

ANTICIPACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

ANTICIPATION OF PAIN IN PATIENTS AT THE END OF LIFE

Andrea RODRÍGUEZ-PRAT

Resumen

No es infrecuente que algunos pacientes con enfermedades avanzadas expresen cierto deseo de morir como consecuencia del sufrimiento multidimensional (físico, psicológico, emocional, social, espiritual-existencial) que puede darse en estas circunstancias de final de la vida. Asimismo, en este contexto, algunos pacientes también pueden experimentar cierta pérdida de sentido de dignidad o de la identidad, entendida como cualidad intrínseca e irrenunciable del ser humano. A la luz de los estudios que han explorado la experiencia de la enfermedad en pacientes con enfermedades avanzadas puede observarse que, a menudo, el sufrimiento que experimentan, sus angustias y temores, no son la descripción de su situación clínica actual, antes bien, tienen que ver con la anticipación de una situación futura (dolorosa, incierta, desconocida) que no serán capaces de manejar.

La vivencia de la temporalidad, por tanto, es un aspecto fundamental para comprender la experiencia de la enfermedad de muchos pacientes que viven con una conciencia extrema del límite temporal de la vida. En este análisis se presentarán algunas ideas filosóficas –principalmente desde la perspectiva de la fenomenología de la corporalidad– para aproximarnos a la cuestión de la anticipación del dolor, y se pondrán en relación con la experiencia vivida, tal y como está recogida en algunos estudios cualitativos sobre el deseo de adelantar la muerte, la pérdida de percepción de dignidad y de autonomía en pacientes al final de la vida.

Palabras clave: *fenomenología, temporalidad, estudios cualitativos, final de la vida, dolor.*

Summary

It is not infrequent for some patients with advanced disease to express a certain desire to die as a consequence of multidimensional suffering (physical, psychological, emotional, social, spiritual-existential) that can be present at the end of life. What's more, in this context, some patients may also experience a certain loss of a sense of dignity or identity, understood here as the intrinsic and undeniable quality of human beings. In light of studies that have explored the experience of illness of patients with advanced illness, we can observe that, often, the suffering that they experience, (their anguish and fears), are not the description of their current clinical situation but rather they are related to the anticipation of a future situation (painful, uncertain, unknown) that they will not be able to manage.

The experience of temporality, therefore, is a fundamental aspect of understanding the experience of illness in many patients that live with an extreme awareness of the time limit of their life. In this analysis, some philosophical ideas will be presented – mainly from the perspective of the phenomenology of embodiment – in order to reflect on the issue of anticipating pain. Links will be made between patients' experiences as it is recorded in some qualitative studies about the wish to hasten death, the loss of the perception of dignity and autonomy in patients at the end of life.

Keywords: *phenomenology, temporality, qualitative studies, end of life care, pain.*

No es infrecuente que algunos pacientes con enfermedades avanzadas expresen cierto deseo de morir como consecuencia del sufrimiento multidimensional (físico, psicológico, emocional, social, espiritual-existencial) que puede darse en estas circunstancias de final de vida (Bellido-Pérez, Monforte-Royo, Tomás-Sábado, Porta-Sales y Balaguer, 2016; Monforte-Royo, Villavicencio-Chávez, Tomás-Sábado y Balaguer, 2011; Rodríguez-Prat, Balaguer, Booth y Monforte-Royo, 2017; Villavicencio-Chávez *et al.*, 2014). En este contexto, algunos pacientes también pueden experimentar cierta pérdida de sentido de dignidad o de la identidad, entendida como cualidad intrínseca e irrenunciable del ser humano. Tal y como apuntan Street y Kissane (2001), entre otros, la dignidad también puede ser percibida por una persona dentro de un contexto determinado. En este sentido, dignidad sería una realidad encarnada y dinámica, sensible a la relación con los demás. Tendría que ver con la imagen (identidad) que construye el sujeto a partir de la vivencia de la enfermedad y sus consecuencias (pérdida de funcionalidad, dependencia, etc.) (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, y Harlos, 2002; Guo y Jacelon, 2014; Rodríguez-Prat, Monforte-Royo, Porta-Sales, Escribano y Balaguer, 2016). A la luz de los estudios que han explorado la experiencia de la enfermedad en pacientes con enfermedades avanzadas puede observarse que, a menudo, el sufrimiento que experimentan, sus angustias y temores, no son la descripción de su situación clínica actual, antes bien, tienen que ver con la anticipación de una situación futura (dolorosa, incierta, desconocida) que no serán capaces de manejar.

