

Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno*

Discovering the feelings and behaviors experienced by the elderly with chronic benign pain

Alejandra María Alvarado García¹

Ángela María Salazar Maya²

1. Enfermera. Doctora en Enfermería docente. Universidad de la Sabana. Chía-Cundinamarca. Colombia.

2. Enfermera. Doctora en Enfermería docente. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia.

Correspondencia:

Alejandra María Alvarado García

Universidad de la Sabana

Chía-Cundinamarca (Colombia)

Tel.: +57 1 8615555 (ext. 27302)

Correo electrónico: alejandra.alvarado@unisabana.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Describir los comportamientos y sentimientos que experimentan los adultos mayores no institucionalizados frente al dolor crónico benigno.

Métodos: Estudio cualitativo tipo teoría fundamentada a 25 adultos mayores con dolor crónico benigno residentes en las ciudades de Medellín y Bogotá. La técnica utilizada para recolectar la información fue la entrevista en profundidad. El análisis se hizo utilizando las herramientas de la teoría fundamentada bajo los lineamientos de Strauss y Corbin.

Resultados: El estudio arrojó dos categorías principales, las cuales se nutren de códigos que dan muestra de los comportamientos y sentimientos percibidos por los adultos mayores. El adulto mayor decide expresar su comportamiento a través del llanto, la manipulación frente a los miembros de su familia, mientras que otros al contrario lo callan y esconden su dolor frente a la familia. Aparecen una serie de sentimientos y emociones como la angustia, la tristeza, el miedo, el estrés, la impotencia, la desesperanza y el aislamiento, los cuales dan cuenta de una nueva perspectiva que lleva a entender aún más cómo la experiencia del dolor crónico impacta en todas las dimensiones de los adultos mayores.

Conclusiones: El estudio permitió describir los comportamientos y sentimientos de los adultos mayores no institucionalizados frente al dolor crónico benigno y a su experiencia con los servicios de salud. Esta mezcla de emociones sugiere un posterior agotamiento físico y mental en el adulto mayor despojándolo de toda su energía y arrastrándolo a experimentar emociones negativas que agudizarán sus síntomas y afectarán a otras funciones normales de su cuerpo.

PALABRAS CLAVE: emociones, anciano, dolor crónico, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective: To describe the behaviors and feelings experienced by noninstitutionalized elderly against chronic benign pain.

Methods: A qualitative study based theory type 25 older adults with chronic pain benign residents in the city of Medellín and Bogotá. The technique used to collect the data was the interview in depth. The analysis was done using the tools of the theory based on the guidelines of Strauss and Corbin.

Results: The study threw 2 main categories, which are fed by codes that demonstrate the behaviors and feelings perceived by the elderly. The elderly decides to express their behaviors through crying, manipulation against members of his family, while others fall silent to the contrary and hide their pain in front of his family. A series of feelings and emotions such as anxiety, sadness, fear, stress, helplessness, hopelessness and isolation, which account for a new perspective that leads to further understand how the experience of chronic pain occur hits in all dimensions of older adults.

Conclusions: The study allowed describing the behaviors and feelings of noninstitutionalized elderly against chronic benign pain and their experience with health services. This mix of emotions suggests a subsequent physical and mental exhaustion in the elderly stripping him of all his energy and dragging to experience negative emotions that exacerbate their symptoms and affect other normal functions of your body.

KEYWORDS: emotions, aged, chronic pain, qualitative research.

* Artículo derivado de la investigación: "Hacia el desarrollo de una Teoría de Mediano rango en el envejecimiento", para optar al título Doctora en Enfermería en la Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia). Con el apoyo económico de COLCIENCIAS.

■ INTRODUCCIÓN

El dolor crónico se ha convertido en un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional por las múltiples repercusiones que afectan a la vida de las personas que lo padecen. Por otro lado, el cambio en la pirámide poblacional hace que este problema se haga más evidente. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) informa que, en 2006, 1 de cada 9 personas (688 millones) tenían 60 o más años de edad y se prevé una relación de 1 por cada 5 (casi 2 mil millones) para el año 2050¹. Esto indica que el envejecimiento demográfico es una realidad, y por ende los problemas de salud asociados a la edad avanzada se agravarán en las próximas décadas².

