



Revista Colombiana de Anestesiología

ISSN: 0120-3347

SCARE-Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

Rivera-Largacha, Silvia; Prieto, Armando Steven; Londoño, Diego Enrique

Analysis of the representations of pain in healthcare professionals from a IV level hospital in Bogotá, Colombia

Revista Colombiana de Anestesiología, vol. 46, no. 3, 2018, July-September, pp. 202-207
SCARE-Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación

DOI: 10.1097/CJ9.0000000000000056

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195159729004>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's webpage in redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Scientific Information System Redalyc
Network of Scientific Journals from Latin America and the Caribbean, Spain and Portugal
Project academic non-profit, developed under the open access initiative



Análisis de las representaciones del dolor en profesionales de la salud de un hospital de IV nivel en Bogotá-Colombia

Analysis of the representations of pain in healthcare professionals from a IV level hospital in Bogotá, Colombia

Silvia Rivera-Largacha^{a,b}, Armando Steven Prieto^{a,b},
Diego Enrique Londoño^{a,b,c}

^a Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá Colombia

^c Programa de Psicología. Universidad Manuela Beltrán, Bogotá Colombia.

Palabras clave: Investigación Qualitativa, Web Semántica, Anestesia, Prestación de la Atención de la Salud, Dolor

Keywords: Qualitative Research, Semantic Web, Anesthesia, Delivery of Health Care, Pain

Resumen

Introducción: El dolor es una manifestación difícil de objetivar. Su comprensión y manejo por parte del personal clínico no solo se basa en conceptos científicos, sino en representaciones afectadas por la subjetividad.

Objetivos: Describir las representaciones sociales del dolor en el discurso y en el comportamiento del personal de un hospital de I Bogotá.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal cualitativo utilizando dos técnicas de recolección: i. entrevistas semi-estructuradas ($n=45$), incluyendo la técnica de redes semánticas naturales; ii. una observación no participante con diario de campo.

Resultados: En la red semántica natural se encontraron muchos descriptores mencionados por los participantes ($n=88$). Los términos relativos a la experiencia emocional son los más mencionados, seguidos por los relativos a la atención médica. En

la observación de campo se identifica una gran diversidad en la manera de entender el dolor, marcada por una tendencia a desestimar los aspectos subjetivos del dolor.

Conclusión: Los datos, que pueden ser representativos de instituciones similares contexto de Colombia y Latinoamérica, muestran que ha aumentado el interés por abordar el dolor como prioridad en el tratamiento integral del paciente. Sin embargo falta promover aún estrategias que permitan al personal establecer una comunicación más asertiva, y una identificación y legitimación de las emociones y del sufrimiento subjetivo del paciente con dolor.

Abstract

Introduction: Pain is a manifestation difficult to describe objectively. Understanding and managing pain by the clinical staff is not just based on scientific concepts, but on representations affected by subjectivity.

Cómo citar este artículo: Rivera-Largacha S, Prieto AS, Londoño DE. Análisis de las representaciones del dolor en profesionales de la salud de un hospital de IV nivel en Bogotá-Colombia. Rev Colomb Anestesiol. 2018;46:203-208.

Read the English version of this article at: <http://links.lww.com/RCA/A122>

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Calle 63d bis No. 24-48. Universidad del Rosario, Sede Quinta de Mutis. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: silvia.rivera@urosario.edu.co

Rev Colomb Anestesiol (2018) 46:3

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000056>

Objective: To describe the social representations of pain in the discourse and behavior of the healthcare staff in a medical hospital in Bogotá.

Materials and methods: A qualitative, descriptive, cross-sectional trial was conducted using 2 data collection techniques: (i) semi-structured interviews ($n=45$), including the natural semantics networks technique; (ii) a non-participant observation with a field diary.

Results: In the natural semantic network, many descriptors mentioned by the participants ($n=88$) were identified. The terms referring to the emotional experience were mentioned more often, followed by terms referring to medical care. The field observation identifies a broad diversity in the way pain is understood, marked by a trend to underestimate the subjective aspects of pain.

Conclusion: The data, which may be representative of similar institutions in the Colombian and Latin American context, illustrate that there has been a growing interest in approaching pain as a priority in the comprehensive management of the patient. However, strategies are yet to be promoted that result in a more assertive communication, and an identification and legitimization of emotions and subjective suffering of the patient in pain.

