

¿Por qué no hablar del sufrimiento añadido o infligido en el ámbito clínico?

Carmen Alorda Terrasa

Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Universitat Illes Balears
carme.alorda@uib.es

Why not Talking about the Suffering Added or Inflicted in the Clinical Practice?

ISSN 1989-7022

RESUMEN: El objetivo general de este trabajo es explorar el estado de la cuestión del fenómeno del sufrimiento infligido en la práctica clínica, para ello se realizó una revisión de la literatura en diferentes base de datos de ámbito humanístico y de las ciencias de la salud.

Entre los resultados los marcos teóricos que explican el fenómeno del sufrimiento y las principales fuentes, procedentes del contexto clínico, que añaden sufrimiento a los pacientes y sus familiares, incidiendo el dolor físico no resuelto o enjuiciado, la información y comunicación inadecuadas, los tiempos de espera y la deshumanización a causa de la escasa relación terapéutica.

Conclusiones: Es importante estudiar como las políticas de las organizaciones sanitarias condicionan el sufrimiento de las personas durante la hospitalización, a fin de intentar la visibilización de esa fuente de vulnerabilidad y desigualdad e intentar su corrección.

PALABRAS CLAVE: sufrimiento, práctica clínica, enfermería

ABSTRACT: The aim of this paper is to explore the phenomenon of suffering inflicted in clinical practice.

A literature review was been carried out in different humanistic and health sciences databases.

The results highlight the theoretical frameworks that explain the phenomenon of suffering and the main sources, from the clinical context, which add suffering to patients and their families, unresolved physical or judgmental pain, inadequate information and communication, waiting times and dehumanization because of the poor therapeutic relationship.

Conclusions: It is important to study how the policies of health organizations condition the suffering of people during hospitalization, in order to try to make this source of vulnerability and inequality visible and to try to correct it.

KEYWORDS: suffering, clinical practice, nursing

1. Introducción

El sufrimiento es un fenómeno complejo, que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes, y ha sido y es interpretado bajo el prisma de múltiples paradigmas procedentes de la religión, filosofía, ciencias sociales y biomédicas. Para comprender esta complejidad es fundamental reflexionar sobre algunos aspectos que considero importantes. Es evidente que la palabra "sufrimiento" es un término polisémico y presenta diversidad de acepciones. Una de ellas, proviene de la palabra inglesa *illness* traducida en castellano como padecimiento para referirse a la experiencia cultural, interpersonal y personal de la enfermedad (Amezcuza, 2000). En el diccionario de la Real Academia de la Lengua española, el padecimiento es definido "como la acción de padecer o sufrir daño, injuria o enfermedad" y, el sufrimiento como "padecimiento, dolor, pena". Por tanto, el sufrimiento, y dolor, han sido considerados y se siguen considerando como sinónimos en algunos contextos del ámbito clínico, existiendo un flujo bidireccional que hace que se retroalimenten mutuamente (Montoya, 2006).



Uno de los aspectos en el que coinciden numerosos autores es en el carácter pluridimensional del sufrimiento. Una de las definiciones de mayor calado en el ámbito biomédico es la propuesta por Cassell; “el sufrimiento es experimentado por las personas, y no solo por los organismos, y amenaza a la persona como una entidad compleja a nivel social y psicológico” (Cassell, 1982,639). Otro ejemplo, es el sufrimiento conceptualizado como “dolor total”, término acuñado en el campo de Cuidados Paliativos, y definido como “la unión de los componentes físicos, psicológicos, sociales, familiares y espirituales” (Saunders, 1984,74). Desde la antropología, se señala que el sufrimiento no es sólo una experiencia individual; es “una experiencia subjetiva de un evento que es percibido como doloroso, y una vivencia que se configura dentro de un contexto social y cultural” (Le Breton 1999, 138).