La vivencia de la temporalidad, por tanto, es un aspecto fundamental para comprender la experiencia de la enfermedad de muchos pacientes que viven con una conciencia extrema del límite temporal de la vida. Desde un punto de vista filosófico, las nociones del tiempo y del ser humano como alguien temporal han sido ampliamente desarrolladas. Especialmente desde la fenomenología se han establecido unas coordenadas interesantes para comprender a la persona desde este marco temporal que afecta a cómo vive y cómo anticipa la muerte. En este análisis se expondrán algunas ideas filosóficas para aproximarnos a la cuestión de la anticipación del dolor y se pondrán en relación con la experiencia vivida, tal y como está recogida en algunos estudios cualitativos sobre el deseo de adelantar la muerte, la pérdida de percepción de dignidad y pérdida de autonomía en pacientes al final de la vida.

La vivencia del tiempo en el ser humano

Desde una perspectiva fenomenológica la vivencia de la temporalidad podría definirse desde dos ejes. Por un lado, parece evidente que el ser humano es un ser situado en un contexto determinado y, por otro, que no puede prescindir de las coordenadas espaciotemporales. En este sentido, es interesante la afirmación de Sartre cuando sostiene que «*el único método posible para estudiar la temporalidad es abordarla como una totalidad que domina sus estructuras secundarias y les confiere su significación*» (Sartre, 1993, p. 139). Sartre resalta la idea de que en la experiencia el pasado, el presente y el futuro son vistos como una unidad inseparable que se define en su globalidad. Bajo este marco conceptual, se entiende bien que la anticipación del dolor y la anticipación del futuro confieren un significado al presente, como veremos en los casos de las personas que padecen enfermedades avanzadas.

Por otro lado, tal y como describe Toombs (1990, 1992) siguiendo a Husserl, el análisis de la conciencia revela una distinción radical entre el tiempo objetivo y el tiempo vivido. Así, el primero sería el tiempo de *chronos*, mecánico, sucesivo, medible y cuantificable, como el tiempo de los relojes o de los calendarios; en cambio, el tiempo vivido sería *kairós*, el tiempo de la experiencia vivida, el tiempo cualitativo, subjetivo y personal. En este sentido, el tiempo como *chronos* no se podría anticipar como experiencia, pero el tiempo como *kairós*, sí. Así, es significativa la explicación de Schrag, al sostener que:

«Los momentos de dolor... no siguen la secuencia ordenada y regular de los segundos y minutos que se marcan en la oscilación de un péndulo o en el tictac de un reloj. El tiempo de un reloj es isotrópico. Los valores de su unidad son uniformes. El tiempo de cuando uno está enfermo es anisotrópico. Su valor varía con la intensidad del dolor, con la compañía del peso emocional, con la presión de los problemas...» (Schrag, 1982, p. 122, citado en Toombs, 1990, p. 232).

En este contexto, la vivencia del tiempo entendido cualitativamente permite a la persona «viajar en su tiempo», proyectarse en el futuro y anticiparlo. Autores como Heidegger (2016) o Sartre (1993) han descrito a la persona como un ser que tiende al futuro, un futuro contemplado como el lugar de realización de sus proyectos. Esta categoría de posibilidad, según Heidegger (2016), sería la última y

original determinación del ser humano. O, dicho de otra manera, podría entenderse al ser humano como alguien que fundamentalmente puede llegar a ser.

Así, se entiende a la persona como alguien abocado a un futuro que se muestra como el escenario de sus posibilidades. En el caso de personas que padecen alguna enfermedad avanzada, este escenario puede presentarse de forma dramática. Y más concretamente, la muerte y el dolor pueden suponer la interrupción irreversible de los proyectos futuros y ser considerados como fin de toda posibilidad.

Citando a Sundstrom (2001, p. 115) podría decirse que *«para un paciente con dolor, el pasado, así como el futuro, es tragado o absorbido por el horrible hoyo del presente. Pero en la mayoría de los casos –donde el dolor severo no es omnipresente– el futuro, la anticipación individual y temida emerge como una realidad vitalmente importante»*. Este fragmento muestra de manera clara cómo no es el dolor presente el que, en muchas ocasiones, lleva a pensar en el dolor futuro, sino que es «la sombra del futuro dolor» lo que asusta al doliente. De manera análoga, Kay Toombs lo expresa de una manera más gráfica: *«el futuro (sería) como el horizonte del presente»*. Y parte de este futuro es construido desde el almacenamiento individual de experiencias que cada uno tiene y sobre el cual interpretamos la realidad (Toombs, 2001, p. 6).

