



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

LA RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL AFRONTAMIENTO
DEL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS MAYORES

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:
IRENE MORALES ALBURQUERQUE

DIRECTORA
DRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA

REVISORA
MTRA. GUADALUPE MEDINA HERNÁNDEZ

SINODALES
MTRA. ANGELICA JUAREZ LOYA
MTRA. KARLA SUAREZ RODRIGUEZ
LIC. MARIA EUGENIA GUTIERREZ ORDOÑEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las instituciones que amablemente me abrieron sus puertas para ser posible la realización de esta investigación, y por supuesto mi gratitud a cada una de las personas adultas mayores participantes, que compartieron conmigo parte de sus experiencias.

Agradezco especialmente a mi directora de tesis, por apoyarme durante todo el proceso y elaboración de este trabajo, fue el mejor apoyo que pude encontrar, muchas gracias Dra. Janett.

A mi revisora y sinodales, quienes brindaron sus aportaciones para mejorar la presentación y contenido de este trabajo.

A mi familia, por acompañarme en cada una de las etapas de mi formación personal y profesional.

A mi madre, Anyo gracias por escuchar y ser parte de mis avances, mis logros, mi frustración y mis errores.

A mi compañero de vida, por estar presente, por las palabras de aliento y por ofrecermé su apoyo y conocimientos, gracias Alfonso bebé.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Apoyo Social.....	8
1.2 Dolor Crónico.....	14
1.3 Afrontamiento del Dolor Crónico.....	17
1.4 Adultos Mayores	24
II. MÉTODO.....	29
2.1 Planteamiento del problema y justificación	29
2.2 Pregunta de Investigación	29
2.3 Objetivo General.....	30
2.4 Objetivos Específicos.....	30
2.5 Hipótesis	30
2.6 Variables: definiciones conceptuales y operacionales	31
2.7 Escenarios	32
2.8 Muestra y participantes.....	33
2.9 Instrumentos de evaluación.....	33
2.10 Diseño y tipo de estudio.....	36
2.11 Procedimiento.....	36
III. RESULTADOS.....	38
IV. DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	72
LIMITACIONES	75
REFERENCIAS.....	76
ANEXOS	86

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la relación que existe entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. Se recurrió a tres Centros Gerontológicos ubicados en la Ciudad de México. La muestra fue de 56 adultos mayores que padecían dolor crónico; como principal criterio de selección se consideró la presencia del dolor que había prevalecido por seis meses o más. La investigación implicó un estudio de campo con diseño no experimental-transversal. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores y el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico Versión Reducida. Los resultados arrojaron una correlación positiva entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. La estrategia de afrontamiento de mayor uso de los participantes fue religión, mientras que, la de menor uso fue autocontrol mental, se consideraron los aspectos socioculturales como factor asociado a estos resultados. En cuanto al apoyo social, el adulto mayor cuenta con la presencia de redes de apoyo, sin embargo, hay una baja percepción de recursos sociales. El apoyo social informal en el que están incluidos los centros gerontológicos, es la fuente de apoyo más importante para los adultos mayores. Esta investigación ha permitido visualizar algunos aspectos que podrían considerarse en las intervenciones respecto a la problemática del dolor crónico y al tema del apoyo social. Se propone recurrir a la investigación cualitativa para obtener más información sobre el diseño de estrategias de intervención con adultos mayores.

Palabras Clave:

Adultos mayores, apoyo social, afrontamiento, dolor crónico.

ABSTRACT

The present study aimed to know is related social support and coping of chronic pain in older adults. We received support three geriatric centers located in Mexico City. The sample was of 56 elderlies who suffered from chronic pain; as a main selection criterion was the presence of pain that had prevailed for six months or more. The field research was done with non-experimental design cross-sectional study. The assessment tools for this study were: the scale of networks of Social support for older adults and the reduced version chronic pain coping questionnaire. The study results showed a positive correlation between social support and strategies of coping with chronic pain. Religion was the coping strategy for with increased use of the participants, while less use was mental self-control, we considered the socio-cultural aspects as a factor associated with these results. In terms of social support, the older adult has support networks, however, there is a low perception of social resources. Informal social support they are including the Geriatric Centers, is the source of most important support for older adults. This research has made it possible to visualize some aspects which could be considered interventions with respect to the problem of chronic pain and social support topic. The propose is make are qualitative research with objective of have more information about of the intervention strategies design with older adults.

Key words:

Older adults, social support, coping, chronic pain.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano en algún momento ha padecido dolor, éste es una experiencia sensorial desagradable y subjetiva, la presencia de dolor se vuelve importante ya que es una señal de alarma emitida por el sistema nervioso para indicar que algo no funciona de forma adecuada en el cuerpo (González, 2014). Pero, ¿qué sucede cuando este no desaparece a pesar de que la lesión que lo haya provocado ya ha sanado?, el dolor se vuelve crónico cuando esta sensación prevalece por más de seis meses, el tiempo es un criterio para determinar que hay dolor crónico, este puede manifestarse de forma persistente, episódica o recurrente (Soriano & Monsalve, 2005). El dolor crónico ya no tiene una función de alarma por lo que se vuelve perjudicial, al grado de considerarse una enfermedad en sí mismo (Bravo, 2014).

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública, la cual afecta del 25 al 29% de la población general a nivel internacional; también se han mencionado prevalencias entre 8 y 80%, esta variación se debe a las controversias metodológicas respecto a lo que se define como dolor crónico (Covarrubias, Guevara, Gutiérrez, Betancourt & Córdova, 2010). En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social refiere que el 5% de los individuos que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica (Covarrubias et al., 2010).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica (2018) “cuatro de cada diez personas mayores en México sufren dolor crónico y más de la mitad de personas que fallecieron en el país registraron dolor crónico en su último año de vida” (p. 13). Covarrubias et. al (2010) hacen referencia a los estudios de La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, en los que identifican que la prevalencia del dolor crónico es mayor en las mujeres y en las personas adultas mayores.

En nuestro país, un estudio nacional de corte epidemiológico (Barragán, Mejía & Gutiérrez, 2007) documentó que la prevalencia del dolor crónico en los adultos mayores es de 41.5%, asimismo, las mujeres son el grupo más afectado

con 48.3% de prevalencia, el estudio concluyó que en la población de adultos mayores hay un incremento del dolor crónico. Dentro de las consecuencias que puede generar el dolor crónico no controlado se tienen las siguientes: cuadros de depresión y ansiedad, alteraciones en los ciclos de sueño, modificación del apetito lo que puede provocar desnutrición, aislamiento social debido a que el dolor es una barrera de movilidad y las personas se recluyen (INGER, 2018). Por lo mencionado anteriormente, la atención de este problema en dicho sector de la población debe formar parte de investigaciones que exploren qué hay alrededor del dolor crónico. Este tema se vuelve aún más importante debido al acelerado crecimiento poblacional de las personas adultas mayores (Consejo Nacional de Población, 2011).

Alrededor de los factores que incrementan o disminuyen la percepción del dolor crónico se encuentra el apoyo social (Miró, 2003), el cual se entiende como el intercambio de recursos entre personas, entre quienes se establece un vínculo; se dice que hay una transacción que permite mejorar la adaptación cuando uno de estos individuos se enfrenta a situaciones de estrés, por lo que el apoyo social ayuda al afrontamiento de sus necesidades, y la provisión de este se puede dar tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis (Aranda & Pando, 2013). El apoyo social está relacionado con el bienestar y la calidad de vida (Aranda & Pando, 2013; Cerquera & Plata, 2016; Guan et al., 2015).

Guillory et al. (2015) y Miró, (2003) reportan que el apoyo social es beneficioso para afrontar, recuperar y adaptarse a enfermedades crónicas y al dolor que el padecimiento trae consigo. Otros estudios han indicado que el apoyo social puede estar relacionado con un incremento de la demanda de atención de la persona que padece el dolor crónico hacia las personas que le rodean, lo cual aumenta la percepción de un mayor nivel de dolor.;

Al hablar de las formas de actuar de las personas hacia situaciones cotidianas o aquellas que sean consideradas como una situación de crisis, se aborda un concepto importante para esta investigación que es el afrontamiento, definido como, la práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales,

constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos, una persona con dolor crónico emite una respuesta o serie de acciones consideradas como afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984, en Rodríguez, Ángeles & López, 1993).

A todo lo anterior se aunó que la investigación de esta problemática se realizó por un interés especial a nivel profesional, ya que se tuvo una experiencia en la práctica, con personas adultas mayores que padecían dolor, el cual había prevalecido por varios meses, incluso años, se observaron varias maneras de responder ante esta situación, por lo que se decidió profundizar en conocer las formas que tienen las personas adultas mayores para afrontar el dolor crónico. También, se tuvo interés por descubrir que tan favorecedor puede resultar contar con apoyo social, pues una de las formas de intervenir con este sector de la población es implementar el uso de recursos sociales en los programas y políticas públicas (Arias, 2013).

Asimismo, los motivos sociales estuvieron presentes al considerar los cambios en la pirámide poblacional, así como los datos estadísticos que indican que el dolor crónico es un problema que tiene una tendencia al aumento, por lo que los motivos para indagar sobre este tema se volvieron más importantes. Además, en México no se cuenta con alguna descripción hacia el dolor crónico y la forma de hacerle frente, al contar con esta información se pueden extraer datos que permitan el diseño de estrategias de intervención hacia este problema de salud.

Por lo tanto, el objetivo principal del presente trabajo de investigación fue identificar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. Como objetivos específicos se tuvieron los siguientes: identificar la estrategia de afrontamiento que es usada con mayor frecuencia por los adultos mayores que padecen dolor crónico, establecer la relación entre el apoyo social y el afrontamiento tanto activo como pasivo ante el dolor crónico, conocer la red de apoyo social con la que tienen mayor contacto los adultos, identificar la percepción

de los adultos mayores en cuanto a la recepción de recursos emocionales, materiales, instrumentales e informativos. Y conocer la percepción de los adultos mayores sobre su apoyo social familiar, extrafamiliar e institucional.

La estrategia para cumplir con los objetivos de la investigación fue proceder a la aplicación de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores y el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico, versión reducida. Con lo anterior, la investigación implicó un estudio de campo con diseño no experimental-transversal.

A continuación, se describe la estructura y el contenido del presente documento. El primer capítulo está enfocado en el marco teórico donde se definen los conceptos principales de esta investigación. Como primer punto se habla acerca del apoyo social, su clasificación, y se resalta la importancia del apoyo social para la salud, el bienestar y la calidad de vida en los adultos mayores. Posteriormente, se define el concepto de dolor crónico, así como algunos criterios que permiten identificarlo, para dar paso a entender qué elementos implican el afrontamiento del dolor crónico de acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman. En el último apartado del capítulo se aborda la población de interés que son los adultos mayores, así como el acelerado crecimiento de este sector de la población.

En el segundo capítulo se menciona el método que sigue esta investigación. De acuerdo a los objetivos y a las hipótesis se determinó el diseño y tipo de estudio. Además, se describen las variables que son: apoyo social y afrontamiento del dolor crónico, así como la forma de evaluación de éstas por medio de dos instrumentos psicológicos. Asimismo, se especifican los escenarios donde fue llevada a cabo la investigación de campo, así como las características de la muestra.

El tercer capítulo contiene la descripción de los resultados, donde se presentan las categorías que evalúan los instrumentos psicológicos utilizados, tales como, la frecuencia con la que se usan las estrategias de afrontamiento pasivas y activas; así como los elementos del apoyo social, estos son: la

frecuencia del contacto, la percepción de los recursos emocionales, materiales, instrumentales e informativos, además de la satisfacción de los participantes hacia estos recursos, también se presenta una comparación entre el apoyo social formal e informal, finalmente se cuenta con el análisis de la correlación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico.

En el último apartado se realiza una discusión para contrastar los hallazgos del estudio con los datos teóricos, se hace un cierre en la conclusión y se realizan sugerencias para trabajos posteriores. Adicionalmente, se tiene un apartado de anexos con los instrumentos utilizados en esta investigación.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Apoyo Social

Para comenzar con la construcción de este marco teórico, se considera necesario abordar como primer punto el concepto de apoyo social, ya que forma parte de los recursos personales generadores de bienestar que le permiten a un individuo enfrentar situaciones de estrés, además de considerarse como un precursor de la calidad de vida (Aranda & Pando, 2013). Cerquera y Plata (2016) refieren que el modelo de apoyo social sustenta que aquellas personas que participan de manera activa en diversos espacios sociales y de integración familiar, aumentan su bienestar, así como su estado de salud.

El apoyo social se va a entender como el intercambio de recursos entre personas, entre quienes se establece un vínculo; se dice que hay una transacción que permite mejorar la adaptación cuando uno de estos individuos se enfrenta a situaciones de estrés, por lo que el apoyo social ayuda al afrontamiento de sus necesidades, y la provisión de éste se puede dar tanto en situaciones cotidianas como en situaciones de crisis (Aranda & Pando, 2013). Asimismo, el apoyo social se relaciona con la conformación de una red social, donde se encuentran actores, individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, los cuales pueden interactuar entre sí (Acuña & González, 2010).