El sufrimiento también es categorizado por algunos autores como misterio a causa de su complejidad, su carácter imprevisible, su inevitabilidad, y su condición existencial (Orellana, 1999). Para comprender la vivencia del sufrimiento es necesario que no sea interpretado sólo como un problema del que se espera una posible solución, sino como una vivencia de lo misterioso en la condición humana (Barbero et al, 2007).

Después de un breve resumen por algunas conceptualizaciones del sufrimiento ¿cómo es considerado y tratado el sufrimiento en el ámbito de la ciencias de la salud? Las críticas al manejo del sufrimiento en el contexto clínico no son pocas y provienen de distintos campos. El filósofo Michel Foucault ha criticado la medicina como institución de control social que perjudica seriamente la salud (Foucault, 1975). Sin embargo, en la actualidad, se discute que la medicina se ocupa del cuerpo como objeto enfermo, pero no del hombre, sujeto que experimenta un sufrimiento (Thumala, 2003), y a pesar de la existencia de métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento mental y el emocional que acompaña en ocasiones a la enfermedad no se suele detectar ni tratar adecuadamente (Callahan, 2004).

La desatención del sufrimiento en el ámbito clínico se asocia a la sobrevaloración y la “dura” búsqueda de los síntomas y de las categorías nosológicas, que devalúa los componentes de la experiencia de la enfermedad y los considera “blandos”, provocando en consecuencia una negación del sufrimiento (Kleinman y Benson 2004,19). A estas causas, se añade la idea alimentada por la utopías materialistas y mecanicistas que las ciencias con sus métodos pueden resolver la totalidad del sufrimiento en las personas, sin considerar que el hombre es un ser espiritual y, que su dolor no es exclusivamente orgánico. “Existen personas sin ningún problema orgánico que sufren intensamente y la ciencia experimental no puede curar” (Torralba, 2007, 37). Por estas razones, el manejo del sufrimiento pasa de ser una cuestión metafísica y religiosa a ser un objeto susceptible de tratamiento a manos de la medicina (Díaz, 2008).

Es obvio que las personas son vulnerables ante cualquier proceso que altera su salud, pero cuando se exponen a causas atribuibles a las acciones humanas en todas sus manifestaciones, sociales, políticas, científicas, tecnológicas, etc, pueden resultar desigualmente dañadas y el contexto clínico es un ejemplo de ello (Madrid, 2010).

Ante este panorama desalentador del tratamiento del sufrimiento en el campo de las ciencias de la salud, es necesario repensar la relación de las instituciones sanitarias y de los profesionales con el sufrimiento y su alivio. ¿Por qué exponer al paciente a sufrimiento innecesario y a un alivio desigual dependiendo de los profesionales y de las políticas sanitarias? ¿Por qué el sufrimiento en el ámbito clínico es insuficientemente estudiado, excepto cuando se da en situación final de la vida? Para obtener respuesta a estas preguntas, realizo este trabajo con el objetivo general de explorar el sufrimiento en la práctica clínica, y como objetivos específicos, describir los posibles marcos teóricos para la praxis del sufrimiento así como determinar las fuentes de sufrimiento que el contexto clínico añade a los pacientes y familia.

1.1. Método

Se ha realizado una revisión de la literatura de carácter exploratorio entre los años 2004 y 2016 en las bases de datos de ciencias de la salud (tabla1). Las palabras clave utilizadas han sido “sufrimiento”, “suffering”, “nursing”, “enfermería”, “clinical practice”, “práctica clínica”. Los artículos se seleccionaron según los criterios de inclusión: artículos originales sobre perspectivas teóricas sobre el sufrimiento en la praxis y experiencias/vivencias del sufrimiento del paciente y familia en el ámbito clínico. Se excluyeron los artículos que solo incluían dolor físico a causa de patologías determinadas, sufrimiento fetal-perinatal, y el sufrimiento al final de la vida.

