

# APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES EN EL MANEJO DEL DOLOR<sup>\*</sup>

Diana Marcela Achury Saldaña<sup>\*\*</sup>

## Resumen

*El dolor se ha convertido en un reto para los profesionales de la salud. Es un síntoma frecuente manifestado por los pacientes a diario. En muchas ocasiones se pasa por alto la importancia de poseer un conocimiento integral que permita comprender no sólo los cambios fisiológicos, sino la influencia de este en la vida del paciente y su entorno. Este artículo tiene como objetivo analizar la necesidad de aplicar en nuestra práctica diaria la teoría de los síntomas desagradables como una herramienta en la evaluación del dolor y para entender el verdadero significado del dolor desde un punto de vista integral, conociendo las características propias de cada individuo, al igual que sus factores fisiológicos, psicológicos y ambientales. Para tal fin se revisarán conceptos generales sobre el dolor y teorías de mediano rango y se aplicará la teoría de síntomas desagradables en la experiencia y vivencia propia de la percepción del dolor agudo y crónico.*

**PALABRAS CLAVE:** *dolor, teoría, síntomas desagradables.*

---

\* Artículo de revisión. Recibido para evaluación: 24 de octubre de 2007. Aceptado para publicación: 15 de noviembre de 2007.

\*\* Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Profesora asistente de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.

## Abstract

*The pain has become a challenge to the health professionals; it's a frequent symptom, showed by the patients daily. In many occasions, is overlooked the importance of having an integral knowledge that allow to understand not only the physiological changes but the influence of this in the patient life and environment. The objective of this article is to analyze the need to apply, in our daily practice, the unpleasant symptoms theory, as a useful tool in the pain evaluation and understanding the true meaning of pain, from an integral point of view, knowing the characteristics of each individual, the same as the physiological, psychological and environmental facts. Also demonstrates that the theory, the investigation and the practice are not untied between them, in contrast, our daily practice finds more supports by the investigation, and so, counts with a wide and reasonable scientific sustenance. For such a purpose, general concepts about pain, medium range theories and the application of the unpleasant symptoms theory, in the personal experience, in the perception of chronicle and acute pain, are going to be checked.*

KEY WORDS: *Pain, theory, unpleasant symptoms.*

## Introducción

La concepción del dolor y su manejo han sufrido transformaciones desde lo místico y sobrenatural de la Antigüedad hasta el interés actual, centrado en el estudio molecular, sin descuidar el componente social, cultural y emocional. Sin embargo, la realidad que se ha vivenciado en la práctica clínica en el abordaje del dolor por parte de los profesionales se ha reducido al control fisiológico y farmacológico y ha dejado atrás el componente social, emocional y sus repercusiones.

Muchas veces el abordaje del dolor se ve limitado, porque los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, desconocen la existencia y utilidad de herramientas propias de la disciplina, que permiten una valoración integral y proporcionan elementos para orientar el manejo multidimensional e integral del dolor; por esto las teorías de rango medio, sobre todo la teoría de síntomas desagradables, permite delimitar el campo de la práctica profesional, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

El dolor es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés) lo define como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociado con daño tisular potencial o real” (1-3). Desde el punto de vista

asistencial, está definido como “cualquier molestia corporal que indique el enfermo y que existe siempre que él lo señale” (2).

La existencia de muchos tipos de dolor se puede comprender a través del conocimiento de cuatro conceptos generales:

- La *nocicepción*, que determina la detección del daño tisular por parte de “transductores” (terminaciones nerviosas libres).
- La *percepción* del dolor, frecuentemente desencadenada por un estímulo nocivo, como lesión o enfermedad. También puede ser generada por lesiones en el sistema nervioso central o en el sistema nervioso periférico, como se ve en pacientes con neuropatía diabética, lesiones medulares, etc.
- El *sufrimiento*, considerado una respuesta negativa inducida por el dolor y también por miedo, ansiedad, temor y otros estados psicológicos.
- La *conducta o comportamiento del dolor*, que es el resultado del dolor y del sufrimiento. A su vez, reúne un conjunto de acciones que una persona hace o deja de hacer y que pueden atribuirse a la presencia de lesión tisular. Ejemplos de ellas son quejas, muecas, recostarse, ir al médico, negarse a trabajar, etc.

