencia de la psique sobre el soma.

Desde la antigüedad se ha conocido y expuesto el término psique, el cual ha ido evolucionando hasta la actualidad sin grandes modificaciones. Diversos autores como Sigmund Freud o Carl Jung, han descrito este concepto haciendo referencia al cómputo de capacidades humanas de una persona que engloba los fenómenos e interacciones mentales que realiza un individuo consciente e inconscientemente. Es decir, los procesos de pensamiento que acompañan y dirigen la parte somática de la persona (18)(19).

Se puede señalar pues, que la mente/psique es tan poderosa porque ejerce una influencia directa en los actos conscientes e inconscientes de la persona. Por ello las manifestaciones somáticas que acompañan a individuos sometidos a sucesos traumáticos, estrés crónico, escasa confianza o con pensamientos negativos, entre otros, tienden a sufrir más procesos de enfermedad, e incluso podrían ocasionar un empeoramiento en cualquier afección que se pudiese estar padeciendo (20)(21).

3.3.2.2 Conceptualización y tipologías de muerte psicológica o psicógena.

La definición de muerte psicógena se entiende como la sucesión de unas determinadas etapas caracterizadas por el retraimiento, el aislamiento social y la finitud psíquica, de la persona, pero no de su dimensión biológica, sin que haya una patología médica que explique o justifique este deceso mental (22). La principal causa es la capacidad de influencia que tiene la mente sobre el funcionamiento del cuerpo, provocando en las primeras fases, una total falta de energía y motivación por vivir (23). Posteriormente, en etapas finales, el desequilibrio ocasionado por la ruptura de la dimensión psíquica generará disfunciones biológicas que se agravarán al paso del tiempo dando como resultado final la muerte (24).

Los hechos que desencadenan este estado pueden ser muy diversos, y dependerán de cada individuo y de su capacidad de auto - reconstrucción, pero lo que tienen en común es que son sucesos lo suficientemente traumáticos para la persona que los vive y que generan una gran afectación en ella, convirtiéndose en sucesos insuperables hasta incluso contando con ayuda externa (23)(24).

Generalmente la muerte psicógena se asocia a la vivencia de un evento traumático físico o mental donde se experimenta un sufrimiento emocional tan intenso que puede

conllevar a perder la vida. Pero dependiendo del factor que cause la falta de deseo por vivir se pueden dar varios tipos, tal y como explica el psicólogo O. Castellero (24):

- En la muerte por emplazamiento, el detonante en este caso, es la sugestión que cada persona ejerce sobre sí misma y el condicionamiento de suponer que su muerte va a llegar cuando se dé una serie de acontecimientos concretos. Esto genera en el sujeto un elevado nivel de tensión emocional lo que dará lugar a que la psique le acaba abocando a una muerte real.
- La muerte vudú también surge de las creencias y sugerencias por parte de quien cree que ha sido hechizado/maldecido o por haber roto algún tabú sagrado. Para que se de este tipo de muerte psicógena las personas han de estar a favor de este tipo de creencias.
- El hospitalismo es un término que hace referencia a la separación de un infante y su progenitor o figura de apego durante un periodo de tiempo muy prolongado y sin volver a percibir la sensación de pertenencia y afecto. El niño/a es consciente de esta drástica ruptura y lo somatiza mediante la aparición de ansiedad grave, angustia, pérdida del apetito, involución y, finalmente, muerte, a causa de la privación de afecto y sentimiento de abandono.

3.3.2.3 Explicación fisiopatológica.

Según el Dr. John Leach (3), el primero en describir los marcadores clínicos del “*abandono*”, existen diferentes hipótesis las cuales explican que el declive psicológico progresivo que sufre una persona y que aboca al auto abandono podría estar relacionado con la vivencia de determinados eventos traumáticos severos físicos o mentales, que den como resultado un funcionamiento anormal del circuito frontal-subcortical, más concretamente, en el área cingulada anterior y corteza prefrontal dorsolateral, responsables de la motivación, conductas dirigidas y orientación hacia la supervivencia, como exponen los Dres. J. Flores y F. Osrtosky (25) en el capítulo 14 de la Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.

Según la autora Marian Gómez Beldarrain (26), la afectación da lugar a una condición conocida con el nombre de Síndrome disejecutivo, que describe la incapacidad para llevar a cabo conductas en respuesta a un estímulo, resolver un problema, tomar decisiones, organizar un plan de acción e inhibir respuestas inapropiadas, alteraciones en la metacognición, cognición social, etc. La persona también manifiesta entre otros síntomas apatía, falta de impulso, afectividad plana y falta de preocupación general.

3.3.2.4 Etapas de abandono que preceden a la muerte psicológica.

El autor Miguel Mila indica que, generalmente, la muerte psicógena no sucede de forma súbita y repentina, salvo en los casos en los que el impacto emocional genera una respuesta fisiológica letal para el individuo. Habitualmente este tipo de deceso atraviesa unas fases en las que la persona va aislándose y apagándose hasta que culmina con la pérdida de la vida. Las siguientes fases son descritas por varios autores como M. Mila (23), I. Valerio (22) y O. Castellero (24).

1. Fase de abstinencia o retirada social:

Esta fase se inicia generalmente tras un suceso traumático psicológico en el que la persona comienza a manifestar retracción y aislamiento, alejándose de su entorno y demostrando una falta de motivación, apatía, indiferencia emocional y progresiva pasividad ante todo lo que la rodea, e incluso se tiende a presentar cierto egocentrismo.

Para el Dr. John Leach (27), experto en neurociencia, la fase de abstinencia puede ser una forma de sobrellevar la situación, excluyendo a la persona de cualquier compromiso externo para permitirse una realineación interna de la estabilidad emocional, es decir, alejarse para intentar reconstruirse. Dicho ejercicio puede no ser controlado y ejecutado con éxito, por lo que puede progresar en apatía y abstinencia extrema, entrando, así, en la segunda fase.

2. Fase de apatía:

Esta fase es más grave que la primera. La persona empieza a sentir una falta total de energía junto con una fuerte sensación de desconexión de la realidad. En estos momentos se puede perder el instinto de la autopreservación, dejando de cultivarse para el propio desarrollo y conservación de la vida. En esta etapa hay una notoria falta de arreglo y descuido personal, ya que incluso la tarea más simple se vuelve cuesta arriba y se declina la realización de la misma.

3. Fase de abulia:

Es el resultado de la progresión desfavorable proveniente de la segunda fase. A la falta de energía se le suma también una falta grave de motivación intrínseca, iniciativa y capacidad de tomar decisiones, mostrando así un entumecimiento mental con falta de contenido y conciencia. Con frecuencia en esta fase la retracción en sí mismos es tal que las personas dejan de realizar las necesidades básicas como comer e incluso renuncian a hablar.

Aunque por parte del paciente haya una incapacidad total de automotivación, es de vital importancia para el personal de enfermería conocer que, en esta fase, es cuando

todavía es posible la regresión de la persona, propiciando su posible recuperación mediante la motivación externa a través de la persuasión, el razonamiento, el antagonismo e incluso el asalto físico. El manifiesto de las personas que se han conseguido recuperar es la descripción de esta fase como *“tener una mente como papilla o totalmente en blanco sin pensamiento alguno”*

Si por el contrario se eliminan temporalmente los motivadores externos la persona vuelve a la inercia del empeoramiento y si no se continúa seriamente con dichos estímulos la situación se volverá más intensa y se entrará en la siguiente fase.

4. Acinesia psíquica:

Empeoramiento grave de la situación e incremento de la sintomatología anterior a un nivel en el que, aunque la persona está visiblemente consciente, hay un estado de apatía tan profundo que conlleva a una total falta de sensibilidad, es decir, aunque puedan sentir son incapaces de reaccionar incluso al dolor extremo, sin ni siquiera estremecerse si se les golpea ni intentar evitar la estimulación nociva. Con frecuencia son incontinentes y continúan mintiendo en su propia pérdida.

5. Muerte psicógena/psicológica:

Es la última fase del proceso y la que lleva a la muerte real de la persona tras una etapa en la que ningún tipo de estimulación logrará que la persona reaccione. No existe motivación para vivir y la persona se deja ir, lo que finalmente llevará al deceso. El progreso de la etapa cuatro a la cinco suele durar unos 3-4 días y poco antes de la muerte hay un falso destello de vida hasta la recaída final.

3.4 Contextos generadores de riesgo para sufrir muertes no biológicas.

A continuación, se desarrollan las diferentes condiciones personales que predisponen a las personas a tener un cierto riesgo de sufrir una muerte no biológica, en concreto, una muerte social y una muerte psicológica. Estos colectivos de los que se hace mención tienen una vulnerabilidad instaurada que los acerca a esta condición de anómala muerte.

3.4.1 Institucionalización prolongada o permanente.

Uno de los pioneros en trabajar el término de institución total fue uno de los sociólogos más importantes del siglo XX, Ervin Goffman (28), quien ideó este concepto como *“Un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación,*

aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

Goffman (28), describió en cuatro puntos su idea de institución total: *“Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional deliberadamente concebido para el logro de objetivos propios de la institución.”* (Goffman, 1970).

Pese a que han pasado varios años desde que Goffman ideó su teoría y el día a día en las instituciones haya progresado, todavía se mantienen vigentes algunas de las características sobre la institucionalización que este autor definió en su momento. Esto es corroborado más tarde por la profesora de sociología de la universidad Autónoma de Barcelona, la Dra. María Pía Barenys Pérez (29), que a través de su tesis *“Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos”*, realiza un análisis sociológico en el que afirma que dichas instituciones continúan encajando en la definición que hizo de ellas E. Goffman, ratificándolo en los resultados de su estudio, y señalando que *“en la institucionalización se produce primero una pérdida del control y en segundo lugar, el aislamiento progresivo del mundo exterior (extrañamiento).”* (MP. Barenys 1990). Como dijo María Pía Barenys (29)(30): *“Toda institución es un reflejo de la sociedad que la ha creado”*.

La autora MJ. Aguarón (31) en su tesis doctoral *“La historia de vida como herramienta de mejora de los cuidados gerontológicos”*, cita a ambos autores e indica que actualmente la vida en las instituciones continúa presentando los mismos rasgos que describió en su momento E. Goffman y reafirmó, posteriormente, P. Barenys.

Otra fuente es el Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad, la cual recoge que la palabra institución se utiliza para designar cierto tipo de establecimientos especializados en el proceso o la modificación de las personas con la intención de educar, castigar o curar, guardando relación directa con disciplinas como la pedagogía, la psiquiatría y las ciencias humanas en general. Varios ejemplos son las personas que se encuentran viviendo en hospitales psiquiátricos, prisiones y geriátricos (32). Por

institucionalización pues, se entiende como el proceso con que las personas usuarias a largo plazo pueden llegar a modificar su forma de vida volviéndose retraídas, dependientes y mostrando una clara incapacidad para vivir fuera de ellas.

En este caso la muerte no biológica puede sobrevenir a estas personas y ser desencadenada por los efectos secundarios nocivos que resultan de un ingreso de larga duración en una institución pública o privada, por una determinada causa o enfermedad no incompatible con la vida y, también, tienen riesgo una vez finaliza el ingreso y deben reintegrarse en la comunidad portando esa etiqueta personal que genera rechazo por temer a lo desconocido (32).

Algunos de los efectos negativos de la institucionalización que propicia esta situación son:(33)

- Pérdida del contacto con la realidad, convirtiendo la vida en la institución como única referencia existencial.
- Falta de responsabilidad y de control sobre la toma de decisiones relacionados con las actividades de la vida diaria.
- Pérdida de identidad por el efecto de la aplicación de protocolos estándar, al tratar las realidades colectivas y no las realidades individuales.
- Establecimientos de clases sociales entre los residentes en función de su nivel necesidades asistenciales o incapacidades, y no en función de sus capacidades.
- Conciencia de interno/paciente que eclipsa a la persona que hay detrás.
- Persona como objeto de una pauta a seguir con horarios y protocolos preestablecidos.
- Descargas emocionales sobre profesionales y residentes con sus capacidades físicas o de comunicación más afectadas.
- Negación de parcelas emocionales o sexuales en los residentes.

3.4.2 La soledad y el adulto mayor.

Existe una tendencia extendida en algunos países desarrollados basada en la desvinculación progresiva de las personas mayores de la sociedad y el aboque de las mismas a una muerte social haciéndolas vivir un final de vida en soledad. Deben afrontar solos el avance del deterioro físico y mental propios de la vejez sin el apoyo de su entorno, generando en estos individuos un sentimiento de soledad extrema que repercute en su estado general de salud (34).

Actualmente, debido a la pandemia mundialmente conocida como la COVID-19, ha habido una repercusión contundente en este sector poblacional debido a los largos confinamientos, altos contagios y gran virulencia en el adulto mayor, hecho que hoy en

día sigue ocurriendo junto con la interrupción de la conexión con la comunidad, limitando a estas personas a ver la vida pasar en soledad a través del cristal de sus viviendas. Este duro y triste proceso que les toca vivir a algunas personas mayores va haciendo mella en su estado físico y mental generando pensamientos desmotivadores para hacer frente a los años de vida que les quedan, aumentando exponencialmente las probabilidades de una muerte prematura (35)(36)(37).

3.4.3 Aislamiento y exclusión social.

El aislamiento social se puede definir como la situación objetiva de la falta total o mínima de relación con el entorno y disminución del tamaño de la red social , y puede producirse de manera voluntaria e involuntaria, dependiendo de las circunstancias personales y el contexto del individuo (38). En algunos casos, el aislamiento se lleva a cabo de forma voluntaria, siendo la misma persona la que por circunstancias propias, toma la decisión de autoaislarse de forma indefinida. Va perdiendo la conexión y los vínculos sociales que previamente mantenía, cerrando el círculo de contacto social/familiar a lo estrictamente necesario, llegando incluso a ser nulo en ciertas ocasiones (39). Uno de los motivos de este aislamiento es evitar que su entorno vea el estado físico y mental en el que se encuentran, e incluso no piden ningún tipo de ayuda por no ser una carga para ellos, por tanto, deciden vivir su sufrimiento separados de los demás. Por el contrario, el aislamiento involuntario no se lleva a cabo por iniciativa de la persona, sino que por factores contextuales diversos como el internamiento en una institución, pasar por un proceso largo de enfermedad o ser persona mayor e ir disminuyendo poco a poco la vida social (40).

Por exclusión social se entiende el “proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” (European Foundation, 1995:4). En este caso es la misma sociedad en general quien genera un rechazo y decide apartarlos porque no encajan con los estereotipos preestablecidos por la misma. La sociedad los inhabilita debido a la estigmatización, un atributo profundamente desacreditador que se ha generado a lo largo de los años sobre estas personas (41). Las personas que tienen mayor riesgo de aislamiento y exclusión social son las que estén sufriendo cualquier tipo de enfermedad mental, crónica o degenerativa, adicciones, ex reclusos, institucionalizados, prostitución, adolescentes, violencia, bullying, discapacidades, colectivo LGTBIQ+, inmigración, adultos mayores, etc., entre otras categorías.

3.4.4 Estigma social.

El estigma social es un término acuñado por E. Goffman (42), quien lo define como *“el rechazo social por características o creencias que van en contra de las normas culturales establecidas”* matizando tres categorías que causan estigma social. Tribales como la etnia o religión, las diferencias físicas, como la obesidad o enfermedades mentales, etc. Comportamentales o personales, como la delincuencia, la homosexualidad, etc. Hoy en día el estigma *“es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad”* (Goffman 1989), y sigue marcando una línea de apto/ no apto para ser aceptado y poder vivir en comunidad sin destacar demasiado. Esta dicotomía social entre lo normal y lo anormal se reduce a ser aceptado o rechazado por el entorno en el que se convive y desarrolla como ser humano por no pertenecer a la mayoría o al promedio (42).

La sociedad en la que vivimos actualmente está liderada por los cánones en busca de la perfección y la excelencia, abocando a cuadrangular la forma en la que se juzga al resto. Se han consensuado socialmente dos posibles variantes de existencia, ser normal o anormal con sus respectivas connotaciones, unas más benevolentes que otras. Si la comunidad a la que se pertenece decide que un individuo no entra dentro de su normalidad, será etiquetado y marcado siendo susceptible de padecer situaciones complicadas.

Estos conceptos de normalidad o anormalidad son tratados por Georges Canguilhem (1904-1995), filósofo y médico francés especializado en epistemología e historia de la ciencia, a través de su libro *“Lo normal y lo patológico”* (1943). Canguilhem realiza un examen crítico de normal, anomalía y anormalidad en el que indica que la persona que está enferma o discapacitada pierde su capacidad normativa pero no significa que quede desprovisto de norma alguna, sino que su normalización no se corresponde con las actuales condiciones de existencia. *“El enfermo está enfermo porque sólo puede admitir una norma, el enfermo no es anormal por ausencia de norma sino por incapacidad para ser normativo”* (Canguilhem, 1971) (43).