Descriptores en inglés y castellano	Bases de datos consultadas
Suffering AND clinical practice AND nursing NOT Palliative	CINHAL
Suffering AND nursing NOT Palliative NOT cancer	CINHAL
Sufrimiento y práctica clínica	IME
Sufrimiento y enfermería	CUIDEN
Suffering AND nursing NOT pain NOT Cancer NOT perinatal	PubMed
Suffering AND clinical practice	Psycoinfo

Tabla 1: Estrategia de la búsqueda

Posteriormente a la selección de los artículos, se ha realizado un análisis de contenido en base a unas categorías que se han ido redefiniendo a medida que se completaban y analizaban los artículos.

1.2. Resultados de la búsqueda

El contenido de la información de la literatura científica se ha clasificado en dos categorías emergentes: la primera, más conceptual y teórica describe las perspectivas teóricas propuestas para guiar la praxis clínica y, la segunda explica lo que sucede en el contexto clínico a través de las voces de los principales protagonistas que sufren, los pacientes/familia y los profesionales que son testigos del sufrimiento ajeno.

2. Perspectivas teóricas para la praxis del sufrimiento

En relación a la praxis del sufrimiento, es en el campo de la enfermería desde donde emergen los modelos teóricos que aportan otra epistemología. En este apartado se describen las teorías y modelos para la praxis del sufrimiento de Katie Eriksson, Jane Morse y la propuesta de Jane Georges.

2.1. Modelo desde la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson

Katie Eriksson, es una de las pioneras de la "ciencia del cuidado" en los países escandinavos y ha desarrollado junto a otros colegas de la Universidad de Vass, una teoría muy completa del cuidado caritativo (Eriksson, 1997). La autora describe al paciente como el ser humano que sufre o un ser que sufre y lo soporta con paciencia; y al sufrimiento como la lucha del ser humano entre el bien y el mal que debe ser considerado como una experiencia total, única y aislada y nunca como sinónimo de dolor. Además, concreta que para aliviar el sufrimiento, es necesario que se le confirme el sufrimiento que padece, y darle tiempo y espacio para sufrir y dotarlo de significado (Eriksson, 2011).

2.2. Modelo de la praxis del sufrimiento de Janice Morse

Este otro modelo, se explica desde la experiencia observada en las personas que sufren en el contexto clínico. Se trata de un marco donde se percibe al sufrimiento como dos grandes estados de comportamiento. En primer lugar, *enduring*, traducido por "*endurecimiento*,

perdurable o duradero” en el que las emociones se suprimen y no se manifiestan estados de emoción, la persona está aguantando o soportando su sufrimiento y, en segundo lugar, *suffering*: el *sufrimiento emocional*, estado en el que se liberan emociones (Morse 2001).

De acuerdo con el contexto y las circunstancias, identifica tres tipos de este comportamiento “*enduring*” que son observables en la práctica: el sufrimiento que la persona soporta para sobrevivir en los casos de grave amenaza fisiológica, el que soporta cuando vive situaciones de la vida insostenibles y, el sufrimiento que soporta durante el proceso de morir.

Otro aspecto del modelo que resalta la autora es que la persona puede ir y venir rápidamente de un estado a otro, entre soportar el sufrimiento y/o liberar las emociones. Por otro lado, la autora sostiene que la liberación emocional es necesaria para la recuperación, es un agente de curación (Morse 2001, 51-53).

En mi opinión, este modelo tiene muchas implicaciones para la práctica de enfermería, especialmente para las enfermeras que deben ser capaces de reconocer y articular estos comportamientos relacionados con el sufrimiento, para diferenciar los pacientes que soportan, ocultan su sufrimiento porque no se sienten capaces o no quieren mostrarlo, de los que liberan emociones, y reconocen que necesitan ayuda.