Estas conductas son percibidas por otras personas y pueden ser cuantificadas. Todos estos comportamientos son reales y probablemente estén influidos por el entorno y las consecuencias. Podemos considerar tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa y se convierten en elementos necesarios al valorar y manejar el dolor:

- El *sensorial*, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado y que informa su intensidad, localización y cualidad.
- El *motivacional-afectivo*, que se refiere a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como estas pueden influir en su interpretación, caracterizando el dolor como desagradable. Generan ansiedad y depresiones.
- El *evaluador*, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente. (2-3)

Como profesionales de la salud desempeñamos un papel muy importante en el manejo del dolor. No basta con administrar analgésicos y desdeñar la verdadera experiencia del dolor. Es necesario mirar más allá y profundizar en su verdadero significado no sólo desde el punto de vista teórico, sino práctico-vivencial, por las personas que lo padecen.

A partir de la importancia en el manejo del dolor, es fundamental analizarlo como un síntoma a la luz de la teoría de los síntomas desagradables. Esta teoría de mediano rango permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento

normal, como lo experimenta el paciente y, a la vez, nos brinda información acerca del dolor, al destacar unas características propias y al permitir conocer los factores que afectan el síntoma y las consecuencias o resolución del dolor (4-5).

Las teorías de rango medio se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías y delimitan el campo de la práctica profesional, la acción o la intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

Durante los años ochenta, Afaf Meleis propuso e hizo claridad acerca de la necesidad que tenía la enfermería de desarrollar teorías sustantivas, que generarán fundamentos específicos para la práctica. De ahí la importancia de aplicar teorías de mediano rango para generar parámetros generales de la práctica (5-8). En este grupo de teorías se encuentra la de síntomas desagradables, que consta de tres componentes y cuatro dimensiones (9-12). Los componentes son:

- Los síntomas experimentados por el individuo, definidos como los indicadores del cambio, percibidos en el funcionamiento normal como lo sienten los pacientes. En ocasiones, un síntoma puede considerarse una experiencia multidimensional, es decir, tiene una cierta intensidad, una coordinación (duración y frecuencia), un nivel percibido de angustia y de calidad.
- Los factores influyentes, que interactúan entre sí e intervienen en las dimensiones de los síntomas. A continuación se aborda brevemente cada uno de ellos: (i) los fisiológicos, que están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros; (ii) los psicológicos, que se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad, y (iii) los situacionales, que se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.
- La realización de la experiencia del síntoma es el componente final de la teoría. Es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma, incluye actividades funcionales y cognitivas. La realización funcional se conceptualiza ampliamente, porque incluye actividades de la vida diaria, físicas, sociales y laborales. La realización cognitiva incluye la concentración, el pensamiento y la resolución del problema.

Una vez analizados los componentes de la teoría, es necesario conocer las dimensiones, que son atributos, antecedentes, similitudes o analogías, relaciones y consecuencias para lograr un mejor entendimiento de la experiencia de los síntomas desagradables, donde el sustrato principal es el mismo paciente y su cuidador más cercano. Estas son:

- La angustia, que es un atributo que se refiere al grado en el cual la persona es molestada por la experiencia del síntoma. Con un síntoma dado, la intensidad puede ser incapacitante para algunos individuos, pero menos molesto para otros.
- La calidad es la coordinación existente entre la aparición de un síntoma y una actividad específica.
- La duración incluye la frecuencia con la que un síntoma ocurre.
- La intensidad observa la gravedad, la fuerza o la cantidad del síntoma que se experimenta.

A continuación analizamos esta teoría en el dolor agudo y el dolor crónico.