3.4.5 Sucesos traumáticos insuperables.

Los sucesos vitales que abren una brecha profunda en el equilibrio global del ser humano tras su paso generando un sufrimiento importante, se denominan sucesos traumáticos (44). El suceso traumático es juzgado como tal desde el punto de vista de la persona que lo ha vivido, ya que las percepciones son subjetivas e individuales. Será insuperable si no se activan los mecanismos de superación del mismo, pero la capacidad de superación de los eventos adversos que se hacen frente a lo largo de la

vida es diferente en cada individuo. Por ello hay personas que, pese a todos los esfuerzos de la misma y la ayuda aportada por el entorno, no consiguen alcanzar el equilibrio que tenían antes, tratar de recomponerse y continuar donde lo dejaron adaptándose a la nueva realidad que les toca vivir (45).

Algunos sucesos traumáticos insuperables pueden desencadenar llegar a padecer una muerte no biológica, ya que la persona se deja ir, sufriendo una involución mental y un deterioro físico que le puede ocasionar, finalmente, la muerte (3).

3.4.6 Niveles socioeconómicos precarios y sinhogarismo.

La dificultad o imposibilidad para acceder a los recursos necesarios que aportan un estilo de vida sin preocupaciones básicas como la alimentación, la educación o la sanidad, hacen que estas personas dejen a un lado su sano crecimiento físico y emocional hacia la excelencia y bienestar, focalizándose principalmente en actividades de subsistencia poco o nada motivadoras ni saludables, que generan un estrés crónico y un malestar continuo repercutiendo negativamente su estado general.

3.4.7 Duelos patológicos.

El duelo es un proceso normal y una respuesta natural de dolor que sufre cualquier ser humano al experimentar una pérdida significativa con la que se había creado un vínculo afectivo, fuera cual fuese la naturaleza de esa pérdida. Está acompañado por una serie de sentimientos entrelazados como el sufrimiento, la rabia o la desesperación, que van modificándose a medida que va superándose el duelo hasta su completa resolución (46). El duelo está compuesto por una serie de fases dinámicas e interconectadas descritas por multitud de autores, entre ellos Horowitz (1976), Bowlby (1980), Kübler-Ross (1969) o Cabo de Villa (2007), etc. Pero en este caso se expondrán las cinco fases descritas por Kübler-Ross (47).

La primera fase es la de negación, en la que se rechaza la realidad y los sentimientos están anestesiados. En la segunda, la ira, se siente sensación de soledad y resentimiento queriendo proyectar el dolor interna o externamente. La tercera fase es la negociación, y consiste en la reevaluación de la situación y los recursos para asumir la nueva realidad. La cuarta fase, la depresión, es una recaída por tomar conciencia realmente de la pérdida que se ha sufrido y, la última fase, la aceptación, es el periodo de restablecimiento y mirada al futuro, recordando la pérdida sin dolor. Estas fases no necesariamente han de ir apareciendo ni superándose en orden, tampoco se tiene porqué experimentarlas todas para resolver con naturalidad el proceso de duelo (48).

Pero existe una forma patológica de duelo que manifiestan las personas al no superar el proceso satisfactoriamente. Al revisar la bibliografía se ha observado que al duelo patológico se le han asignado varios nombres tal como duelo no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado, pero todos hacen referencia a un proceso de duelo anormal e intensificado el cual sobrepasa a la persona desarticulando sus mecanismos de adaptación dando como resultado una incorrecta superación o una permanencia indefinida en alguna de las etapas sin avanzar hacia la resolución (46).

A continuación, una tabla resumen de los contextos generadores de riesgo:

1. Institucionalización prolongada o permanente.
2. La soledad y el adulto mayor.
3. Aislamiento y exclusión social
4. Estigma social
5. Sucesos traumáticos insuperables
6. Niveles socioeconómicos precarios y sinhogarismo
7. Duelos patológicos

Tabla1: Contextos de riesgo. (Elaboración propia)

3.5 Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, por Merle Mishel.

Enfermería cuenta con una gran aportación de modelos y teorías enfermeras fundadas por importantes autoras célebres como la pionera gran teórica Florence Nightingale (49) con su *“Teoría del entorno”* que hace referencia a la importancia del contexto que envuelve al enfermo en relación con su proceso de recuperación, o Virginia Henderson (50) con su *“Teoría de las necesidades humanas”*, quien defendió su cumplimiento por parte de enfermería en los procesos de enfermedad. Gracias a todas las autoras referentes que han colaborado y aportado sus conocimientos relevantes en beneficio de la disciplina enfermera, hace que hoy en día estos modelos y teorías sigan sustentando la base de actuación en la práctica clínica diaria.

Por su relación con el tema principal del TFG *“Muertes no biológicas”* se considera que la teoría enfermera más adecuada es la propuesta por la enfermera y doctora en psicología, Merle Mishel con su *“Teoría de la incertidumbre”* descrita en 1988. Lo que Mishel creó fue la primera aplicación de la conceptualización de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad (51).

Esta teoría describe pues, la incapacidad que tiene un individuo de dar significado a una situación que está viviendo, la cual está relacionada con el estado de pérdida de salud o algún déficit físico o mental. Ante la necesidad de tomar decisiones, la persona es

incapaz de asignar un valor definido a objetos o acontecimientos, así como prever las consecuencias o resultados con exactitud, por falta de información o conocimientos (52). Por este motivo, se observa una clara relación entre el concepto de muertes no biológicas y lo postulado por M. Mishel en esta teoría, ya que las personas que se encuentran experimentando una muerte social o psicológica son incapaces de entender y superar lo que les está sucediendo, careciendo de apoyo por parte de su entorno en algunos casos.

3.6 Modelos de cuidado en enfermería.

Gracias a las muchas contribuciones científicas que han aportado enfermeras/os teóricas a lo largo de la historia como F. Nightingale o H. Peplau entre otras, hoy en día contamos con multitud de modelos de enfermería correspondientes a las distintas teorías enfermeras que organizan, describen y establecen en la práctica asistencial el modo de encaminar, actuar y ejercer el trabajo que día a día se lleva a cabo en cualquier ámbito sanitario (53). Estos modelos se crearon con la intención de aportar una estructuración del conocimiento enfermero tomando como referencia para su construcción un marco teórico y una metodología específica (54).

En la actualidad, el trabajo que desempeñan todos los profesionales de enfermería debe estar fundamentado en estos modelos como base científica de la práctica clínica. Por ello es necesario una amplia formación para poder identificar diferentes situaciones de salud de diversa complejidad que requieran de una intervención enfermera o multidisciplinar, para así poder ofrecer unos cuidados de calidad que fomenten la dignidad, individualidad y autonomía de las personas. Hay una gran variedad de modelos de cuidados que son específicos de enfermería, pero también hay otros que son de aplicación interdisciplinar, ambos contribuyen a dar respuesta a las necesidades de cada persona de forma individualizada y específica con el objetivo de poder brindar los cuidados desde una perspectiva de autocuidado, autoestima y motivación (54), con el fin de detectar, prevenir, disminuir en incluso evitar las causas detonantes o factores de riesgo que pueden llevar a una persona a sufrir, en este caso, una muerte no biológica.

3.6.1 Modelos de atención centrados en la persona.

Los cuidados que se ofrecen bajo este nombre tienen como principal característica saber identificar las necesidades cambiantes de la persona reconociendo su singularidad y unicidad, para posteriormente poder trabajar con ella teniendo como base principal promover sus capacidades y autodeterminación, otorgándole el papel

protagónico como receptora de cuidados al colocarla en el centro de la atención, respetando todas sus esferas y adaptándose a ella (55).

Los modelos de atención centrados en la persona trabajan los siguientes ítems:

- Promocionar la autonomía y apoyar la toma de decisiones tomando el control en la vida cotidiana.
- Proporcionar protección, seguridad, cuidados sanitarios y personales.
- Fomentar la independencia de la persona.
- Ofrecer un trato respetuoso en cuanto a la intimidad, identidad personal, proyectos vitales, creencias...)
- Propiciar oportunidades de contacto e integración social.
- Estimular la realización personal.
- Motivar en la participación de actividades gratificantes y estimulantes en un ambiente agradable.
- Aportar orientación y acompañamiento a cuidadores familiares o del hogar.

Para ello es necesario que los profesionales de enfermería que ofrecen dichos cuidados puedan llegar a comprender la perspectiva de la persona a la que están ayudando, para así favorecer la independencia funcional, la automotivación y el progreso (55).

3.6.2 Gerotranscendencia.

El profesor y sociólogo sueco Lars Folke Tornstam (31), especializado en investigación geriátrica, fue el autor de la teoría psicosocial de la Gerotranscendencia, que describe el desarrollo del envejecimiento positivo. Se centró en los cambios naturales que tienen lugar en la mente de los adultos mayores, los cuales están relacionados con el cambio de perspectiva al afrontar la realidad, pasando de ser de forma materialista y pragmática a holística y trascendente. Llegado el momento, la persona mayor realiza una retrospectiva de su vida y si el baremo ha sido positivo, lo acepta y se siente satisfecho con lo hecho hasta el momento.

3.6.3 Cuidados centrados en la dignidad.

H. Max Chochinov (56), profesor del departamento de psiquiatría en la universidad de Manitoba, escribió un artículo que describe el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad, puntos clave para abordar la actividad enfermera desde una perspectiva holística y global. Todos los profesionales que se dedican al ámbito de la salud influyen profundamente en la forma en la que los pacientes experimentan la enfermedad y en su propia autopercepción de dignidad, ya que se basa en el modo en el que los pacientes perciben la manera en la que son vistos.

La “A” de actitud, hace referencia a que los profesionales de la salud deben realizar una introspección examinando sus actitudes, presunciones y las suposiciones que construyen sobre los pacientes, ya que influyen en el trato con los mismos. La “B” de buen comportamiento, fundamentado en actos de bondad y respeto son reflejados y captados por el paciente, indicando que es merecedor de dicha atención. La “C” de compasión que indica el conocimiento profundo que tiene el personal sanitario del sufrimiento ajeno, unido a un deseo ferviente de querer ayudar a paliar ese sufrimiento, mostrando empatía y haciendo todo lo posible por esa persona. La “D” de diálogo, ya que se requiere de un intercambio de información dentro de una relación terapéutica colaborativa en la que se establezcan contextos de confianza para proporcionar un cuidado basado en la comunicación honesta y en los acuerdos mutuos.

La dignidad en el cuidado se basa, principalmente, en la autopercepción del paciente y en la capacidad que posean los profesionales de afirmar el valor que este tiene, viendo a la persona que realmente es o era y no solo la enfermedad que padece, ya que si no se siente reconocido es más proclive a sentir que no está siendo tratado con dignidad y respeto, minando así el propio sentimiento de valía sintiendo que es una molestia y una carga para los demás, pudiendo empezar a preguntarse si tiene sentido continuar existiendo (56),(57).

4 METODOLOGÍA

Para poder enmarcar el trabajo y contar con una visión global de lo que actualmente se conoce sobre la muerte no biológica, se consideró necesario en primer lugar, llevar a cabo una revisión bibliográfica de los conceptos más relevantes relacionados con el tema, a partir de la búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud como PubMed, CINAHL, Scielo, Dialnet, Elsevier, Cuiden, en buscadores generales, temáticos y en plataformas de organismos especializados como OMS y RAE. Los límites establecidos fueron el idioma (español e inglés) y la fecha de publicación (2009-2021), aunque también se ha utilizado bibliografía relevante hasta los años 1980. Para la búsqueda de artículos se utilizaron las palabras claves mencionadas a continuación: *“Muertes no biológicas”, “Muerte social”, “Muerte Psicológica - Psicógena”, “Factores de riesgo”, “Modelos de atención”* y *“Cuidado enfermería”*.

La metodología empleada en el presente trabajo es cualitativa y el método utilizado son entrevistas semiestructuradas, ya que el objetivo es indagar desde diversas perspectivas, los conocimientos, percepciones y experiencias vividas que no se pueden cuantificar en datos numéricos ni medibles. Esta metodología se considera la más

adecuada para el estudio del problema planteado y los objetivos a los que se quiere dar respuesta, puesto que se trata de un estudio inductivo, flexible, que permite incorporar nuevos hallazgos y líneas de investigación inicialmente no planteadas, pues al principio no se contemplaban por falta de conexión con el objetivo de estudio pero que, finalmente, guardan relación (58).

Asimismo, este estudio, permite que el resultado final no sea establecer relaciones de causa-efecto, sino más bien aprender, comprender y entender. Además, busca la especificidad de la realidad observada. Por ello, se puede llevar a cabo en estudios de pequeña escala en los que incluso el investigador puede considerarse también, sujeto de análisis (59).

4.1 Trabajo de campo.

4.1.1 Obtención de la muestra.

Para la elección de la muestra de estudio, se efectuó una selección intencional de informantes y los criterios implementados fueron que estuvieran relacionados con diferentes unidades sanitarias tales como residencias, sociosanitario, críticos y salud mental. Se contactó con profesionales del ámbito sanitario tanto de asistencia directa como profesorado de ciencias de la salud mediante correo electrónico, en el cual se les explicaba en qué consistía el trabajo, sus objetivos, metodología y se adjuntaba el consentimiento informado. (Anexo 1)

Inicialmente, se obtuvo respuesta y aceptación de 6 informantes, pero, finalmente, fueron entrevistados un total de 4 profesionales cuya procedencia era: Antropología médica, críticos, geriatría y atención primaria/domiciliaria.

Criterios de inclusión: Profesionales del ámbito de las ciencias de la salud, que trabaje o haya trabajado en el ámbito asistencial.

Criterios de exclusión: Profesionales sanitarios de áreas pediátricas.

4.1.2 La entrevista como método de investigación.

El método elegido para la recogida de datos, como se ha avanzado anteriormente, ha sido la realización de entrevistas individuales semiestructuradas puesto que, mediante esta herramienta, existe la posibilidad de utilizar preguntas abiertas e incluir cuestiones que no se habían contemplado a la hora de realizar el guion. Se preparó una batería de 8 preguntas abiertas (Anexo 2) con la intención de dar pie a los profesionales entrevistados a expresarse con total libertad y comodidad creando un ambiente ameno y natural. Se considera apropiado pues, hacer posible cumplir los objetivos, ya que mediante las entrevistas podemos conocer las necesidades de atención a la salud

percibidas por los informantes, identificar problemas de salud y saber de sus experiencias y percepciones.

Las entrevistas se llevaron a cabo durante los meses de enero y febrero mediante plataformas online tales como “Skype” y “Teams”, y estas tuvieron una duración variable de entre 30 y 60 minutos dependiendo de la capacidad de extensión del entrevistado/a, y entrevistadora y de las experiencias relatadas. Cabe destacar que para la recopilación de la información se usó una grabadora de audio con previo consentimiento verbal.

En la medida de lo posible, se intentaba contar con la presencia de las dos autoras del trabajo; una asumía el rol de presentadora y, la otra, de observadora. Este rol era pactado con anterioridad. De esta manera se intentó poder captar con más detalle toda la información, tanto verbal como no verbal, que se producía durante las entrevistas. La observadora tomaba notas durante la entrevista mientras la entrevistadora realizaba las preguntas y hacía de moderadora. Cuando esto no era posible, la misma entrevistadora iba tomando notas a lo largo de la conversación. Esto se consideró adecuado puesto que, lo que se buscaba es realizar un análisis narrativo de contenido, permitiendo así clasificar la información por unidades de significación.

4.2 Aspectos éticos.

A los informantes se les hizo llegar y saber mediante el consentimiento informado, que su participación era voluntaria y que en cualquier momento podían abandonar el estudio. Se les explicó los objetivos del trabajo, método a utilizar y se les facilitó las preguntas de la entrevista con anterioridad con el objetivo de centrar el tema y ofrecer el tiempo necesario para recordar y recopilar vivencias obteniendo, así, respuestas completas y llenas de contenido. También, se les aseguró los derechos de anonimato, confidencialidad, intimidad y respeto a sus decisiones respetando así La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, publicada en 2018 por el BOE (60). De igual modo, se llegó al compromiso de compartirles los resultados de la investigación una vez concluida. Una vez leídas todas las condiciones, se obtuvieron los consentimientos firmados a modo de aprobación y, gracias a ello, se pudieron realizar las entrevistas y hacer uso de los datos recogidos en las grabaciones.