La principal función de las redes sociales es brindar apoyo social (Meneses, 2007, en Pereira, Pires, Pires, Silva & Oliveira, 2017). Es posible identificar dos tipos de redes de apoyo: la informales que se caracterizan por poseer reglas implícitas y actividades espontáneas, las interacciones existentes se dan principalmente por la familia, cónyuge, hijos, hermanos, también pueden estar implicados la comunidad, los vecinos y las amistades; y las redes de apoyo formales que poseen reglas formalizadas y procedimientos estandarizados, los apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas y las interacciones que se brindan se dan principalmente por grupos, organizaciones, centros sociales, centros de salud, etc., todas ellas, en menor o mayor grado, son

importantes y se reitera su necesidad ante cualquier situación, sea ésta crítica o no (Aranda & Pando, 2013; Castellano, 2014; Guzmán, Huenchuán & Montes de Oca, 2003).

Los recursos que se comparten dentro del apoyo social pueden ser de tres tipos: (1) materiales o instrumentales, (2) emocionales e (3) informativos. Los recursos materiales se encuentran en un nivel conductual y dotan al individuo de ayuda económica o de algún servicio; los recursos emocionales, se encuentran a un nivel afectivo, hacen referencia a la posibilidad que tiene el individuo para expresar sus emociones y sentimientos con un confidente, encontrando cariño, confianza, y empatía; por último los recursos informativos se encuentran en un nivel cognitivo y permiten al individuo resolver dudas o problemas a través de consejos o información recibida de un tercero (Aranda & Pando, 2013; Arias, 2013; Castellano, 2014; Clemente, 2003; Hombrados, 2013; Vega & González, 2009).

El apoyo social también puede conceptualizarse a partir de dos perspectivas: una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera contempla la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, lo que correspondería al apoyo social recibido; mientras que la segunda perspectiva implica las relaciones significativas, así como la calidad y disponibilidad del apoyo existente, por lo que el individuo realiza una valoración subjetiva del apoyo que recibe, con ello se considera la existencia de un apoyo social percibido (Vega & González, 2009; Vivaldi & Barra, 2012).

Vinaccia et al. (2014) plantean que el apoyo social percibido se relaciona ampliamente con un afrontamiento eficaz y con adaptación a la enfermedad. En el estudio que realizaron concluyeron que, en personas diagnosticadas con cáncer, es más importante la percepción de un adecuado apoyo social, que el soporte que realmente recibe.

Las investigaciones de Guan et al. (2015), que apoyan la premisa anterior, reportaron que aquellos participantes con apoyo social percibido obtuvieron niveles bajos de ansiedad y depresión, así como una mejor calidad de vida. Rizalar, Ozbas, Akyolcu y Gungor (2014), también refieren que el apoyo social

percibido en pacientes con cáncer se encuentra asociado con una mejor orientación hacia los servicios de atención médica y con un mejor ajuste psicosocial a la enfermedad y a la relación familiar.

Otro aspecto relacionado al apoyo social percibido y recibido es el grado de satisfacción que se tiene con éste, el cual se encuentra mediado por las necesidades físicas, psicológicas y sociales que la persona posea y demande (Hombrados, 2013). Este aspecto se condensa en la teoría de la especificidad (Cohen & McKay, 1984, en Hombrados, 2013) en la que se plantea que el apoyo social será más efectivo en la medida en que se ajuste al problema de las personas.

Por otra parte, hay dos modelos generales del apoyo social que ayudan a entender cómo actúa. Los modelos se centran en el estrés y analizan los efectos del apoyo social en la salud y el bienestar, el primer modelo es la teoría del efecto directo y el segundo es la teoría del efecto amortiguador (Hombrados, 2013).

Por lo que respecta al modelo del efecto directo, propone que el apoyo social promueve el bienestar y la salud de forma independiente del nivel de estrés experimentado por las personas. La hipótesis que sostiene este modelo es que, a mayor nivel de apoyo social, mayor será el bienestar psicológico, en contraposición a que cuando el nivel de apoyo es menor, mayor será el malestar psicológico. Los mecanismos que explican los efectos directos del apoyo social son: la participación social, el contacto con los demás, el sentido de comunidad, así como la estima y el respeto que se recibe de los otros, con estos elementos la persona sabrá que dispone de apoyo en el momento que lo requiera, lo que aumenta la percepción de control sobre sí mismo, y mejora en su estado de ánimo, lo que le permite que adopte conductas saludables, lo cual se asocia positivamente con la salud (Lu & Hsien, 1997, en Hombrados, 2013).

El modelo del efecto amortiguador o de los efectos protectores propone que el apoyo social amortigua los efectos negativos del estrés sobre el individuo; la hipótesis que sostiene el modelo es que, ante la presencia de estresores, el apoyo social protege a las personas de los efectos negativos de éstos, en cambio, en

ausencia de estresores el apoyo social no influye en el bienestar. Por lo tanto, el apoyo social actúa sólo en condiciones de estrés elevado protegiendo a las personas del efecto negativo del mismo y fortaleciendo las conductas efectivas de afrontamiento (Lahey & Heller, 1988, en Hombrados, 2013; Vega, & González, 2009).

Se considera que estos modelos no son excluyentes, sino que el apoyo social visto de manera sistemática engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o malestar (Vega & González, 2009).

Por lo mencionado en las teorías anteriores sobre los efectos que el apoyo social tiene en la salud, el bienestar y la disminución del estrés, se considera importante incluir el apoyo social dentro de las intervenciones y programas, tanto individuales como comunitarias, que buscan tanto el tratamiento como la rehabilitación de enfermedades, tales como la del dolor crónico (Vivaldi & Barra, 2012), enfocada en la población adulta mayor.

Arias (2013) hace referencia a aquellas intervenciones en salud desarrolladas bajo la perspectiva del apoyo social, que resultan de gran utilidad en el trabajo a nivel individual, y en las cuales se realiza un diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuado para cada caso particular. “El abordaje de diversas problemáticas, enfermedades crónicas, el ingreso a una residencia para adultos mayores, una intervención quirúrgica, cuidados postoperatorios, tratamientos de costo elevado, externaciones, abandono, aislamiento social, pobreza, inmovilidad, internaciones frecuentes, déficits cognitivos severos, etc.” (Arias, 2013, p. 318), pueden planearse y llevarse a cabo desde el apoyo social.

Promover el apoyo social se ha convertido en uno de los objetivos principales de programas, planes y políticas internacionales dirigidos a la población adulta mayor. Como ejemplo de lo anterior se tiene lo que declara la Organización Mundial de la Salud OMS en 2002 (en Arias, 2013) sobre la importancia de la participación y el apoyo social en el bienestar y la salud integral de las personas de edad mayor. Otro ejemplo que evidencia la importancia del apoyo social dentro de estos programas es la reunión de expertos en Redes de

Apoyo Social a Personas Adultas Mayores en donde se plantea como objetivo principal: fortalecer las redes de apoyo social tanto formales como informales de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y potenciar su desarrollo como sujetos de derechos (Guzmán et al., 2003).

Tal es la importancia del apoyo social que se tiene registrado que un bajo suministro de éste puede ser un factor de riesgo para la mortalidad del adulto mayor (Pereira et al., 2017), y si nos vamos a un final menos desalentador como es la muerte, se tiene que aquellas personas con una red de apoyo deficiente tienen mayor probabilidad de sufrir deterioro cognitivo (Zamora et al, 2017).

Entonces, como se ha mencionado, lo que promueve el bienestar del adulto mayor es la participación social en diversas actividades, que pueden ser recreativas, físicas y de autocuidado, además del contacto que éste tenga con sus redes de apoyo, lo que le da la posibilidad de desarrollar roles que favorecen una alta autoestima, sumado a un sentido de pertenencia, lo que también impactará en la percepción de su bienestar (Acuña & González, 2010; Hombrados, 2013). La necesidad que tienen los adultos mayores de apoyarse en otras personas para poder llevar a cabo de manera satisfactoria sus actividades cotidianas, hace que las redes de apoyo tengan un papel fundamental en el proceso de envejecimiento (Acuña & González, 2010; Ramos & Salinas, 2010).

Jáuregui, Poblete y Salgado (2006) refieren que el apoyo social de tipo emocional proporcionado por la familia, los amigos y vecinos ayuda a los adultos mayores a concebir un estado de bienestar, con lo cual se promueve una mejor calidad de vida durante el proceso de envejecimiento. Con ello, las relaciones familiares y emocionales se convierten en las principales fuentes de apoyo para los adultos mayores (Alvarenga, Campos, Rodrigues, Amendola & Faccenda, 2011). Al mismo tiempo, el apoyo emocional puede ser utilizado para alentar el desarrollo de una alta autoestima y para promover la autonomía en los adultos mayores, lo que se relaciona con una disminución de la discapacidad física (Matos, Bernardes, & Goubert, 2016; Rook, Mavandadi, Sorkin, & Zettel, 2007).

Algunos investigadores han encontrado que el papel de los miembros de la red de apoyo familiar puede dotar de distintos tipos de apoyo, los cónyuges son quienes apoyan en lo emocional y quienes en mayor medida pueden influir en la disminución del impacto negativo del dolor, mientras que el apoyo que pueden recibir de los hijos queda limitado al de tipo instrumental (Ginting, Tripp, Nickel, Fitzgerald & Mayer, 2011; Ha, Kahng, & Choi, 2017)

Con ello se puede hablar del modelo de la tarea específica de Litwak (1985), el cual sugiere que diferentes miembros de redes sociales realizan diferentes tareas para proporcionar apoyo en función de su proximidad, duración del compromiso y rol. Por ejemplo, los adultos mayores pueden confiar en su cónyuge o familiares que viven cerca para realizar las tareas que requieren atención constante y cercanía física, recibiendo soporte instrumental; sin embargo, para tareas que requieren de actividades como el ocio, los adultos mayores pueden preferir a sus amigos que a sus hijos. Por lo tanto, como lo mencionan Ha, et al. (2017) tener una red de apoyo diversa aumenta su impacto positivo en el bienestar y en la salud del adulto mayor

Se ha hecho evidente que el apoyo social que recibe el individuo, específicamente el adulto mayor, resulta favorecedor. Sin embargo, el adulto mayor también puede ser una fuente que proporcione ayuda a su red social, y el intercambio mutuo y la reciprocidad en las relaciones sociales puede incrementar su percepción de funcionalidad. Por otro lado, la falta de reciprocidad en las relaciones puede causar sentimientos de dependencia, endeudamiento e inferioridad que conducen a reacciones de estrés y a afectar negativamente la salud de las personas involucradas, lo que probablemente incrementa el riesgo de muerte en los adultos mayores (Pereira et al., 2017; Rodríguez, 2013).

Así, uno de los principales objetivos que se debe buscar con el apoyo social es fomentar la autonomía funcional del adulto mayor y no la dependencia, lo cual se asocia a efectos protectores y amortiguadores en la disminución del dolor crónico, asimismo promueve una menor discapacidad con respecto al dolor y dota

de herramientas que permitan afrontarlo de mejor manera (Matos, Bernardes, Goubert, & Beyers, 2017).

Específicamente, cuando un individuo padece dolor crónico, el cual se encuentra relacionado con el estrés y con una situación de crisis, se requiere de una respuesta por parte del individuo que lo padece. El afrontamiento puede ser esta respuesta, si se encuentra acompañado de apoyo social, hará posible que disminuya el nivel de estrés, el individuo podrá expresar sus sentimientos, lo que lo llevará a aumentar la demanda de ayuda a los otros ante el dolor. Esto puede promover que presente una mayor actividad social que permita un grado mayor de distracción del sujeto y favorecerá la tolerancia hacia el dolor (Moix, 2005; Soriano & Monsalve, 2005).

Además, la información o consejo de ciertas personas significativas para el individuo, puede influir sobre la evaluación que éste realiza de la situación estresante. También se debe reconocer que en ocasiones el apoyo social entorpece el proceso de evaluación que la persona hace sobre la situación estresante, ya que su red de apoyo adopta una actitud excesivamente protectora (Rodríguez et al., 1993).

Lo anterior permite comenzar a hablar de lo que implica el afrontamiento ante una situación estresante y las estrategias utilizadas, en este caso el dolor crónico sería aquella fuente de estrés. Siendo así, el siguiente apartado estará dedicado a hablar sobre el concepto de dolor crónico y posteriormente se desarrollará temática referente al afrontamiento del dolor crónico.

1.2 Dolor Crónico

Para comenzar con la definición de dolor crónico es necesario que primero se entienda el concepto de “dolor”. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente, potencial o descrita en términos de ésta, que se caracteriza por una percepción siempre subjetiva (González, 2014).

El dolor resulta de una alarma biológica producida por el cuerpo, tiene un componente adaptativo que promueve la preservación, el movimiento o la inmovilidad, y la propia protección del organismo de acuerdo con las circunstancias en las que se encuentre (Soriano & Monsalve, 2005), así que se puede hablar de un dolor físico que muchas veces es un síntoma relacionado a la enfermedad. No obstante, cuando el dolor deja de ser puntual e identificador de riesgos y amenazas para la salud, y se prolonga, pasa a ser una enfermedad en sí mismo, ahora se denomina dolor crónico ya que se ha extendido su temporalidad, un criterio concreto que define su aparición es que se presente al menos 6 meses de forma continua (Covarrubias et al., 2010; Soriano & Monsalve, 2005), aunque también se ha considerado que solo bastan 3 meses para considerarlo como dolor crónico (Marcus, 2009; Moix, 2005).