## Dolor agudo

Teóricamente, el dolor agudo se caracteriza por un comienzo bien definido, así como por la presencia de síntomas y signos físicos objetivos. Puede estar relacionado con procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Este dolor es predecible y cumple una señal de alarma, aunque ocasionalmente hay factores psicológicos implicados. El dolor agudo no se debe casi nunca a causas psicopatológicas o a influencias ambientales. Al preguntarles a los pacientes sobre el significado del dolor, lo definen como una sensación desagradable que los limita y los afecta física y emocionalmente. Refieren que algunas veces al sentir dolor perciben otros síntomas como son náuseas, palpitaciones o fatiga.

La intensidad del dolor varía desde leve hasta tan alta, que es descrita como incontrolable e inmanejable. Los intervalos de aparición del dolor son intermitentes. La dimensión de angustia en estos individuos es heterogénea, puesto que para algunos el dolor agudo puede ser molesto, pero para otros no tanto. Esto depende de dos elementos: (i) el *umbral del dolor*, considerado como la mínima intensidad de estímulo que se requiere para experimentar dolor, y (ii) el *grado de tolerancia*, que corresponde a la mayor intensidad del estímulo que se puede tolerar (13).

El dolor agudo es un fenómeno complejo, unidimensional y multideterminado, que resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos, ambientales y socioculturales. Estos factores son de suma importancia en la percepción y el manejo del dolor. Se ha observado que enfermedades de base, experiencias traumáticas anteriores (donde sentían dolor y no fue adecuado su manejo), ciertos estímulos (como el ruido, el frío, el calor, la falta de analgesia, los movimientos y la personalidad) se constituyen en determinantes en la percepción del dolor (14-15).

Hay autores que distinguen dos modalidades de dolor: (i) el dolor interoceptivo, que es de origen endógeno o visceral, donde predomina el componente afectivo y la participación emocional; (ii) el dolor exteroceptivo, en el que el factor predominante es sensitivo y donde el componente emocional no es tan notorio (16-17). Los factores ambientales, genéticos y culturales pueden modificar la intensidad del dolor que perciben los diferentes individuos, apartándonos de la influencia que tengan en la vivencia dolorosa y los recuerdos de situaciones similares.

Una de las manifestaciones que se asocian con el dolor agudo es la ansiedad, estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia, diaforesis, entre otras. Puede ser anticipadora ante determinado evento o ser componente emocional de la experiencia dolorosa (18). Se ha encontrado que pacientes de cirugía programada, clasificados en categorías altas y bajas de rasgo ansioso, diferían en la magnitud de la ansiedad ocasional anticipadora y la concomitante. En consecuencia, los pacientes con rasgo ansioso alto mostraban mayor estado de ansiedad anticipadora (18-19).

El factor ansiedad tiene una relación estrecha con el dolor agudo, esto es, modifica la receptividad al dolor e influye en la intensidad con que lo experimenta el sujeto; por ejemplo, un soldado herido que se encuentra lejos del frente de batalla y para quien la guerra ha terminado, aunque sólo sea momentáneamente, resiste en mejores condiciones anímicas el dolor, que un paciente hospitalizado después de una intervención quirúrgica equivalente (19).

Se han descrito casos de extensos traumatismos, como el de la amputación de un brazo en el campo de batalla, según el relato de un soldado, que no se acompañó de dolor, porque toda su atención estaba concentrada en cómo luchar. El factor atención y el compromiso emocional son de importancia decisiva en la percepción dolorosa. Esto se confirma, en cuanto la mayoría de los pacientes requieren en un momento dado ayuda profesional o familiar, que les permita centrar su atención en que el dolor desaparecerá muy pronto; sin embargo, no pueden lograr esto, ya que pocas personas pueden orientarlos y ya que los profesionales se limitan a la administración de analgésicos como prioridad en la desaparición del dolor (20).

Por lo expuesto al inicio del análisis del dolor, se han analizado los factores que influyen y la experiencia de este síntoma, pero no se puede olvidar el tercer componente de la teoría: la consecuencia del dolor. En el momento en que una persona experimenta dolor, su actividad física, emocional y su relación con su familia se ve seriamente afectada, pero al desaparecer vuelve todo a la normalidad y al equilibrio físico, emocional y social.