El dolor crónico afecta a las dimensiones física, psicológica, social, espiritual y económica de la vida de la persona, la familia y la sociedad. Sus consecuencias incluyen trastornos del sueño, disminución de la socialización, del apetito, de las habilidades para realizar actividades de la vida diaria, cambios de humor, deambulación deteriorada que llevan al agotamiento, debilidad, cansancio, deterioro físico progresivo, depresión, ansiedad, frustración, ira, cambios de personalidad³.

Dado su carácter multidimensional, la experiencia de dolor se ve afectada tanto por la interacción de los factores cognitivos, afectivos y sensitivos de dicha experiencia como por otros factores psicológicos y contextuales⁴.

El modo como el individuo afronte el dolor, determinados tipos de creencias y factores como el estado de ánimo o el estrés pueden modificar la experiencia de dolor en todas sus dimensiones. Frente a esto se hace relevante conocer cuáles son los comportamientos y sentimientos que emergen de los adultos mayores con dolor crónico benigno con el fin de comprender su experiencia y brindar una atención de calidad que permita satisfacer sus necesidades y hacer una intervención oportuna que dé respuesta a su condición de salud.

■ MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, con enfoque en la teoría fundamentada, a 25 adultos mayores con dolor crónico benigno residentes en las ciudades de Medellín, Bogotá y municipios aledaños. Dentro de los criterios de inclusión estaba presentar un dolor crónico no oncológico por un tiempo mayor de 6 meses y que no se encontraran institucionalizados, además de que no presentaran deterioro cognitivo. La técnica de recolección de la información fue a través de entrevistas en profundidad y el análisis se realizó basándose en los parámetros propuestos por Strauss y Corbin⁵. La investigación fue clasificada como de bajo riesgo según los criterios de la reglamentación nacional – Resolución 008430 de 1993⁶. A su vez, el trabajo fue avalado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Se tuvieron en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia, veracidad y fidelidad, el derecho a la confidencialidad y privacidad, el derecho a la autodeterminación y a ser informados sobre la naturaleza de la investigación, los beneficios potenciales y las molestias que pudiera representar el estudio para los participantes⁷. La participación en la investigación fue una decisión libre y autónoma de los individuos. Para garantizar el cumplimiento de estos principios se elaboró y aplicó un formato de consentimiento informado, lo que permitió a los participantes tomar la libre decisión de participar o no en el estudio⁸.

■ RESULTADOS

El total de participantes fue de 25 (16 mujeres y 9 hombres); la edad estuvo comprendida entre los 60 años y más: 12 participantes entre los 60 y 70 años, 9 entre los 71 y 80 años, y 4 mayores de 80 años; el promedio de edad fue de 70,5 años; 23 de ellos saben leer y escribir y dos de ellos ni leen ni escriben. En cuanto al nivel de escolaridad, hay siete con primaria incompleta, dos con primaria completa, cinco con bachillerato incompleto, cuatro con bachillerato completo, cinco son técnicos, uno tiene estudios universitarios incompletos y uno estudios universitarios completos. Con respecto al estado civil, dos son solteros, catorce casados, dos separados, cinco viudos y dos tienen unión libre. Con relación a la ocupación actual, trece se encuentran en el hogar, dos son empleados y diez jubilados. Los estratos socioeconómicos* que más predominaron fueron el 3 y el 4 con 8 y 7 participantes, respectivamente, tres en el estrato 1, cinco en el estrato 2 y dos en el estrato 5⁸.

El análisis de los resultados arrojó una serie de categorías que enmarcan los sentimientos y comportamientos que emergen de la experiencia de los adultos mayores con dolor crónico benigno.

Emergiendo los nuevos comportamientos

Los adultos mayores encuentran diversos comportamientos para expresar su dolor, los cuales se pueden resumir en tres grandes grupos: aquellos que deciden expresarlo usando el llanto como señal, quienes deciden callarlo y lo que hacen es disfrazarlo o esconderlo, y quienes, al contrario, manipulan como señal de búsqueda de atención.