Antes de que el dolor se vuelva crónico, es decir, antes de esos tres o seis meses, el dolor se considera agudo y consiste en un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, emocional, mental y de ciertas respuestas de orden autonómico, psicológico y conductual provocadas por una herida, una lesión en los tejidos, o como consecuencia de una inflamación. Se trata de un tipo de dolor de aparición reciente y de corta duración, se caracteriza porque la intensidad es mayor en el momento de su aparición. Además, cuando este tipo de dolor cumple su propósito biológico, que es salvaguardar la integridad del organismo, debe desaparecer. El dolor puede sanar espontáneamente o gracias a determinado tratamiento el cual incide sobre la enfermedad o lesión (Chapman, 1984, en Miró, 2003).

El dolor puede persistir a pesar de que la herida haya sanado o la lesión haya desaparecido, en ese momento ya no se trata de dolor agudo, sino que se ha convertido en dolor crónico considerado como des-adaptativo, e implica un funcionamiento patológico del sistema nervioso. Como ya se mencionó, este tipo de dolor se concibe como una enfermedad (Bravo, 2014).

Una forma de explicar la presencia del dolor crónico es que se desarrolla una sensibilidad anormal en el sistema nervioso, específicamente, en vías de dolor

periférico y central (Marcus, 2009), con esto hay un cambio en la actividad cerebral. “Los modelos animales de lesiones neuropáticas y/o inflamatorias que causan un dolor persistente sugieren que los circuitos periféricos y de la médula espinal que transmiten señales nociceptivas en dirección cefálica experimentan una reorganización dramática” (Apkarian, Baliki, & Geha, 2009, p. 82).

La premisa sobre la ocurrencia de cambios en la función del Sistema Nervioso Central en pacientes con dolor crónico es respaldada en un estudio de resonancia magnética funcional en el que se comparó la actividad cerebral en 15 pacientes con dolor crónico de espalda y 15 sujetos controles emparejados (Baliki, Geha, Apkarian Chialvo 2008, en Marcus, 2009). Durante una tarea de atención, se esperaba que las áreas del cerebro que no estaban involucradas en la tarea de atención se desactivaran, lo que permitiría al cerebro enfocar la energía en las áreas críticas involucradas en la tarea.

Cuando se pidió a los pacientes que realizaran una tarea de atención, la corteza prefrontal medial, la amígdala y la circunvolución cingulada posterior se volvieron menos activas en los controles, pero no se desactivaron lo suficiente en los pacientes con dolor crónico. La incapacidad para desactivar áreas no críticas en pacientes con dolor crónico puede ocasionar dificultades en la concentración y en la toma de decisiones, frecuentemente expresadas por dichos pacientes (Baliki et al., 2008, en Marcus, 2009).

Por otro lado, dentro del dolor crónico se puede hablar de una clasificación al considerarlo como maligno y benigno. El dolor crónico maligno es el que indica que existe un deterioro progresivo en el organismo. El ejemplo más claro es el dolor oncológico. Por su parte, el dolor benigno etiquetado como un dolor inútil ya que no “avisa” de ningún deterioro, en muchos casos, se trata de un dolor con causa orgánica que, una vez desaparecida, todavía persiste. Incluidos en esta clase de dolor, se pueden encontrar diferentes tipos: cefaleas, fibromialgia, dolor lumbar, neuropatías, etc. (Moix, 2005). A partir de la característica subjetiva del dolor crónico, se han diseñado métodos que permiten realizar mediciones que auxilian al proceso de diagnóstico (Rodríguez, 2013).

Dentro de los métodos verbales se encuentran, por un lado, los unidimensionales en los que se define la cantidad o intensidad del dolor, como ejemplos se encuentra la Escala Visual Análoga, la Escala Numérica y la Escala Facial del dolor que comúnmente es utilizada para niños. Por otro lado, están los métodos multidimensionales que hacen referencia a instrumentos o cuestionarios de medición, como ejemplo se tiene el Cuestionario Breve del Dolor y el Test de Lattinen. También se cuentan con medidas fisiológicas como los estudios de patrones electromiográficos, o los potenciales evocados, entre otros (Cid, Acuña, Andrés, Díaz, & Gómez, 2014).

Para identificar cuál es la edad en la que se presenta con mayor frecuencia el dolor, Covarrubias et al. (2010) identificaron algunos estudios epidemiológicos realizados en clínicas mexicanas del dolor, en los cuales la población atendida con dolor crónico presentaba una edad promedio de 58 años: “En este sentido, se han identificado diferencias significativas entre la proporción de los menores y mayores de 60 años, lo que sugiere que los adultos mayores son el grupo más afectado” (p. 210).

Debido a que las personas de 80 años o más representan el grupo de edad de más rápido crecimiento en todo el mundo y a medida que la población continúa envejeciendo, los proveedores de atención médica se enfrentarán cada vez más con quejas de dolor crónico, así que resulta necesario conocer la forma en la que esta enfermedad (el dolor crónico) se manifiesta en los adultos mayores (Marcus, 2009). Por lo cual, en la siguiente sección se hablará sobre algunos elementos del afrontamiento del dolor crónico y posterior a ello se abordan las características de este grupo poblacional.

1.3 Afrontamiento del Dolor Crónico

Para comenzar a entender los elementos que rodean al afrontamiento ante el dolor crónico, es necesario recurrir al modelo de Lazarus y Folkman (1984, en Soriano & Monsalve, 2005) en el que se establece la existencia de tres grandes componentes: (1) los antecedentes causales, (2) los procesos mediadores y (3) los efectos a corto y a largo plazo. En el primer componente, correspondiente a los

antecedentes causales, se encuentran incluidas las variables pertenecientes al individuo (tales como valores y creencias), así como aquellas correspondientes a la situación (temporalidad, características, ambigüedad, etc.). Dichos elementos modulan el segundo componente, los procesos mediadores, en donde se encuentran los procesos de valoración, los cuales pueden ser primarios (¿qué está en juego?, ¿en qué me afecta el problema?) y secundarios (¿qué puedo hacer para resolverlo?).

De acuerdo con la valoración y al afrontamiento se tiene el tercer componente del modelo, los efectos a corto y largo plazo, los cuales van a afectar a los antecedentes causales de la siguiente interacción del individuo con la situación estresante, por lo que hay un ciclo en el que se retroalimenta la percepción que se tiene del evento generador de estrés y, por lo tanto, puede darse un cambio en la forma de actuar que tiene el individuo (Soriano & Monsalve, 2005).

El afrontamiento se hace presente cuando terminan los procesos de valoración, este concepto se entiende como la práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos. El individuo pasa por un proceso en el que intenta superar las demandas excesivas que se le plantean y así poder reestablecer un equilibrio, es decir, busca adaptarse a la nueva situación (Lazarus & Folkman, 1984, en Rodríguez et al., 1993).

La forma en cómo se empata el modelo de Lazarus y Folkman con el dolor crónico es que ambos se refieren a un modelo de estrés. Cuando un individuo padece de dolor crónico, el cual puede ser considerado como una de las fuentes de estrés más importantes en el ámbito de la Salud (Soriano & Monsalve, 2005), este individuo, de acuerdo con sus creencias, hace una evaluación del dolor crónico que padece, es aquí donde estarán presentes los antecedentes causales y los procesos de valoración. La persona se pregunta en qué le afecta el problema y qué puede hacer para resolverlo, por lo que el siguiente paso implica el

afrontamiento para tener como resultado los efectos a corto y a largo plazo que retroalimentarán todo el proceso, desde el primer componente hasta el último, es decir, implica los antecedentes causales, los procesos mediadores y los efectos a corto y largo plazo.

El individuo que padece dolor crónico puede hacer dos valoraciones, una en la que vea la situación como un desafío y otra en que la vea como una amenaza. Al percibir el desafío, empleará estrategias de afrontamiento centradas en el problema, consideradas como estrategias activas y adaptativas; cuando perciba amenaza, el individuo hará uso de estrategias centradas en la emoción, consideradas como estrategias pasivas y desadaptativas (Dysvik, Natving, Eikeland, & Lindstrom, 2005; Snow, Norris, & Tan, 1996)

Ahora bien, ¿a qué se refieren las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y a que se refieren las estrategias centradas en la emoción? Las primeras hacen referencia a que el individuo estima que su situación es susceptible de cambiar por medio de las acciones que él mismo pueda realizar, controla su dolor por medio de sus recursos internos, su esfuerzo se dirige a definir el problema y a elegir entre soluciones alternativas. Este tipo de afrontamiento se relaciona con la autoeficacia y con un locus de control interno del individuo (Higgins, Bailey, LaChapelle, Harman, & Hadjistavropoulos, 2015).

Las segundas estrategias se refieren a que el individuo intenta alterar y minimizar su angustia emocional causada por el dolor al evaluar la situación estresante como si no pudiera hacer nada, opta por depositar el control de su dolor en los otros y en sus recursos externos, y hay una sensación de impotencia. Las estrategias centradas en la emoción se asocian al locus de control externo y a un mayor nivel de dolor, ansiedad y depresión (Higgins et al., 2015; Snow et al., 1996).

De acuerdo con Lazarus (1999, en Soriano & Monsalve, 2005) ambas formas de afrontamiento ocurren en casi todos los encuentros estresantes. Sin embargo, con respecto al dolor crónico, las estrategias enfocadas en el problema deberían, presumiblemente, reducir el estrés y resultar en un mayor bienestar en

situaciones que son susceptibles de cambio; mientras que las estrategias enfocadas en la emoción resultan de las situaciones consideradas inmutables y hay mayores niveles de dolor (Dysvik et al., 2005).

También se ha hablado de las estrategias de afrontamiento como activas o pasivas. Lo que debe tomarse en cuenta en dicha clasificación es que no se trata de hacer o no hacer determinada acción, la diferencia radica en si el individuo confía o no en sus recursos externos o internos. Aun así, al concebir de esta forma las estrategias de afrontamiento, puede considerarse que en una misma estrategia se encuentren estos dos componentes (lo activo y lo pasivo). Por ejemplo, tomar medicamentos para el dolor puede tener un componente pasivo, por un lado, porque el paciente confía en fuerzas externas; por otro lado, puede haber un componente activo porque el paciente cumple con el tratamiento (Snow et al., 1996).

En la investigación sobre apoyo social percibido y el dolor crónico no maligno de Amaya y Carrillo (2015), como parte de sus resultados observaron que la principal estrategia de afrontamiento del dolor crónico es recurrir a la religión, dicha estrategia se reconoce como pasiva ya que no hay ningún movimiento por parte de la persona, ésta deposita el control del dolor en lo exterior, y al mismo tiempo tiene dificultades en los procesos de adaptación al dolor. De forma complementaria, Duarte (2007) reporta que los pacientes con dolor crónico pueden ser entrenados en estrategias de afrontamiento activas apoyándose en el apoyo social que reciben.

Cuando todos los esfuerzos para disminuir el dolor fracasan, se ha encontrado que los pacientes, como mecanismo de adaptación, “aceptan” su condición y participan en actividades cotidianas a pesar de su dolor, en estos pacientes se reportan bajos niveles de dolor, ansiedad y depresión, esta forma de aceptar el dolor puede entrar en las estrategias de afrontamiento activas, pues las personas buscan funcionar, aunque experimenten dolor (Roditi, Waxenberg, & Robinson, 2010).

Otra forma para clasificar a las estrategias de afrontamiento es considerarlas como cognitivas o conductuales. En las de tipo cognitivo se encuentra la capacidad del sujeto para utilizar la imaginación y para ignorar el dolor, o transformarlo en otra sensación, o bien, en la capacidad para optar por la distracción y la reestructuración cognitiva. En cuanto a las estrategias de tipo conductual se incluyen la búsqueda de apoyo social, el descanso, la evitación de actividades, o la búsqueda de situaciones determinadas que favorecen el bienestar del sujeto, la medicación, el ejercicio, entre otras acciones (Rodríguez, Cano & Blanco, 2004).

Por otro lado, Rodríguez et al. (1993) refieren dos tipos de respuestas de afrontamiento, una de aproximación y otra de evitación, se hace uso de una u otra en la medida en la que el individuo se acerque o se aleje de lo que considera amenazante. Se considera que la respuesta de aproximación tiene uso cuando hay un control potencial de la situación y permite realizar acciones apropiadas que sacan ventaja del evento estresante; además, esta forma de respuesta trae consigo un mayor nivel de estrés. Por su parte, la respuesta de evitación, en la que se intenta escapar del problema y de las emociones negativas, puede interferir con la acción cuando se puede aceptar la amenaza y aproximarse a ella, solo resulta útil al disminuir los niveles de estrés y al permitir asimilar el trauma. Incluso, ambas respuestas pueden darse cronológicamente, primero la evitación y luego la proximidad, pues el individuo se aleja y puede gradualmente acercarse a lo que considera amenazante (Aldwin, 2007).

La eficacia de las respuestas de evitación y de aproximación, se da al momento de usarlas a corto o a largo plazo, a corto plazo la evitación sería ideal al no tener la posibilidad de control de la amenaza, para posteriormente, a largo plazo, usar la aproximación (Aldwin, 2007). Asimismo, la eficacia de las estrategias de afrontamiento puede evaluarse de acuerdo al nivel de adaptación que tenga el individuo ante su situación estresante; hay tres criterios para evaluar la adaptación: 1) los resultados después de hacer uso de la estrategia, 2) la

temporalidad del evento y 3) el contexto y características de la situación (Rodríguez et al., 1993).

Algunos factores asociados con la respuesta de evitación cuando se padece de dolor crónico es que se deja de lado la actividad física, todo se ve en términos negativos, pues el individuo cree que con el movimiento se tiene mayor sensación del dolor; también puede presentarse un pensamiento catastrófico, esto aumenta la discapacidad funcional del individuo, lo que a largo plazo aumenta el dolor y trae consigo depresión y ansiedad. Cuando la evitación se toma en un sentido distractor la discapacidad funcional puede reducirse (Cui, Matsushima, Aso, Masuda, & Makita, 2009).