2.3. *Perspectiva crítico feminista de Jane Georges*

La nueva propuesta de modelo para la praxis del sufrimiento nace a raíz de su crítica al modelo de Morse. Según la autora, el modelo presentado por Morse no define la praxis, tampoco resalta el aspecto social y político del sufrimiento y no se abordan las variables de género y etnia, factores que desempeñan un papel fundamental. Resalta que la definición de praxis debe ser contextual y emancipatoria por naturaleza, que debe identificar y mitigar las condiciones que originan sufrimiento y considerar a las personas oprimidas como de riesgo mayor, y tener un enfoque altamente individualizado en cada interacción enfermera-paciente. También, debe considerar “las relaciones de poder inherentes en la cultura patriarcal, que evidencian la diferencia de poder entre el paciente y el profesional de la salud” (Georges, 2002, 83-85). Además sugiere que es necesario ampliar los horizontes sobre el entendimiento del sufrimiento que deben ir más allá del modelo eurocéntrico y apolítico dominante, el cual perpetúa y promueve el sufrimiento cuando se silencia la realidad política que lo causa. Para ello, Georges considera necesario crear una epistemología del sufrimiento en la que se incluya la dimensión política (Georges, 2004,254). Alerta a las enfermeras que hay que ser críticos

con la práctica basada en la evidencia ya que tiene un gran potencial para crear espacios biopolíticos en las instituciones sanitarias que no promueven la compasión como un elemento esencial para la práctica asistencial (Georges, 2008, 2011).

A modo de conclusión de este apartado, cabe mencionar que las propuestas de diferentes marcos conceptuales para comprender y abordar el fenómeno del sufrimiento en la praxis clínica son esperanzadoras y a la vez enriquecedoras para el ámbito académico y profesional de enfermería. Interesante es la sugerencia de la perspectiva aportada por Georges sobre la necesidad de considerar la dimensión política y el bio-poder en el estudio del sufrimiento en la práctica clínica, lo que ayudaría a su visibilización.

3. El sufrimiento en la práctica clínica: el sufrimiento añadido

Este apartado, incluye principalmente las fuentes de sufrimiento que emanan de la práctica clínica sobre sus principales protagonistas, los pacientes y sus familiares.

Estas fuentes, procedentes del entorno clínico se suman a las causas específicas de sufrimiento del problema de salud en los pacientes y su familia. A este sufrimiento lo he denominado "*añadido*" y se puede definir como el sufrimiento innecesario e inútil infligido a los pacientes y familiares por acciones/ conductas de los profesionales de la salud y factores derivados del entorno clínico (organización y políticas).

A continuación, se exponen brevemente las principales causas de este sufrimiento añadido e innecesario que emergen de la literatura consultada.

El dolor físico no resuelto. Esta situación sucede cuando el dolor físico no es tratado con analgesia adecuada o es tratado de forma tardía, causando sufrimiento. Estas actuaciones de algunos profesionales sanitarios quedaron reflejadas en una tesis doctoral que concluía que una parte de los profesionales médicos centran su priorización en el diagnóstico, considerando el dolor como algo secundario y las enfermeras manifestaban que no se utilizan siempre todas las medidas necesarias para controlar el dolor en los niños y, que su actuación está muy condicionada por la jerarquía médica (Ponsell, 2012).

"El dolor no tratado cuando es posible y asequible, es otra forma de hacer daño" (Marijuan, 2004, 140).

El dolor enjuiciado. Otra causa que se suma al sufrimiento es la falta de credibilidad que demuestran algunos profesionales sanitarios sobre las experiencias, vivencias que expresan los pacientes. "La negación de dolor por parte de los profesionales no tiene efectos analgésicos".

sicos. Tanto el dolor infligido como la discusión con el paciente sobre su situación de dolor son carga añadidas al sufrimiento de los demás” (Allué, 2004, 72-73).

Algunos profesionales dudan de las manifestaciones del paciente e incluso atribuyen sus reacciones a alguna inestabilidad psíquica. Esta situación ha sido definida como *dispatía* que consiste en “reconocer el sufrimiento del paciente pero enjuiciarlo de tal manera que se denigra su imagen o su autoestima” (Borrell, 2003, 785).