Quienes optan por quejarse lo hacen abiertamente, exteriorizando su dolor y explicando al resto de personas que quejarse es una señal para que se comprenda el dolor que están experimentando; esto les permite desahogarse y sentir un poco de alivio frente al mismo. Ellos argumentan que nadie se queja sin dolor, por lo cual es necesario creer en él cuando alguien lo refiere. Estas creencias frente a la expresión o no del dolor son, en su mayoría, propias de la cultura de cada individuo, por lo que se debe propender por entender el contexto y, por ende, las características particulares del adulto mayor.

“...entonces hay que quejarse únicamente cuando le duela duro...” [Laura].

Otro comportamiento identificado fue el callar el dolor. Mienten ante su dolor, lo ocultan, manifiestan que no es necesario expresarlo porque esto no tendrá ninguna injerencia sobre él, no ayudará a mejorar su condición, al contrario, la empeorará y hará que las personas se alejen.

“...Pues bueno, no sé, procuro no quejarme, porque me parece que es tan molesto estar uno con el ay ay ay a toda hora, eso como que aleja a las personas, entonces en ese aspecto yo procuro no...” [Martha].

Tienen miedo de convertirse en una molestia para su familia o de simplemente expresar lástima, por lo que prefieren disfrazar el dolor, hacerlo invisible a pesar de todo lo que implica para ellos; muchas veces no encuentran el apoyo que esperan de su familia, por lo cual les es mucho más fácil callar el dolor.

“... y disfrazarlo muchas veces, disfrazarlo y erguirme y caminar bien...” [Sofía].

* Nivel de clasificación de la población colombiana con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización. Donde 1 es el más bajo nivel de pobreza y 6 el nivel más alto de riqueza.

Consideran que expresar el dolor puede ser un motivo de separación entre las personas por la incomodidad que genera y los sentimientos negativos que se experimentan, como tristeza y amargura, entre otros, lo que creará una serie de reacciones adversas con la gente que los rodea y provocará sufrimiento en ellas y un mayor aislamiento, motivo por el cual prefieren aceptar este monstruo interior llamado dolor como parte integral de su vida.

“... escondo mi dolor, lo escondía a sabiendas de que me estaba doliendo...” [Pilar].

El solicitar atención a través de la manipulación se convierte en una estrategia usada por el adulto mayor para encontrar compañía de sus seres queridos, así como para cautivar la atención de las personas que los rodean como consecuencia del aislamiento al que han sido sometidos por su situación actual de salud, lo que ha llevado a generar comportamientos negativos como la dependencia.

“... o que mi hijo me mime más... María... o que me saque a pasear...” [Sofía].

Finalmente, los adultos mayores son capaces de reconocer la importancia de ser cautelosos y entender que las personas que los rodean no son culpables de su dolor; al contrario, son un apoyo en su vivencia y logran dejar de lado las señales de manipulación y se vuelven más reflexivos y abiertos ante su vivencia.

“... las dificultades son parte de la vida diaria y no por eso vamos a ser infelices ni hacer infelices a los demás, de ninguna manera...” [María].

Emergiendo nuevos sentimientos

Los adultos mayores experimentan una serie de sentimientos y emociones como la angustia, la tristeza, el miedo, el estrés, la impotencia, la desesperanza y el aislamiento, los cuales dan cuenta de una nueva perspectiva que lleva a entender aún más cómo la experiencia del dolor crónico impacta en todas las dimensiones de los participantes.

Esta mezcla de emociones sugiere un posterior agotamiento físico y mental en el adulto mayor despojándolo de toda su energía y arrastrándolo a experimentar emociones negativas que agudizarán sus síntomas y afectarán a otras funciones normales de su cuerpo.

En relación con lo descrito se evidencia que el cambio repentino en el estado de ánimo da como resultado una agudización del síntoma o una mayor predisposición al dolor; esto predispone a que algunos adultos mayores con dolor crónico tengan dificultad para reconocer y reportar sus sentimientos por temor a ser rechazados.

A continuación, se describen algunos sentimientos experimentados por el adulto mayor durante la experiencia dolorosa:

Sintiendo angustia. Se genera como una consecuencia del dolor persistente o también suele desencadenarse cuando hay un factor que perpetúa el dolor. La angustia emocional se observa con frecuencia en los adultos mayores, quienes están a la expectativa de un dolor repentino y el consecuente desencadenamiento de una crisis para la cual no se sienten preparados y, por tanto, temen que el dolor se intensifique y se llegue a la limitación.