Una de las características comunes observadas en la población de dolor crónico es la tendencia de los pacientes a catastrofizar su dolor. En lugar de desarrollar estrategias para hacer frente a su dolor se esfuerzan para evitar provocarlo, esto conduce a una actividad decreciente, aislamiento social y empeoramiento de la depresión. Los pacientes comienzan a evitar actividades para controlar su exposición al dolor, esta tendencia progresa, lo que provoca debilidad física hasta el punto donde ya no pueden participar en actividades previamente agradables, ya no pueden tolerar estar de pie en entornos sociales, y todo esto reduce su calidad de vida (Smerz, & Grunert 2015).

Sullivan, Martel, Trip, Sarvard, & Cromber (2006) en un estudio experimental relacionado con el dolor, observaron que los participantes que exhibían mayor respuesta catastrófica al estar expuestos a presión con frío también mostraban una conducta de mayor dolor, el cual fue evaluado a través de la observación de las expresiones faciales, especialmente cuando podían ser vistos por otra persona. Por lo que al contar con una persona que brinde apoyo y escucha ante experiencia de dolor, la persona para obtener mayor ayuda exagerará la expresión de este. Así que los pacientes con dolor crónico pueden adquirir ganancias secundarias, al obtener mayor atención y cuidados de lo que realmente necesitan de parte de su red de apoyo social (González, 2014).

Por su parte, Pastor et al. (1993, en Amaya & Carrillo, 2015) quienes evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico, observaron que el apoyo social de la red familiar era predictiva de la ansiedad y la depresión, así como de una mayor percepción de dolor en la enfermedad crónica estudiada (fibromialgia), ya que las actitudes excesivamente protectoras o limitadoras de las iniciativas del paciente para enfrentarse a su enfermedad, pueden entorpecer los procesos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Incluso, el apoyo social informativo en algunos casos puede ser erróneo y contribuir a una mayor percepción del dolor.

En contraste, Moix (2005) reportó una relación entre dolor y apoyo social y sugiere que las personas que cuentan con un mayor apoyo social tienen más posibilidades de expresar su percepción de dolor, lo que facilita que puedan tener más información y ayuda para hacerle frente a las dificultades que se les presenten.

El afrontamiento que el individuo realice para manejar el acontecimiento estresante se encuentra relacionado a los recursos que posee, estos pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales. Los recursos físicos se refieren a las características biológicas del individuo y a los medios materiales como ciertos instrumentos y equipos. Los recursos psicológicos implican los estados afectivos y cognitivos, así como los repertorios comportamentales del individuo. Los recursos estructurales hacen referencia a los papeles y roles sociales que forman parte de la organización de un sistema social (Rodríguez et al., 1993).

Por su parte, los recursos sociales incluyen los procesos de interacción y apoyo social, lo cuales se desarrollan y fortalecen constantemente, se puede hablar de ingresos económicos adecuados, residencia adecuada, disponibilidad de información, asistencia y apoyo emocional; estos recursos se caracterizan por ser unos de los más importantes para el afrontamiento hacia las enfermedades (Rodríguez et al., 1993). Finalmente, los recursos culturales incluyen las creencias, normas, valores y símbolos dados por la propia cultura del individuo, en

éstos se concibe de cierta forma los procesos de salud y enfermedad, lo que, al mismo tiempo, influye en las estrategias de afrontamiento utilizadas (Guan et al., 2015).

Al haber revisado los elementos que se relacionan con el afrontamiento ante el dolor crónico, tales como, los recursos individuales, las creencias, las evaluaciones, el apoyo social, las características del evento estresante, lo cual resulta crucial para elegir la estrategia de afrontamiento, y se determina su eficacia en la medida en la que resulta adaptativa, ahora es necesario identificar las características de la población de interés, el siguiente apartado está enfocado a hablar sobre los adultos mayores.

1.4 Adultos Mayores

En todo el mundo, las personas viven más tiempo, esta declaración es hecha por la OMS (2015) lo que implica que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para el año 2050 se espera que la población mundial de esta edad llegue a los 2000 millones, se ha establecido un aumento de 900 millones de personas con respecto a 2015.

En cuanto al envejecimiento en México, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011) reporta, por medio de las estadísticas del INEGI, que el número de personas de más de 65 años aumentó paulatinamente entre 1970 y 2010 al pasar de 1.8 a 7.0 millones; después del año 2010 las proyecciones muestran una aceleración en el crecimiento de la población de más de 65 años esperando que sean 28.7 millones en el 2050.

Como se ha mencionado, el incremento en la esperanza de vida es un hecho más que indica el acelerado crecimiento de la población adulta mayor. Una comparación de la esperanza de vida en diferentes periodos reporta que, en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2016 fue de 75.2 años. La proyección para el año 2050 indica una esperanza de vida de casi 80 años, asimismo la esta es mayor en mujeres que en hombres (INGER, 2016).

Otro indicador del incremento de personas adultas mayores se ve en la inversión de la pirámide poblacional, puesto que la disminución de la fecundidad impacta en el decremento de población infantil. Mientras que la población adulta aumenta progresivamente, se espera que el número de personas mayores supere al grupo de jóvenes (INGER, 2016).

Ahora bien, se considera que una persona es adulta mayor o que se encuentra en la tercera edad cuando ha cumplido más de 60 años (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2014), entonces la edad se convierte en un criterio para establecer que se está en dicha etapa de la vida. También, dentro de estos criterios se encuentran los estándares sociales y económicos, así como el estado de salud de la persona; por lo que se dificulta la existencia de un consenso para definir que se está o no en la adultez mayor. Otro factor que se suma a esta dificultad es la mejoría de la salud que conlleva a un aumento diferencial en la esperanza de vida de acuerdo con la localización geográfica (Papalia, Sterns, Feldman & Camp, 2009; Papalia, 2012). Este aumento en la esperanza de vida ha permitido establecer la existencia de una cuarta edad, la cual comprende de los 80 a 85 años (Delgado, 2009).

Una persona adulta mayor es definida como “aquella que cuente con sesenta años o más de edad y que se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio nacional” (Poder Legislativo Federal, 2002, p. 2). Esta definición está basada en lo establecido dentro de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), dicho criterio es igual al contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Ahora bien, cuando se hace referencia al envejecimiento, se habla de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente (INAPAM, 2014; INMUJERES, 2015; Papalia et al., 2009; Papalia, 2012).

Los criterios utilizados por el INAPAM (2014) para determinar el envejecimiento de las personas hacen referencia a la edad en cuatro modalidades: (1) la edad cronológica, (2) la edad física, (3) la edad psicológica y (4) la edad social. A continuación, se explica en que consiste cada una.

- (1) La edad cronológica: queda definida mediante el cumplimiento de determinados años. La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (INMUJERES, 2015). Para apoyar este criterio, Delgado (2009) menciona que, en las investigaciones enfocadas en el estudio del envejecimiento, los participantes que constituyen las muestras de estudio suelen ser personas de 60 a 65 años o más.
- (2) La edad física: implica los cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y de las emociones (INAPAM, 2014).

La edad física permite hablar sobre los cambios a nivel biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente, a la muerte (OMS, 2015).

Dentro del deterioro físico, los adultos mayores presentan cambios sensoriales relacionados con problemas visuales y auditivos, también se manifiestan cambios musculares y óseos que provocan dificultades en los movimientos, los cuales se hacen lentos e imprecisos. Estos cambios fisiológicos tienen una repercusión psicológica, pues al mermar las capacidades de agilidad y resistencia de los adultos mayores, fortalecen algunos de los perjuicios de esta etapa, como la pérdida de autonomía y la consecuente dependencia (Delgado, 2015). Sumado a estas repercusiones se tiene la transformación de la apariencia, la piel empieza a arrugarse y cambia la coloración del cabello los cuales se consideran signos evidentes del proceso de envejecimiento (Delgado, 2009; Papalia, 2012).

- (3) La edad psicológica: engloba los cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente, se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, la memoria que se ve mayormente afectada es la de trabajo, hay una disminución en la velocidad del procesamiento de la información, alteraciones en procesos atencionales, rigidez mental. Sin embargo, se fortalecen las habilidades lingüísticas, así como las de inteligencia emocional y sabiduría (INAPAM, 2014; Papalia et al., 2009).
- (4) La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social (INAPAM, 2014).

Los cambios a nivel social abarcan las pérdidas de seres queridos y la adopción de nuevos roles (abuelo, jubilado). Se puede pensar que el adulto mayor se encuentra en un momento de soledad y aislamiento, pues el tamaño de sus redes sociales disminuye, no obstante, conservan un círculo cercano de personas que forman parte de sus confidentes (Delgado, 2009; Papalia, 2012). Charles y Cartensen (2007) resaltan que las relaciones que los adultos mayores conservan son más importantes que nunca para su bienestar. Cuando se tiene una persona que brinda apoyo, las personas pueden confiarles sus sentimientos y pensamientos, lo que les permite hablar sobre sus preocupaciones y dolor, como consecuencia tienen un mejor manejo de los cambios y las crisis del envejecimiento (Arias, 2013).

El apoyo social y emocional ayuda a los adultos mayores a mantener la satisfacción “con la vida ante el estrés y el trauma, como la pérdida de cónyuge o un hijo, de una enfermedad que pone en riesgo la vida o de un accidente, y los vínculos positivos suelen mejorar la salud y el bienestar” (Papalia, 2012, p. 591).

Como se mencionó, hay un declive en la funcionalidad física y biológica en los adultos mayores, lo que trae consigo el deterioro de su estado de salud y con ello la presencia de enfermedades, sobre todo, de aquellas denominadas no transmisibles, las cuales generan cierto grado de discapacidad (Delgado, 2009).

Sin embargo, el envejecimiento no debe considerarse como sinónimo de enfermedad, ya que esta última puede evitarse si se mantiene un cuidado adecuado y estilo de vida saludable en las anteriores etapas (Moore, Moir & Patrick, 2004, en Papalia et al., 2009).

La visualización del estado de salud de las personas adultas mayores debe tomar en cuenta el aumento en la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años para población en general, si esta edad se contrasta con la esperanza de vida saludable que es apenas de 65.8 años, entonces se tiene una diferencia de 10.6 años, lo que significa que hay un periodo de casi 10 años con una mayor carga de enfermedad y dependencia, ya que la calidad de vida y el estado de salud disminuye (Manrique et al., 2013).

Es necesario retomar el punto sobre las enfermedades no transmisibles, que también son denominadas crónico degenerativas, ya que a éstas se encuentra ligada la prevalencia del dolor crónico (Cobb, 1976; Vinaccia et al., 2014), que se considera como un problema de salud pública a nivel mundial (Covarrubias et al., 2010). La cronicidad del dolor pone un reto para los sistemas de salud y a los profesionales del área, asimismo, hace necesario que se reconozcan aspectos fundamentales en el proceso, y que se revise la relación entre el afrontamiento el apoyo social, lo cual puede contribuir a distintas formas de tratamiento del dolor crónico (Cobb, 1976; Vinaccia et al., 2014). “Desde esta perspectiva, el apoyo social puede favorecer la adaptación a acontecimientos vitales y proteger a las personas en crisis, de una gran variedad de estados patológicos” (Amaya & Carrillo, 2015, p. 464).

II. MÉTODO

2.1 Planteamiento del problema y justificación

El dolor crónico se ha considerado un problema de salud pública, el cual afecta del 25 al 29% de la población general a nivel internacional. El grupo poblacional más afectado implica a las personas adultas mayores, las hipótesis sugieren que el dolor crónico tiende a presentarse conforme avanza la edad (Covarrubias et al., 2010). Según los datos reportados por el INGER (2018) “cuatro de cada diez personas mayores en México sufren dolor crónico y más de la mitad de personas que fallecieron en el país registraron dolor crónico en su último año de vida” (p. 13)

La problemática que gira en torno al dolor crónico presentado por los adultos mayores, tiene mayor impacto debido al rápido crecimiento poblacional de este sector (CONAPO, 2011). Lo cual abre la pauta para realizar investigaciones sobre los factores que se presentan alrededor del dolor crónico y para que a partir de los datos arrojados se puedan crear estrategias de intervención que permitan mantener la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Una de las estrategias de intervención con los adultos mayores implica el apoyo social, el cual se ha relacionado con la disminución del dolor crónico. Las investigaciones reportan que el apoyo social es beneficioso para afrontar, recuperar y adaptarse a enfermedades crónicas y al dolor que el padecimiento trae consigo (Vinaccia et al., 2014; Rizalar et al., 2014). Otros estudios hacen referencia a que el apoyo social se encuentra asociado al incremento de la demanda de atención de la persona que padece el dolor crónico hacia las personas que le rodean, lo cual aumenta la percepción de un mayor nivel de dolor (Guillory et al., 2015; Miró, 2003). Entonces, ¿hay alguna relación entre el apoyo social y el afrontamiento ante el dolor crónico?

2.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores?