Definitivamente, si no conocemos la consecuencia del dolor agudo en la dimensión social y psicológica, no lograríamos resaltar la importancia de un manejo pronto y oportuno. De ahí la necesidad de no sólo analizar los factores fisiológicos, emocionales y ambientales en la influencia del dolor, sino que tenemos que trabajar con ellos para mejorar, disminuir y entender la percepción del dolor.

## Dolor crónico

El dolor es mucho más que una simple transmisión de señales sensoriales; es el resultado de una serie de interacciones neurofisiológicas y neuroquímicas que permite que procesos psicológicos, como la motivación, la emoción, la cognición y el aprendizaje modulen la percepción, la experiencia y la respuesta del dolor. Teóricamente, el dolor crónico se define como aquel que persiste después del curso habitual de una enfermedad aguda o después del tiempo razonable para que cure una lesión. Este tipo de dolor tiene poco o ningún componente neurovegetativo, pero sí grandes efectos psicológicos y conductuales en el paciente y su familia, así como un alto costo social. El dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o tratamiento y el dolor crónico constituye una enfermedad en sí misma (21-22).

Los pacientes con enfermedades crónicas definen el dolor como “otra enfermedad sumada a la enfermedad que tenían ellos que les generaba dolor”. Su intensidad es moderada, su duración es constante, los intervalos de frecuencia de aparición son permanentes y su desaparición es mínima. La calidad de este dolor es referida como un dolor firme que no desaparece. Textualmente, algunas personas que lo padecen dicen: “siempre está ahí como una sombra”.

Ellos resaltan que este dolor afecta todos los aspectos de su vida. Sus efectos fisiológicos y físicos incluyen aumento del pulso, de la presión arterial y de la respiración; así como disminución de la actividad y la movilidad. Igualmente impacta en los aspectos psicológicos de la persona, lo que genera la aparición de agotamiento, la interrupción del sueño, la alteración del afecto y depresión. Las consecuencias sociales de dolor crónico incluyen interrupción de la vida en familia y disminución de la productividad. Puede ser destructivo, va acompañado de una relación directa con factores físicos, emocionales y ambientales, y con el paso del tiempo se vuelve un dolor psicógeno, esto es, generado psicológicamente, pero no irreal (23-27).

Las actividades de la vida diaria de los pacientes se ven afectadas y esto contribuye a alterar la calidad de vida, pues su independencia se transforma a una dependencia parcial. Así mismo, refieren que los medicamentos no son suficientes y muchas veces recurren a medi-

das como el frío, el calor, la musicoterapia, que son opciones desde las cuales el dolor mejora; sin embargo, el déficit de conocimiento, de orientación y de continuidad y apoyo generan el abandono de estas medidas.

Algunos estudios muestran cómo la interpretación del dolor tiene una relación estrecha con el sistema de creencias de las personas, es decir, si una persona cree que debe sufrir, muy probablemente su condición tienda a complicarse más fácilmente que el de una persona que piensa de manera opuesta (28-31).

Finalmente, se encuentra el control percibido. En este caso, el solo hecho de sentir que “las cosas las tengo en una mano” contribuye a una trayectoria muy diferente en la evolución de un paciente con dolor; por el contrario, si una persona percibe el dolor como algo fuera de su control, presentará una evolución con pobre pronóstico de recuperación (32-34). Definitivamente, la resolución del dolor crónico va encaminada a mejorar la calidad de vida, y para esto es necesario darles importancia a los factores emocionales y ambientales, ya que afectan directamente el umbral del dolor.

Todos estos factores influyentes nos permiten conocer la verdadera realidad del dolor. Es insuficiente el conocimiento fisiológico y científico del dolor; es necesario conocer y explorar las sensaciones de cada individuo y trabajar en modificar esos factores, con el fin de mejorar la experiencia de este síntoma. El análisis y la exploración de los dolores agudo y crónico, a partir de los elementos de la teoría de síntomas desagradables, permiten confirmar que los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en el control y manejo del dolor, puesto que es el personal que más tiempo permanece en contacto con el paciente, observándolo, entendiendo sus reacciones, comprendiendo sus motivaciones y solucionando los problemas.