Introducción

En este artículo se propone un análisis sobre las representaciones sociales del dolor del personal de un hospital de cuarto nivel en Bogotá - Colombia, reflexionando sobre la manera como estas sirven para interpretar y actuar frente a la atención del dolor.

A mediados del siglo XX, John Bonica, Cicely Saunders entre otros, inauguran una nueva forma de estudio y manejo diferencial del dolor, entendiéndolo e interviniéndolo de acuerdo con su origen orgánico preciso y con las particularidades psicológicas y sociales del paciente¹ y permitiendo abordar formas de dolor que hasta entonces habían sido desatendidas o desestimadas, como el dolor postoperatorio, crónico, en enfermos terminales, entre otros.² Estas nuevas aproximaciones entienden el dolor como una "experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes emocionales, sensoriales, cognitivos y sociales" - de acuerdo con la definición propuesta por la IASP en 2016.³

La expresión y la comprensión del dolor tiene una doble dificultad, puesto que el fenómeno del dolor implica problemas de comunicación en el encuentro de dos subjetividades (quien lo padece y quien recibe la queja).^{4,5} El dolor es también una emoción^{6,7} por eso es difícil probar su existencia o medir su intensidad.^{6,8}

El dolor es además un fenómeno social, pues es percibido desde referentes culturales,⁹⁻¹³ desde los que el paciente intenta comunicar la experiencia sufrida y el profesional de la salud identificarla y entender sus dimensiones.¹⁴ La dificultad del manejo del dolor es que

frecuentemente se subestima la subjetividad y la vivencia personal e individual de éste¹⁵ y se tiende a privilegiar factores biológicos o estrictamente médicos.¹⁶ Todo esto conlleva a una comprensión y evaluación disímil del dolor entre el doliente y el personal de salud,¹⁷ y a un mal manejo del mismo. Por esto, un estudio cualitativo sobre esta problemática es indispensable para comprender las problemáticas de comunicación entre pacientes y tratantes.¹⁸

Los retos que tiene el nuevo paradigma de estudio y manejo del dolor inaugurado por Saunders y Bonica y retomado en las propuestas de la IASP, no exigen solo un cambio en los conocimientos médico del equipo tratante,¹⁹ sino la transformación de la comunicación y de comprensión del dolor contenidas en las creencias, los prejuicios, los estereotipos y los imaginarios del personal de salud frente a la "conducta dolorosa".²⁰⁻²²

Materiales y métodos

Esta investigación se sustenta desde la teoría de las representaciones sociales de Moscovici²³ que dan cuenta de la manera como cualquier persona aprende los acontecimientos y las informaciones de su contexto.²⁴ Las representaciones sociales se forman de palabras y actos, que emergen de narrativas, donde conviven discursos legos y oficiales.^{25,26}

El objetivo del presente trabajo es ubicar en el discurso y comportamiento de los profesionales de un hospital, la manera cómo acogen y dan sentido a las manifestaciones del dolor orientando desde allí su actitud con sus pacientes.

Los resultados muestran que las representaciones sociales del dolor no se restringen exclusivamente a los conceptos y protocolos formalizados en el debate científico o en la institución hospitalaria,^{27,28} sino que estas conviven con teorías legas y con referentes subjetivos.

El presente es un estudio descriptivo transversal de carácter cualitativo. Se usaron dos técnicas de recolección de información: ($n=45$) entrevistas semi-estructuradas que incluyeron el uso de redes semánticas naturales (RSN) en donde se pedía a los participantes hacer una lista de 5 palabras (evocaciones) que definieran la noción de dolor y organizarlas según la pertinencia percibida. Las RSN permiten rastrear en grupos sociales las representaciones que las personas atribuyen a un término.²⁹ Además durante seis meses se hizo una observación (no participante) consignada en un diario de campo que incluyó: actitudes, comportamientos y expresiones relativas al dolor y la atención de pacientes con dolor.

Las entrevistas fueron realizadas a informantes claves dentro de la institución. Estas fueron grabadas, transcritas y luego analizadas con el programa Atlas-ti 6, para visualizar los elementos más importantes.

La presente investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad del Rosario, clasificada como una

investigación de bajo riesgo, el 9 de marzo de 2015 mediante el acta 281 y número de referencia CEI-ABN026-000070.