2.3 Objetivo General

Identificar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores

2.4 Objetivos Específicos

1. Identificar la estrategia de afrontamiento que es usada con mayor frecuencia por los adultos mayores que padecen dolor crónico.
2. Establecer la relación entre el apoyo social y el afrontamiento activo ante el dolor crónico en adultos mayores.
3. Establecer la relación entre el apoyo social y el afrontamiento pasivo ante el dolor crónico en adultos mayores.
4. Conocer la red de apoyo social con la que tienen mayor contacto los adultos mayores que padecen dolor crónico.
5. Identificar la percepción de los adultos mayores que padecen dolor crónico en cuanto a la recepción de recursos emocionales, materiales, instrumentales e informativos.
6. Conocer la percepción de los adultos mayores sobre su apoyo social familiar, extrafamiliar e institucional.

2.5 Hipótesis

Hi: Existe una relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores

Ho: No existe relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores

Ha: Un adulto mayor, en cuyo entorno social perciba que recibe apoyo tanto formal como informal, tendrá los recursos relacionados a estrategias de afrontamiento activas para manejar el dolor crónico. Por ello, se espera que la presencia de apoyo social beneficie al adulto mayor para adoptar estrategias activas de afrontamiento ante el dolor crónico.

2.6 Variables: definiciones conceptuales y operacionales

Definición conceptual

Apoyo social: ayuda emocional, instrumental, material e informativa que se deriva de un determinado entramado social, con ello se hace referencia a las fuentes de apoyo social informales, como la familia, los amigos y la comunidad mientras que, las fuentes de apoyo social formales implican la ayuda institucional (Arias, 2013; Guzmán et al., 2003).

Afrontamiento ante el dolor crónico: formas cognitivas y/o conductuales mediante las cuales una persona intenta manejar demandas ambientales que evalúa como excedentes o desbordantes de sus recursos (Lazarus & Folkman, 1984; en Gutiérrez, 2014). En ese caso la demanda que se percibe como excedente se trata del dolor cónico, el cual se entiende como una percepción compleja configurada por factores afectivos, conductuales, cognitivos y sensoriales (Miró, 2003).

Definición Operacional

Apoyo social: puntuación obtenida en la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (Mendoza & Martínez, 2009) sus componentes son: informales (cónyuge, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios) y formales (instituciones gubernamentales y no gubernamentales). La escala determina la presencia de cuatro tipos de apoyo: el material, el instrumental, el emocional y el informativo, explora el nivel de satisfacción y la frecuencia del contacto social y comunitario (ver anexo 1).

Afrontamiento del dolor crónico: respuesta obtenida mediante el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico-R (CAD-R) (Soriano y Monsalve, 2004). Está compuesto por seis sub-escalas: (1) religión, (2) catarsis (búsqueda de apoyo social emocional), (3) distracción, (4) autocontrol mental, (5) autoafirmación y (6) búsqueda de información (búsqueda de apoyo social instrumental) (ver anexo 2).

El CAD-R discrimina entre dos tipos de afrontamiento: el afrontamiento activo constituye a las sub-escalas de autoafirmación, búsqueda de información, distracción y autocontrol; mientras que en el afrontamiento pasivo se encuentran las estrategias de religión y catarsis.

2.7 Escenarios

Los escenarios donde se llevó a cabo la investigación de campo fueron tres centros gerontológicos ubicados en la Ciudad de México. El atributo distintivo de la muestra fue que recibían apoyo social formal, por asistir a dicho centro.

El primer escenario ubicado en la delegación Iztapalapa, se autodenomina como un centro gerontológico de desarrollo y educación, cuenta con una modalidad de centro de día, el número aproximado de beneficiarios es de 80 personas adultas mayores. Las actividades tienen una estructura de talleres con el objetivo de mantener la funcionalidad física, mental y social del adulto mayor, además de promover conductas y hábitos saludables en los adultos mayores mediante psico-educación. Cuentan con un taller enfocado a la rehabilitación física.

El segundo escenario está ubicado en la delegación Azcapotzalco, cuenta con la modalidad de centro de día y residencia 24 horas, cabe mencionar que, todos los participantes pertenecientes a este centro se encontraban en la modalidad de residencia permanente. El centro tiene una población aproximada de 100 personas. Asimismo, pretende brindar atención integral a las personas adultas mayores, mediante atención médica, psicológica y de trabajo social, además de contar con servicio de comedor, actividades recreativas, sociales y culturales.

El tercer escenario pertenece a la delegación Benito Juárez, la modalidad pertenece a un centro de día, que busca el desarrollo integral de la persona adulta mayor, la población aproximada es de 50 personas, las actividades que se desarrollan implican la estimulación cognitiva, la recreación, la rehabilitación acompañada de fisioterapia, atención, nutricional, médica y psicológica.

2.8 Muestra y participantes

La muestra de participantes se determinó por la presencia de dolor crónico, el cual implica aquel dolor que ha persistido por un periodo mayor o igual a seis meses. La etiología puede ser una lesión aguda que evoluciona a dolor crónico como, latigazo cervical, trauma, cirugía, o diferentes enfermedades crónicas como, artritis reumatoide, osteoartritis, lumbalgia, dolor miofascial, fibromialgia, cefaleas, dolor abdominal crónico, neuralgias. Asimismo, se consideró la existencia de un diagnóstico previo por alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas. Un criterio adicional es que los participantes fueran capaces de responder los instrumentos de evaluación, es decir, que mantuvieran sus funciones cognitivas conservadas.

Así, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico propositivo (Kerlinger, 2002). La muestra estuvo conformada por 56 adultos mayores, de los cuales 11 fueron hombres y 45 fueron mujeres, de más de 60 años, asistentes a tres centros gerontológicos ubicados en la Ciudad de México.

2.9 Instrumentos de evaluación

Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores ERASAM (Mendoza & Martínez, 2009). Este instrumento tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach global de 0.935, con una confiabilidad interevaluador con un valor de kappa de 0.94. Incluye la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido (material, emocional instrumental e informativo) y la satisfacción con éste, tanto en el ámbito familiar como en el extrafamiliar e institucional (ver anexo 1).

Se define una escala de porcentajes para evaluar las dimensiones anteriores. La puntuación varía en una escala de cero a 100. La mayor puntuación en el primer rubro indica que se reciben los cuatro tipos de apoyo; en el segundo rubro la máxima puntuación se refiere a que, se tiene una mayor satisfacción con el apoyo social recibido; y en el tercer rubro que hay un mayor contacto social y comunitario (ver Tabla 1).

Tabla 1

Evaluación ERASAM

Rubro	Escala de evaluación	
Tipos de recursos que recibe	Si recibe 4= 100%	Si recibe 1= 25%
	Si recibe 3= 75%	Si recibe 0= 0%
	Si recibe 2= 50%	
Satisfacción de los recursos de apoyo recibido	12 puntos = 100%	5 puntos = 42%
	11 puntos = 92%.	4 puntos = 33%
	10 puntos = 83%.	3 puntos = 25%
	9 puntos = 75%	2 puntos = 17%
	8 puntos = 67%	1 punto = 8%.
	7 puntos = 58%	0 puntos = 0%.
	6 puntos = 50%	
Frecuencia del contacto social y comunitario.	3 puntos = 100%	1 punto = 33%
	2 puntos = 66%	0 puntos = 0%

La ERASAM es una prueba de autoadministración, sin embargo, se deben tomar en consideración las características de la persona como algún problema visual o cognitivo grave que le impida comprender las preguntas, ante lo cual se procede a su aplicación de forma individual.

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico CAD-R (Soriano y Monsalve, 2004). Es un instrumento realizado con una muestra española, de fácil aplicación, y con una estructura interna consistente y estable, tiene seis factores: religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información. Su primera versión se constituía de 31 ítems. La versión reducida posee 24 ítems, los cuales explican el 63,8% de la varianza, tiene una consistencia interna de cada factor entre 0.77 y 0.94 (ver anexo 2).

El CAD-R es una prueba adutoadministrada cuyas opciones de respuesta están dadas a una escala tipo Likert de cinco puntos (1) Nunca, (2) Pocas veces (3) Ni muchas, ni pocas (4) Muchas veces (5) Siempre.

Validez de contenido del CAD-R

Puesto que el CAD-R no es un instrumento validado en población mexicana, se realizó la validez de contenido por medio de un jueceo, se recurrió a 15 evaluadores con formación profesional en psicología y conocimientos en el área geriátrica, se entregó un formato para evaluar el instrumento respecto al contenido, la suficiencia, la claridad y la pertinencia de cada uno de los reactivos (ver anexo 4).

Con la validez de contenido se obtuvieron los siguientes comentarios generales que los jueces hicieron hacia los reactivos del CAD-R: hay varios reactivos que se repiten, “tienen una redacción diferente, pero en esencia preguntan lo mismo”. Los reactivos identificados fueron el reactivo uno “Ignoro el dolor pensando en otra cosa”, igual al reactivo ocho “Cuando tengo dolor pienso en otra cosa”. El reactivo dos “Rezo para curarme”, igual al reactivo siete “Rezo para conseguir guía y fuerza sobre el problema”. El reactivo tres “Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca”, igual al reactivo 10 “Cuando tengo dolor me concentro en él, e intento disminuirlo mentalmente”. Y el reactivo cinco “Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente” igual al 24 “Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación”

En cuanto a la redacción consideraron que hay ambigüedad en algunos reactivos y recomendaron que en éstos se enuncien estrategias o acciones más concretas. También los jueces mencionaron que en el instrumento es importante considerar otras estrategias relacionadas con el pensamiento místico y esotérico que predomina en la sociedad mexicana, así como acciones relacionadas al uso de remedios herbolarios.

Asimismo, sugirieron que se realizarán preguntas abiertas para que el evaluado tenga la posibilidad de responder si lleva acabo alguna otra estrategia para afrontar el dolor crónico que no esté contemplada en el instrumento. Por lo que, para la presente investigación, se agregó la siguiente pregunta “¿Lleva a

cabo alguna otra acción para hacer frente a su dolor que no haya sido mencionada anteriormente? Si es así, descríbala. De lo contrario, explique por qué”.

Por último, consideraron que ciertas palabras utilizadas en la redacción de algunos reactivos son tecnicismos, y que una persona con bajo nivel de escolaridad no comprendería por lo que se tendría que trabajar en la interpretación de los ítems tomando en cuenta las características de la muestra.

2.10 Diseño y tipo de estudio

La investigación fue un estudio de campo correlacional con diseño no experimental, el cual se refiere a que la naturaleza de las variables imposibilita su manipulación, por lo que se realizó una medición de factores que sucedieron en su contexto natural, (Kerlinger, 2002). Asimismo, se determinó si existía alguna relación entre las variables de interés (el apoyo social y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico). La medición de las variables se realizó en una sola ocasión, por lo que la investigación es de corte transversal.

2.11 Procedimiento

Inicialmente, el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico CAD-R. fue sometido a un jueceo para evaluar la validez de contenido, se recurrió a 15 psicólogos con conocimientos en el área geriátrica. Como producto de la validación y comentarios de los evaluadores se agregó al final del CAD-R la pregunta “¿Lleva a cabo alguna otra acción para hacer frente a su dolor que no haya sido mencionada anteriormente? Si es así, descríbala. De lo contrario, explique por qué”.

Después se procedió a la aplicación de los instrumentos: CAD-R y la ERASAM, a la muestra de participantes identificada en cada uno de los centros gerontológicos, previamente se explicó a los participantes en qué consistía la investigación y se dio lectura al consentimiento informado (ver anexo 3).

Se consideraron las características del participante, como la presencia de alguna dificultad visual o de comprensión auditiva, para que dicha aplicación fuera

de forma individual o auto-administrada. El tiempo de aplicación aproximado para la aplicación fue de 20 minutos por cada participante.

Para el análisis de los resultados, se hizo uso de estadísticos descriptivos: frecuencias y medidas de tendencia central. Para las correlaciones de las variables de estudio, apoyo social y afrontamiento del dolor crónico, se identificó la normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov–Smirnov, y de acuerdo a dicho resultado se decidió hacer uso de la correlación no paramétrica de Spearman. El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 23.0 (IBM, 2015).

III. RESULTADOS

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 56 participantes con dolor crónico. Se acudió a tres instituciones de la Ciudad de México categorizadas como centros gerontológicos para reunir dicha muestra. Las características sociodemográficas consideradas fueron el sexo, la edad y el estado civil. Por lo que respecta al sexo, se tuvo un total de 45 mujeres quienes representan el 80% de la muestra y 11 hombres, lo que corresponde al 20% de la misma. La edad de los participantes se encontraba en el rango de los 60 a los 98 años, con una media de edad de 80 años. En cuanto al estado civil, el 50% de los participantes era viudo/a, 30% soltero/a y 20% eran casados/as (ver Tabla 2) también se realizó una tabla que muestra la presencia de redes de apoyo y el estado civil de acuerdo al sexo (ver Tabla 3)

La presencia de redes de apoyo, se distribuyó de la siguiente manera: 80% de los participantes no tenía cónyuge, 73% tenía hijos, 86% mencionó que contaba con familiares próximos, 75% consideró que tenía amigos, 79% manifestó que contaba con seguridad social y el 100% pertenecía a algún grupo comunitario; en la categoría del “grupo comunitario” se ubicaron a los centros gerontológicos (ver Tabla 4),

Tabla 2

Características sociodemográficas de los participantes

		Cantidad	Porcentaje
Sexo	Mujeres	45	80%
	Hombres	11	20%
Estado Civil	Viudo/a	28	50%
	Soltero/a	17	30%
	Casado/a	11	20%

Tabla 3

Características de acuerdo al sexo

		Sexo	
		Mujer	Hombre
		n	N
Estado civil	Casado/a	10	1
	Soltero/a	12	5
	Viudo/a	23	5
Hijos	Si	36	5
	No	9	6
Cónyuge	si	10	1
	No	35	10
Amigos	Si	35	7
	no	10	4
Grupo Comunitario	Si	45	11
	No	0	0
Seguridad Social	Si	36	8
	No	9	3

Tabla 4

Redes de apoyo de los participantes

	Si		No	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
¿Tiene cónyuge?	11	20%	45	80%
¿Tiene hijos?	41	73%	15	27%
¿Tiene familiares próximos?	48	86%	8	14%
¿Tiene amigos?	42	75%	14	25%
¿Cuenta con seguridad social?	44	79%	12	21%
¿Pertenece a algún grupo comunitario?	56	100%	0	0%

A continuación, se realizará el análisis de resultados. El primer aspecto implica las frecuencias de las respuestas de los participantes en los instrumentos utilizados, el CAD-R y la ERASAM. Se identificó, de forma general, el patrón de respuesta considerando a todos los participantes. El segundo aspecto desglosa el puntaje de los participantes en cada uno de los reactivos correspondientes a los instrumentos y se hace referencia a las dimensiones de cada uno de éstos. El tercer y último aspecto muestra el resultado de la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento.