4.3 Análisis de los datos.

Para el análisis de los datos se llevaron a cabo las transcripciones textuales de las entrevistas que fueron completadas con las notas de la observadora y verificadas con la persona entrevistada identificada con la inicial “E” de “Entrevistado/a”, junto a un

número (E1, E2, E3 y E4), con el fin de crear un código de identificación y no desvelar su identidad. Posteriormente, se efectuó un análisis exhaustivo de las mismas. En primer lugar, se realizaron varias lecturas minuciosas de las entrevistas, destacando aquellas partes más relevantes junto a la selección de *verbatimms adecuados* a las categorías que se iban a crear.

En segundo lugar, se realizó un análisis individual de cada entrevista y comparaciones ínter-entrevistas observando cada una de las semejanzas y divergencias entre los testimonios de los informantes. Esto permitió definitivamente, establecer diferentes unidades de significación que dieron lugar a las siguientes categorías y subcategorías que quedan reflejadas en el siguiente cuadro, y ampliadas en el apartado de “*Resultados y discusión*”

Categorías	Subcategorías
1. La muerte no biológica	1.1. Percepciones 1.2. Experiencias
2. Factores desencadenantes	2.1. Enfermedades mentales 2.2. Aislamiento social 2.3. Falta o ausencia de resiliencia
3. Consecuencias de la MNB	3.1. Depresión 3.2. Suicidio 3.3. Visibilizar lo invisible
4. Cuidado profesional	4.1. Rutinización en el quehacer enfermero 4.2. Formación profesional 4.3. Percepción del cuidar en dignidad al otro

Tabla 2: Categorías. (Elaboración propia)

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se ha avanzado anteriormente, el análisis de las entrevistas dio como resultado cuatro categorías: la muerte no biológica, los factores desencadenantes, las

consecuencias de la MNB y el cuidado profesional. Cada una de ellas presenta diversas subcategorías que se desarrollarán a continuación en cada apartado correspondiente.

5.1 La muerte no biológica.

En esta categoría se encuentran las subcategorías de percepciones sobre la entidad de la MNB; Experiencias personales y profesionales transmitidas por los informantes a través de las entrevistas realizadas.

5.1.1 Percepciones.

Una percepción es el conocimiento o comprensión de una idea y su posterior interpretación subjetiva por la persona perceptora (61)(62) Por ello, con el objetivo de conocer la significación que tiene la muerte no biológica (MNB) para los cuatro informantes entrevistados, se les preguntó abiertamente si se habían planteado alguna vez la existencia de una forma de muerte distinta a la clínica/biológica.

Cabe destacar que al ser un tema un tanto desconocido, las respuestas de los informantes fueron diversas, pero a la vez coincidentes en algunos puntos de sus discursos. Los entrevistados construyeron una relación muy directa entre la MNB y la muerte producida en la dimensión social y psicológica de la persona, aportando conexiones significativas que se expondrán a continuación.

Algunos, como los informantes **E1** y **E2**, la asociaron a situaciones como el aislamiento involuntario, el estigma sobre ciertas enfermedades, sobre todo mentales, la exclusión social o la soledad, coincidiendo en el significado de muerte social con los sociólogos Orlando Patterson y Zygmunt Bauman (63), quienes la describieron como una condición que tienen aquellas personas que no son aceptadas como plenamente humanas por la sociedad en general, dando lugar a una segregación social en este proceso. Se ha observado que los informantes establecieron una relación simbólica causada por la desvinculación comunitaria, entre la condición que resulta de la inexistencia social y una forma de muerte para los otros, en la que uno queda velado en un contexto paralelo e imperceptible para el resto de la sociedad.

E1 *“(...) hay gente que siempre ha estado a la sombra, pero siempre ha estado asociado sobre todo a pacientes de salud mental, estas personas ya estaban muertas socialmente y también, por ejemplo, los abuelos (...) y lo sola que está la gente, estas personas no existen para la sociedad, entonces ¿si no existo?, significa que estoy muerto.”*

E2 *“(...) yo creo que el concepto de muerte no biológica me parece un concepto muy interesante para describir esa existencia a la cual se convoca a las personas con*

sufrimiento psíquico (...) Se les convoca a una muerte social en el sentido de que la persona queda como desactivada socialmente”

Por otro lado, en los entrevistados **E3** y **E4** se encontraron similitudes en las significaciones de la MNB relacionándola con la sobrecarga psíquica, el sufrimiento emocional, la desconexión de la persona con el entorno y el verse desbordado al no encontrar salida a situaciones sumamente traumáticas para la persona. Situaciones que a la larga rompen los lazos sociales y los posibles apoyos que estos pudiesen ofrecer. Asimismo, se denotó que concatenaron la significación de MNB con la muerte social

E3 *“(...) la muerte no biológica es aquella muerte más social, aquella muerte que está relacionada cuando nosotros estamos bien físicamente, pero que no vemos una salida a las cosas que nos vienen por delante”*

E4 *“(...) personas que se preguntan qué sentido tiene su vida, no tienen aficiones...”*

Aunque algunos de ellos no le ponían nombre teórico al concepto tratado, tenían constancia de que este fenómeno se producía con bastante frecuencia y además lo habían presenciado varias veces en su vida sin saber previamente que fuese un tipo de muerte no biológica. Este hallazgo se ha dado el caso en informantes que trabajan o han trabajado alguna vez con adultos mayores, quienes desde que entraron en contacto con este sector poblacional percibieron la desconexión ambiental, monotonía diaria y desmotivación vital que tiene lugar en algunas personas en esa etapa vital de la vida.

E1 *“(...) con la perspectiva de los años, te das cuenta de cuánto abuelo había sentado exclusivamente en una silla, que no hacía otra cosa más. Ya está, hacía eso, de la cama a la silla, de la silla a la cama, mirar a la nada y ya está, nada más. Y era un abuelo tras otro, tras otro, tras otro”.*

Incluso se constató que uno de los informantes se dio cuenta en el transcurso de la entrevista que tenían familiares cercanos en esa situación y no lo había asociado hasta que se habló sobre ello.

E4 *“(...) que mira, ahora que me lo planteo, también estaba muerta en vida, aunque estaba bien pero no tenía anhelo por nada, estaba allí en el sofá y del sofá a la cama y que haces ya en esas edades...”*

La totalidad de los profesionales afirmó que sí creían en la existencia de distintas formas de muerte, observando que algunos de ellos lo relacionaron también con unas formas súbitas e inesperadas de morir, como por ejemplo el suicidio o una muerte inesperada en un accidente de tráfico, es decir, por situaciones imprevistas, no por procesos de

enfermedad normo típicos en los que a uno le da tiempo a empezar a tejer el proceso de duelo. Tal y como expone la autora MC. Ramos Cortés (64) en su tesina *“Duelo ante una muerte inesperada”*, en este caso toma protagonismo el llamado *“duelo por muerte súbita”* que es descrito como el que aparece al producirse muertes sin previo aviso que requieren que la persona asimile el suceso para llegar a una comprensión de la situación, siendo el duelo más difícil de elaborar porque no existe aviso de la inminencia de la muerte.

E4 *“(…) yo ese término no lo conocía como tal, y como la muerte es un tema tabú, tampoco se habla mucho. También entendía este concepto de muerte como por un suicidio o por un accidente de tráfico, algo súbito que no sea un proceso de enfermedad… (…)*

E3 *“(…) para mí la muerte no biológica cómo sanitaria y como enfermera es aquella muerte social o aquella muerte que a veces las personas sufren sin ningún sentido, sobre todo el suicidio (…)* porque la muerte psicológica puede conllevar al suicidio, una muerte social es una muerte invisible de aquellas personas que se quedan solas sin nadie (…)

En la revisión bibliográfica se ha observado que autores que desarrollan los conceptos de muerte psicológica, como M. Milá (23) y J. Leach (3), o la muerte social como O. Patterson y Z. Bauman (63) entre otros, refieren que una muerte psicológica podría desencadenar una muerte social y viceversa, ya que son condiciones que se atraen entre ellas, pudiendo coexistir a la vez en la misma persona. Se entiende pues este nexo de unión, como la predisposición que tendrá una persona que padezca muerte psicológica a verse avocada al aislamiento y desconexión del entorno y otra que sufra una muerte social a la posibilidad de padecer un deterioro psicológico y emocional originado por la exclusión y la desvinculación social.

5.1.2 Experiencias.

En esta subcategoría, se recogen las vivencias experimentadas por los informantes con ejemplos prácticos y reales de la problemática expuesta sobre la velada muerte no biológica que tiene lugar hoy en día en nuestra sociedad. Se ha podido constatar que la totalidad de los entrevistados ha tenido experiencias cercanas relacionadas con la MNB, algunos de ellos relatándolas como frecuentes en pacientes de ámbitos como salud mental, geriatría y críticos con secuelas graves. También refieren experiencias fuera del entorno hospitalario en el seno de la comunidad en personas con algún factor de riesgo que general vulnerabilidad en ellas de forma que las predispone a presentar esta entidad.

En una de las experiencias compartidas por el informante **E1** se comprueba como la MNB tiene su espacio en las plantas hospitalarias, en pacientes que han sufrido accidentes o patologías graves cuyas secuelas son tan sumamente significativas que cambiarán sus vidas por completo sin posibilidad de volver atrás. Un ejemplo que destaca el entrevistado es el estado vegetativo como consecuencia de un TCE grave en el que, como expone Kenneth Maiese (65) en su trabajo *“Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas”* en su trabajo *“Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas”*; ya no se controla el pensamiento ni el comportamiento, pero las partes que controlan las funciones vitales siguen funcionando. Con lo cual se puede contemplar como la paciente abre los ojos y parece despierta pero no responde a ninguna estimulación significativamente. El informante percibe el estado de MNB de la persona porque, aunque biológicamente siga viva, las demás esferas que completan el significado holístico de su vida están dañadas irreversiblemente.

E1 *“(...) Está en coma, lo único que hace es respirar por si sola, la alimentamos por una PEG, ni se mueve, ni interactúa con el mundo ni nada, ¿está viva? sí, ¿se le puede incorporar a la sociedad? No. ¿A que está condenada? a vivir en una cama, de la cama al sillón y del sillón a la cama, porque esta niña no interactúa con el medio, no tiene un contacto visual siquiera (...) y esta chica al tiempo morirá incluso para sus familiares, aunque biológicamente siga viva”.*

En otra de las vivencias comentada por **E1**, se observa la incidencia de MNB de las personas que forman parte del personal sanitario e inician una nueva jornada al salir de la propia, ya que tienen a su cargo familiares dependientes, por lo que no desconectan nunca del rol cuidador, no realizan actividades lúdicas, ni tienen vida social. Todo esto acompañado por un desgaste físico y emocional por la constante rutina, hasta el punto de desarrollar cuadros depresivos importantes debido a padecer la conocida sobrecarga del cuidador desarrollada por el Dr. Steven H. Zarit, ya que son cuidadoras a nivel sanitario asistencial, en su puesto de trabajo y en el domicilio. Como señalan E. Flores, E. Rivas y F. Seguel (66) en su artículo *“Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”*, este cuidador se ha de enfrentar a situaciones críticas derivadas del estrés de cuidar. Se ve afectado su estado de salud y bienestar apareciendo agotamiento general y sintiéndose desbordado la mayor parte del tiempo, pudiendo llegar a presentar ansiedad y depresión. Un conjunto de signos y síntomas que en enfermería se conoce como *“Cansancio en el rol del cuidador”* (66). Esto se agrava todavía más si la profesión de persona también es la asistencia sanitaria, como es el caso.

E1 *“(...) socialmente todo se reduce exclusivamente al hospital y a su casa, no ven más salida, no están muertas, pero para la sociedad son personas inexistentes, y ellas mismas dicen: “no me gusta mi tipo de vida, no me apetece hacer nada, no quiero salir, lo único que hago es cuidar todo el día y lo que quiero es morirme” porque ya están muertas a nivel social, tienen muy pocas salidas, ya no pueden hacer nada más”.*

El entrevistado **E3** mediante su experiencia, muestra el sufrimiento oculto que se puede generar en los senos familiares aparentemente perfectos sin dificultades socioeconómicas, ni pérdidas de salud, que ante un suceso inesperado no han sabido afrontar ni gestionar la realidad que les ha tocado vivir, volviéndose un hecho insuperable que desencadena el inicio de la decadencia personal hasta puntos inimaginables. El informante muestra como se hace efectiva una de las consecuencias más devastadoras de la MNB, el suicidio, precedido por el desarrollo del cansancio en el rol del cuidador y la carencia de la capacidad de ser seres resilientes y superar las adversidades que la vida les había puesto en su camino. Entendiendo por ser resilientes, como expone JD. Uriarte (67), a los procesos de superación que les permiten a las personas, un desarrollo normal y armónico con su medio a pesar de vivir un contexto desfavorecido experimentando situaciones conflictivas (Luthar y Cicchetti, 2000; Werner, 1984).

Según la autora AT. Osorio Rojas (68), en su trabajo *“Resiliencia, un aspecto nuevo que puede aportar al profesional de enfermería para mejorar el cuidado en el ciclo vital, en las situaciones difíciles de la vida y como herramienta para la prevención del suicidio”*, describe la resiliencia ante el suicidio como la capacidad que tiene el ser humano por medio de sus competencias, habilidades o recursos, para la regulación y afrontamiento de sentimientos, pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio. Es decir, las aptitudes para enfrentarse al espectro suicida, una vez presentadas esas ideaciones suicidas (Galvis, Ojeda, & Rivera, 2012). Por el contrario, la capacidad de resiliencia puede verse afectada por tener limitaciones para encaminar alternativas de resolución de problemas, incapacidad para potenciar los recursos de los que se dispone y no utilizar los factores protectores intrínsecos de cada persona, tal y como expone AT. Osorio Rojas (68), son la introspección, independencia, interacción, moralidad, humor, iniciativa, y creatividad (Wolin & Wolin, 1993).

E3 *“(...) Pero tuvieron una segunda hija con un autismo profundo y no lo pudieron soportar... no lo pudieron soportar hasta el punto en el que llegaron al suicidio colectivo. Se suicidaron el padre y la madre (con 60 años) y antes mataron a la hija (de 18) en el mismo suicidio, porque claro el de ella no fue voluntario claro. (...) Ellos llevaban una*

vida normal, pero desde que habían tenido a la hija siempre estaban enfadados, socialmente se fueron alejando de las personas, se enfadaban con todo el mundo, no lo aceptaban comenzaron a culpabilizar a todo el mundo de todo lo que pasaba y decidieron hacer esto”

Otra de las experiencias narradas por el informante **E2** tiene que ver con el campo de la salud mental, y se puede extraer el terrible daño que generan los prejuicios arraigados y establecidos en la sociedad hacia las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno, dando como resultado desvinculaciones personales y profesionales que afectan a los roles de la vida en comunidad por culpa del estigma hacia este sector poblacional, coincidiendo así con lo dicho por la autora A. Aretio (69) en su artículo *“Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”*. Como se ampliará más adelante, en este colectivo recae un fuerte estigma social generando en la persona un gran sufrimiento acompañado por sentimientos de soledad, angustia y tristeza.

E2 *“(…) conozco a una persona que tiene un diagnóstico de bipolaridad y lo primero que dice es que a partir del momento en que uno tiene ese diagnóstico, uno desaparece para los otros de alguna manera. La gente pierde sus amigos, pierde sus parejas, lo pierdes todo, porque hay como una serie de prejuicios contruidos históricamente sobre estas categorías que hacen que las personas se alejen (...)”*

5.2 Factores desencadenantes de MNB.

Otra cuestión que interesaba conocer para dar respuesta a los objetivos planteados era identificar los factores de riesgo más relevantes, según los informantes, para poder sufrir una MNB. Según la OMS (70), un factor de riesgo hace alusión a *“cualquier rasgo, característica o exposición del individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o afección”* que provoque una pérdida de salud física o mental, afectando, por consiguiente, a las dimensiones humanas relacionadas con los contextos vitales en los que la persona se desarrolla y relaciona.

Por ello, en esta categoría se recogerán las circunstancias desencadenantes mencionados y descritas por los entrevistados. A su vez, dentro de esta categoría se encuentran tres subcategorías que agruparán diferentes contextos de riesgo. La primera, enfermedades mentales, agrupará los factores de riesgo de exclusión social y estigma, categorías diagnósticas y sobre medicación; la segunda, aislamiento social, recogerá los factores de riesgo desencadenados por la institucionalización, concepción de normalidad o anormalidad y soledad impuesta o involuntaria; y, por último, la tercera subcategoría, falta o ausencia de resiliencia, contemplará los duelos patológicos por la muerte de los hijos.