Sintiendo tristeza. La tristeza se convierte en una reacción que experimenta el adulto mayor frente a las negativas encontradas por el sistema de salud para tratar su enfermedad. La desesperanza se hace visible frente a la poca disponibilidad en la atención por parte del

personal médico, la negligencia frente a la información suministrada y la falta de tratamientos y expectativas para disminuir su dolor hacen que la tristeza y la desesperanza inunden sus corazones y, por tanto, se resignen a experimentar el dolor como una entidad propia que estará con ellos durante el tiempo que les reste por vivir.

“... no me lo han dicho [que tengo cura] no sé si sea por negligencia de los médicos...” [Sofía].

Sintiendo miedo. El miedo al dolor es impulsado básicamente por la anticipación del mismo y no por la experiencia sensorial del dolor en sí; se produce un temor al futuro, a la limitación, a la incapacidad funcional, lo que refuerza las conductas negativas y, por ende, se genera un sufrimiento anticipado que repercute notablemente en su estado de ánimo y en la enfermedad.

“... y qué tal y eso me aterra, a mí me aterra la enfermedad grave como para morirme, sí me parece terrible...” [Sofía].

A medida que su dolor persiste, el temor se incrementa, ya que las dificultades financieras se hacen evidentes, también la dificultad para realizar las actividades cotidianas, trastornos del sueño o las mismas complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Sintiendo ira. La ira es una reacción que surge en el adulto mayor como resultado de la presencia continua de los síntomas que acentúan el dolor; generalmente este sentimiento es generado en doble vía, el enojo consigo mismo por permitir que el dolor se haga cargo de sus vidas y, por otro lado, es la ira con las personas que las rodean, ya que se sienten incomprendidos y poco apoyados.

Otro aspecto que desencadena sentimientos de ira es la poca sensibilidad que tiene el personal médico cuando se trata de explicar el diagnóstico y posibles consecuencias del tratamiento; los describen como fríos, calculadores y deshumanizados, lo que demuestra una vez más la falta de interés por el cuidado del adulto mayor agudizando así los sentimientos de impotencia, desasosiego, confusión e ira.

“... el último médico que me vio, me dijo: ‘no eso ya se llama vejez eso usted ya se fregó de por vida...” [Jorge].

“... no eso hay que operarla pero por su edad y usted puede quedar inútil no podemos en este momento...” [Clara].

Sintiendo estrés. La situación de dolor hace que el adulto mayor sea más sensible a experimentar cambios emocionales repentinos que se pueden hacer frecuentes dependiendo de la disponibilidad de recursos con los que cuenta y del apoyo generado desde su contexto.

Diversas circunstancias promueven una serie de estímulos que precipitan el estrés y con ello la generación de dolor; entonces se puede afirmar que el estado de ánimo repercute directamente en el inicio y la agudización de los síntomas dolorosos. Así, la persona con un bajo control del estrés se hace más vulnerable al desencadenamiento del dolor.

“... Se me acentúa el dolor [cuando me estreso]...” [Felipe].

Sintiendo impotencia. Este sentimiento es producto de las limitaciones a las cuales se ven expuestos los adultos mayores por todo aquello que deben dejar en el olvido por temor a que su dolor se desencadene. La falta de esperanza frente a las pérdidas y la conciencia de que ya nada volverá a ser como antes son factores que amplifican esta sensación.

“... y entonces pienso que más tarde ya no podré hacer lo mismo, ni tener el mismo ejercicio ni nada, tenaz, lo que a mí me espera...” [Sofía].

Las pérdidas se ven reflejadas en todas las dimensiones de la vida humana: físicas, psicológicas, sociales; es por este motivo que los cuestionamientos frente a la nueva situación se hacen evidentes y la esperanza de un futuro donde las cosas podrán ser mejores se pierde.

La conciencia de que no se encontrará una cura para minimizar su situación genera como resultado un primer inicio para entender la importancia de adaptarse a su nueva situación.

“... entonces por eso es que no hay más que hacer. Estoy conviviendo así...” [Andrés].

Sintiendo desesperanza. Dejar todo por el dolor facilita que los adultos mayores pierdan su interés por la vida, sientan que ya no tienen aspiraciones, se sienten agobiados y con deseos de abandonar todo lo que han construido.