La experiencia de la anticipación del sufrimiento al final de la vida

El hecho de que el ser humano esté situado en un marco temporal, que viva de forma cualitativamente distinta su ser en el tiempo en función de las circunstancias en las que se encuentra, tiene unas particularidades determinadas para las personas que se hallan al final de la vida.

Valorando las experiencias relatadas en algunos estudios cualitativos realizados con personas que están en esta situación, una realidad evidente es que su *hoy* está penetrado por la enfermedad, lo que les provoca multitud de afectaciones tanto físicas como psicológicas y espirituales. En estos pacientes destaca el hecho de tener poca esperanza de vida (menos de un año entre los pacientes que reciben tratamiento paliativo), la pérdida de funcionalidad física y de independencia se hacen acuciantes, se manifiesta un dolor que a veces es descrito como insoportable, prevalecen estados depresivos o desesperanzados (Breitbart *et al.*, 2000; Dees, Vernooij-Das-

sen, Dekkers, Vissers y van Weel, 2011). Además, como se ha dicho, también destacan la pérdida del sentido de la dignidad, la pérdida del sentido de la vida y la pérdida de autonomía. En estos pacientes también se observa mayor dependencia, miedo a ser una carga para los demás o miedo ante la experiencia de personas cercanas que han pasado por procesos de enfermedad dolorosos con los que se pueden sentir más o menos identificados (Chapple y Ziebland, 2006; Chochinov *et al.*, 2002; Kissane, Clarke y Street, 2001; Lavery, Boyle, Dickens, Maclean y Singer, 2001).

En lo que sigue, se expondrán y analizarán algunas citas extraídas de estudios cualitativos, realizados con pacientes al final de su vida, que hacen referencia a esta anticipación del dolor, inevitablemente relacionada con la vivencia del tiempo en el ser humano.

En primer lugar, una experiencia común en estas personas es la alusión directa al miedo a un sufrimiento futuro imaginado. Las siguientes citas escritas en un tiempo verbal futuro muestran con claridad cómo esta proyección en el tiempo es fuente de angustia, temor y sufrimiento anticipado:

«Ellos van a hacerse todo encima, van a tener que estirarse ahí y tener a alguien que les haga todo y van a sufrir todo el tiempo, ahí no hay felicidad, van a adelgazarse 60-70 libras, y se van a pasar sus últimas semanas de vida solo con dolor y agonía y la gente vendrá, la gente estará molesta, y ellos estarán molestos» (Lavery *et al.*, 2001).

O esta otra que aporta el matiz de que el miedo es causado por la incertidumbre futura:

«Nunca antes he estado en un hospital. No conozco qué sucede. Nunca he estado enfermo antes. He visto a otros pacientes gritando de dolor y ellos sufrieron... [...] Solo escucharlos producía mucho dolor... Debe de ser insoportable tener que gritar así...» (Mak y Elwyn, 2005).

O la siguiente:

«Va a ser extremadamente terrible [...] las complicaciones y todo eso me provocarán mucho dolor y sufrimiento. Anticipo un futuro que será así. Muy grave, tengo mucho miedo cuando pienso en esto» (Mak y Elwyn, 2005).

También cabe destacar que algunos estudios (Chapple y Ziebland, 2006; Lavery *et al.*, 2001; Pearlman *et al.*, 2005) hacen referencia a las motivaciones que condu-

cen a algunas personas a solicitar el suicidio asistido, y explicitan que, con frecuencia, esta petición de adelantar la muerte tiene que ver más con el miedo a un sufrimiento futuro que con un sufrimiento actual.

«Tenía mucho miedo de cómo sería el final. Estaba preocupado por el dolor. Estaba preocupado por la falta de aire. Y sí, él tenía miedo de morir en la miseria» (Pearlman *et al.*, 2005).

Quizás algún lector recuerde el caso de los gemelos Marc y Eddy Verbessem, de Bélgica. Eran sordos de nacimiento y al cabo de unos años les diagnosticaron una enfermedad ocular degenerativa que les provocaría ceguera. Ante tal pronóstico solicitaron la eutanasia y en el 2014 murieron (Gordts, 2013). Lo destacable de este caso es que se trataba de un sufrimiento psicológico, que claramente tenía que ver con la anticipación de una realidad futura puesto que aun no tenían indicios de ceguera. A menudo este sufrimiento futuro se relaciona con el miedo a hacer sufrir a los demás o al miedo a ser una carga:

«En el futuro cuando no me pueda «manejar», me sentiré muy fastidioso para los demás y sufriré mucho si realmente soy una carga para ellos. Tengo miedo de que los demás tengan que servirme» (Mak y Elwyn, 2005).