5.2.1 Enfermedades mentales.

La palabra enfermedad proviene del latín “*infirmitas*” cuyo significado es el de “*falta de firmeza*” y hace referencia al cambio más o menos grave de la salud física o mental de un ser vivo. Concretando con la definición de enfermedad mental, según los autores J. Tomás, J. Almenara, N. Gondón y S. Batlle (71), en su trabajo de “*Paidopsiquiatría*”, se entiende como la ausencia de salud mental a consecuencia de un proceso psicopatológico que altera la dimensión emocional, cognitiva y comportamental del individuo, generando la presencia de un sufrimiento psíquico, viéndose afectadas distintas esferas psicosomáticas de la persona.

Es evidente que hay una clara discriminación social repercutiendo negativamente en el individuo cuando el origen de la enfermedad es de tipo mental, tal y como señala el Dr. Duncan Pedersen (72), en su trabajo “*Estigma y exclusion social en la enfermedad mental*”, las personas que padecen una enfermedad mental son estigmatizadas por las distintas sociedades de dos maneras; una es la significación cultural negativa impuesta a ciertas formas de comportamientos y, otra, es las medidas que se llevan a cabo en una comunidad para controlar y reprimir estas formas de comportamiento consideradas desviaciones de la norma y, por consiguiente, como estas prácticas invocan a la exclusión social y al círculo vicioso de estigmatización de la enfermedad mental.

❖ Exclusión social y estigma.

Tras revisar y analizar las entrevistas, tres de los cuatro informantes, señalan que la persona que sufre un trastorno mental tiene un riesgo muy elevado de sufrir una MNB, siendo las que manifiestan sintomatologías de forma más visible las que mayor repercusión tienen, como por ejemplo la esquizofrenia, ya que la sociedad responde ante una persona “extravagante” con un estereotipo determinado, haciéndolo sentir aislado y señalado como corrobora el sociólogo Dr. Thomas J. Schef (73).

En lo relatado por informante **E1**, se advierte el comportamiento excluyente de la sociedad en general respecto “a los locos” como vulgarmente se les suele denominar, prefiriéndolos lejos de la vida comunitaria, en instituciones mentales, para que no alteren la dinámica de la vida diaria, confirmando, así, la muerte social y emocional que estas personas han de soportar, además de recalcar la marginalidad provocada por la sociedad debido al mero hecho de padecer sufrimiento psíquico. Todos estos comportamientos, pensamientos y creencias infundadas están originados por la dañina estigmatización que recae en los trastornos mentales y quienes lo sufren, generando aún más impedimentos para la reintegración y vida en comunidad. Mientras que algunos trastornos mentales, como la depresión o la demencia senil, son aceptados y en general

admitidos con cierta tolerancia, otros como la bipolaridad o la esquizofrenia, continúan estando asociados con estereotipos de violencia y peligrosidad, tal y como apuntan los autores Angermeyer, Schulze, 2001 y Corrigan, 2002, entre otros (74).

E1 *“(...) para los pacientes psiquiátricos la muerte social es brutal. Si tú tienes una enfermedad mental socialmente eres inaceptado, estás loco,” y yo a los locos los quiero fuera de aquí, me da igual el tipo de enfermedad mental que sea”, quedan excluidos. “Están bien en psiquiátricos, lejos de mí”, porque lo que no conocemos nos da miedo (...) ¿están muertos socialmente? totalmente ¿emocionalmente? pues seguramente”*

Se ha observado, pues, que el estigma existente y notorio se ha convertido en una marca denigrante que acompaña a la persona a lo largo de su vida, engendrando un rechazo absoluto ante la significación negativa que la sociedad en general le da a este tipo de enfermedades por pura tradición y desinformación.

En lo expuesto por el entrevistado **E2**, se comprueba la losa del rechazo que recae en estos individuos, originado por el estigma social, en primer lugar, hacia la categoría diagnóstica y, en segundo, lugar hacia ellos por padecer enfermedades mentales. Descrito por el padre de la microsociología E. Goffman (75), en 1963, el estigma es *“la presencia de un atributo personal negativo y en extremo denigrante, que hace a una persona diferente a las demás, de una clase indeseable o de inferior categoría”*. La generación de un estigma cuyo origen, tal y como apunta D. Pedersen (72), *“es el producto de varios procesos secuenciales o simultáneos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación”*, impacta brutalmente en este grupo, abocándolos a una desintegración social y generando un grave e imborrable sufrimiento individual y colectivo.

E2 *“(...) otro factor de riesgo es el estigma que existe sobre las categorías médicas, sobre el sufrimiento, por qué las personas tienen determinado sufrimiento como decíamos, que son nombrados de una cierta manera y ese nombre tiene un estigma social (...) Hay un encierro que tiene que ver con la institucionalización prolongada y hay otro encierro que tiene que ver con la categoría diagnóstica, y en estos casos cuando está dispuesta de tal manera sobre la vida de las personas, las encierra. La categoría se transforma en una nueva prisión (...)”*

Otro factor de riesgo que comenta el informante **E2** en la entrevista es algo tan evitable y simple como mirar a los ojos. Este pequeño y cotidiano gesto dota a la persona con la que se está manteniendo cualquier tipo de comunicación, de una existencia, una forma de conexión y muestra de escucha activa, porque si no lo miras es como si no estuviese.

E2 “(...) si nadie te mira, otro factor de riesgo, no mirar a los ojos, algo que reclaman muchas veces los pacientes, la falta de un contacto, de una escucha (...)”

Y un ejemplo de esto es lo que plasma en su tesis doctoral “Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos” el antropólogo Dr. Martín Correa-Urquiza (76), mediante una entrevista realizada a uno de sus informantes que acude al psiquiatra, quien afirma lo siguiente: “No me mira a los ojos, ni me mira en su consulta. Se queda ahí, de lado, atento a su ordenador, tecleando con dos dedos porque aún es de la vieja escuela, mirando mi ficha clínica sin saber si yo sigo siendo yo. Me ve a través de mi ficha clínica. Ése soy yo para él y yo sé que no soy ese. No hay diálogo. No me conoce. Me pregunta como estoy sin mirarme”.

Este hecho, aunque parezca tan simple, genera en el individuo una despersonalización extrema y un reflejo de desinterés por querer reconocer la identidad real que habita en el otro y no la que se crea a través de un diagnóstico médico. Además, obstaculiza, en cierto grado, el empoderamiento de la persona con sufrimiento psíquico, hacia su propio proceso de recuperación.

❖ **Etiquetas diagnósticas y sobremedicación.**

En lo mencionado por uno de los entrevistados, **E2**, se observa el daño que produce la otorgación de categorías diagnósticas en estas personas, según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III y 5) o la *International Classification of Disease, 10th Revision* (CIE-10) (77), entendiéndose por dichas categorías la descripción que se recoge de los síntomas manifestados, es decir, son constructos teóricos desarrollados por expertos, de lo que dicen y hacen las personas, como reflejo de lo que piensan y sienten para completar los diagnósticos médicos establecidos en esta especialidad, la de psiquiatría. Portar estas categorías diagnósticas en el contexto médico conlleva a que, posteriormente, se transformen en etiquetas desprestigiantes a nivel social, dando como resultado a nivel comunitario la exclusión y la invisibilidad de estas personas, debido a esa tendencia de asociar la identidad con la enfermedad, siendo un hecho totalmente absurdo pensar que ser es lo mismo que estar.

E2 “(...) La categoría empieza a transformarse en una pátina que te rodea entero y que no te permite relacionarte (...) es una categoría que te desprestigia socialmente de tal manera que te aboca a una muerte social o sea no te puedes relacionar; entonces podemos pensar que una categoría como esquizofrenia, hoy te aboca a una muerte social. (...) las categorías médicas que en un momento se transformaron en categorías sociales que impactan sobre la vida de las personas de una manera brutal y sumamente desempoderante (...)”

Según el artículo *“La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental”* realizado por un grupo de profesionales sanitarios compuesto por dos psiquiatras, M. López y L. Fernández, una psicóloga, M. Laviana, una auxiliar de enfermería, AM. Rodríguez y una socióloga, A. Aparicio (78), comparten que el uso de estas categorías estigmatizantes genera una distancia o rechazo social, posiciona a la persona en un contexto de vulnerabilidad y desventaja dañando no solo las relaciones personales, sino la búsqueda de vivir con cierta “normalidad” en el contexto social con acciones como trabajar, autorrealizarse o formar una familia, entre otras. Estas etiquetas sumamente deshumanizadoras conllevan a cuestionar que todo lo que hace, dice, siente y piensa la persona, provenga de la enfermedad y su existencia fuese comparable con otra persona que tuviese una etiqueta igual.

En lo dicho por este mismo informante, se constata que otro factor de riesgo para producirse una MNB es la sobremedicación psicofarmacológica y los efectos secundarios que esta produce, coincidiendo así con que defendía ya en el siglo XX el reivindicativo psiquiatra escocés, Ronald David Laing (79), quien dedicó su vida a cuestionar los límites de la psiquiatría y denunció, entre otros procedimientos, la sobremedicación existente como base del tratamiento de estos pacientes. El entrevistado señaló como fundamental la transfiguración que sufre la persona una vez se inicia la terapia y como contribuye a entorpecer la inclusión y el desarrollo psicosocial del individuo con y en su entorno.

Según la psiquiatra J. Moncrieff (80) en su artículo *“Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría”*, la medicación psiquiátrica genera un estado de *“inhibición neurológica”* caracterizada por una serie de alteraciones físicas y emocionales, como la lentitud en los movimientos y el pensamiento, la falta de motivación, la restricción emocional y el aumento de la inactividad. Todos estos efectos secundarios con los que tienen que lidiar día a día las personas consumidoras de psicofármacos avocan a emplear una terapéutica alternativa para contrarrestar estos efectos; pero a su vez, estos fármacos “correctores” también tienen sus propios efectos indeseados. En definitiva, un círculo vicioso difícil de romper.

La persona con sufrimiento mental se encuentra pues, bajo un amplio y estigmatizador marco medicamentoso, que empaña y redibuja su verdadero ser, quedando expuesto tan solo, un producto vulnerable y desconocido para sí mismo, según expone el autor M. Correa-Urquiza (81), en su artículo *“El cuerpo silenciado: Reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura”*, proyectando ahora lo que los fármacos permiten que seas y no lo que se es en realidad, debido a las múltiples alteraciones que se produce

en la dimensión orgánica/física, generando cambios muy visibles y estigmatizados como la modificación de la expresión facial, el volumen corporal, el incentivo vital, los movimientos temblorosos y comportamientos dubitativos que dan como resultado final unas devastadoras significaciones sociales negativas.

Si se hiciese una lectura de la realidad diaria a la que se enfrentan y han de soportar algunas de las personas con enfermedad mental, sería la siguiente: La lápida del estigma hacia ellos y su enfermedad, su existencia sobremedicada y aletargada, la falta de estímulos vitales, entre otros motivos robados por la medicación incapacitante, los incesantes intentos de inclusión comunitaria siendo cruelmente rechazados, excluidos y la proyección distorsionada que tienen para los otros y para sí mismos de lo que en realidad son.

E2 *“(...) la muerte social tiene que ver también con la sobre medicación, con el exceso de medicación en este caso (...) he estado con gente que a veces viene absolutamente sobremedicada, con un estar cómo quebrado, como ausente, como tembloroso, en dónde la condición de la sobre medicación les impide sentir el mundo, les impide conectarse con el mundo (...) si tú tienes esquizofrenia ¿qué te queda? pues dedicarte a estar así, comprimido químicamente, tratado químicamente, decir a todo que sí y no pensar, porque quién piensa por ti son los otros y si no tienes jurisdicción sobre tu propia vida estás muerto en vida (...) porque la medicación es profundamente destructiva del cuerpo.”*

El autor R. Whitaker (82), en su libro *“Anatomía de una epidemia: panaceas, psicofármacos y el impactante ascenso de la enfermedad mental en EE.UU.”*, secunda la idea de la destrucción que produce en el cuerpo la sobre medicación, y define el proceso de consumo abusivo de psicofármacos como *“la epidemia de la disfunción cerebral”*, haciendo referencia a que el consumo continuado de psicofármacos, puede desencadenar a largo plazo atrofia y daños cerebrales, provocar episodios psicóticos, ocasionar nuevos diagnósticos mentales, aumentar la cantidad y el número de psicofármacos y medicación correctora y, por último, la gran dificultad en su proceso de retirada y su confusión con recaídas. R. Whitaker insta a dejar de creer que los psicofármacos son el mejor y el único tratamiento para la enfermedad mental y el sufrimiento psíquico, recordando que la psicoterapia o el ejercicio físico han demostrado ser muy eficaces en ciertos contextos.

5.2.2 Aislamiento social.

En esta subcategoría se realizará una contextualización de diversos factores de riesgo que generan en el individuo una desvinculación social, propiciando así una MNB. El

aislamiento social, según los “Centros para el Control y la prevención de Enfermedades” (CDC) (83), se define como la separación y pérdida total del contacto con el entorno y su consiguiente falta de conexiones sociales. Por ello se incluyen en esta subcategoría la institucionalización, la concepción de normalidad o anormalidad y la soledad impuesta o involuntaria.

❖ **Institucionalización.**

Un pionero en describir las consecuencias de la institucionalización fue Erving Goffman (28), quien dejaba frases como la siguiente en su libro “Internados” y al que hace referencia uno de los entrevistados: *“La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior, marca la primera mutilación del yo”*. Es decir, que la institucionalización es una realidad análoga e invisible para el resto de la sociedad donde algunos seres pasan largos periodos de su vida sin otro contacto que no sea los demás internos y el personal que allí trabaje. E. Goffman (28), también describe a su manera el concepto de muerte no biológica que se trata en este trabajo, denominándola *“muerte civil”* haciendo referencia al despojo permanente de derechos y ciertos roles que sufre la persona institucionalizada en hospitales psiquiátricos, prisiones, geriátricos e internados, como integrante de una sociedad.

Dos de los informantes identifican situaciones que tienen lugar al ser una persona que existe en una institución o que, a pesar de no estar en una, está vinculada de por vida por motivos de enfermedad. Se muestra como en ocasiones se pierde la voz en lo más intrínseco del propio ser humano y es el control sobre sí mismo y sobre su manera de hacer y ser.

E2 *“(…) Otro factor es la institucionalización, es clarísimo, eso ya lo decía E. Goffman en un gran libro que se llama Internados(…) quién habla sobre ti siempre es otro, en este caso un médico, la familia, que te dice lo que tienes que hacer, a dónde tienes que ir, cuándo se puede acabar, la medicación que te tienes que tomar... tú pierdes toda jurisdicción sobre tu propio cuerpo y sobre tu propia vida, eso te mata socialmente y te transforma en un muerto en vida”*

E4 *“(…) una persona en la residencia que está en una silla, allí mirando al infinito y para mí es eso lo que consideraría una muerte en vida”*

Goffman (28), señala también cuando a los internos *“se les arrebató el nombre por el cual uno fuese llamado, por lo que la pérdida del propio nombre puede representar otra gran mutilación del yo”*. En síntesis, se aprecia que una serie de pérdidas genera un

desarraigo emocional, psicológico y social en la persona internada, ocasionando una interferencia diferida en el tiempo en la posible y futura reinserción en la sociedad.

❖ **Concepción de normalidad o anormalidad.**

El periodista, escritor y satírico estadounidense Ambrose Bierce (84), a través de un documento realizado por el propio autor llamado el “*Diccionario del diablo*”, , recopiló un léxico de definiciones corrosivas de la época (1881-1906), donde entre otros términos, describió la palabra anormal como “*adjetivo que no responde a la norma. En cuestiones de pensamiento y conducta ser independiente es ser anormal y ser anormal es ser detestado. En consecuencia, es aconsejable parecerse más al Hombre Medio que a uno mismo. Quien lo consiga obtendrá la paz, la perspectiva de la muerte y la esperanza del Infierno*”.

Uno de los entrevistados, **E2**, señala la importancia que tienen los diferentes contextos, en relación a los juicios sentenciadores dictados por la sociedad sobre las diferentes formas de existir en ellos, es decir, todo lo que en ese contexto este calificado “*como apto*” marcará la línea divisoria de lo opuesto. En el otro extremo existirán los que se salgan de la norma y el ser anormal convocará a ser apartado y excluido socialmente, ya que el hecho de ser juzgado como normal o no, dependerá del contexto y de lo que socialmente este aceptado como normal.

Coincidiendo con el entrevistado sobre la discriminación y separación social que recae en las personas que, desde el punto de vista del entorno donde viven, no son normales, ya son muchos los autores que lo reafirman, entre ellos Michel Foucault en el año 2000 con su trabajo “*Los Anormales*” o Georges Canguilhem en 1943 con su tesis “*Lo normal y lo patológico*”. La profesora Indiana Vallejos (85) en su trabajo “*El Otro Anormal*” describe también las consecuencias que conlleva ser lo contrario a normal “*Normal es una categoría inventada para confirmar lo propio e instalar el control, expulsar, aniquilar, corregir, censurar, moralizar, domesticar todo lo que exceda sus propios límites, todo lo Otro*”.