La información iatrogénica. La información proporcionada de forma incorrecta y sin respetar los deseos del paciente ni su capacidad para aguantarla causa iatrogenia grave; así como “la ausencia o insuficiente información son aspectos negativos que causan gran sufrimiento en los pacientes y familiares” (Bayes, 2004, 120). Es fundamental considerar que todo “encuentro clínico supone comunicación y ésta será más o menos beneficiante, generará mayor o menor sufrimiento, en razón de cómo se utilice” (Arranz, 2004, 131).

El tiempo de espera y la incertidumbre. Las situaciones que generan incertidumbre en el ámbito hospitalario son frecuentes y numerosas; entre ellas podemos destacar las fases pre-diagnósticas de cáncer u otras enfermedades crónicas o degenerativas, estancias largas, ingresos en unidades de cuidados intensivos, paliativos, etc. Estas experiencias van acompañadas de un gran impacto emocional. En un estudio se demostró que los tiempos de espera son percibidos como interminables para los pacientes y familiares en los hospitales, esto junto con la dificultades de comunicación y la falta de sensibilidad de algunos profesionales sanitarios es un frecuente semillero de sufrimiento evitable, que puede ser aliviado (Bayés, 2006).

Durante los ingresos hospitalarios, el paso del tiempo transcurre muy lentamente y ello implica que afloran sentimientos de desánimo, frustración, de injusticia, miedo, de invalidez, de carga familiar. Esta situación se complica cuando el ingreso es en las unidades de cuidados intensivos donde se relegan de forma temporal las necesidades emocionales sentidas por los pacientes que incidirán sobre su proceso de curación aumentando el sufrimiento (Solano, 2005, 33).

Los familiares tampoco se escapan del sufrimiento que les genera esperar información que les confirme la muerte de algún miembro de la familia. Ejemplo de ello, los familiares de las víctimas de catástrofes y accidentes, *es el esperar desesperado* (Medina, 2005).

Luchar contra el rol de enfermo. El contexto sanitario está preparado para atender a personas enfermas y, con frecuencia, se homogeneizan las necesidades de los pacientes según su diagnóstico. Los pacientes sufren al tener que negarse a asumir papeles establecidos para personas en su mismo estado, llegando incluso a pensar que su situación ha empeorado. La hospitalización es estresante para muchas personas porque pone de manifiesto su fragilidad, así como su exposición física y emocional y su pérdida de control (Pinheiro et al, 2014).

En un estudio sobre sus vivencias en el hospital, los pacientes manifestaron que tenían que reivindicar su autonomía y, a veces, acatar las órdenes de los profesionales como un autómatas, sin atreverse a discutirlos. “Parece que todo está prescrito, incluso a veces el dolor, me decían los médicos que con la infección que tenía, debía tener mucho dolor, y yo no tenía dolores” (González, 2005). En otras narraciones sobre su hospitalización, los pacientes declaran que el hospital es un entorno que no respeta su independencia y autonomía, y en donde no pueden relacionarse de manera íntima con sus seres queridos (Montoya, 2011).

Otros aspectos que añaden sufrimiento durante la hospitalización son: el ocultar su propio dolor y sufrimiento para no preocupar a la familia y tener que hablar constantemente sobre su estado, su dolor, su enfermedad, su tratamiento, sus pruebas a las visitas que recibe (Blanca et al, 2006).