O:

«Dijo que no quería convertirse en ese tipo de persona vegetal que ya no es consciente de lo que pasa, y que afecta a todo su alrededor: todo el mundo te tiene que cuidar, alimentar, limpiar y dar la medicación» (Pearlman *et al.*, 2005).

En otras ocasiones la anticipación del sufrimiento futuro viene determinada por la experiencia de haber visto sufrir a personas cercanas. Como ejemplo, se muestra esta cita que es un extracto de una cita más extensa en la que el participante explica que su madre había muerto hacía poco en condiciones muy difíciles, y que nos remite a la observación de Toombs (cfr 2001, p. 6) sobre el hecho de que el futuro se construye sobre el conjunto de experiencias individuales desde las cuales interpretamos la realidad:

«Solo pienso que cuando uno ha llegado a este estado, solo tú sabes cuánto es, qué malo tiene que ser, no tienes que pasar por estas indignidades físicas de vomitar, oler mal, ser incontinente o lo que sea» (Chapple y Ziebland, 2006).

Otros autores (Coyle y Sculco, 2004; Lavery *et al.*, 2001; Mak y Elwyn, 2005; Nilmanat *et al.*, 2015; Pestinger *et al.*, 2015) para referirse a esta anticipación del dolor futuro hablan de la anticipación de un futuro peor que la muerte misma. Esta tesis coincide perfectamente con la idea de la sociedad actual: «*ante la mortalidad, el hombre se concentra exclusivamente en el proceso de morir, dejando de lado la muerte en sí*» (Meyer, p.7).

En este sentido las siguientes citas también reflejan muy bien esta actitud:

«*Ella tenía miedo de estar yéndose (muriéndose), pero sobre todo tenía más miedo de quedarse y sufrir*» (Quill, 1991).

O esta otra:

«*Mi propia muerte no se me aparece como una catástrofe. No siento ante ella ni temor ni incertidumbre, dado que pienso que la muerte es el fin de toda conciencia y existencia [...] Pero otra cosa es el morir [...] No me gusta pensar en las diferentes muertes desagradables que amenazan a los hombres de hoy*», declara un hombre contestando a una encuesta (Thomas, 1983, p. 395).

O esta:

«*Si el dolor empeora, entonces prefiero estar muerto. El dolor es mi mayor miedo. Me pone en una oscuridad y en una falta de voluntad para seguir adelante y en un deseo de morir... El dolor me llevó a desear un medio para poner fin a mi vida*» (Coyle y Sculco, 2004).

Reflexiones finales

La anticipación de la muerte y el sufrimiento permiten construir un imaginario social que influye sobre la forma de vivir la enfermedad. Este imaginario construye una visión antropológica porque presupone cómo debería ser la persona y cómo debería morir: sin sufrir, en paz, manteniendo el control personal, la autonomía, manteniendo el pleno sentido de la identidad, y la enfermedad se vería como una amenaza para esta identidad (Steinhauser *et al.*, 2000; Vig y Pearlman, 2004; Walter, 1994). Para quienes piensan que el proceso de morir es indigno del ser humano, «*la enfermedad supondría un estigma y una descalificación*». Para una plena aceptación social, de alguna forma implicaría no ver a la persona como alguien del todo humano» (cfr. Kellehear, 2007, p. 231).

En este sentido es interesante el concepto de muerte social de L. V. Thomas definida como el hecho de «*dejar de pertenecer a un grupo dado, ya sea por límite de edad o por pérdida de funciones [...] Más que cualquier otro entre los humanos, los viejos, [...] o los enfermos en peligro de muerte, son difuntos en potencia, biológicamente terminados, desgastados, socialmente inútiles (no productivos, consumidores modestos), privados de sus funciones (reposan antes del reposo eterno), viven frecuentemente en condiciones económicas precarias [...] y en una cruel soledad*» (Thomas, 1983, p. 53).