E2 “*(...) claro que no eres válido para vivir en esta comunidad, porque no eres normal (...) La normalidad se construye culturalmente y es el resultado de un consenso histórico y geográfico. Aquello que es normal aquí, puede no ser normal en otros contextos y viceversa. (...) Es aquello que se ha consensuado he instalado socialmente como el sentido común de las cosas, pero el sentido común no es la verdad, sino en todo caso es un tipo de verdad consensuada, pero hay muchas verdades posibles y hay muchos otros sentidos comunes dependiendo de donde las personas existen (...)*”

❖ Soledad impuesta o involuntaria.

Según la definición que proporciona el diccionario de la Real Academia Española (RAE) (86), soledad significa carencia voluntaria o involuntaria de compañía. En este caso la mayoría de los entrevistados identifican como factor potencial de riesgo para desencadenar una MNB la carencia involuntaria de compañía, es decir, la soledad impuesta o involuntaria. Esta se entiende como la aparición de un sentimiento negativo de tristeza, melancolía o vacío interior en la persona que se siente sola y aislada durante periodos indefinidos, no por elección propia, pudiendo generar consecuencias arrolladoras sobre la salud física y psíquica (87)(88) e incluso llegar a presentar una entidad llamada soledad crónica, definida como la existencia de sentimientos de soledad y de aislamiento social continuos y prolongados con incapacidad de conexión con los demás llegando incluso a provocar sentimientos profundos de incomodidad, baja autoestima y rechazo (89). Los entrevistados señalan que esta condición de soledad involuntaria contribuye al desapego comunitario y a la pérdida de redes sociales, convirtiéndose la persona en invisible para el resto.

E1 *“(...) la soledad, o sea las personas que están solas creo que también, no solas por elección, solas porque por equis motivos en esta vida no han construido una familia o personas que no tengan una red social establecida (...)”*

E4 *“(...) pues factores como la indigencia, la soledad, estas personas que están solas, que no tienen contactos sociales y que a lo mejor viven de una pensión, de una ayuda o de una invalidez (...)”*

E3 *“(...) pues muchos factores importantes como el maltrato la violencia de género la violencia de gente mayor, la soledad, el vivir solo etc. (...) Durante este confinamiento he pensado mucho en aquellos pacientes que yo tenía, había muchos que vivían solos, que no habrán tenido acompañamiento ¿cómo estarán estas personas si ya eran débiles y tenían una enfermedad de base?”*

La soledad, sobre todo en el adulto mayor, es un problema invisible y presente en la sociedad que viene influenciado por pérdidas conyugales, desvinculación fraternal y niveles socioeconómicos y culturales bajos entre otros. Y este es uno de los colectivos que más lo sufre, encontrándose en una etapa vital que puede llegar a ser muy vulnerable (90).

5.2.3 Falta o ausencia de resiliencia.

Según la definición que presenta la Real Academia Española de la Lengua (RAE) (91), la resiliencia hace referencia a la *“capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un*

agente perturbador o un estado o situación adverso”, es decir, la competencia humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. La rama de psicología está de acuerdo en que gracias a la resiliencia el ser humano afronta las crisis o los eventos potencialmente traumáticos, pero añade algo más y es el hecho de que una vez se hayan superado estas situaciones se salga fortalecido y con un aprendizaje de ellas (92).

En esta categoría se recogerán diferentes contextos en los que la falta o ausencia de resiliencia toma un papel importante en cuanto a la superación de infortunios vitales y se ampliará en la conceptualización de los duelos patológicos motivados por las pérdidas de los hijos/as.

En las entrevistas dos de los informantes referencian esta resiliencia nombrándola como *“un sistema de resistencia”* o *“la capacidad de afrontamiento”* que tienen las personas al vivir situaciones extremas en su vida y que podría tener que ver con la naturaleza de cada ser humano. Afirman que la incapacidad de ser un ser resiliente en el transcurso de la vida es un posible riesgo de generar una MNB, ya que no cuentan con la capacidad de auto florecer tras el suceso, por lo que entrarán en un círculo vicioso de desesperación y sufrimiento difícil de romper, tengan o no ayuda de su entorno.

E3 *“(…) las personas tenemos una cosa que se llama sistema de resistencia. Hay veces que dices ¿cómo puede ser que hayas pasado por todo esto y seas capaz de afrontarlo y en cambio, otra persona que ha pasado por menos que tú no es capaz de desarrollar esta resistencia y volver a aflorar? (...) puede haber un componente biológico que haga que no aceptemos las cosas, según como seamos nosotros (...) Por mucho que nos ayuden, yo creo que hay una línea muy fina de resistencia”.*

E1 *“(…) Hechos que no se llegan a superar, eso ya depende de tu capacidad de afrontamiento, hay gente que tiene una cabeza muy estructurada y es capaz de afrontar los problemas de una manera, no te voy a decir que sin que les afecte, pero si con una gran capacidad de superarlos brutal, y hay gente que se queda en el dolor. (...)”*

Hay una frase muy relevante que menciona el informante **E1** *“hay gente que se queda en el dolor”*, que da lugar a que se abra una categoría muy importante cuando se está hablando de no superar el dolor, y se trata del duelo. Como expone I. Cabodevilla (93), en su trabajo *“Las pérdidas y sus duelos”* el duelo, del latín *“dolus”*, que proviene de la palabra dolor, es un conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que le siguen a una pérdida, sea cual sea el tipo de pérdida. El duelo es un proceso natural que se ha de superar para encontrar el equilibrio, pero si se queda estático en alguna de sus fases da lugar al duelo crónico. Coincidiendo con el informante **E1**, el autor I. Cabodevilla (93),

describe el duelo crónico como *“el duelo que se queda como pegado en el dolor, pudiéndolo arrastrar durante años”*, esta complicación ocasiona en la persona un estancamiento en el dolor y el sufrimiento, retrasando su paso a la aceptación y superación del proceso de duelo.

❖ **Duelos patológicos: muerte de los hijos/as.**

La muerte de un hijo/a constituye para algunos padres, un hecho devastador e ineludible que precede a un periodo de duelo indefinido y diferente para ambos, como apunta Louis Vicent Thomas (91), que marcará un antes y un después en la vida de estos. En algunos casos estos duelos no avanzan favorablemente y se convierten en duelos patológicos o complicados. En 1980, el Dr. Milton J. Horowitz (94), psicólogo clínico, define el duelo complicado como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que *“la persona que está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución”*.

A través de lo expuesto por el informante **E1** se puede observar que la muerte de un hijo/a es un factor de riesgo para ser susceptible de padecer una MNB. El entrevistado lo describe con los términos *“muerte consentida, autoimpuesta o autoinfligida”*, haciendo referencia a que la persona decretará desde el momento de la pérdida, no tener ni derecho ni sentido recomponerse a lo sucedido. Este proceso patológico que se emprende dará lugar a lo que en la literatura se conoce como duelo crónico, y coincidiendo con Cabodevilla (93), *“la persona será incapaz de rehacer su vida, mostrándose absorbida por constantes recuerdos, girando toda su vida en torno a la persona fallecida y considerándolo como una ofensa hacia el difunto poder restablecer cierta normalidad”*.

E1 *“(…) Otro factor de riesgo son las madres que hayan perdido un hijo, esas madres en el momento en el que su hijo fallece se han muerto con su hijo (…). Creo que es donde más se puede representar una muerte no biológica, es una muerte muy emocional, “me auto muero con mi hijo o con mi hija”. (…). “yo no me permito vivir porque mi hijo o mi hija no está aquí conmigo”, esta sería la muerte consentida por una madre o por un padre que pierde a un hijo. Creo que es una de las muertes que se auto imponen, “no tengo derecho a vivir porque mi hijo no está vivo” y de esas muertes no se hablan (…). estoy convencida de que esta es una muerte autoinfligida, “yo no tengo derecho a la vida porque mi hijo ya no está aquí”*.

Además, el mismo informante advierte el no disponer de una palabra que describa la situación de unos progenitores al perder a su hijo/a, ya que el hecho de no ponerle

nombre a una realidad que viven muchos padres es una forma de deshumanizar e invisibilizar este suceso contribuyendo de algún modo a la dificultad de superar el duelo.

E1 *“(...) hay una palabra para definir que una mujer se ha quedado sin su marido o viceversa se llama viudo o viuda, pero no hay ninguna palabra que defina una madre que ha perdido su hijo cómo se llama? no existe (...)”*

En la literatura se ha constatado la falta de léxico para definir a las personas cuando muere se hijo/a. Únicamente se ha encontrado que en el idioma hebreo existe una palabra “*Shjol*” para su definición, y a una escritora colombiana llamada Bella Ventura (95), quien inventó el término “*Alma mocha*” para describir la condición humana de un ser que pierde a su hijo/a.

5.3 Consecuencias de la muerte no biológica.

En esta categoría se reúnen dos de las consecuencias más graves de padecer una MNB y son mencionadas por los entrevistados como vinculaciones muy directas de esta. Se dividen en dos subcategorías denominadas depresión y suicidio

Todas las personas que estén en riesgo o padeciendo una MNB tienen algo en común, una condición de vulnerabilidad. El origen de la palabra vulnerable proviene del latín “*vulnerabilis*”, formada de “*vulnus*”, que significa herida, daño, golpe, y, también, desgracia o aflicción; y el sufijo “*abilis*”, que indica posibilidad. Es decir, ser vulnerable indica la posibilidad de ser dañado tanto física como psíquica y emocionalmente, dando lugar a la apertura de la vertiente del sufrimiento, no sólo de la persona, sino también, en ocasiones, del entorno con el que se relaciona (96). Tal y como expone la autora L. Feito (97) en su artículo “*Vulnerabilidad*”, *“la vulnerabilidad tiene que ver pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte. Principalmente con esta última, tanto en sentido literal como metafórico. Es la posibilidad de nuestra extinción, biológica o biográfica, lo que nos amenaza y, por tanto, lo que nos hace frágiles”*.

La MNB marca un antes y un después en la trayectoria vital de una persona, reflejándose como un desapego vital, social, psicológico y emocional a todo lo referente a la vida. El hecho de ser vulnerable, además de repercutir en el bienestar general, tendrá consecuencias en la adecuada toma de decisiones. Pero, aunque este colectivo tenga la condición común de vulnerabilidad, la repercusión posterior que tendrá padecer una MNB, tomará itinerarios distintos dependiendo de la situación y las características de la propia persona. Varios informantes en sus entrevistas han mencionado la asociación que existe al sufrir una MNB con el consecuente riesgo de padecer, en estadios iniciales

de la MNB, la deshabilitación social o el inicio una depresión, entre otros; y, en estadios avanzados, la autólisis, el dejarse ir e incluso el suicidio.

5.3.1 Depresión.

La depresión, del latín “*depressio*”, significa opresión, encogimiento o abatimiento. En el trabajo de A. Aguirre Baztán (98), “*Antropología de la depresión*”, lo señala como un trastorno psíquico que se podría describir como “*hundimiento vital*” (K. Schneider, 1920), como la vivencia existencial de la muerte. En la depresión hay un sentimiento de sufrimiento que lo envuelve todo, viéndose afectada la parte cognitiva y somática en todas las esferas que conforman la vida de la persona, es decir, se sufre por el mero hecho de vivir. Tal y como refleja en su trabajo A. Baztán (98), cita a F. Alonso, quien menciona que “*es quizá, la única enfermedad en la que se desea morir; el depresivo se tutea con la muerte, la desea como forma de poner fin a su sufrimiento*”.

En lo mencionado por el informante **E3** se observa la posición que adopta una persona al no desarrollar el proceso de duelo con naturalidad, quedándose indefinidamente en la fase de la depresión. Se experimentan sentimientos de desesperanza y dolor, adoptando una actitud de claudicación ante la crítica situación que se está viviendo. También se acompaña de la aparición de otros síntomas típicos de los estados depresivos como el aislamiento social o la falta de motivación por vivir. Justificado por Elisabeth Kübler-Ross (48), psiquiatra suiza, quien publicó en 1969 el libro “*On death and dying*” “*Sobre la muerte y el morir*”, en el que describió por primera vez las cinco fases que se han de ir superando, no necesariamente por orden, para finalizar el proceso de duelo satisfactoriamente y las consecuencias negativas al quedarse atascado en alguna de ellas, concretamente en la depresión, etapa crítica de vacío y hundimiento personal.

E1 “*(...) sí, por ejemplo, una depresión brutal, creo que está muy asociada. Pensar que cuando tú tienes una enfermedad grave, tú pasas por todas las fases del duelo, también o sea cualquier tipo de pérdida, aunque no sea de salud tienes un duelo y lo has de pasar. Hay gente que se queda en la depresión y no pasa a la aceptación de la enfermedad ¿por qué? porque no hay apoyo social.*”

5.3.2 Suicidio.

Etimológicamente el Dr. Thomas Browne (99)(100) acuñó el término suicidio basándose en la procedencia del latín, de las palabras “*sui*”, que quiere decir, si mismo, y “*caedere*” que significa matar, lo que viene a significar en su conjunto, matarse a sí mismo. Son muchos los autores que han definido el suicidio desde distintas perspectivas, como por ejemplo E. Durkheim (101), quien hizo la primera definición científica social del término

en 1897 *"Se llama suicido a toda muerte que resulta, mediata o inmediata, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado"*. Es decir el desenlace final a un fracasado intento de los mecanismos de adaptación a una situación insoportable para la persona, coincidiendo con lo postulado por la autora M. Nizama (102), en su artículo *"Suicidio"*. Se denotó una coincidencia en dos de los informantes al mencionar el suicidio como consecuencia directa de la MNB, reflejando ser un acto propiciado por un gran padecimiento previo, a veces ocultado, que arrebató toda motivación por vivir nublando las salidas y ayudas que pudiese tener la persona y, finalmente, llevándola a cometer el acto de quitarse la vida.

E3 *"(...) llega un momento que muchas veces es imposible poder hacer algo por ellos, porque se dejan ir y no hay manera, tú insistes y pones recursos, pero se dejan ir, sí, sí, hay muchos casos así (...) ¿cómo puede ser que nos dejemos morir? ¿por qué decidimos que se ha acabado? Claro lo del suicidio es lo último, pero antes del suicidio ha tenido que haber un sufrimiento terrorífico (...)"*

Podemos observar en lo expuesto por el entrevistado **E2** el profundo tormento y sensación de inexistencia para los otros, acompañado de una falta total de autoestima, considerando que la única salida posible es desaparecer y dejar de sentir para siempre. Se muestra la importancia que tiene el apoyo social y familiar en estas situaciones y como una intercesión, por pequeña que sea, puede mostrar a la persona que todavía le importa a alguien, pudiendo conseguir que recline la idea suicida y se adopten otros itinerarios muy distintos que no sean la muerte del individuo.

E2 *"(...) Así se producen muchas veces suicidios y cosas de ese tipo, mucha gente se suicida porque ve que no tiene salida, se siente muerta socialmente, estoy solo nadie me quiere. La muerte social y el suicidio están muy vinculados porque la persona siente que ya... para que vivir, para que existir... Nadie me acepta, nadie me mira, nadie me reconoce, nadie me autoriza, nadie resuena conmigo, nadie me entiende y a partir de ahí para que vivir."*

5.3.3 Visibilizar lo invisible.

La sociedad en la que actualmente vivimos sigue tratando con ocultismo, miedo y frustración el fenómeno de la muerte, poniendo mucho énfasis en las dimensiones vitales como el nacimiento y la juventud adulta, pero relegando a permanecer en la sombra las etapas de decadencia como el final de vida y la muerte. Es invisible aunque está presente, y sigue siendo, como desde siempre, un tabú en pleno siglo XXI. En esta categoría se enmarcan distintas conceptualizaciones que proyectan los informantes sobre esta discreta pero poderosa entidad, la muerte

La humanidad debería ser consciente que no hablar de un problema no hará que desaparezca. Sin embargo, la realidad es otra al tratar de esconder lo que se teme, silenciándolo hasta convertirlo en tabú. Tal y como apuntan varios entrevistados, esto es lo que sucede en la sociedad en la que vivimos. No se habla de temas desagradables como del morir ni de lo que tenga que ver con la palabra muerte, aunque física y aparentemente se siga viviendo, como ocurre en las MNB.