Análisis de datos

Los datos de la observación y la RSN fueron organizados en nodos semánticos de forma que se pudiera hacer una triangulación de la información.

Los resultados de la RSN arrojaron un gran número de descriptores mencionados por los participantes ($n=88$). Estos se clasificaron de dos maneras: de acuerdo a la profesión y nivel de formación de quien los mencionaba, y por asociación semántica, es decir que se organizaron por núcleos de significado comunes que hacen referencia a las distintas perspectivas desde las que se puede entender el dolor, estableciéndose cuatro nodos semánticos.

Nodo 1. Experiencia emocional y cognitiva: incluye términos relativos a la afectación de la emocionalidad y/o de las capacidades cognitivas (angustia, tristeza, sufrimiento, etc.) Subcategorías: duelo y pérdida, elementos psicológicos, elementos relationales y elementos relativos a la experiencia). (Tabla 1).

Tabla 1. Experiencia emocional y cognitiva

Nodo Semántico	Frecuencia Acumulada de menciones	Promedio de Jerarquía
1. Experiencia Emocional y Cognitiva	99	3,35
Duelo y pérdida	6	3,33
Elementos Psicológicos	40	2,85
Angustia	13	1,8
Sufrimiento	12	1,8
Estrés	2	5
Subjetividad	1	4
Elementos Relacionales	5	4
Comunicación con el paciente	3	5
Elementos relativos a la experiencia	48	3,2
Desagradable	13	2
Desesperanza	16	3,7
Desgaste	2	3,5

Fuente: (RSN) extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el equipo de investigación dentro del proyecto.

Tabla 2. Fenómeno biológico

Nodo Semántico	Frecuencia Acumulada de menciones	Promedio de Jerarquía
2. Fenómeno Biológico	18	2,93
Sensopercepción	8	2
Sensación	5	3
Efectos del dolor	3	3,33
Trauma	1	4
Mecanismo de alerta	7	3,46
Indicador de daño	4	4,15

Fuente: (RSN) extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el equipo de investigación dentro del proyecto.

Nodo 2. Fenómeno biológico y sensorial: abarca términos relativos a elementos biológicos y senso-perceptivos del dolor (Alerta, percepción, indicador de daño, etc.) Subcategorías: senso-percepción, mecanismo de alerta y efectos del dolor. (Tabla 2).

Nodo 3. Realidad socio-política: reúne términos relativos a la realidad social, política y económica del dolor en el contexto médico y de los pacientes (derecho fundamental, influencia cultural, vulnerabilidad, aislamiento, etc.) Subcategorías: Aspectos políticos y económicos, aspectos sociales e influencia cultural. (Tabla 3).

Nodo 4. Atención médica: agrupa términos relativos a elementos relationales y de la experiencia de la práctica médica (dificultad de medición, dolor como amigo, multifactorial, etc.), relativos a las prácticas de intervención

Tabla 3. Realidad socio-política

Nodo Semántico	Frecuencia Acumulada de menciones	Promedio de Jerarquía
3. Realidad socio-política	19	3,6
Aspectos políticos y económicos	7	3,8
Vulnerabilidad	3	4,7
Aspectos sociales	7	3,1
Mala calidad de vida	3	2
Influencia Cultural	5	4
Expresión del dolor	4	4,5

Fuente: (RSN) extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el equipo de investigación dentro del proyecto.

Tabla 4. Atención médica

Nodo Semántico	Frecuencia Acumulada de menciones	Promedio de Jerarquía
4. Atención Médica	45	3,4
Diagnóstico	21	3,44
Objetividad	1	5
Tratamiento	10	3,9
Enfermedad	3	4,3
Distinción dolor crónico/agudo	2	2,5
Elementos Relacionales	14	2,8
Frustración	2	2
Impotencia	3	4

Fuente: (RSN) extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el equipo de investigación dentro del proyecto.

dentro de los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento del dolor. Subcategorías: diagnóstico, tratamiento y elementos relationales (**Tabla 4**).

Resultados

En los resultados presentados (**Tabla 5**) se observa una prevalencia de términos relativos a la experiencia emocional (99 menciones de términos, posición en la jerarquía 3,35), seguido por términos relativos a la atención médica, el nodo semántico 4 (45 menciones de términos, posición en la jerarquía 3,4), luego el nodo semántico relativo a aspectos sociopolíticos del dolor con 19 menciones de términos, posición en la jerarquía 3,6) y finalmente el nodo semántico 2 asociado a lo biológico del dolor (18 menciones de términos, posición en la jerarquía 2,9).