La Deshumanización. El factor que más preocupa a los profesionales y pacientes, y es identificado como causa prioritaria de la deshumanización es la escasez de la relación terapéutica con los pacientes, la cual se agrava en el contexto hospitalario. Los profesionales verbalizan que la falta de tiempo es el principal factor debido a la priorización en la atención de las necesidades fisiológicas y a la realización de técnicas y protocolos que se les exige para su desempeño profesional. Como consecuencia de ello, reconocen que los pacientes y sus familiares no son tratados de la forma más adecuada, añadiendo sufrimiento (García et al., 2004). Otro factor que acrecienta el sufrimiento, es la agresividad de la tecnología; en algunas situaciones, parece que al sistema de salud no le importa ni la incomodidad, ni las consecuencias inesperadas, si con ello se fomenta el poder de los hospitales. Si esto se acepta, el dolor y sufrimiento quedan justificados (Hospital y Guallart, 2004).

Un estudio realizado a profesionales de enfermería, en el que el objetivo era identificar los conflictos éticos que se les presentaban durante la práctica asistencial, reveló que la situación más compleja era, ser observadores y/o participantes en la obstinación terapéutica al final de la vida. En segundo lugar, otra causa de conflicto era las dificultades para mantener la autonomía del paciente, luchar por defender las preferencias del paciente, –a veces en contra de otros miembros del equipo o de la familia–, y en tercer lugar, tener que proporcionar cuidados inadecuados o deficientes (Pavlish, 2011). A modo de conclusión del apartado, es fundamental resaltar que son numerosas las fuentes del sistema sanitario que añaden sufrimiento a los pacientes y sus familiares. No es suficiente con la reflexión sobre la deshumanización del sistema ni con la aplicación de los programas de humanización, sino que hay un imperativo moral de evitar el sufrimiento que ello provoca.

4. Conclusiones

En primer lugar, destacar que no existe un único concepto de sufrimiento y marco conceptual que guíe la práctica clínica; por tanto, es prioritario profundizar en la comprensión de esta experiencia humana teniendo en cuenta las variables sociales, culturales, políticas y el significado que cada paciente/familia le atribuye. Si los profesionales de la salud no valoran ni indagan sobre las dimensiones del sufrimiento, seguramente no entenderán la totalidad de la experiencia de la persona y, por tanto, las representaciones de los profesionales no coincidirán con la de los pacientes y familia, y ello afectará a la relación de confianza y por consiguiente a su alivio. En segundo lugar, es necesario dedicar más esfuerzo a la investigación sobre el sufrimiento generado por las acciones de los profesionales y por los factores organizativos y políticos, sólo así podremos visibilizar este sufrimiento añadido e innecesario en los pacientes y sus familiares, y evitar que aumente la vulnerabilidad y la desigualdad. En tercer lugar, es fundamental que los profesionales de la salud sean las voces esenciales de los pacientes; al ser testigos de su sufrimiento, tienen la responsabilidad moral de declararlo a las organizaciones. En último lugar, los contenidos sobre el sufrimiento deben ser incluidos con más profundidad en los planes de estudios de ciencias de la salud. Me gustaría finalizar diciendo que a pesar que el sufrimiento es una cuestión muy compleja, con frecuencia puede ser aliviado de forma sencilla.

Bibliografía

- Allué, M, (2004): El dolor en directo, en *Monografías Humanitas*. Fundación Medicina y Humanidades: Barcelona, 69-79.
- Amezcuca, M, (2000): Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados* 7(8), 60-67.
- Arranz, P, (2004): Información y comunicación con el enfermo como factor de prevención del dolor y el sufrimiento: la acogida, en *Monografías Humanitas*. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades.
- Barbero, J, Bayés, R, Gómez, M, Torrubia, P, (2007): Sufrimiento al final de la vida, *Medicina Paliativa* 14(2), 93-99.
- Bayés, R, (2004): Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario, pequeños esfuerzos, grandes ganancias, en *Monografías Humanitas*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades.
- Bayes, R, (2006): Cuidados críticos y sufrimiento, *Medicina Clínica* 126 (15), 576-8.
- Blanca, J, Muñoz, R, Hervás, J, Alba, CM, (2006): El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo, *Index de Enfermería* 15, 52-53.
- Borrell, F, (2003): Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía, *Medicina Clínica* 121(20), 785-6.
- Callahan, D, (2004): Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas, en *Monografías Humanitas*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades.