Se ha podido percibir una doble vertiente en la relación que tiene con la muerte uno de los informantes. Por un lado, el óbito forma parte del día a día en su entorno profesional. En cambio, en su ámbito familiar, cuando la muerte no es la de los otros, sino la de los suyos, se torna tabú. Expresa silencio y temor ante la muerte y exterioriza no hablar sobre ella en el entorno familiar. Se aprecia incluso el miedo que le provoca saber que tendrá que pasar por ese proceso sin estar preparado para ello llegado el momento.

E4 *“(...) ya son mayores y sé que llegará el día... y te planteas cómo será la vida después ¿no? que tú tienes que seguir, pero..., pero no es algo que hable con la familia o sea me da miedo el momento ese en el que me falten...”*

Como expone JM. De Miguel (103) en su artículo *“El último deseo: Para una sociología de la muerte en España”*, a lo largo de los años la significación y las costumbres referentes a los procesos de final de vida han ido transformándose y levantando un muro cada vez más alto llamado tabú. El informante **E3** asocia la magnitud del tabú con la educación cultural recibida sobre los contextos de la muerte, indicando que hoy en día en el seno familiar y social se tiende al ocultismo y disfraz simbólico de todo lo referente a temas no gratos para el bienestar auditivo y mental, mostrando sólo aquello que se considera apropiado para ser visto y juzgado por los demás.

E3 *“(...) a mí siempre me han dicho que los trapos sucios se limpian en casa, que estas cosas que te pasen en casa no lo sepan fuera. Entonces nos hemos acostumbrado a vivir las cosas interiormente y dar una imagen exterior de estamos bien (...) y este concepto de muerte no biológica, muerte social, no le gusta a nadie y además como concepto no lo conocemos, no es conocido, yo creo. La muerte social es invisible, no se ve, ni nos gusta (...) eso tan despectivo y tan negativo lo apartas. (...) Todo esto desde fuera no se ve, y no se habla de muerte no biológica, más bien se dice ha muerto solo (...)*

El informante **E1** comparte su percepción sobre la transformación del cuidado en los últimos días, señalando la desvinculación que se ha creado en torno a la muerte al convertir un hecho normal y familiar en un suceso del que nadie quiere hablar, hasta el punto de extraerlo del seno familiar e institucionalizarlo. Esto es corroborado por A.

Rodríguez (104) quien expone en su trabajo *“Percepción Enfermera frente al cuidado del paciente en Situación de Últimos Días”* que actualmente hay un incremento de muertes que suceden dentro del contexto hospitalario, dando lugar a deshumanizar el proceso del final de la vida convirtiéndose en público, tecnológico e innatural.

E1 *“(...) hace más o menos unos 50 años la muerte era aceptada a nivel social, a nadie se le ocurriría dejarlo en una institución y no cuidarlo en casa, o sea, era impensable y hoy en día los metemos en instituciones, pero porque la sociedad es así (...) se piensa que si está en una institución estará más cuidado”.*

Como dice JM. De Miguel (103), *“No es posible enfocar la muerte propia de forma adecuada sin haber sido socializado/a antes en la muerte de otros seres queridos”*, pero si se tiende al ocultismo en lo referente a la muerte, se vuelve difícil poder superar este hándicap propuesto por el autor. Hay miles de refranes, canciones, poemas y textos haciendo referencia a apartar lo malo, y la muerte al ser considerada como algo malo, es apartada de la vida de las personas hasta el momento en el que les llega. Para el informante **E1** se reniega de la muerte porque no se llega a su aceptación real, y se tiende al autoengaño pasando la mayor parte de la vida pensando que no llegará nunca. El hecho de mantener enterrada esta etapa ineludible de la vida hará que, llegado el momento, se esté menos preparado, más angustiado y con múltiples sentimientos de incertidumbre ante lo que se va a experimentar, ya que, al haber estado poco presente durante la vida no se morirá de la mejor manera posible.

E1 *“(...) no nos gusta ver el último proceso de nuestra vida que es la muerte (...) Además lo que no entendemos, tendremos a esconderlo y apartarlo (...) la muerte no la entendemos de ninguna de las maneras, ni la muerte social, ni la muerte emocional, ni la muerte biológica, o sea, la biológica ya ni por asomo. Es una cosa que apartamos, es una cosa que evitamos y si no está mejor, pensamos que no nos vamos a morir nunca y es mentira (...)”*

Y en lo referente a visibilizar lo invisible, las residencias de mayores continúan siendo esos edificios institucionales observados en la distancia, imaginando vagamente lo que ocurre entre sus paredes y a quienes viven en su interior. Ancianos, que, sin darse cuenta, un día serán quienes observan con perspectiva, tal y como apunta **E1**, quien indica la intangibilidad que adquieren en nuestra sociedad algunos contextos que reflejan lo que no se desea pero que ineludiblemente se experimentará en el futuro y cuya negación convoca al descuido de un futuro real y próximo.

E1 *“(...) las residencias de mayores son eso desconocido que tampoco quiero ver, ¿Por qué? porque a mí no me gusta verme reflejada en lo que va a ser mi futuro de cuando*

sea mayor, porque nos pensamos que vamos a ser jóvenes siempre y es otra forma de muerte también, el hecho de querer ser joven siempre y no cambiar ni aceptar el problema real y pensar que eso es nuestro futuro, no cuidamos nuestro futuro, lo apartamos, lo que no nos gusta en esta sociedad actual se aparta y todo lo que apartamos es una forma de muerte, es una forma de no existir”

En resumen, la mayoría de los informantes coinciden entre ellos y con lo expuesto por el autor JM. De Miguel (103), en que la muerte en la actualidad sea cual sea su dimensión, es anulada, retrasada al máximo por la tecnología, escondida y solitaria. Es apartada sobre todo de los niños/as, maquillando ese viaje sin regreso a otro lugar. Se ha perdido la ceremonia, el ritual conjunto, el ser plenamente consciente de que uno se está muriendo, por ese pacto de silencio entre familia y equipo sanitario de no contar nada al otro, se dice que, para evitar su sufrimiento. Es ahora secreta, discreta, evitando mostrar emociones y manifestaciones externas de duelo, optando cada vez más por la cremación, olvidando casi radicalmente a la persona con la dispersión cariñosa de sus cenizas en un lugar emotivo, evitando así posteriores visitas a las tumbas. Se llora, pero en secreto, igual que ahora lo es ella.

5.4 Cuidado profesional.

En la categoría del cuidado profesional se reúnen tres subcategorías que tratan sobre la manera en la que se brinda la atención holística y multidisciplinar a las personas que se encuentran bajo la responsabilidad de profesionales de la salud. Dentro de esta categoría se ampliarán tres subcategorías que son las siguientes: rutinización en el quehacer enfermero, formación de los profesionales y percepción del cuidar en dignidad al otro.

5.4.1 Rutinización en el quehacer enfermero.

La profesión de enfermería no es como otra profesión al uso. Para desempeñar el trabajo aspirando a la excelencia en el cuidar, es necesario que haya una pasión, una vocación por la disciplina, requiriendo una implicación y dedicación muy profunda a nivel personal y profesional, además de mantenida en el tiempo. En la tesis doctoral realizada por la psicóloga Rosa María García Sierra (105), se trata la relación positiva que debe haber entre trabajo y trabajador/a para que sea una simbiosis plena y satisfactoria. Se refiere a este concepto con la palabra procedente del inglés “Engagement” que, traducido al español, quiere decir compromiso. Un compromiso que trasladado al trabajo se describe como *“un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado con el trabajo, caracterizado por vigor, dedicación y absorción”*.

Varios de los informantes han coincidido en el hecho de que estas premisas pueden verse afectadas por múltiples factores a medida que avanza la carrera profesional, ya que es una profesión muy emocional donde se viven situaciones complicadas que pueden hacer mella en la enfermera/o y directa o indirectamente en el paciente, viéndose ambos afectados de manera negativa.

Esta afectación negativa en los profesionales a la que se refieren los informantes es un conjunto de signos y síntomas que dan nombre al síndrome de burnout (o síndrome de estar quemado) definiéndose como “una *forma crónica de estrés y malestar laboral caracterizada por tres síntomas principales: cansancio emocional, despersonalización y déficit de autoeficacia*”, descrito así por Maslach, Leiter & Schaufeli en 2001, pero identificado por seis etapas en 1980 por Edelwich y Brodsky (106).

El entrevistado **E2** señala que el “*estar quemado*” en el puesto laboral da lugar a una serie de consecuencias negativas entre ellas la desvinculación terapéutica con el paciente, pero se muestra comprensible, entendiendo que en ciertos momentos los profesionales tienen todo el derecho a encontrarse en esa situación de desborde y fatiga mental, pero no comparte el hecho de quedarse en la simple justificación y continuar realizando el trabajo sistemático a disgusto.

E2 “(...) *A veces la práctica te cosifica, te transforma (...) hay muchas enfermeras que están con el síndrome de Burnout, porque uno se termina quemando y termina no viendo a los pacientes, termina harto de los pacientes, eso puede ser comprensible en algún momento, pero necesitamos no justificar eso (...) el tema es que no se tenga eso como un modelo de acción permanente (...)*”

También lo comparte el informante **E4**, quien menciona la erosión que sienten como profesionales en el ámbito geriátrico y la rutinización que se adquiere, sumándole a esto la carga asistencial y el grado de complejidad de los pacientes con los que trabajan, por lo que tienen un alto riesgo de sufrir el síndrome de Burnout como apunta M. del Valle Vega (107) en su trabajo “*El Síndrome de Burnout en el personal de atención directa al anciano en residencias geriátricas*”, y que podría ser ocasionado por el aumento de las patologías neurodegenerativas en la población adulta mayor, el ingreso en residencias con grados de dependencia severos, la sobrecarga de trabajo, el desborde de demanda y la falta de recursos tanto físicos como psicológicos entre otros, que minan la moral y la motivación generando la aparición de este síndrome.

E4 “(...) *es que hay veces que ves al personal... (...) llega un momento en el que es pura rutina, te divierte entre comillas más, estar hablando con la compañera mientras haces algo que estar hablando con ellos, porque realmente es una profesión que en*

geriatría te quema mucho (...) notas que los ingresos que hay ahora son cada vez más..., están más deteriorados a nivel cognitivo y a nivel físico y claro en una residencia no puedes... tienes que intentar mantener su autonomía pero es que llega un momento que es que no se puede hacer más”.

La psicóloga Ciara Molina (108), describe la fatiga emocional producida por el síndrome de Burnout como un “*cansancio emocional o agotamiento asociado con sentimientos de angustia, estrés y depresión, dándose en niveles elevados problemas de atención y lentitud en el pensamiento*”. Es decir, padecer una sobrecarga emocional a la que vaya unida también un desgaste físico influye en las actividades laborales y básicas de la vida diaria. Coincidiendo con esto, el entrevistado **E2** manifiesta que el cansancio físico y emocional generado por del síndrome de Burnout puede dar lugar en algunos casos a transformar la forma de trabajar en algo mecánico, desarrollando las actividades enfermeras de manera rutinaria y dejando en segundo plano al verdadero protagonista del quehacer enfermero, el paciente

E2 “*(...) uno si va a trabajar en temas de salud se tiene que olvidar de la rutinización en el cuidado (...) algunas rutinas son necesarias, pero dentro de estas rutinas necesitamos conectar con el otro para entender que el otro no es solo un organismo que late, sino que qué es una vida, ponerse en el lugar del otro, ya que el otro está vulnerable, expuesto (...) porque el exceso de protocolo elimina la vida también (...)*

E2 “*(...) hay toda una dimensión ahí que tiene que ver con el cuidado enfermero per se, ósea las enfermeras tienen que estar ahí, no pueden estar solamente en la dimensión orgánica del cuerpo, las enfermeras tienen que estar en la dimensión social y emocional de la vida (...)*

5.4.2 Formación de los profesionales.

En esta subcategoría se hace una distinción entre la formación que deberían tener los profesionales de la salud del concepto fenomenológico de la muerte y, también, sobre el reciclaje de los conocimientos de la disciplina a lo largo de la carrera profesional.

❖ Formación ante el proceso de final de vida y la muerte.

Cuando un profesional de la salud, en este caso una/o enfermera/o, bien sea en sus prácticas de grado o una vez finalizada la carrera universitaria, se enfrenta por primera vez con la situación de presenciar o formar parte del proceso de final de vida de una persona, no está preparado, sobre todo a nivel de sufrimiento emocional, espiritual y en el proceso de duelo.

Tal y como expone E. Peláez Arnillas (109) en su trabajo *“Enfermería ante la muerte: Importancia de la formación ante este proceso”*, la mayoría de los profesionales de enfermería afirma no contar con la formación suficiente para tener los conocimientos y habilidades para afrontar con naturalidad, respeto y profesionalidad el tema de la muerte. En el discurso de uno de los entrevistados se ha encontrado esta percepción de falta de formación ante la muerte en las carreras universitarias que se dedican a tratar con personas en situaciones de final de vida, dando como motivo de peso que la gran parte de la labor sanitaria, en este caso enfermera, está dedicada a la vida, por lo que aquello que se experimenta menos tiempo no se le presta tanta atención.

E1 *“yo creo que la muerte está muy poco admitida y a nivel enfermero, también... se muere muy mal (...) no estudiamos la muerte porque nos dedicamos a la vida y la vida es muy bonita pero la muerte forma parte de la vida. Desde que naces tienes edad para morirte por qué has nacido, porque estás aquí (...)*

Si no se ha contado con la formación pertinente para afrontar y apoyar de forma correcta al binomio paciente-familia, se improvisa y gestiona ese momento apenas sin tener conciencia de él ya que es una situación en la que no se cuenta con las herramientas suficientes. Para ese profesional será la primera de muchas y lo afrontará como mejor pueda, pero para ese paciente y su familia será la única, y la forma en la que se proceda en esos momentos tan delicados quedará en su recuerdo para siempre. Por ello, todos los profesionales de enfermería deberían contar con la formación necesaria en materia de final de vida, ya que son una figura que está presente a lo largo de todo el proceso, para que de este modo puedan mostrar un adecuado comportamiento y actitud frente a la muerte, pudiendo ser el apoyo que los pacientes y sus familias necesitan. También entre compañeros que sean más vulnerables a estas situaciones por diferentes motivos.

❖ **Formación continuada.**

Varios de los entrevistados señalan la importancia que tiene para ellos la continuidad en la formación profesional una vez acabados los estudios obligatorios para ejercer y, posteriormente, a lo largo de la carrera profesional. Tal y como se expone en el estudio realizado por E. Gómez, P. Montes, A. Negre y M. Flores (110) titulado *“La formación continuada en enfermería de un centro hospitalario de cuarto nivel”*, en la rama de las ciencias de la salud, los avances científicos y tecnológicos están a la orden del día, por lo que es necesario instaurar en el profesional de enfermería, en este caso, un hábito de reciclaje profesional y formación continuada, entendiendo por esta según la OMS *“la formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica (o cualquier*

formación de especialización) con el fin de mantener y/o mejorar su competencia profesional” para así no caer en la práctica obsoleta y rutinaria.

E3 *“(…) cuando sales al mundo real es cuando seguimos formándonos, es muy importante seguir formándote (…)*

Sin embargo, el entrevistado **E4** traslada en su discurso la reticencia y el desinterés que percibe en los profesionales de la salud de su entorno en cuanto a realizar esta formación continuada, sobre todo en ciertos sectores sanitarios, ya que, como la mayoría de formación no es obligatoria para seguir trabajando en algunas instituciones, el personal se acomoda y enquistas con lo que ya sabe y no ve la necesidad de promocionar en conocimientos, viéndose este fenómeno más acentuado cuanto mayor es la antigüedad profesional.

E4 *“(…) la gente no tiene ganas de formarse porque ya bastante duro es el trabajo como para dedicar más horas (…) la gran mayoría me refiero, están para venir a trabajar hacer su trabajo e irse a su casa porque la formación casi siempre es fuera de horas y la verdad es que haría falta mucha, mucha formación. (…) debería de ser más personal y el personal no se implica”*

5.4.3 Percepción del cuidar en dignidad al otro.

En la subcategoría de percepción del cuidar en dignidad al otro se recogen una serie de valores mencionados por los entrevistados que evidencian la buena praxis en la práctica clínica. Para hablar sobre dignidad en los cuidados es necesario referirse, en primer lugar, al significado de la palabra. Procedente del latín *dignitas*, hace referencia al valor intrínseco del ser humano por el mero hecho de serlo y estar provisto de racionalidad y libertad. También hace referencia a la autonomía, la pertenencia, la identidad, la plenitud de derechos y la autodeterminación, convirtiéndose en un fundamento indiscutible de los derechos humanos (111). Por lo que el cuidado basado en la dignidad se realizará respetando y velando por el cumplimiento de todas las premisas mencionadas.