Siguiendo con los datos recogidos en el diario de campo, se pudo identificar una gran diversidad en la manera de entender y tratar el dolor, dependiendo del servicio hospitalario, el nivel educativo, la especialidad, la trayectoria y los objetivos clínicos dominantes en cada espacio hospitalario y cada especialidad clínica. A pesar de esta gran diversidad, parece darse en general una tendencia a desestimar los aspectos subjetivos del dolor. En este sentido el personal clínico tiende a ver el dolor como una manifestación más bien incómoda de la subjetividad del paciente. A pesar de los esfuerzos que han sido puestos en marcha en este hospital, usando como herramienta principal de formación el curso virtual “Change Pain” y en la intervención el diseño de protocolos, los profesionales siguen tendiendo a sistematizar el diagnóstico del dolor desde una mirada reduccionista y generalmente

Tabla 5. Red semántica natural - dolor

Nodos Semánticos	Frecuencia Acumulada de menciones	Promedio de jerarquía
1. Experiencia emocional y cognitiva	99	3,35
Experiencia y afecto	6	3,33
Elementos psicológicos	40	2,84
Elementos relationales	5	4
Elementos relativos a la experiencia	48	3,25
2. Fenómeno biológico	18	2,9
Sensopercepción	8	2
Mecanismo de alerta	7	3,46
Efectos del dolor	3	3,33
3. Realidad socio-política	19	3,6
Aspectos políticos y económicos	7	3,8
Aspectos sociales	7	3,1
Influencia cultural	5	4
4. Atención Médica	45	3,4
Diagnóstico	21	3,44
Tratamiento	10	3,9
Elementos relationales	14	2,85

Fuente: (RSN) extraída de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el equipo de investigación dentro del proyecto.

guiada por la necesidad del clínico de identificar indicadores de progreso en los pacientes. En general se pudo observar que aunque existe un interés por dar atención adecuada al dolor, no hay aún una coordinación completa de los equipos de trabajo.

Discusión

Se encontró una marcada tendencia a definir el dolor a partir de elementos que dan cuenta de una experiencia de angustia y sufrimiento (predominio de categorías del nodo 1), donde la comunicación con el paciente se hace difícil. Una experiencia desagradable, en la cual se es susceptible de sentir frustración, significando un desgaste emocional entre el personal clínico. Un segundo elemento resaltado

en la RSN es la importancia que se da a la atención médica del dolor, que se centra en una clara preocupación por el diagnóstico del dolor y su objetivación. Se trata de una preocupación por lograr un grado de certeza aceptable en la identificación del dolor, a través de medios distintos al reporte del paciente, frente al cual hay desconfianza (nodo 4), a pesar de que la teoría contemporánea señala el auto reporte como parte esencial de la evaluación. Por otro lado, aunque presentes dentro de la visión del dolor, los elementos biológicos (nodo 2), sociales y culturales (nodo 3) fueron los menos resaltados en la definición.

En la RSN se muestra un predominio de categorías referentes al aspecto emocional y cognitivo del dolor. Sin embargo, al contrastar esta con los contenidos más amplios de las entrevistas, se encuentra una dificultad para identificar a quien se le atribuye la pertenencia de estas emociones. Cuando los profesionales de la salud hablan de la angustia, sufrimiento, entre otros, se encuentra entonces una indiferenciación de las experiencias emocionales del profesional y del paciente. Sin embargo frente a esta situación, lo que pudo verse en el trabajo de campo es que, frecuentemente, el personal clínico tiende a ignorar los afectos del paciente concentrándose en los aspectos técnicos de su trabajo. La disminución de la preocupación con respecto al sufrimiento del paciente es una reacción frecuente en situaciones donde el desbordamiento de los afectos—en especial la angustia derivada del sufrimiento—es vivido como una experiencia incómoda e incluso de peligro para la propia integridad psicológica.³⁰

En el hospital, los escenarios donde más frecuentemente se da atención a la subjetividad del malestar, son en algunos momentos particulares de la atención en clínica del dolor, fisioterapia y la atención de algunos residentes e internos en medicina. A pesar de haber un discurso oficial referente a la importancia por dar una atención eficiente y adecuada frente al dolor, existen pocos recursos de tiempo y espacios de acompañamiento al personal clínico para desarrollar sus habilidades de apoyo psicológico y comunicación. De igual forma son pocos los espacios de comunicación del personal clínico en los que se dé la posibilidad de atender el dolor de manera transdisciplinaria o logrando una comunicación eficiente. Finalmente a pesar de los esfuerzos institucionales, aún son muy limitados los recursos que se ofrecen al personal clínico, para crear una cultura del autocuidado que les permita protegerse psicológicamente de situaciones de interacción difíciles.