Perciben su vida llena de monotonía, en la cual su única rutina es comer, dormir y esperar a que el dolor llegue y los invada de nuevo. Frente a este escenario, se perciben como entes dentro de un laberinto sin salida, reconocen que ya no desean hacer nada por ellos; al contrario, cada vez se convierten en personas más dependientes de quienes los acompañan.

“... Claro, porque ya apenas es comer y dormir...” [Andrea].
“... y así, ahí vivo así, no sirvo, no sirvo para nada...” [José].

La desmotivación frente a la vida, sus ideales, sueños y expectativas ha declinado y evidencian que la única solución para liberarse del dolor es la muerte. La pérdida de autoestima desencadena patrones de rechazo frente a diversas alternativas que posiblemente favorecerían en menor medida la sintomatología.

“... Aburrido con la vida, como que quisiera explotar, como que ya se le cerró todo y no tiene más opciones...” [Felipe].

Aislándome. El adulto mayor con dolor crónico se aparta notablemente de su círculo social, deja de relacionarse con las personas con las que usualmente lo hacía; la dependencia es una clara señal del posterior aislamiento social. Los adultos no quieren ser una carga; por tanto, se niegan a salir y a visitar los sitios y las personas con las que generalmente tenían un contacto. Se evidencian cambios de roles, ya que por su propia limitación los adultos no pueden asistir a misa, ir al mercado o simplemente salir de sus casas. Son conscientes de que su dolor es sinónimo de encierro; por otro lado, sus amigos cercanos se olvidan y nunca más se interesan por tener contacto con ellos. La falta de disponibilidad de tiempo de los miembros de la familia posibilita aún más su aislamiento, lo que promueve en ellos sentimientos de frustración y tristeza.

“... No volver a integrarse a ningún grupo, no volver a ir a la catedral, a la iglesia, no volver a la misa, todas esas cosas que me han aislado...” [Sofía].

■ DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio están soportados por el desarrollo de dos categorías principales que permiten entender los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor cuando el dolor crónico aparece en su vida.

El impacto del dolor crónico está documentado en la literatura como causa de depresión, ansiedad, trastornos del sueño, pérdida de peso y limitaciones en el rendimiento de las actividades cotidianas⁹.

Robinson y cols.¹⁰ describen las múltiples consecuencias negativas del dolor crónico, incluyendo las actividades diarias, relaciones con los demás, los esfuerzos físicos, financieros, y las consecuencias emocionales, así como las expectativas cambiantes de futuro¹¹.

Por otro lado, López y cols.¹² encontraron que la depresión, la angustia y la discapacidad se convierten en parámetros importantes para valorar la experiencia de dolor crónico. Keogh y cols.¹³ afirman que el dolor se relaciona con ansiedad y depresión y, a su vez, estos se correlacionan con discapacidad entre los pacientes con dolor crónico.

Murata¹⁴ afirma que el dolor precipita en los adultos una sensación de falta de sentido en la vida, expectativas de pérdidas futuras y la pérdida eventual de su propio yo. Así mismo, Cronfalk y cols.¹⁵ y Chochinov y cols.¹⁶ identificaron que las personas con mayor intensidad del dolor expresan un mayor temor y un futuro incierto, ya que no tienen seguridad de lo que vendrá más adelante.

Wilson y cols.¹⁷, Bonnewyn y cols.¹⁸ y Thomas y Johnson¹⁹ determinaron que los síntomas físicos están relacionados con los trastornos psicológicos y las preocupaciones existenciales, es decir, los estados de ánimo alterados como el temor, la ansiedad, la ira y la tristeza precipitan el dolor corporal²⁰.

Dow y cols.²¹ afirman que los sentimientos de frustración frente al dolor incluyeron la interferencia en las actividades diarias, la interrupción de los objetivos de vida, los roles y la imprevisibilidad de dolor; por otro lado, se presenta la desesperanza asociada con la invisibilidad del dolor crónico y las limitaciones percibidas de diagnóstico y tratamiento del dolor.

■ CONCLUSIONES

El estudio permitió comprender los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Los sentimientos evolucionan desde el mismo momento que va apareciendo el dolor y van cambiando de acuerdo a cómo el dolor se va comportando en sus vidas.