Frecuencia de respuesta del CAD-R

De acuerdo con lo mencionado previamente, en esta sección se realiza una descripción de las frecuencias de respuesta del CAD-R. En este análisis se consideraron todas las respuestas del grupo de participantes.

Las categorías de respuesta del CAD-R son: “nunca”, “pocas veces”, “ni muchas ni pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”. El mayor porcentaje de respuesta se tuvo en la categoría “nunca”, es decir que, el 27.2% de los participantes contestaron que nunca habían realizado la acción contenida en alguno de los reactivos del CAD-R, dichas acciones referidas a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico (religión, catarsis, distracción, búsqueda de información, autoafirmación, y autocontrol mental) (ver Tabla 5).

En contraposición, la menor frecuencia de respuesta se encontró en la categoría “ni muchas ni pocas veces”, con un porcentaje de 7.5%. Para la categoría “pocas veces”, la frecuencia de esta respuesta es de 23.6%. La respuesta “muchas veces” tiene un 25.1% de frecuencia, finalmente la frecuencia de la respuesta “siempre” tiene un 16.5% (ver Tabla 5).

Lo cual indica que para futuras investigaciones se podría optar por el uso de otro tipo de evaluación que permita una mejor discriminación entre las categorías de respuesta por parte de los participantes, ya que se presentaron dificultades para determinar a qué se referían las opciones de respuesta: “muchas veces”, “pocas veces” y “ni muchas ni pocas veces”.

Tabla 5

Frecuencia de respuestas del CAD-R

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Respuesta a Estrategias Afrontamiento	Nunca	366	27.2%
	Pocas veces	317	23.6%
	Ni muchas ni pocas	101	7.5%
	Muchas veces	338	25.1%
	Siempre	222	16.5%
Total		1344	100.0%

Otras acciones para hacer frente al dolor crónico.

Tal como lo recomendaron los jueces en la validez de contenido del instrumento CAD-R, se agregó a la evaluación una pregunta abierta que indagó sobre alguna acción que no hubiera sido contemplada en el instrumento y que el participante realizara como una forma de hacer frente al dolor crónico.

A continuación, se presentan algunas de las respuestas de los adultos mayores participantes a la pregunta “¿Lleva a cabo alguna otra acción para hacer frente a su dolor que no haya sido mencionada anteriormente? Si es así, descríbala. De lo contrario, explique por qué”. Las respuestas involucraron: la toma de medicamentos cuando el dolor es muy intenso, acudir a consulta médica, aplicación de pomadas y dar masajes en el área afectada, mantener la movilidad, hacer ejercicio, acudir a rehabilitación física (servicio que encuentran en los centros gerontológicos a los que pertenecen), actividades distractoras y recreativas como leer, ver televisión, descansar y recostarse, así como buscar información en internet.

Dichas acciones podrían caer en la clasificación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, especialmente en la búsqueda de información y en la distracción, las cuales pertenecen al afrontamiento activo. Sin embargo, en las estrategias evaluadas con el CAD-R, las estrategias activas son reportadas en menor uso.

Frecuencia de respuesta de la ERASAM

El siguiente análisis corresponde a las tres principales características que evalúa la ERASAM, nuevamente se consideraron las respuestas del grupo de participantes y se identificó la frecuencia de cada una de las respuestas posibles a cada uno de estos atributos.

El primer atributo es el contacto social; las respuestas posibles son: “no lo(a) veo y/o hablo”, “menos de una vez al mes”, “una o dos veces al mes” y “una vez a la semana o más”, que responden a la pregunta con qué frecuencia se ve a determinada red de apoyo. En este análisis no se hace distinción de la red de apoyo. Más adelante se realizará el análisis de la frecuencia de contacto social que los participantes tienen con cada una de las redes de apoyo, ahora lo que se pretende mostrar es la frecuencia con la que se presentaron las respuestas anteriormente mencionadas.

El mayor porcentaje se tuvo en la respuesta de “ver y o hablar con las redes de apoyo: una vez a la semana o más”, dicho porcentaje es del 43.2%, con ello es posible decir que hay una frecuencia alta de contacto social, sin embargo, el siguiente porcentaje, de 32.4%, se ubica en la respuesta que va en el otro extremo de “no ver y/o a hablar con las redes de apoyo”. La respuesta de “ver y o hablar con las redes de apoyo: menos de una vez al mes” es de 11.3%, y la última respuesta de “ver y/o hablar con las redes de apoyo: una o dos veces al mes” es de 13.1% (ver Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencia de respuestas hacia el contacto social

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Frecuencia de contacto	No lo(a) veo y/o hablo	109	32.4%
	Menos de una vez al mes	38	11.3%
	Una o dos veces al mes	44	13.1%
	Una vez a la semana o más	145	43.2%
Total		336	100.0%

El segundo atributo que evalúa el instrumento es la percepción que tienen los participantes de recibir los diferentes tipos de recursos de apoyo social (emocionales, materiales, instrumentales e informativos). La frecuencia mayor de respuesta se encontró en la no percepción de recursos que brinda el apoyo social, el porcentaje de respuesta obtenido corresponde al 59.4%, es decir, más de la mitad de las respuestas se ubicaron en esta categoría, el 40.6% restante corresponde a la percepción de recepción de recursos (ver Tabla 7).

Tabla 7

Frecuencia de respuestas hacia percepción de recursos de apoyo social.

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Percepción	No	799	59.4%
	Si	545	40.6%
Total		1344	100.0%

El tercer atributo del ERASAM corresponde a la satisfacción con los recursos recibidos por parte de las redes de apoyo. Se responde a la pregunta “¿En qué grado está satisfecho con el apoyo social que recibe?”, las respuestas posibles a esta pregunta son: “nada”, “poco”, “regular” y “mucho”. El porcentaje mayor se encontró en la respuesta “nada”, con un 59.7%. Como se ha

mencionado, esto corresponde a la no percepción de recursos de apoyo social, el siguiente porcentaje de 30.4% se ubica la respuesta “muy satisfecho”, 7.2% lo tiene la respuesta “regular” y el 2.7% la respuesta “poco” satisfecho (ver Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencia de respuestas hacia la satisfacción de recursos de apoyo social

		Respuestas	
		N	Porcentaje
Satisfacción	Nada	802	59.7%
	Poco	36	2.7%
	Regular	97	7.2%
	Mucho	409	30.4%
Total		1344	100.0%

Estrategias de Afrontamiento ante el dolor crónico

El siguiente análisis de resultados corresponde a los datos arrojados por el CAD-R de acuerdo a las dimensiones de dicho instrumento, con lo que se identifican las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, que son religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información; se presentan los reactivos en función de esta clasificación. Por medio de la frecuencia de las respuestas “nunca”, “pocas veces”, “ni muchas ni pocas veces”, “muchas veces” y “siempre”, se determina la estrategia de mayor uso.

La primera dimensión que se analizó es la “religión” la cual pertenece a las estrategias de afrontamiento pasivo, cada uno de los reactivos de esta dimensión tienen una frecuencia mayor en la respuesta “siempre” lo cual indica que 50% de los adultos mayores participantes hacen uso de la estrategia religión cuando presentan dolor, rezan para curarse y para que sus dolores desaparezcan, 48.2% reza para conseguir fuerza y guía sobre el problema y 55.4% utiliza la fe para aliviar su dolor (ver Tabla 9).

Tabla 9

Frecuencia de respuesta por reactivo de la estrategia de afrontamiento religión

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento "Religión"	Nunca	Pocas Veces	Ni muchas ni pocas	Muchas veces	Siempre
Rezo para curarme	14.3%	7.1%	0%	28.6%	50.0%
Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.	12.5%	10.7%	3.6%	25.0%	48.2%
Utilizo la fe para aliviar mis dolores	7.1%	8.9%	5.4%	23.2%	55.4%
Rezo para que mis dolores desaparezcan	12.5%	8.9%	3.6%	23.2%	51.8%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

La siguiente dimensión es "catarsis", que junto con religión forman parte de las estrategias de afrontamiento pasivas. De acuerdo con los porcentajes, se tiene una menor frecuencia de uso de esta dimensión, pues los porcentajes mayores corresponden a las respuestas "nunca" y "pocas veces", por ejemplo, el 37.5% nunca busca a algún amigo que le ayude a sentir mejor con el dolor, y el 48.2% pocas veces habla con la gente sobre su dolor para sentirse mejor (ver Tabla 10).

Tabla 10

Estrategia de afrontamiento catarsis

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento "Catarsis"	Nunca	Pocas Veces	Ni muchas ni p...	Muchas veces	Siempre
Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor	37.5%	28.6%	7.1%	23.2%	3.6%
Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor	37.5 %	37.5%	7.1%	12.5%	5.4%
Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo	30.4%	39.3%	5.4%	17.9%	7.1%
Hablo con la gente de mi dolor, porque hablar me ayuda a sentir mejor	25.0%	48.2%	7.1%	14.3%	5.4%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

La dimensión de distracción, perteneciente a las estrategias de afrontamiento activas, también tuvo poco uso ya que los porcentajes mayores se sitúan en la respuesta “nunca”, a excepción de uno de los reactivos que es, “cuando tengo dolor pienso en otra cosa” en el que el 32.1% de las personas respondió que llevaba a cabo esta acción “muchas veces” (ver Tabla 11).

Tabla 11

Frecuencia de respuesta por reactivo de la estrategia de afrontamiento distracción

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento “Distracción”	Nunca	Pocas Veces	Ni		Siempre
			muchas ni pocas	Muchas veces	
Ignoro el dolor pensando en otra cosa	32.1%	23.2%	7.1%	30.4%	7.1%
Cuando tengo dolor pienso en otra cosa.	26.8%	19.6%	10.7%	32.1%	10.7%
Intento recrear mentalmente un paisaje	60.7%	17.9%	1.8%	17.9%	1.8%
Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras	64.3%	16.1%	3.6%	16.1%	0%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento activa de “autocontrol mental”, la frecuencia mayor de las respuestas se ubica en “nunca”, lo que da indicios de ser usada en menor medida por los adultos mayores participantes. Por ejemplo, el 51.8% de las personas dicen nunca concentrarse en el punto que más les duele para disminuir el dolor y el 39.3% de las personas nunca logra concentrarse en su dolor intentando disminuirlo mentalmente (ver Tabla 12).

Tabla 12

Frecuencia de respuesta por reactivo de la estrategia de afrontamiento autocontrol mental

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento "Autocontrol mental"	Nunca	Pocas Veces	Ni		
			muchas ni pocas	Muchas veces	Siempre
Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca	46.4%	26.8%	12.5%	12.5%	1.8%
Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente	39.3 %	28.6%	10.7%	16.1%	5.4%
Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo	39.3%	25.0%	8.9%	21.4%	5.4%
Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor	51.8%	16.1%	7.1%	21.4%	3.6%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

La siguiente estrategia de afrontamiento activa es "autoafirmación", la cual tiene un mayor uso. El porcentaje mayor se ubicó en las respuestas "muchas veces": el 50% de las personas muchas veces piensa que tiene fuerzas para no desfallecer, y el 37.5% muchas veces se da ánimos para aguantar el dolor y se dice así mismo que tiene que ser fuerte (ver Tabla 13).

Tabla 13

Frecuencia de respuesta por reactivo de la estrategia de afrontamiento autoafirmación

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento "Autoafirmación"	Nunca	Pocas Veces	Ni		Siempre
			muchas ni pocas	Muchas veces	
Cuando tengo dolor no me rindo, peleo	1.8%	3.6%	12.5%	53.6%	28.6%
Me doy ánimos para aguantar el dolor	1.8 %	23.2%	16.1%	35.7%	23.2%
Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte	3.6%	16.1%	12.5%	35.7%	32.1%
Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer	3.6%	7.1%	10.7%	50.0%	28.6%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

Respecto a la búsqueda de información, que es la última estrategia de afrontamiento activa, se tiene una frecuencia mayor en la respuesta "pocas veces", por lo que esta estrategia es usada en menor medida. El 42.9% de los adultos mayores participantes pocas veces habla con un profesional acerca de su dolor para que le ayude a hacerle frente, así como el 39.3% pocas veces intenta que le expliquen qué puede hacer para disminuir el dolor (ver Tabla 14)

Tabla 14

Frecuencia de respuesta por reactivo de la estrategia de afrontamiento búsqueda de información

Reactivos correspondientes a la estrategia de afrontamiento “Búsqueda de información”	Nunca	Pocas Veces	Ni		Siempre
			muchas ni pocas	Muchas veces	
Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente	19.6%	42.9%	7.1%	23.2%	7.1%
Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor	26.8 %	35.7%	7.1%	26.8%	3.6%
Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor	25.0%	39.3%	5.4%	25.0%	5.4%
Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación	33.9%	35.7%	7.1%	17.9%	5.4%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

En la Tabla 15 se han condensado los estadísticos descriptivos de cada una de las dimensiones del CAD-R, para identificar la frecuencia con la que se usan las estrategias de afrontamiento. La estrategia de afrontamiento religión, tuvo un puntaje máximo de 20, la media corresponde a 15.82, con una desviación estándar de 5.18, lo cual confirma que esta estrategia es frecuentemente usada por los participantes. En el caso de la catarsis, se tuvo un puntaje máximo de 18 puntos con una media de 8.96 y una desviación estándar de 3.86. Lo que indica que esta estrategia de afrontamiento es poco utilizada por los participantes.