Hay un elemento sobre lo relacional que es de difícil interpretación. En el nodo 4 parece tener una gran relevancia (hay 14 menciones, con una jerarquía promedio de 2,8). Sin embargo, en el nodo 1 (**Tabla 2**) los términos referentes a lo relacional son mucho menos relevantes (5 menciones con una jerarquía promedio de 4). Se puede interpretar desde la RSN y desde los análisis de las entrevistas, que hay muy poca comprensión entre los

clínicos del impacto que tienen las emociones en la constitución y el funcionamiento de las relaciones. A nivel del trato con el paciente, esto se traduce entre los clínicos en dificultades en el establecimiento de una relación terapéutica orientada por el afán de obtener resultados inmediatos. Los clínicos prefieren tener el dominio del tratamiento y para ello se posicionan desde una relación jerárquica con el paciente, donde las emociones de este último, sólo son tenidas en cuenta si sirven para legitimar una relación jerárquica entre este y el clínico. Por eso, lo relacional tiene mayor importancia en la atención médica, entendida como una relación jerárquica en donde el personal clínico tiene la verdad sobre la enfermedad y el dolor del paciente.

El desinterés o desconocimiento de muchos de los participantes sobre los aspectos técnicos del origen y el manejo del dolor como fenómeno biológico y sensorial dan cuenta de una escasa apropiación de las nociones y formas de abordaje de lo que hemos llamado “el nuevo paradigma”, y la prevalencia de teorías legas o desactualizadas sobre el abordaje clínico del dolor. Hay una tendencia marcada de desinformación en el personal de enfermería, quienes suelen dar definiciones del dolor a partir de términos coloquiales y teorías legas, centrados en características emocionales y elementos relativos al desgaste. Esto se puede explicar por las barreras en la educación del personal clínico, que hacen difícil la expansión y la incorporación de este nuevo paradigma. Algunos de nuestros informantes clave reconocieron que la alta rotación del personal hacía que se perdieran muchos aprendizajes logrados por el Change-pain y la experiencia. Finalmente, en el diario de campo se evidenció que existen problemas institucionales, administrativos y económicos, en los que el número limitado de persona, la atención a aspectos menos subjetivos de la enfermedad y la escasez de tiempo para la escucha relegan a un segundo plano la atención de los equipos en torno a un abordaje integral del paciente con dolor.

Es de anotar la gran importancia que ha adquirido a nivel institucional la “Clínica de dolor” creada en el hospital hace 10 años. La percepción del personal hospitalario con respecto al trabajo de este equipo es muy positiva. Sin embargo muchas veces los profesionales acuden a este grupo como último recurso, cuando sus herramientas se agotan, sin que necesariamente hayan logrado transformar sus propias herramientas o hayan aumentado sus capacidades de comunicación y discernimiento para brindar un mejor manejo del dolor. El reto para toda la institución y los profesionales que en ella laboran, es que este nuevo paradigma de comprensión y manejo del dolor, que ha sido estudiado e incorporado por los profesionales de la Clínica del dolor, encuentre un anclaje definitivo en la cultura institucional del hospital. Esto permitiría tener una mejoría en el tratamiento integral de los pacientes y una dignificación del rol del personal hospitalario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de los sujetos referidos en el artículo (profesionales de la salud que laboran en el hospital al que se refiere el artículo).

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los sujetos referidos en el artículo (profesionales de la salud que laboran en el hospital al que se refiere el artículo). Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Esta investigación se ajustó a la normatividad vigente en Colombia (resolución nº 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, y la ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta la labor del psicólogo; haciendo especial énfasis en el capítulo VII de dicha ley). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Rosario y el Comité de Investigación del hospital donde fue realizado el estudio.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflicto de interés con la presente investigación.