En segundo lugar, podría decirse que este imaginario social se construye a partir de algunos conceptos especialmente complejos y paradójicos, entre ellos la muerte digna y la buena muerte. Kellehear (cfr 2007, p. 91), por ejemplo, menciona que la idea en que una sociedad concibe la muerte tiene que ver con lo que espera y entiende esa comunidad como una buena muerte. Por el contrario, existen otras formas de morir etiquetadas como vergonzosas, indignas u obscenas. La muerte representa así la «pérdida absoluta del control o el dominio sobre el propio organismo [...] y hace evidente la incapacidad del hombre de dominarse, supone la abdicación de la autoconciencia libre frente a un organismo que ya no se le somete. La muerte horroriza y es obscena porque implica la falta absoluta de la libertad, un desorden interior máximo» (Arregui, 1994, p. 375).

Por último, me gustaría recordar la reflexión de Arthur Frank (2013), sociólogo y experto en narrativas de la enfermedad, a propósito del relato breve 'El Otro', de Jorge Luis Borges (1975). En este relato aparece un Borges ficticio ya mayor, que se encuentra con su 'yo' joven. Se reconocen, charlan un rato y se despiden. Al final de la conversación el Borges anciano le dice al joven que le van a venir a buscar porque se ha quedado ciego y comenta: «*Sí. Cuando alcances mi edad habrás perdido casi por completo la vista. Verás el color amarillo y sombras y luces. No te preocupes. La ceguera gradual no es una cosa trágica. Es como un lento atardecer de verano.*»

Partiendo de esta historia y reflexionando sobre su experiencia como paciente de cáncer Frank afirma:

«*Si mi 'yo' joven me hubiera conocido ahora y escuchara cuál tendría que ser mi historia clínica, sería un loco si pasara su vida temiéndola. Sufriría y sufriría derrotas, pero sufrir y perder no es incompatible con la vida. Por todo*

lo que pierdes, tienes la oportunidad de ganar: ganar relaciones cercanas y conmovedoras, esclarecer valores. Tú tienes derecho a llorar por lo que ya no puedes ser, pero no dejar que ese lloro oscurezca el sentido de lo que te has convertido. Estás embarcado en una oportunidad peligrosa. No maldigas tu destino; cuentan tus posibilidades» (Frank, 2013).

Conclusión

Como se ha dicho anteriormente, es cierto que los medios de masas muestran a menudo imágenes desgarradoras de la enfermedad, del sufrimiento, de la muerte y del morir. Sin embargo, como contrapunto de estas imágenes impregnadas de dolores insoportables que superan la capacidad de aguante del ser humano, existen testimonios de personas que viven la enfermedad como una oportunidad creativa para darle un nuevo sentido a su vida, para restablecer las relaciones con los seres queridos o vivir de acuerdo a su jerarquía de valores. Atendiendo a la importancia que tiene este sentido de la anticipación del dolor, del sufrimiento, de la agonía, etc., es necesario que los profesionales de la salud intervengan de forma preventiva a fin de proporcionar herramientas a los pacientes para manejar el presente y abordar esta situación psicoemocional de sufrimiento anticipado. El final de la vida, antes que oscurecer el sentido de lo que uno se ha convertido, en efecto, puede ser la oportunidad de ganarle a la vida y a la muerte (Frank, 2013).

Referencias

- ARREGUI, J. V. (1994). *El horror a morir*. Barcelona: Ed. Tibidabo.
- BELLIDO-PÉREZ, M., MONFORTE-ROYO, C., TOMÁS-SÁBADO, J., PORTA-SALES, J. y BALAGUER, A. (2016). Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: a systematic review of measurement instruments. *Palliative Medicine*.
- BORGES, J.L. (1975). El Otro. En *El libro de arena*. Buenos Aires: Emecé.

- BREITBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H., KAIM, M., FUNESTI-ESCH, J., GALIETTA, M. y BRESCIA, R. (2000). Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *Journal of American Medical Association*, 284(22), 2907–2911.
- CHAPPLE, A. y ZIEBLAND, S. (2006). What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics*, 32(12), 706–710. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/jme.2006.015883>.
- CHOCHINOV, H. M., HACK, T., McCLEMENT, S., KRISTJANSON, L. y HARLOS, M. (2002). Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Social Science and Medicine*, 54(3), 433–443.
- COYLE, N. y SCULCO, L. (2004). Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 699–709.
- DEES, M. K., VERNOOIJ-DASSEN, M. J., DEKKERS, W. J., VISSERS, K. C. y VAN WEEL, C. (2011). «Unbearable suffering»: a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics*, 37(12), 727–734. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>.
- FRANK, A. (2013). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: The University Chicago Press.
- GORDTS, E. (2013, 14 Enero). Marc And Eddy Verbessem, Deaf Belgian Twins, Euthanized After Starting To Turn Blind. *The Huffington Post*. Recuperado de http://www.huffingtonpost.com/2013/01/14/marc-eddy-verbessem-belgium-euthanasia_n_2472320.html [Consultado el 06/05/2017].
- GUO, Q. y JACELON, C.S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931–940. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0269216314528399>.
- HEIDEGGER, M. (2016). *El Ser y El Tiempo* (3ª ed.). Madrid: Trotta.