- Cassell, EJ, (1982): The nature of suffering and the goals of medicine, *New England Journal of Medicine* 306(11),639-645
- Díaz, J, (2008): El sufrimiento medicalizado, *Cultura de los Cuidados* 23, 50-58.
- Eriksson, K, (1997): Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring, *Adv Pract Nursing Q* 3(1),8-13.
- Eriksson, K, (2011): Teoría del cuidado caritativo, en Raile, M, Marriner, A , *Modelos y teorías de enfermería*, Barcelona: Elsevier, 190-207.
- Georges, J. (2002): Suffering: Toward a Contextual Praxis, *Advances in nursing Science* 25 (1),79-86.
- Georges, J, (2004): The politics of suffering. Implications for Nursing Science, *Advances in nursing Science* 27 (4), 250-256.
- Georges, J, (2011): Evidence of the Unspeakable, Biopower, Compassion, and Nursing, *Advances in Nursing Science* 34(2), 130-135.
- González, J, (2005): Lo importante no es lo que pasa, sino cómo lo recibes. Pilar y su operación de vesícula, *Arch Memoria* 2.
- Hospital, ML, Guallart, R, (2004): Humanización y tecnología sanitaria, *Index de Enfermería* 46 (13), 49-53.
- Kleinman A, Benson P, (2004) La vida moral de los que sufren de la enfermedad y el fracaso existencial de la medicina en *Monografías Humanitas*, Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades, 17-26.
- Le Breton, D, (1999): *Antropología del dolor*, Barcelona: Ediciones Seix Barral.
- Madrid, A, (2010): *La política y la justicia del sufrimiento*, Madrid: Mínima Trotta.
- Marijuan. M, (2004): El tratamiento del dolor y sus problemas éticos, en: Couceiro, A. (ed): *Ética en cuidados paliativos*, Madrid: Triacastela, 129-143.
- Medina, M, (2005): Acompañar en el silencio, *Index Enfermer* 14, 48-49.
- Montoya, R, Schmidt, J, Prados, d, (2006): En busca de una definición transcultural del sufrimiento: una revisión bibliográfica, *Cultura de los cuidados* 20, 117-120
- Montoya, R, (2011): Tesis doctoral. Dimensión emocional y significado de la experiencia de sufrimiento al final de la vida: estudio cuantitativo-cualitativo en pacientes con enfermedad terminal.
- Morse, J, (2001): Toward a Praxis Theory of Suffering, *Advances in nursing Science* 24, 47-59.
- Orellana, I, (1999): *Pedagogía del dolor*, Madrid: Palabra.
- Pavlish, C ; Brown-Saltzman,K; Hersh, M ; Shirk, M; Rounkle,A, (2011): Nursing Priorities, Actions, and Regrets for Ethical Situations in Clinical Practice, *Journal of Nursing Scholarship* 43(4), 385-395.
- Pinheiro, E, de Oliveira, F, Ramos Costa, I, Oliveira, R, Santos, M, Batista, V, (2014): Human suffering and nursing: multiple views. *Esc. Anna Nery* 18 (1).
- Ponsell, E, (2012). Tesis doctoral. Percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el manejo del dolor infantil y atención a la familia en el ámbito de la atención hospitalizada en Mallorca.
- Saunders, C, Baines, M, (1983). *Living with dying: The management of terminal disease*. 1st edition. Oxford:Oxford University Press.
- Solano, MC, Siles, J, (2005): Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos, *Index de Enfermería* 51, 29-33.
- Thumala, D, (2003): Modernidad y sufrimiento: algunos elementos para la comprensión de la significación cultural de la experiencia del sufrimiento, *Revista Mad. Departamento de Antropología*. Universidad de Chile.
- Torralba, F, (2007): Aproximación a la esencia del sufrimiento, *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 30(3), 23-37.