Se ha apreciado que la mayoría de los informantes a través de sus entrevistas han hecho alusión implícita en varias ocasiones al cuidado basado en el respeto por la dignidad del otro y de igual modo a los principios de la bioética humana, haciendo especial hincapié en aspectos relacionados con el empoderamiento del paciente, la beneficencia, la visión holística, la escucha y el diálogo, el acompañamiento y la empatía entre otros.

Ya que los profesionales de enfermería son por excelencia uno de los proveedores de cuidados más inherentes al paciente, por ende, son los encargados potenciales de

promover el cuidado digno proporcionado así una atención holística. Según el trabajo realizado por C. Martí Rico (112) *“Dignidad y respeto en el cuidado de enfermería”*, la dignidad en el cuidar tiene como base primordial proporcionar el cuidado de una manera legal y ética, basándose pues en respetar las premisas como la privacidad, información, confidencialidad, el holismo, el acompañamiento y la autonomía del paciente para ser dueño de la toma de decisiones referentes a su salud y enfermedad.

En los entrevistados se aprecia el reflejo de la importancia por el respeto hacia las personas en todas sus dimensiones, su intimidad y sus valores en la realización del trabajo enfermero y apuestan por una relación terapéutica basada en la comunicación y comprensión, dotando al otro de la existencia inherente del ser humano, dedicándole tiempo y realizando escucha activa, para conocer las demás dimensiones de la persona, no solo quedarse con la parte biológica que proporciona la lectura de la historia clínica para comprender sus vidas como algo más allá de lo exclusivamente biológico.

E2 *“(..). Hay que escuchar, abrirse a reconocer al otro como una persona capaz de producir algo, de poder decir algo sobre sí mismo, sobre sus propios cuidados y abrirnos a un diálogo, tratar de darle un lugar al otro en su propio proceso terapéutico (...) cuando tú le preguntas y tú lo escuchas, que también dotas al otro de una cierta existencia social, por qué los estás escuchando, los estás haciendo participe de su proceso de recuperación (...)”*

E1 *“(..). Tú la integras en tu cuidado hablándole, tocándole, porque eso es muy importante, no hay que dejar de interactuar con estas personas, aunque veas que ellas no interactúan contigo... las llamas por su nombre, les coges la mano y le haces sentir de alguna manera que está cerca”.*

❖ **Desfragmentar lo infragmentable.**

Rescatando una de las premisas previamente mencionadas por los informantes, y que forma parte del cuidar en dignidad, es la concepción del otro como ser holístico y dimensionalmente infragmentable.

El informante **E2** proyecta con su discurso la idea de que, para ofrecer un cuidado pleno basado en la dignidad, es valioso pero insuficiente seguir procedimientos que reduzcan al ser humano, teniendo en consideración tan solo sus dimensiones biológicas. Esto se lleva a cabo a través de los modelos científicos reductivistas de la persona a las partes más simples de su composición, ya que esta simplificación es insuficiente para abarcar las necesidades reales de las mismas.

E2 *“(...) el paradigma biomédico actual, lo que prima es la vida entendida como vida biológica, entonces necesitamos cuestionar ese concepto para entender que la vida no es solo vida biológica, es también social, psíquica y emocional. (...) muchos médicos que solamente atienden a la dimensión biológica, orgánica y química de la vida, les cuesta entender que existe una otra vida que no sea aquello que entra en su marco de pensamiento, en su marco de referencia, entonces necesitamos ampliar (...)”*

Referente a lo dicho contamos con las aportaciones del antropólogo Byron Good (113) en su libro *“Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica”* en el que habla de la concepción ampliada sobre la enfermedad entendiendo que no tiene que ver sólo con cuestiones biológicas, sino que hay muchas más dimensiones humanas que influyen en estos procesos. Dimensiones sociales, culturales, religiosas emocionales, psicológicas, etc. Pero la realidad del modelo biomédico hegemónico (E. L. Menéndez, 1984) que actualmente existe, tal y como indica J.E. Sala (114) en su trabajo *“La jibarización del logos: “Cómo el reduccionismo médico te puede matar”*, se basa en la especialización médica, y esta conduce a la fragmentación del cuerpo a extremos inimaginables, viéndose reducida la persona a partes aisladas y simples perdiendo una visión holística y global de lo que en realidad es. Como defensor de esta idea contamos con el entrevistado **E2**, quien remarca que este modelo biomédico fragmentario tiende además de parcelar, a excluir a las personas en su proceso de recuperación y que estas acciones conllevan a generar en el paciente unos sentimientos muy negativos.

E2 *“(...) Cuando dicen me he sentido una cosa, un objeto, maltratado, de aquí para allá, deprimido y no escuchado, angustiado porque nadie me ha prestado atención. No estamos trabajando solamente con organismos que laten, sino que estamos trabajando con una vida y una persona que está ahí (...) debemos salir de nuestra omnipotencia, salir de la sanitarización de la vida, dejar la arrogancia que a veces tenemos desde el campo médico con respecto a la vida de los otros y entender que nosotros conocemos una parte de lo que es la vida, que en este caso es la vida biológica, pero que, de la vida social y emocional, el otro nos tiene que contar”*

❖ **Bidireccionalidad de los saberes.**

Otro de los ítems que contemplan varios de los entrevistados como **E2** y **E3** con respecto al cuidar en dignidad, es el poder que ejerce la comunicación o la ausencia de esta en temas de salud. Como el hecho de poder generar diálogos tiene un doble beneficio. El primero es para el paciente, ya que percibe esa construcción de un espacio en el que tener control sobre su proceso de enfermedad y los itinerarios a seguir. El segundo es

para los profesionales, ya que al establecer diálogos se amplía el conocimiento sobre el otro para llegar a ser mejores profesionales, más científicos, éticos y empáticos, dando pie a que el otro cuente sobre si mismos.

Son varios los autores que han escrito sobre la influencia negativa que ejerce el flujo unidireccional de conocimientos entre los profesionales sanitarios y la persona, sujeto del cuidado. En el trabajo escrito por M. Correa Urquiza (81), *“El cuerpo silenciado, reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura”*, nombra a C. Kendall, D. Foote y R. Martorell quienes describieron el *“Sistema de comunicación unilineal”* como un sistema en el que no existe un diálogo con el otro, sino un monologo pronunciado por el que supuestamente sabe, y en el que la subjetividad de la persona se subyuga a la objetividad del conocimiento experto. Ambos informantes apuestan por el diálogo y la utilidad que este tiene al poder hacerles partícipes encontrando así respuestas valiosas para contribuir en sus procesos de recuperación.

E2 *“(...) el problema es la manera monológica que hemos diseñado para abordar esa problemática (...) estamos generando un monólogo en donde, los que sabemos somos supuestamente nosotros, pero necesitamos establecer un diálogo porque quiénes son expertos en su vida y en lo que les está pasando y que están llenos de saberes igual, son ellos.”*

E3 *“(...) yo siempre digo que lo más importante en una enfermera es saber hacer una buena valoración de un paciente o de una persona, sea en el aspecto que sea (...) una vez detectadas estas necesidades preguntarles ¿en qué quieres que te ayudemos? ¿qué puedo hacer por ti? ¿que podrás hacer tú por ti mismo?, ¿qué te parece a ti que necesitas? (...)”*

Se hace notorio como reflejan la importancia de intercambiar saberes entre el profesional y el paciente, ya que no se trata construir imposiciones ni juicios de valor, sino de conocer la perspectiva del otro contada por el otro, generando espacios para la comunicación recíproca donde la persona tenga un lugar para expresarse, hecho que es en beneficio de ambos.

E2 *“(...) El mismo acto de establecer un diálogo recrea la vida en el otro. Entonces no vamos a trabajar con recetas vamos a trabajar con una predisposición al diálogo (...) Y para desactivar la muerte social necesitamos generar contextos de diálogo escuchar, abrirse a pensar con el otro/a sobre los itinerarios de recuperación seas cuales sean”.*

Por lo tanto, ambos profesionales secundan trabajar con la bidireccionalidad comunicacional y reconocen el beneficio común que el diálogo brinda en contraposición al único monólogo del experto.

6 CONCLUSIONES

A lo largo de todo el análisis realizado se ha comprobado que la muerte no biológica es un suceso conocido por todos los informantes, ya que es identificado con cierta frecuencia tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él. Sin embargo, alguno de ellos no asociaba este acontecimiento con el concepto teórico plasmado a lo largo del trabajo. Es cierto que la MNB se trata de una entidad que produce una forma de muerte en las dimensiones sociales y emocionales de los seres humanos, no obstante, el modelo biomédico, actualmente vigente, le otorga un papel más protagónico a la parte orgánica/física, quedando las demás esferas que conforman la persona, igual de importantes, relegadas a un segundo plano en la atención médica.

Frente a la evidencia recogida, se puede observar la existencia de personas con mayor vulnerabilidad que se encuentran envueltas en situaciones de riesgo, aumentando de esta manera, las probabilidades de padecer una MNB, siendo las más nombradas por los entrevistados: las personas con sufrimiento psíquico, el adulto mayor/ancianos, los sucesos insuperables y los aislamientos prolongados. Asimismo, la exposición a los contextos mencionados anteriormente puede desencadenar el desarrollo de enfermedades somáticas a consecuencia de la inactividad vital; y, de igual modo, fomentar la aparición de enfermedades mentales como la depresión severa o incluso llegando a ocasionar actos suicidas.

Enfermería posee un papel muy importante en referencia a los cuidados integrales de la persona, puesto que es uno de los profesionales sanitarios que está más en contacto con el paciente permitiéndole, así, tener una visión holística y continuada de los posibles itinerarios y procesos de salud-enfermedad. Pero la falta de formación sobre la muerte, más allá de la muerte biológica, y de final de vida repercuten, en la identificación y gestión de situaciones referentes al óbito humano.

En última instancia se constata que, actualmente, la sociedad en la que vivimos, sigue renegando la muerte y todo lo relativo a ella, esto es, se sigue considerando un tema tabú, por lo que estudiar y hablar de una forma de muerte producida cuando aún se sigue vivo no se concibe como tal ni se le otorga la importancia que merece. A pesar de no portar una etiqueta reconocida por todos, la muerte no biológica es un hecho real, que existe, pero no se cuenta con suficiente bibliografía ni información que trate

directamente el tema. Como consecuencia, se genera un gran desconocimiento y una escasa formación dirigida a los profesionales de la salud sobre cómo prevenirla, tratarla o evitarla.

7 LIMITACIONES Y DIFICULTADES

Las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar el trabajo de final de grado han sido varias. En primer lugar, se contactó con un total de seis informantes, los cuales aceptaron formar parte del mismo, pero, pese a la insistencia, no obtuvimos respuesta por parte de dos de estos. Fue una desilusión no poder trabajar con ellos puesto que contábamos con su contribución y considerábamos que su incorporación iba a ser enriquecedora. Finalmente, sólo cuatro siguieron adelante completando la fase de entrevistas.

Asimismo, dada la situación actual de pandemia (COVID-19) en la que nos encontramos, nos ha sido imposible realizar las reuniones de manera presencial. A su vez, esto ha propiciado tener que realizar las entrevistas mediante plataformas online, perdiendo, con este cambio, una mayor cercanía y comunicación directa con los entrevistados. También ha sido difícil poder coordinarnos entre las dos autoras, ya que nos encontramos en comunidades diferentes cursando modalidades académicas muy distintas y, por lo tanto, la disponibilidad de cada una no era la misma.

Tenemos en cuenta que, dada la escasa cantidad de muestra obtenida, no es un trabajo extrapolable; los hallazgos encontrados no son decisivos ni representativos, pero, son suficientes para dar respuesta a los objetivos planteados y dar visibilidad al concepto estudiado de muerte no biológica. Creemos que este trabajo podría ser el comienzo para iniciar una investigación más exhaustiva y en un futuro nos gustaría ampliar la muestra para obtener resultados más significativos.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Miguélez M. Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. P [Internet]. 2009 [citado 8 de abril de 2021];8(23). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000200006
2. Jana K. Por qué necesitamos encontrar una cura para la muerte social [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.innerself.com/content/social/justice/12908-why-we-need-to-find-a-cure-for-social-death.html>
3. Leach J. Se puede morir renunciando a la lucha. [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93139>
4. Trueba Gutiérrez JL. La muerte clínica: Un diagnóstico y un testimonio [Internet]. Vol. 30, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007 [citado 21 de marzo de 2021]. p. 57-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600005
5. Oviedo Soto S., Parra Falcón F., Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015
6. Prieto V. Negar la muerte. [citado 7 de abril de 2021]; Disponible en: <https://salud esfera.com/2019/02/27/entrevista-vicente-prieto/>
7. Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente. El tabú de la muerte [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://derechoamorir.org/2020/05/25/el-tabu-de-la-muerte/>
8. Dibarbora EA. Definición y criterios médicos de muerte. Una mirada bioética - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/901/1/Definicion-y-criterios-medicos-de-muerte.-Una-mirada-bioetica>
9. Comas de Argemir Cendra M. Análisis del Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre, sobre extracción y transplante de órganos - Dialnet [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=75661>
10. Escudero D. Diagnóstico de muerte encefálica [Internet]. Vol. 33, Medicina Intensiva. Elsevier Doyma; 2009 [citado 27 de abril de 2021]. p. 185-95. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056910971215X?casa_token=8ZJwW8v3XSIAAAAA:VSi81L_wP9FIQGFNrtVVd1BNXvW35cTkXGbnHEBFXjILgKQNDvvYYTecLetu_kOniW9W2E8A-7o
11. Sociedad Española de Neurología. Diagnóstico Neurológico de la muerte cerebral.: [Dictamen Candanchú 1993 de la Sociedad Española de Neurología] - Dialnet [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5524171>
12. Montagud Rubio N. Las ocho dimensiones del ser humano [Internet]. [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/vida/dimensiones->

ser-humano

13. Hernández-Jiménez D. Educación : una visión desde las dimensiones del ser humano y la vida. Acta Académica [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2021];57:79-92. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34530.pdf>
14. Chacón Blanco MC. El ser humano como ser cultural. Innovación y Exp Educ [Internet]. 2005 [citado 15 de mayo de 2021];39(5):195-200. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/27697/2/TEMA_1_el_ser_humano_como_ser_social_y_cultural.pdf
15. Guenther L. Confinamiento solitario: la muerte social y sus vidas posteriores. [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctt4cggj8>
16. De la Calle Real M, Muñoz Algar MJ. Hikikomori: El síndrome de aislamiento social juvenil. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2018 [citado 6 de abril de 2021];38(133):115-29. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0115.pdf>
17. Vida en sociedad. Personalidad y socialización. [Internet]. [citado 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://seguridadpublica.es/2009/10/28/vida-en-sociedad-personalidad-y-socializacion-status-rol/>
18. Significado de Psique. Concepto y Definición [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.significados.com/psique/>
19. Definición de psique - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/psique/>
20. El poder de la mente | Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://institutoeuropeo.es/articulos/blog/poder-de-la-mente/>
21. O'Sullivan S. El poder de la mente sobre el cuerpo es ilimitado. [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20160211/302069827488/el-poder-de-la-mente-sobre-el-cuerpo-es-ilimitado.html>
22. Lora Valerio I. Muerte psicógena [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://caminodigital.net/muerte-psicogena/>
23. Milá M. Muerte psicógena: Qué es, qué la causa y tipos. [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://milamiguel.wordpress.com/2020/04/26/muerte-psicogena-que-es-que-la-causa-y-tipos/>
24. Castellero Mimenza Ó. Muerte psicógena: Definición, causas y tipos. [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/muerte-psicogena>
25. Flores Lázaro JC, Ostrosky Solís F. Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana [Internet]. Vol. 8, Abril. Grupo de Neurociencias de Antioquia; 2008 [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987468&info=resumen&idioma=ENG>
26. Beldarrain MG. Capítulo 14: Síndromes Disejecutivos: Bases, Clínica y Evaluación. [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en:

- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/14_disejecutivos.pdf
27. Leach J. 'Give-up-itis' revisited: Neuropathology of extremis. *Med Hypotheses* [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 3 de noviembre de 2020];120:14-21. Disponible en: https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/11257738/Leach_GUI_revisited.pdf
 28. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. [Internet]. [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf>
 29. Barenys Pérez MP. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos - [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=767359>
 30. Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Pap Rev Sociol* [Internet]. 1 de julio de 1992 [citado 30 de diciembre de 2020];40(0):121. Disponible en: <https://papers.uab.cat/article/view/v40-barenys>
 31. Aguarón García MJ. La historia de vida como herramienta de mejora de los cuidados gerontológicos. Universidad Rovira y Virgili. [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Rovira i Virgili; 2016 ene [citado 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/385981>
 32. Roger L, Harre R. Diccionario de psicología social y de la personalidad [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.planetadelibros.com/libro-diccionario-de-psicologia-social-y-de-la-personalidad/19723>
 33. Imsero. Institucionalización y dependencia [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imsero/documentacion/pubcat.html>
 34. Palacios Echevarría A. La soledad en el adulto mayor [Internet]. Calidad de vida, salud. 2016 [citado 27 de febrero de 2021]. p. Disponible en: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
 35. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 13 de abril de 2020;
 36. Cochrane I. Efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores y las medidas para prevenirlos o tratarlos. [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://es.cochrane.org/es/¿cuáles-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas>
 37. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19 [Internet]. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020 [citado 7 de noviembre de 2020]. p. 1190-1. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30755-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30755-8.pdf)
 38. DGAS, SESCAM. Prevención del aislamiento social y sus consecuencias para la salud mental. [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20201221/afrontamiento_del_malestar_ante_fechas_navidenas-rter.pdf

39. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 9 de abril de 2021];48(9):604-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>
40. Zuñiga O. El aislamiento social [Internet]. 2012. 2015 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/>
41. Pérez de Armiño K, Eizagirre M. Exclusión social [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/96>
42. Marino P. Estigma Social. 2003 [citado 8 de abril de 2021];1-3. Disponible en: <https://www.artsocial.cat/articulo/estigma-social/>
43. Torrano A. Canguilhem y Foucault. De la norma biológica a la norma política. *Estud Epistemol X* [Internet]. 2013 [citado 8 de marzo de 2021];122-44. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/52476624.pdf>
44. Muñoz MA. Trauma y resiliencia [Internet]. [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://elbosquepsicologos.com/trauma-y-resiliencia/>
45. Echeburúa E, De-Corral P, Amor P. La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En: *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* [Internet]. 2005 [citado 8 de abril de 2021]. p. 337-59. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/RESISTENCIA-A-LAS-PERDIDAS-ECHEBURUA-1.pdf>
46. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Silva M. El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. [Internet]. Vol. 13, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2008 [citado 18 de abril de 2021]. 28-31 p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
47. Aragón Sánchez R, Martínez Cruz R. Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100002
48. Miaja Ávila M, Moral De La Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por kübler-ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología* [Internet]. 2013 [citado 31 de marzo de 2021];10(1):109-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4257057>
49. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
50. Fernández Fernández M. Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Bases Históricas y Teóricas la Enfermería [Internet]. 2016 [citado 17 de abril de 2021];18. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema12.pdf>
51. Tejada Musté R. Marco teórico y filosófico de enfermería. [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3533820/mod_resource/content/2/SEMINARIO TFG 4º- 2ºdia.pdf

52. Michel M. Desarrollo del conocimiento en Enfermería: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. [Internet]. 2014 [citado 29 de diciembre de 2020]. p. 1-1. Disponible en: http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-de-la-incertidumbre-frente-la_19.html
53. Amir Salud. Modelos de Enfermería | Cuestiones Conceptuales - Amirsalud [Internet]. AMIRSalud. 2018 [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://amirsalud.com/modelos-de-enfermeria-y-diferentes-formas-de-entender-la-profesion/>
54. Manuales CTO. Modelos y teorías de enfermería. Características generales de los modelos y principales teóricas. [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_CTO_OPOSICIONES_DE_ENFERMERIA_-_PAIS_VASCO,_Volúmen_1/9788417470050
55. Bioética. I de. Atención centrada en la persona. Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica [Internet]. 2017 [citado 30 de diciembre de 2020];(82):22-3. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/ad_juntos/cuaderno_1.pdf
56. Chochinov H. Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C, y D del cuidado centrado en la dignidad. [Internet]. [citado 28 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234064509_Dignidad_y_la_esencia_de_la_medicina_el_A_B_C_y_D_del_cuidado_centrado_en_la_dignidad_translated_into_Spanish_by_Carolina_Casanas_i_Comabella
57. Pfeiffer L, Juliarena A. Cuidar la dignidad, un desafío para todos en las Unidades de Cuidados Intensivos. [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: https://sati.org.ar/images/Juliarena_Cuidar_la_dignidad.pdf
58. Taylor, S.J, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 1992 [citado 27 de abril de 2021];1-24. Disponible en: http://chamilo.cut.edu.mx:8080/chamilo/courses/MODELOSDEINVESTIGACION_I2019III/document/libro_metodo_de_investigacion.pdf
59. Centro Virtual de Cervantes. Diccionario de términos clave. Metodología cualitativa. [citado 27 de abril de 2021]; Disponible en: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/metodologia_cualitativa.htm
60. Samper MB. BOE. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. En: Protección de datos personales [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2021]. p. 145-252. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
61. Perez J, Gardey A. Definición de percepción - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. 2008. 2008 [citado 9 de abril de 2021]. p. 1. Disponible en: <https://definicion.de/percepcion/>
62. Psicop S. Significado de Percepción. [Internet]. 10-Abril. 2015 [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.significados.com/percepcion/>
63. Muerte social - Social death - [Internet]. [citado 26 de marzo de 2021]. Disponible en: https://es.qaz.wiki/wiki/Social_death
64. Ramos Cortés M del CA. Duelo ante una muerte inesperada. [Internet]. 2013

- [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/200_duelo.pdf
65. Kenneth M. Estado vegetativo y estado mínimamente consciente - Trastornos neurológicos - Manual MSD [Internet]. MSD Manuals. 2017 [citado 2 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/coma-y-deterioro-de-la-conciencia/estado-vegetativo-y-estado-mínimamente-consciente>
 66. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc y enfermería [Internet]. 2012 [citado 2 de abril de 2021];18(1):29-41. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-95532012000100004&script=sci_arttext
 67. Uriarte Arciniega J. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. Rev psicodidáctica [Internet]. 2005 [citado 2 de abril de 2021];10(2):61-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
 68. Osorio Rojas AT. Resiliencia. Un aspecto nuevo que puede aportar al profesional de enfermería para mejorar el cuidado en el ciclo vital, en las situaciones difíciles de la vida y como herramienta para la prevención del suicidio. [Internet]. 2018 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1189/1/Monografia_resiliencia_y_suicidio_Angie_Osorio.pdf
 69. Aretio Romero A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuad Trab Soc [Internet]. 2010;23(23):289-300. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS1010110289A/7486/>
 70. World Health Organization. OMS | Factores de riesgo [Internet]. Factores de riesgo. World Health Organization; 2011 [citado 27 de marzo de 2021]. p. 1. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 71. Tomás J, Almenara J, Gondón N, Batlle S. Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSM-IV, CIE-10 [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
 72. Pedersen D. Estigma y exclusion social en la enfermedad mental: apuntes para el analisis e investigacion. Rev Psiquiatr y Salud Ment Hermilio Vald [Internet]. 2005 [citado 28 de marzo de 2021];VI(September):3-14. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion
 73. Scheff TJ. Schizophrenia as Ideology. Schizophr Bull [Internet]. 1 de septiembre de 1970 [citado 30 de abril de 2021];1(2):15-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/238796082_Schizophrenia_as_Ideology
 74. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. Int J Law Psychiatry [Internet]. 2001 [citado 29 de marzo de 2021];24(4-5):469-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11521421/>
 75. Goffman E. Estigma, la identidad deteriorada. [citado 6 de abril de 2021]; Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

76. Correa Urquiza M. Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (Otras prácticas, otros territorios para la locura) Universitat Rovira y Virgili. Tesis doctoral. [Internet]. [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>
77. Michael B. First. Introducción a las enfermedades mentales - Trastornos de la salud mental - Manual MSD [Internet]. Columbia University. 2020 [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducción-al-cuidado-de-la-salud-mental/clasificación-y-diagnóstico-de-las-enfermedades-mentales>
78. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible [Internet]. [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
79. Triglia A. La teoría de los límites de la locura de R. D. Laing [Internet]. [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/teoria-limites-locura-rd-laing>
80. Moncrieff J. Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2018;38(133):181-93.
81. Correa Urquiza M. El cuerpo silenciado. Reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura. [Internet]. [citado 8 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304771484_EL_CUERPO_SILENCIADO_REFLEXIONES_SOBRE_LOS_ITINERARIOS_CORPORALES_DE_LA_LOCURA
82. Whitaker R. Los efectos nocivos de los psicofármacos. [Internet]. [citado 23 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3843
83. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
84. Bierce A. Diccionario del Diablo [Internet]. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ciudadseva.com/texto/diccionario-del-diablo/>
85. Vallejos I. El Otro Anormal. Desde el fondo, [Internet]. 2002 [citado 21 de marzo de 2021];19-23. Disponible en: http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_27/3 IndianaVallejos 27.pdf
86. soledad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/soledad>
87. García-Valdecasas Medina JI. La soledad impuesta. [citado 18 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://entreparesis.org/la-soledad-impuesta/>
88. Trinidad Herrero M. Soledad deseada, soledad no deseada. [Internet]. [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.laverdad.es/opinion/soledad-deseada-soledad-20191221011005-ntvo.html>
89. Cigna. Signos y Síntomas de la soledad crónica. En: www.cigna.com [Internet]. 2019 [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/chronic-loneliness>

90. Rodríguez Carrajo M. La soledad de las personas mayores. Fam Rev Ciencias y Orientación Fam [Internet]. 2000 [citado 18 de marzo de 2021];(21):57-68. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/fpilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
91. RAE. resiliencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/resiliencia>
92. María Estela Raffino. Qué es la resiliencia [Internet]. Última edición: 29 de noviembre de 2019. [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.elpradopsicologos.es/blog/resiliencia-resilientes/>
93. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2007 [citado 27 de marzo de 2021];30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012
94. Vedia Domingo V. Pathological grief Risk and protection factors. Rev Digit Med Psicosom y Psicoter [Internet]. 2016 [citado 27 de marzo de 2021];VI(2):12-34. Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf%0Ahttps://aprenderly.com/doc/3466489/revista-digital-de-medicina-psicosomatica-y-psicoterapia
95. Roitoman A, Armus M, Swarc N. El duelo por la muerte de un hijo. [Internet]. [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=216>
96. Vulnerable. [Internet]. [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?vulnerable>
97. Feito L. Vulnerabilidad [Internet]. [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002
98. Aguirre Baztán Á. Antropología de la depresión. Rev Mal Estar e Subjetividade [Internet]. 2008 [citado 30 de marzo de 2021];8(3):563-601. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002#back4
99. Sánchez J carlos, Villarreal ME, Musitu G. Capitulo 12. Ideacion suicida. 2012 [citado 7 de abril de 2021];(1642). Disponible en: <https://www.uv.es/~lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
100. Mejía Luchinger M, Sanhueza Ojeda P, González J. Factores de riesgo y contextos de suicidio. Rev Memoriza.com [Internet]. 2011 [citado 21 de marzo de 2021];8:11. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
101. Corpas Nogales JM. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.pdf
102. Nizama Valladolid MA. Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología Artículo de Revisión. [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>
103. De Miguel J. «El Ultimo Deseo»: Para Una Sociologia De La Muerte En España.

- Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 1995 [citado 1 de abril de 2021];71:109-56. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf
104. Rodríguez Vázquez A. Percepción Enfermera frente al cuidado del paciente en Situación de Últimos Días En las unidades asistenciales de un hospital público de nivel terciario. 2016;57. Disponible en: <http://nportal0.urv.cat:18080/fourrepo/rest/audit/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A787&datastreamId=Memòria&label=TFG%3A787&mime=application/pdf&lang=es>
 105. García Sierra RM. Engagement en Enfermería [Internet]. 2016 [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_392685/rmgs1de1.pdf
 106. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. [citado 7 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
 107. Valle Vega MM del. El Síndrome de Burnout en personal de atención directa al anciano , en residencias geriátricas del Principado de Asturias. 2016 [citado 1 de abril de 2021]; Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/38316>
 108. Molina C. Fatiga emocional y como superarla. [Internet]. Psicóloga Emocional. 2019 [citado 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ciaramolina.com/fatiga/>
 109. Peláez Arnillas E. Enfermería ante la muerte: Importancia de la formación ante este proceso. Revisión Bibliográfica [Internet]. 2015 [citado 2 de abril de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211107676.pdf>
 110. Gómez Gamboa E, Montes Rufian P, Negre Loscertales A, Flores M. Estudio de la formación continuada en enfermería de un centro hospitalario de cuarto nivel. [Internet]. [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21629/1/2007_10.pdf
 111. Raffino ME. Concepto de Dignidad [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: <https://concepto.de/dignidad-3/>
 112. Martí Rico C. Dignidad y respeto en el cuidado de enfermería. [Internet]. [citado 1 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.recercat.cat/bitstream/id/170769/TFG_Carla_Martí_Rico.pdf
 113. Good B. Medicina , racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. Quad l'Institut Català d'Antropologia [Internet]. 2003 [citado 1 de abril de 2021];(19):171-4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28240612_Byron_J_GOOD_Medicina_racionalidad_y_experiencia_Una_perspectiva_antropologica
 114. Sala JE. The jibarization of logos: how medical reductionism can kill. Boletín Médico Del Hosp Infant México (English Ed [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 2 de abril de 2021];74(2):154-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29382499/>
 115. Armus M, Roitman A, Szwarc N. El duelo por la muerte de un hijo. Aperturas psicoanalíticas Rev psicoanálisis [Internet]. 2002 [citado 6 de abril de 2021];(12):5. Disponible en: http://www.fepal.org/images/congreso2002/adultos/roitman_a____szwarc.pdf

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Consentimiento informado.

Documento de autorización al estudio del TFG sobre: “La muerte no biológica, percepción y experiencia de profesionales relacionados con el ámbito de la salud.”

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige _____ que se le invita a participar en el Trabajo de Fin de Grado (TFG) para la investigación sobre la muerte no biológica.

Introducción

Somos Estefanía Soto Pérez y Patricia Nieto Ayuso, estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Rovira y Virgili, Campus Catalunya. Estamos realizando el Trabajo de Fin de Grado e indagamos sobre los diferentes tipos de muerte, en concreto, la muerte social y psicológica. Le vamos a proporcionar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy, si va a participar o no en esta investigación.

Propósito

El propósito de estas entrevistas es además de dar visibilidad a los términos tales como muerte social y psicológica, conocer su experiencia y su percepción en relación a estos conceptos.

La muerte no solo se contempla de manera biológica, es posible estar vivo fisiológicamente hablando, pero en cambio, a nivel social y/o psicológico estar muerto.

La muerte psicológica o psicógena, hace referencia a la total falta motivación por vivir, desencadenada por un suceso traumático físico o psicológico que la persona no es capaz de superar por sí misma, empeorando cada vez más su situación. La muerte social, en cambio, se entiende como la pérdida del sentido de pertenencia a un determinado grupo a consecuencia de una ruptura del individuo con su entorno o reducción de su ámbito social desatendiendo así, las competencias necesarias para establecer vínculos con otras personas.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se utilizará como trabajo de campo para nuestro TFG y consta de entrevistas semiestructuradas.

Selección de Participantes

Estamos invitando a participar a profesionales relacionados con la salud de diferentes ámbitos y unidades.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Procedimiento y Protocolo

Le pediremos que conteste a unas preguntas las cuales usted será conocedor/a antes de llevar a cabo la entrevista.

Confidencialidad

Los miembros de esta investigación nos comprometemos a no compartir la identidad de aquellos que participen. La información que recojamos a través de este trabajo se mantendrá confidencial. Los datos acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera del alcance y nadie sino los integrantes del proyecto y personal docente tendrán acceso a verla con fines académicos.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que se obtenga por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Después, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación

He leído con exactitud el documento del consentimiento informado y he tenido la oportunidad de poder realizar preguntas y resolver dudas.

Tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera.

Firma participantes

Firma investigadores

Fecha: _____ de _____ de _____

Ciudad: _____

9.2 Anexo 2: Preguntas de la entrevista

(Breve presentación entrevistado/a: Nombre, profesión, ámbitos donde ha trabajado...)

1. ¿Qué opina acerca de que existan otros tipos de muertes que no sean la biológica?
2. ¿Por qué cree que hay poca visibilidad e información sobre el tema?
3. ¿En su opinión cuáles serían los factores de riesgo más importantes relacionados con la muerte no biológica?
4. ¿Cuéntenos su percepción/experiencia si la ha presenciado y como se sintió?
5. ¿Qué procedimientos se llevaron a cabo para el cuidado de la persona?
6. ¿Qué plan de cuidados y rol cree que tendría que adoptar enfermería para la prevención y detección de personas en riesgo de sufrir MNB?
7. ¿Cómo cree que podrían estar conectadas la MNB y una enfermedad psicosomática?
8. ¿Quiere decir alguna cosa más que le parezca relevante?