Por su parte distracción tuvo un puntaje máximo de 16 puntos, la media corresponde a 8.91 y una desviación estándar de 3.86, lo que la convierte en una estrategia de afrontamiento de poco uso para los participantes. Autocontrol mental tuvo un puntaje máximo de 16, una media de 8.54 y una desviación estándar de 3.37, lo que confirma el poco uso de los participantes hacia esta estrategia de

afrontamiento. Para autoafirmación el puntaje máximo fue de 20 puntos, la media corresponde a un 15.29 con una desviación estándar de 3.40, lo que indica que esta estrategia es de las más utilizadas por los adultos mayores participantes. Finalmente, la estrategia de búsqueda de información tuvo un puntaje máximo de 20, una media de 9.7 y una desviación estándar de 3.91, con lo que se puede decir que tuvo menor uso por parte de los participantes.

Tabla 15

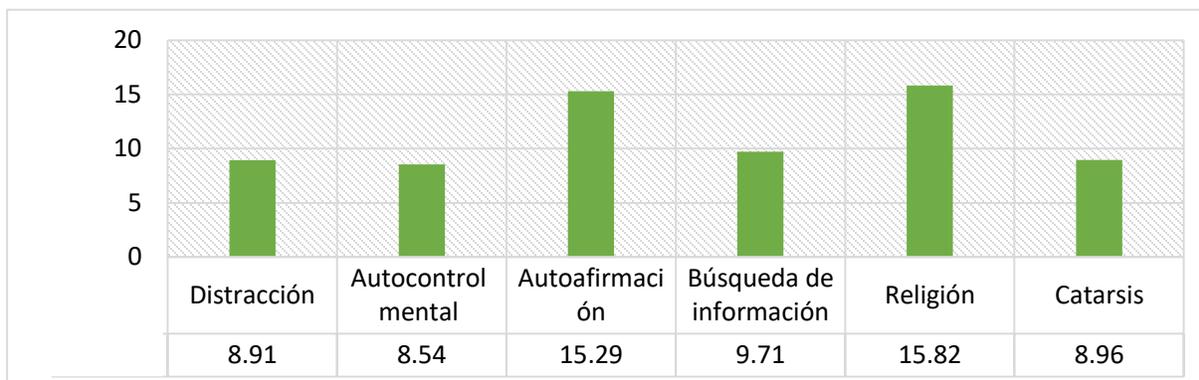
Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico

		Distracción	Autocontrol mental	Autoafirmación	Búsqueda de info.	Religión	Catarsis
N	Válido	56	56	56	56	56	56
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
	Media	8.91	8.54	15.29	9.71	15.82	8.96
	Mediana	9.00	8.00	16.00	9.00	17.50	8.00
	Moda	4	4	16	8	20	8
	Desviación estándar	3.867	3.379	3.404	3.916	5.181	3.866
	Rango	12	12	13	16	16	14
	Máximo	16	16	20	20	20	18

Nota: La media de cada estrategia de afrontamiento se encuentra en negritas.

Como parte de la identificación de las estrategias de afrontamiento de mayor uso por parte de los adultos mayores participantes, se compararon las medias de las dimensiones que componen el CAD-R. La media con la cifra mayor corresponde a la dimensión de religión con 15.82, la siguiente es autoafirmación con 15.29, por lo que estas estrategias son las que se usan en mayor medida por los participantes. La estrategia religión corresponde al afrontamiento pasivo y la estrategia de autoafirmación al afrontamiento activo. En contraste, las estrategias de menor uso son el autocontrol mental con una media de 8.54 y distracción con una media de 8.91 (Figura 1).

Figura 1. Comparación de medias de las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico



Apoyo Social

Para el análisis de resultados del apoyo social que reciben los participantes se tomaron los datos proporcionados por la ERASAM bajo los atributos que evalúa dicho instrumento. El primero de estos atributos es la frecuencia del contacto social respecto a las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor. El segundo es la percepción de contar con determinado recurso de apoyo social, ya sea emocional, instrumental, material e informativo. El tercero implica la satisfacción con cada uno de los tipos de recursos recibidos.

La primera característica que se describe es la frecuencia de contacto social. De acuerdo al porcentaje de respuesta, se ha identificado la frecuencia con la que los participantes ven y/o hablan con sus redes de apoyo, o acuden a determinado lugar que les proporciona apoyo social. Respecto al cónyuge, los participantes identificaron poco contacto social, ya que el 80.4% de los participantes dice que no ven y/o hablan con dicha red de apoyo, siendo esta la red de menor contacto comparada con el resto de las redes de apoyo, cabe mencionar que este resultado se explica debido al estado civil de los participantes, (el 50% era viudo/a, 30% soltero/a y solo el 20% eran casados/as). También hay poco contacto con los familiares próximos, el mayor porcentaje se encuentra en la respuesta “menos de una vez al mes” el 33.9% refiere que ve y/o habla con sus familiares próximos en dicha frecuencia (ver Tabla 16).

Las redes de apoyo con las que se tiene una frecuencia mayor de contacto social implican a los hijos, los amigos y al grupo comunitario al que pertenecen los adultos mayores. Respecto a los hijos el 62.5% de los participantes dice ver y o hablar una vez a la semana o más a dicha red de apoyo, asimismo, 57.1% de los adultos mayores participantes mencionan que ven y o hablan con sus amigos una vez a la semana o más (ver Tabla 16).

El grupo comunitario tiene la mayor frecuencia de contacto de todas las redes de apoyo que son consideradas en el instrumento, el 98.2% de los adultos mayores acude a su grupo comunitario una vez a la semana o más. La última red de apoyo es la institución de salud, la cual es visitada con menor frecuencia, pues el 37.5% de los participantes dice no acudir a dicha red de apoyo. De manera adicional, los participantes reportaron que acuden a sus citas de rutina programadas una o dos veces al mes, o bien cuando se enferman (ver Tabla 16).

Tabla 16

Frecuencia de contacto social

	No lo (a) veo y/o hablo. No acudo	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una vez a la semana o más
¿Con qué frecuencia ve y/o habla usted con su...?				
Cónyuge	80.4%	1.8%	1.8%	16.1%
Hijos	32.1%	0%	5.4%	62.5%
Familiares próximos	17.9%	33.9%	23.2%	25.0%
Amigos	26.8%	5.4%	10.7%	57.1%
¿Con qué frecuencia acude a su...?				
Grupo comunitario	0%	0%	1.8%	98.2%
Institución de Salud	37.5%	26.8%	35.7%	0%

Nota: Los porcentajes mayores se encuentran marcados en negritas

A continuación, se presenta la percepción de los adultos mayores en cuanto a la recepción de los cuatro tipos de recursos del apoyo social (emocionales, materiales, instrumentales e informativos). El primero de los cuatro recursos es el

emocional, 85.7% de los adultos mayores refieren que su cónyuge no les proporciona tal recurso, cabe aclarar que, en dicho porcentaje están incluidos los adultos mayores solteros y viudos. En la red de apoyo de los hijos, el 64.3% de los adultos menciona que sí recibe recursos emocionales, el 35.7% restante dice no recibir estos recursos por parte de sus hijos (ver Tabla 17).

Tabla 17

Percepción de recursos emocionales

	Si	No
Cónyuge	14.3%	85.7%
Hijos	64.3%	35.7%
Familiares próximos	76.8%	23.2%
Amigos	71.4%	28.6%
Grupo comunitario	98.2%	1.8%
Institución de Salud	3.6%	96.4%

Nota: El porcentaje mayor se encuentra marcado en negritas

La percepción de los recursos emocionales por parte de los familiares próximos se encuentra en un 76.8%, el 23.2% restante de los adultos mayores participantes dijo no recibir recursos emocionales de este grupo. El 71.4% de los participantes responde que sí recibe recursos emocionales por parte de sus amigos. La percepción de recursos emocionales en el grupo comunitario tiene el mayor porcentaje respecto a las otras redes de apoyo, este porcentaje es de 98.2%. Lo contrario sucede con las instituciones de salud, pues solo el 3.6% dice que sí recibe dicho recurso por parte de este sector (ver Tabla 17).

Con los datos anteriores es posible decir que los adultos mayores perciben que reciben recursos emocionales por parte de sus hijos, familiares próximos, amigos y grupo comunitario. Los cónyuges junto con las instituciones de salud se convierten en las redes de apoyo que proporcionan menos recursos emocionales de acuerdo con la percepción de los adultos mayores participantes.

Ahora bien, ya se identificó que hay una alta percepción de recibir recursos emocionales, pero ¿qué tan satisfechos se sienten los adultos mayores con los recursos emocionales que perciben recibir? Tanto para la red de apoyo del cónyuge como para las instituciones de salud no hay un grado de satisfacción hacia los recursos emocionales, lo cual coincide con la poca percepción que se tiene de este recurso. El 85.7% de los participantes dijeron que no hay ninguna satisfacción con los recursos emocionales del cónyuge y el 96.4% refirió que no hay satisfacción de este recurso en sus instituciones de salud (ver Tabla 18).

Cabe aclarar que, en la percepción de recursos emocionales por parte del cónyuge, así como en la satisfacción hacia los mismos, influye el estado civil de los participantes, pues más de la mitad pertenecen a la categoría de viudos y solteros.

En cuanto a la satisfacción con los recursos emocionales para el resto de las redes de apoyo (hijos, familiares próximos, amigos y grupo comunitario), los porcentajes mayores se ubican en la categoría de “mucho”, es decir, los adultos mayores respondieron que se sienten muy satisfechos con los recursos emocionales que reciben. El 82.1% de los participantes dijo sentirse muy satisfecho con los recursos emocionales que reciben por parte de su grupo comunitario. El 57.1% está muy satisfecho con los recursos emocionales que recibe por parte de sus familiares próximos (ver Tabla 18).

Tabla 18

Satisfacción con los recursos emocionales

¿En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional que le proporciona su (s)...?	Nada	Poco	Regular	Mucho
Cónyuge	85.7%	1.8%	1.8%	10.7%
Hijos	37.5%	1.8%	16.1%	44.6%
Familiares próximos	23.2%	5.4%	14.3%	57.1%
Amigos	28.6%	8.9%	10.7%	51.8%
Grupo comunitario	1.8%	3.6%	12.5%	82.1%
Institución de Salud	96.4%	0%	1.8%	1.8%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas

Respecto a la percepción de recursos materiales, se repite un patrón de respuesta ya que un alto porcentaje de los adultos mayores participantes consideraron que no reciben recursos materiales por parte de sus redes de apoyo. El 87.5% refirió que no recibe este recurso por parte de su cónyuge (el 80% de los participantes no tiene cónyuge), el 53.6% de los participantes dijo no recibir recursos materiales por parte de sus hijos (73% de los participantes tienen hijos), la red de apoyo de los amigos es la que posee el mayor porcentaje de no percepción de este recurso con un 96.4%. Mientras que la de menor porcentaje de no percepción de apoyo es la institución de salud con un 51.8%, por lo que se puede decir que, por parte de esta red, hay una mayor percepción de recursos materiales (ver Tabla 19).

Tabla 19

Percepción de recursos materiales

	Si	No
Cónyuge	12.5%	87.5%
Hijos	46.4%	53.6%
Familiares próximos	32.1%	67.9%
Amigos	3.6%	96.4%
Grupo comunitario	46.4%	53.6%
Institución de Salud	48.2%	51.8%

Nota: El porcentaje mayor se encuentra marcado en negritas.

La satisfacción de los participantes hacia los recursos materiales corresponde al patrón de no percepción de éste, los mayores porcentajes se sitúan en la respuesta “nada”, lo que indica que no hay satisfacción hacia recursos materiales porque estos no son percibidos; aunque hay una excepción en la red de apoyo de los hijos, ya que 42.9% de los adultos mayores mencionó que estaba muy satisfecho con los recursos materiales que le proporcionaba esta red de apoyo (ver Tabla 20).

Tabla 20

Satisfacción con los recursos materiales

¿En qué grado está satisfecho con el apoyo material que le proporciona su (s)...?	Nada	Poco	Regular	Mucho
Cónyuge	87.5%	0%	0%	12.5%
Hijos	53.6%	0%	3.6%	42.9%
Familiares próximos	67.9%	0%	5.4%	26.8%
Amigos	96.4%	0%	1.8%	1.8%
Grupo comunitario	51.8%	8.9%	16.1%	23.2%
Institución de Salud	51.8%	5.4%	17.9%	25.0%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

La distribución de respuestas de los adultos mayores hacia la percepción de los recursos instrumentales es la siguiente: 87.5% de los adultos declararon no recibir este tipo de recurso por parte de su cónyuge (recordar que más de la mitad de la muestra tiene un estado civil de viudo y soltero). En contraste, 12.5% de los participantes refirió que sí recibe apoyo instrumental por parte del cónyuge. En cuanto a la red de apoyo que constituyen los hijos, las respuestas de sí percepción y no percepción de apoyo instrumental se encuentran en 50% (ver Tabla 21).