- KELLEHEAR, A. (2007). *A Social History of Dying* (1st ed.). New York: Cambridge University Press.
- KISSANE, D. W., CLARKE, D. M. y STREET, A.F. (2001). Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12–21.
- LAVERY, J.V., BOYLE, J., DICKENS, B.M., MACLEAN, H. y SINGER, P.A. (2001). Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: A qualitative study. *Lancet*, 358(9279), 362–367.
- MAK, Y.Y.W. y ELWYN, G. (2005). Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia. *Palliative Medicine*, 19(1), 343–350.
- MONFORTE-ROYO, C., VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, C., TOMÁS-SÁBADO, J. y BALAGUER, A. (2011). The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-Oncology*, 20(8), 795–804. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/pon.1839>.
- NILMANAT, K., PROMNOI, C., PHUNGRASSAMI, T., CHAILUNGKA, P., TULATHAMKIT, K., NOO-URAI, P. y PHATTARANAVIG, S. (2015). Moving Beyond Suffering: the Experiences of Thai Persons With Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, 38(3), 224–231. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/NCC.000000000000169>.
- PEARLMAN, R.A., HSU, C., STARKS, H., BACK, A.L., GORDON, J.R., BHARUCHA, A.J. y BATTIN, M.P. (2005). Motivations for physician-assisted suicide. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 234–239. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40225.x>.
- PESTINGER, M., STIEL, S., ELSNER, F., WIDDERSHOVEN, G., VOLTZ, R., NAUCK, F. y RADBRUCH, L. (2015). The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding «When perception of time tends to be a slippery slope.» *Palliative Medicine*, 29(8), 711–719. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0269216315577748>.

- QUILL, T. (1991). Death and dignity– A case of individual Decision Making. *The New England Journal of Medicine*, 324(10), 691–694.
- RODRÍGUEZ-PRAT, A., BALAGUER, A., BOOTH, A. y MONFORTE-ROYO, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*.
- RODRÍGUEZ-PRAT, A., MONFORTE-ROYO, C., PORTA-SALES, J., ESCRIBANO, X. y BALAGUER, A. (2016). Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PLoS ONE*, 11(3), e0151435. Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>
- SARTRE, J.P. (1993). *El ser y la nada* [traducción: Juan Valmar]. Barcelona: Altaya.
- SCHRAG, C. (1982). Being in pain. En V. Kestenbaum (Ed.), *The Humanity of the ill* (pp. 101–124). Knoxville: University of Tennessee Press.
- STEINHAUSER, K.E., CLIPP, E.C., MCNEILLY, M., CHRISTAKIS, N.A, MCINTYRE, L.M. y TULSKY, J.A. (2000). In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132(10), 825–832.
- STREET, A. F. y KISSANE, D.W. (2001). Constructions of dignity in end-of-life care. *Journal of Palliative Care*, 17(2), 93–101.
- SUNDSTRÖM, P. (2001). Disease: The phenomenological and conceptual center of practical-clinical medicine. En S. K. Toombs (Ed.), *Handbook of Phenomenology and Medicine* (pp. 109–126). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- THOMAS, L.V. (1983). *Antropología de la muerte*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- TOOMBS, S.K. (1990). The temporality of illness: Four levels of experience. *Theoretical Medicine*, 11(3), 227–241. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/BF00489832>.

- TOOMBS, S.K. (1992). *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Boston: Kluwer Academic.
- TOOMBS, S.K. (2001). *Handbook of phenomenology in medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- VIG, E.K. y PEARLMAN, R.A. (2004). Good and bad dying from the perspective of terminally ill men. *Archives of Internal Medicine*, 164(9), 977–981. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/archinte.164.9.977>.
- VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, C., MONFORTE-ROYO, C., TOMÁS-SÁBADO, J., MAIER, M.A., PORTA-SALES, J. y BALAGUER, A. (2014). Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23, 1125–1132. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/pon.3536>.
- WALTER, T. (1994). *The revival of death*. London, Routledge.

Andrea RODRÍGUEZ-PRAT

Facultad de Humanidades. Universitat Internacional de Catalunya.
Barcelona. España.
arodriguezp@uic.es