Así mismo, los comportamientos dan cuenta de cómo ellos perciben su apoyo familiar y son capaces de desencadenar conductas como la manipulación, el silencio o la expresión de lo que está generando el dolor.

Al conocer estos hallazgos se hace necesario que los profesionales de la salud se cuestionen cómo deben abordar y tratar a un paciente adulto mayor con dolor crónico, entendiendo que muchas de sus respuestas son propias de su trayectoria de enfermedad y frente a esto tener la capacidad de discernir entre el cuidado más adecuado y no pretender estandarizar sus comportamientos; cada adulto mayor es diferente y puede presentar conductas diversas durante su experiencia de dolor.

Se hace imprescindible entender cada uno de estos sentimientos y comportamientos con el fin de crear intervenciones que puedan brindar una atención de calidad a esta población vulnerable.

Se hace relevante que se mitiguen los daños producto de la falta de conocimiento frente al manejo de los pacientes con dolor y así mismo ser capaces de reconocer y reflexionar frente a las falencias del cuidado que estamos brindando.

Cuestionar las prácticas cotidianas y reevaluar las intervenciones de acuerdo a las expresiones y sentimientos que emergen del

adulto mayor frente a sus necesidades es urgente para ofrecer una atención de calidad que supere las expectativas, y rescatar a la población que ya ha tomado la decisión de no consultar los servicios sanitarios por la falta de oportunidades a las que se ha tenido que enfrentar ■

Conflicto de intereses

Las autoras manifiestan no tener conflicto de intereses con respecto a la institución financiadora, ni durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Population ageing 2006 [online]. [Acceso 26 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/ageing2006chart.pdf>
2. Organización Mundial de la salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. [Internet] [acceso 20 julio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua
3. Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Aust J Adv Nurs.* 2006;24(2):33-8.
4. Achury-Saldaña DM. Dolor: la verdadera realidad. *Aquichán [serial on the Internet].* 2008 Oct [citado el 14 de marzo de 2016]; 8(2):146-58. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000200004&lng=en
5. Strauss A, Corbin J. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
6. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Resolución 8430 de 1993. Diario Oficial. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
7. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodológica posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009;17(4):573-9.
8. Alvarado A, Salazar A. Hacia el desarrollo de una teoría de mediano rango. Adaptación al dolor crónico en el envejecimiento. (Unpublished doctoral dissertation). Medellín: University of Antioquia; 2014.
9. Closs S. Assessment of pain in older people – the key to effective management. *Curr Anaesth Crit Care.* 2005;16(1):40-5.
10. Robinson K, Kennedy N, Harmon D. Constructing the experience of chronic pain through discourse. *Scand J Occup Ther.* 2013; 20(2):93-100.
11. Hansson K, Fridlund B, Brunt D, Hansson B, Rask M. The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Cand J Caring Sci.* 2011;25(3):444-50.
12. López A, Montorio I, Fernández MI, González JL, Alonso M. Chronic pain experience in older people with osteoarthritis: Cognitive-behavioural dimensions and adjustment. *Behav Psychology.* 2010;18(3):553-77.
13. Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *Eur J pain (Lond).* 2006;10(5):413-22.
14. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: Construction of a conceptual framework by philosophical approach. *Palliat Support Care.* 2003;1(1):15-21.
15. Cronfalk BS, Strang P, Ternstedt BM. Inner power, physical strength and existential well-being in daily life: relatives' experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care. *J Clin Nurs.* 2009;18(15):2225-33.
16. Chochinov HH, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson, L, Harlos M, et al. The landscape of distress in the terminally ill. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(5):641-9.
17. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S, et al. Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25(13):1691-7.
18. Bonnewyn A, Katona C, Bruffaerts R, Haro J, de Graaf R, Alonso J, et al. Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. *J Affect Disord.* 2009;117(3):193-96.
19. Thomas SJ, Johnson M. A Phenomenologic Study of Chronic Pain. *West J Nurs Res.* 2000;22(6):683.
20. Finucane AD, Dima A, Ferreira N, Halvorsen M. Basic emotion profiles in healthy, chronic pain, depressed and PTSD individuals. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19(1):14-24.
21. Dow C, Roche P, Ziebland S. Talk of frustration in the narratives of people with chronic pain. *Chronic Illn.* 2012;8(3):176-91.