Financiación

La presente investigación contó con la financiación del FIUR (Fondo de Investigación Universidad del Rosario (2016)).

Agradecimientos

Agradecemos a los doctores Jhon Jairo Hernández, Nancy Moreno, Juan Rafael López, Jairo Moyano, y Claudia Cortés por sus aportes.

Referencias

1. Meldrum ML. A capsule history of pain management. *JAMA* 2003;290:2470–2475.
2. Moscoso J. Historia cultural del dolor. Prisa ediciones, Madrid:2011.
3. Williams A, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* 2016;157:2420–2423.
4. Le Breton D. Antropología del dolor. Seix Barral, Barcelona:1999.
5. Leriche R. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine? In: Encyclopédie française, VI; 1936.
6. Peter JP. Sommeil, rêve, anesthésie, somnambulisme: le problème de la conscience dans les représentations de l'homme en sommeil. *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 1996;4:578–592.
7. Macknik S, Martinez-Conde S. No brain, no pain: Pain is an emotion. *Sci Am Mind* 2016;25:50–54.
8. Osborne M, Rodham K. Insights into pain: A review of qualitative research. *Br J Pain* 2010;4:2–7.
9. Morris D. The culture of pain. University of California Press, Berkeley, CA:1991.
10. Bogalska-Martin E. La souffrance comme expérience partagée. *Socio-anthropologie* 2007;21:87–106.
11. Best S. The social construction of pain: an evaluation. *Disabil Soc* 2007;22:161–171.
12. Lin F, He D, Jin Y, Tao Y, Jiang Z. Mapping the central structure core in social representation of pain. *J Appl Soc Psycho* 2013;43:1931–1945.
13. Martin-Mattera P, Ly-Thanh-Huê , Garnier F, Huez JF, Benoit V. Les lombalgies chroniques: symptôme ou pas symptôme? *Evol Psychiatr* 2010;75:607–620.
14. Wilson H. The myth of objectivity: Is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Fam Pract* 2000;17: 203–209.
15. Bendelow G, Williams SJ. Transcending the dualism: Towards a sociology of pain. *Soc Health Illn* 1995;17:139–165.
16. Price K, Cheek J. Exploring the nursing role in pain management from a post-structuralist perspective. *J Adv Nurs* 1996;24:899–904.
17. Briggs M, Dean KL. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. *J Clin Nurs* 1998;7:155–163.
18. Coyle NP, Tickoo R. Qualitative research: What this research paradigm has to offer to the understanding of pain. *Pain Med* 2007;8:205–206.
19. Clarke KA, Iphofen R. Believing the patient with chronic pain: A review of the literature. *Br J Nurs* 2005;14:490–493.
20. Tait RC, Chibnall JT. Physician judgments of chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1997;45:1199–1205.
21. Kappesser J, Williams A. Pain and negative emotions in the face: Judgements by health care professionals. *Pain* 2002;99:197–206.
22. Montali L, Monica C, Riva P, Cipriani R. Conflicting representations of pain: A qualitative analysis of health care professionals' discourse. *Pain Med* 2011;12:1585–1593.
23. Moscovici S, Herzlich C. Foreword. *Health and illness: A social psychological analysis* Academic Press, London/New York:1973;p. ix–xiv.
24. Jodelet D, Moscovici S. La representación social, fenómenos, concepto, teoría. *Psicología social*, Volumen 2 Editorial Paidós, Barcelona:1986.
25. Boltanski L. La découverte de la maladie. *Annales Économies, Sociétés, Civilisations* 1971;26:247–249.
26. Viveros M. La problemática de la representación social para los estudios de salud y enfermedad. *Boletín Socioeconómico* 1993;26:120–140.
27. Pryma J. "Even my sister says I'm acting like a crazy to get a check": Race, gender, and moral boundary-work in women's claims of disabling chronic pain. *Soc Sci Med* 2017;181:66–73.
28. Kløjgaard ME, Manniche C, Pedersen LB, Bech M, Søgaard R. Patient preferences for treatment of low back pain: A discrete choice experiment. *Value Health* 2014;17:390–396.
29. Pérez Cruz O. Redes Semánticas Naturales: Anotaciones metodológicas para el análisis de las representaciones sociales. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales* 2015;27:
30. Wiseman T. A concept analysis of empathy. *J Adv Nurs* 1996; 23:1162–1167.