La manera más eficaz de tratar el dolor es evaluándolo continuamente, basándose en la respuesta del paciente. Los componentes y las dimensiones mencionadas como elementos fundamentales de la teoría de síntomas desagradables en el dolor agudo y crónico se valoran en la práctica profesional diaria, aplicando diferentes estrategias como:

- La valoración inicial del dolor, a partir de instrumentos multidimensionales que se apliquen a las personas con dolor durante la valoración de enfermería, a través de la entrevista y estableciendo un proceso de interacción enfermera-paciente y de comunicación asertiva. De esta forma el paciente siente que existe una verdadera preocupación por él y su dolor y se siente reconocido por parte del profesional. Los instrumentos multidimensionales pretenden superar las limitaciones de aquellas que únicamente evalúan un aspecto. En este sentido, la lógica subyacente a su desarrollo parte

de que si la experiencia dolorosa está conformada por distintos componentes, será necesario evaluarlos conjuntamente (35-38).

- El seguimiento de la evolución del dolor y la evaluación de las intervenciones de manejo, por medio de los instrumentos de valoración de dolor. El uso de estas estrategias permitirá determinar el impacto de nuestras intervenciones, con la intención de adecuarlas a las necesidades del paciente para conseguir la mejor efectividad en el alivio del dolor.

## Conclusiones

1. El dolor es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano, incluida la demanda de pacientes que sufren de algunos procesos crónicos. El dolor, en últimas, constituye un problema de salud pública de grandes dimensiones.
2. Los profesionales de enfermería deben conocer y evaluar en el momento inicial de la valoración del dolor los tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa: el sensorial, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado y que informa sobre su intensidad, localización y cualidad; el motivacional-afectivo, que se refiere a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como estas pueden influir en su interpretación, al caracterizar el dolor como desagradable y al generar ansiedad y depresiones, y el evaluador, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente.
3. Es fundamental analizar el dolor como un síntoma, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, puesto que esta teoría de mediano rango permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimenta el paciente y, a la vez, nos brinda información acerca del dolor, destacando unas características propias y conociendo los factores que afectan el síntoma y las consecuencias o resolución del dolor.
4. Los enfermeros deben conocer que al valorar el dolor aplicando la teoría de los síntomas desagradables es necesario considerar que el dolor agudo tiene unas características propias, factores influyentes y consecuencias, al igual que el dolor crónico. Por esto no se pueden generalizar las acciones de cuidado, sino que se debe individualizarlas de acuerdo con el tipo de dolor.
5. Las teorías de mediano rango analizan aspectos vividos del ejercicio profesional y de las características únicas de la práctica de la

enfermería, dentro de un contexto mucho más objetivo. Permiten que la enfermera y el enfermero realicen un análisis integral de los síntomas y su impacto en los entornos social, cultural y emocional, y pueda establecer intervenciones de cuidado individuales y no generalizadas.

6. La valoración del dolor, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones del dolor son estrategias fundamentales que se deben aplicar en la práctica diaria por medio de instrumentos multidimensionales que permitan la aplicabilidad de la teoría de los síntomas desagradables, al evaluar las características, los factores influyentes y la realización del dolor.

## Referencias

1. Gutiérrez Giraldo G, Cadena Afanador LP. Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Revista MedUnab* [en línea]. 2001;4(10):1-5. Disponible en: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA410/HISTORIA%20DOLOR.PDF>
2. Álvarez Echeverri T. Teorías sobre el dolor: proceso de enfermería en las personas con dolor. 2000. p. 1-12.
3. Nover Marti N. Aspectos psicológicos del dolor. 2000. p. 1-13.
4. Marión G, Moore S. Teorías de rango medio enfocado al dolor. 1996. p. 1-10.
5. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gith A, Suppe E. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Adv Nurs Sci*. 1997;19(3):14-27.
6. Lenz ER, Suppe F, Gift AG, Pugh LC, Milligan RA. Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms. *Adv Nurs Sci*. 1995;17(3):1-13.
7. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3a ed. Madrid: Mosby-Doyma; 1994.
8. Meleis A. Being and becoming healthy: the core of nursing knowledge. *Nurs Sci Q*. 1991;3(3):107-14.
9. Jablonski A. The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *J Neprol Nurs*. 2007;34(1):29.
10. Posey A. Symptom perception: a concept exploration. *Nursing Forum*. 2006;41(3):113-7.
11. Armstrong TS. Symptoms experience: a concept analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30(4):601-6.
12. O'Neill ES, Morrow LL. The symptom experience of women with chronic illness. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):257-68.
13. Sánchez-Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava J. Management of pain in nursing studies. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:81-5.

14. Bishop KL, Ferraro FR, Borowiak DM. Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clin Gerontol.* 2001;23:33-42.
15. Zavala M, Fang MA, Ortega RM, Rivera B. Manejo del dolor por el personal de enfermería. *Dol Clin Ter.* 2005;4(1):11-6.
16. McCaffery M, Robinson ES. Your patient is pain: here's how you respond. *Nursing* 2002;32(10):36-45.
17. McQuay H, Moore A, Justins D. Treating acute pain in hospital. *Br Med J.* 1997;314:1531-5.
18. Kwekkeboom K. A model for cognitive-behavioral interventions in cancer pain management. *J Nurs Scholarsh.* 1999;31(2):151.
19. Oshodi TO. The impact of preoperative education on postoperative pain. *Br J Nurs.* 2007;16(12):706.
20. Follin SL, Charland SL. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. *Ann Pharmacother.* 1997;31(9):1068-76.
21. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatric Soc.* 1998;46:635-51.
22. Casals M, Samper D. Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:260-9.
23. Beck S, Dudley W, Barsevick A. Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer: using a mediation model to test a symptom cluster. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(3):E48.
24. Colley S. Nursing theory: its importance to practice. *Nurs Stand.* 2003;17(46):33.
25. Gordon DB. Nonopioid and adjuvant analgesic in chronic pain management: strategies for effective use. *Nurs Clin North Am.* 2006;38:447-64.
26. Turner JA, Whitney C, Dworkin SF, Massoth D, Wilson L. Do changes in patient belief and coping strategies predict temporomandibular disorder treatment outcomes? *Clin J Pain.* 1995;11(3):177-88.
27. D'Arcy Y. Managing pain in a patient who's drug-dependent. *Nursing.* 2007;37(3):36.40.
28. D'Arcy Y. How to care for a surgical patient with chronic pain. *Nursing.* 2006;36(3):17.
29. Innis J, Bikaunieks N, Petryshen P. Patient satisfaction and pain management: an educational approach. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(4):322.
30. Battista EM, Reed BA. Management of persistent pain in everyday practice. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;10:55-66.
31. Rakel B, Barr JO. Physical modalities in chronic pain management. *Nurs Clin North Am.* 2003;38:477-94.
32. Higgins I, Madjar I, Walton J. Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership'. *J Nurs Manag.* 2004;12(3):167-73.
33. Tanabe RN, Buschmann RN. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *J Emerg Nurs.* 2000;26(4): 299-305.

34. Hyun MS, Lee JL, Lee KH, Shin SO, Kwon KY, Song HS, et al. Pain and its treatment in patients with cancer in Korea. *Oncology*. 2003;64(3):237-44.
35. Clark WC, Carroll JD, Yang JC, Janal MN. Multidimensional scaling reveals two dimensions of thermal pain. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*. 1996;12(1):103-7.
36. Janal MN, Clark WC, Carroll JD. Multidimensional scaling of painful and innocuous electrocutaneous stimuli: reliability and individual differences. *Percept Psychophys*. 1991;50(2):108-16.
37. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Pain assessment (I): valoración del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:94-108.
38. Bolibar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los estándares de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2005;52:131-40.