La tendencia en la respuesta de no percepción de apoyo instrumental se repite en el cónyuge, los familiares próximos, los amigos y la institución de salud. El 64.3% de los adultos dijeron no percibir apoyo instrumental por parte de los familiares próximos, 66.1% no perciben ese apoyo respecto a los amigos y 89.3% de los adultos dijeron no percibir que reciben apoyo por parte de la institución de salud. Finalmente, el grupo comunitario se vuelve la fuente de apoyo de la que se tiene mayor percepción de apoyo instrumental, ya que más de la mitad de los adultos mayores, 57.1%, menciona que si recibe este apoyo en su grupo comunitario (ver Tabla 21).

Tabla 21

Percepción de recursos instrumentales

	Si	No
Cónyuge	12.5%	87.5%
Hijos	50.0%	50.0%
Familiares próximos	35.7%	64.3%
Amigos	33.9%	66.1%
Grupo comunitario	57.1%	42.9%
Institución de Salud	10.7%	89.3%

Nota: El porcentaje mayor se encuentra marcado en negritas.

En cuanto a la satisfacción de recursos instrumentales, el mayor porcentaje de las respuestas se encontraron en la categoría “nada”, los adultos mayores no se encontraban nada satisfechos con los recursos instrumentales que recibían. Cabe señalar que en el grupo comunitario donde hubo una percepción favorable de este recurso, hay un 39.3% de los adultos mayores que dijo sentirse “muy satisfecho” con el apoyo instrumental que recibía, y 42.9% no estaba satisfecho (ver Tabla 22).

Tabla 22

Satisfacción con los recursos instrumentales

¿En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental que le proporciona su (s)...?	Nada	Poco	Regular	Mucho
Cónyuge	87.5%	0%	1.8%	10.7%
Hijos	50.0%	0%	5.4%	44.6%
Familiares próximos	64.3%	1.8%	5.4%	28.6%
Amigos	66.1%	1.8%	5.4%	26.8%
Grupo comunitario	42.9%	5.4%	12.5%	39.3%
Institución de Salud	89.3%	0%	3.6%	7.1%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

Nuevamente, se reitera el grupo comunitario como la principal red de apoyo, en este caso hacia la percepción de recursos informativos. Se tiene una mayor proporción de adultos mayores que declararon recibir recursos informativos de dicha red, 94.6% de los participantes dijeron que este recurso sí estaba presente. El 5.4% no percibía recursos informativos del grupo comunitario. Para el resto de las redes de apoyo hubo una percepción de no recibir recursos informativos, con la excepción de la red de los amigos, donde la mitad de adultos mayores percibían que recibían recursos informativos y la otra mitad percibían que no los recibían (ver Tabla 23).

Tabla 23

Percepción de recursos informativos

	Si	No
Cónyuge	1.8%	89.3%
Hijos	37.5%	62.5%
Familiares próximos	25.0%	75.0%
Amigos	50.0%	50.0%
Grupo comunitario	94.6%	5.4%
Institución de Salud	37.5%	62.5%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

La satisfacción de los adultos mayores hacia los recursos informativos fue “mucho” dentro del grupo comunitario. El 76.8% de los participantes se encontraron muy satisfechos con el apoyo informativo recibido (ver Tabla 24). En el resto de las redes la respuesta de “nada” de satisfacción se encontró con los mayores porcentajes, coincidiendo con la no percepción de recursos informativos.

Tabla 24

Satisfacción con el apoyo informativo

¿En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo que le proporciona su (s)...?	Nada	Poco	Regular	Mucho
Cónyuge	89.3%	1.8%	0%	8.9%
Hijos	62.5%	1.8%	5.4%	30.4%
Familiares próximos	78.6%	3.6%	1.8%	16.1%
Amigos	50.0%	5.4%	3.6%	41.1%
Grupo comunitario	5.4%	5.4%	12.5%	76.8%
Institución de Salud	64.3%	3.6%	12.5%	19.6%

Nota: Los porcentajes mayores están marcados en negritas.

Apoyo social formal e informal

Otras dimensiones que evalúa la ERASAM y que es importante rescatar para los objetivos de esta investigación es el apoyo familiar, extrafamiliar e institucional, los cuales corresponden a la clasificación de los tipos de apoyo; uno es el informal donde se sitúa tanto al apoyo familiar como al apoyo extrafamiliar, y otro es el formal en donde se ubica el apoyo institucional. De acuerdo a los puntajes que arroja la ERASAM, se presentan las medidas de tendencia central de estas tres categorías.

El apoyo familiar tuvo una media de 34.30, un puntaje máximo de 91 y una desviación estándar de 21.15, la media corresponde a 33. El apoyo extrafamiliar tuvo una media de 57.59, una mediana de 56.50, el puntaje máximo de este tipo de apoyo fue 95, la desviación estándar presentada fue de 19.36. El apoyo institucional tuvo una media de 23.18, una media de 26, el puntaje máximo corresponde a 79 y la desviación estándar fue de 22.77 (ver Tabla 25).

Al comparar las medias de las tres categorías de apoyo social, se encontró que el apoyo extrafamiliar tiene la media más alta, lo que corresponde a un mayor apoyo por parte de los amigos y el grupo comunitario al que pertenecen los adultos mayores participantes, de acuerdo con su percepción. Con ello, se puede

decir que el apoyo informal tiene una mayor presencia en los adultos mayores que padecen dolor crónico (ver Figura 2).

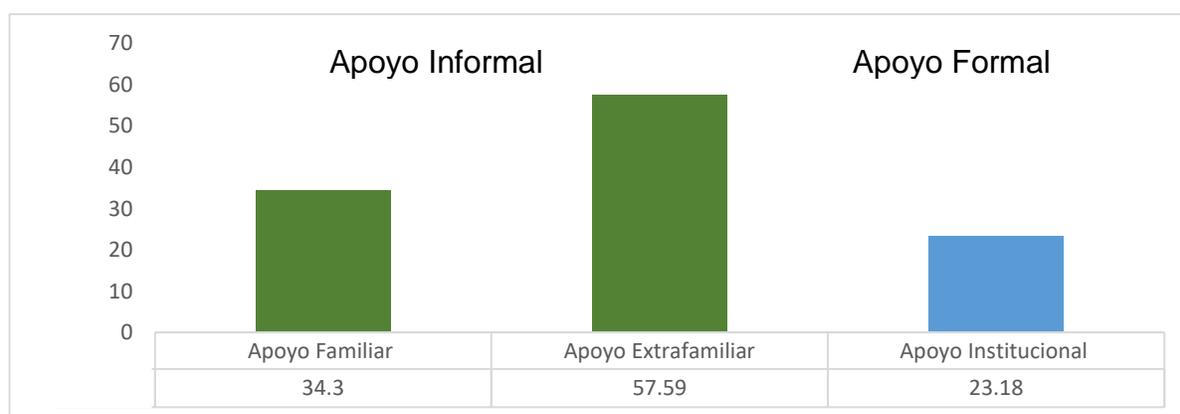
Tabla 25

Estadísticos descriptivos del apoyo formal e informal

		Total de apoyo familiar	Total de apoyo extrafamiliar	Total de apoyo institucional
N	Válido	56	56	56
	Perdidos	0	0	0
Media		34.30	57.59	23.18
Mediana		33.00	56.50	26.00
Moda		23*	79	0
Desviación estándar		21.152	19.365	22.773
Varianza		447.415	375.010	518.622
Mínimo		0	24	0
Máximo		91	95	79

Nota: * Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

Figura 2. *Comparación de medias del apoyo formal e informal*



Relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico

Para revisar la distribución de los datos se hizo la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov con la corrección de Lilliefors, ya que en primera instancia se no se conocía la media y la varianza poblacional y estas se estimaron a través de los datos muestrales (Romero, 2016). Dicha prueba se usó tanto para los reactivos pertenecientes al CAD-R, como para los reactivos de la ERASAM.

Los resultados de las pruebas de normalidad indicaron rechazar la hipótesis nula, que hace referencia a la normalidad de los datos ($p < 0.05$). Por lo tanto, los datos de cada uno de los reactivos pertenecientes a ambos instrumentos (CAD-R y ERASAM) no tienen una distribución normal. Con los datos anteriores se decidió hacer uso de estadística no paramétrica en las correlaciones, lo que corresponde a una prueba de correlación de Spearman.

Mediante el análisis de correlación de Spearman, resultó un coeficiente de 0.424 estadísticamente significativo ($p < 0.01$). Dicho coeficiente corresponde a una correlación positiva débil, por lo que se puede decir que, sí existe una relación entre el apoyo social y el afrontamiento ante el dolor cónico en adultos mayores.

En cuanto a la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento activo del dolor crónico se tiene un coeficiente de correlación de Spearman de 0.300 estadísticamente significativo ($p < 0.05$), dicha relación también tiene la característica de ser débil, lo mismo sucedió con la relación del apoyo social y las estrategias de afrontamiento pasivo del dolor crónico, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0.336 estadísticamente significativo ($p < 0.05$) (ver Tabla 26).

Tabla 26

Correlaciones entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento del dolor crónico

		Estrategias de Afrontamiento		
		Activas	Pasivas	General
Apoyo Social	Coefficiente de correlación	.300*	.336*	.424**

Nota: * La correlación es significativa en el nivel 0.05.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores, como parte de esto se encontró que, sí existe una relación entre dichas variables, sin embargo, la relación es débil. Lo mismo ocurrió en la relación del apoyo social con las estrategias de afrontamiento activas y pasivas. Lo cual pudo deberse a ciertos factores que provocaron variaciones, estos factores pudieron implicar el tamaño de la muestra y las características de los participantes, ya que no todos compartían el mismo estado civil, también a las diferencias de su contexto, por ejemplo, pertenecer a determinado centro gerontológico, o a la dificultad para determinar la presencia de dolor crónico por los diferentes criterios de evaluación y diagnóstico. El hallazgo sobre la relación positiva entre el apoyo social y el afrontamiento al dolor crónico se comparte con las investigaciones de Amaya y Carrillo (2015) y Duarte (2007).

Se esperaba obtener una relación más fuerte entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento activas, ya que el apoyo social se relaciona con acciones más adaptativas hacia el dolor crónico (Aranda & Pando, 2013; Vinaccia et al., 2014). Al no obtener dicho resultado, se puede suponer que existen carencias de apoyo social y que la percepción que tienen los participantes sobre los recursos sociales que reciben no es favorable, ya que, probablemente, los recursos sociales no se ajustan a sus necesidades y eso está asociado a un menor apoyo social.

Apoyo social

Vinaccia et al. (2014) refieren que es más importante la percepción de un adecuado apoyo social, que el soporte que realmente recibe, lo cual se relaciona a un afrontamiento eficaz y una adaptación a la enfermedad. Los resultados que se obtuvieron en este estudio indican que los adultos mayores tienen una percepción de poco apoyo social, asimismo, el nivel de satisfacción con éste se ve afectado. Con ello no se encuentran elementos para pensar que los adultos mayores

realizan una exageración de las expresiones de dolor para obtener ganancias secundarias, como mayor cuidado y atención por parte de sus redes de apoyo tal como es reportado por las investigaciones de González (2014) y Sullivan et al. (2006). La falta de reportes y expresiones de dolor también se hizo presente en los informes diagnósticos realizados en los Centros Gerontológicos, en los cuales, los participantes hombres no manifestaban sentir dolor a pesar de estar identificados con una enfermedad asociada a éste.

A pesar de que los participantes refieran que reciben pocos recursos y apoyo social, se tiene una alta frecuencia de contacto social, definido en ver y hablar con sus redes de apoyo. Entonces, se puede decir que hay una presencia de redes, sin embargo, de acuerdo con la percepción de los participantes, éstas no proporcionan apoyo, o éste no se ajusta a las necesidades de los adultos mayores, por lo que el nivel de satisfacción es bajo, tal como lo indica Hombrados (2013). Esto podría implicar un área de oportunidad en la intervención con las redes de apoyo social de los adultos mayores, sobre todo con la red de apoyo de los hijos y los amigos, pues son aquellas identificadas con mayor frecuencia de contacto social, esto con el objetivo de identificar qué recursos sociales pueden brindar.

Es necesario mencionar una excepción de la baja percepción de apoyo, pues el grupo comunitario, en el que están incluidos los centros gerontológicos, se convierte en la red que tiene una mayor percepción de apoyo y recursos sociales: emocionales, instrumentales e informativos. No se consideran los recursos materiales ya que estos son proporcionados en mayor medida por las instituciones de salud, de acuerdo con la percepción de los participantes.

Sin embargo, al comparar el máximo porcentaje de percepción de cada uno de los tipos de recursos sociales, los recursos materiales son los que tienen un porcentaje de percepción menor. Los recursos emocionales tienen un máximo porcentaje de percepción de 98.2%, los informativos 94.6%, los recursos instrumentales 57.1%, y los materiales un 48.2%. Si bien, se ubica que las

instituciones de salud proporcionan recursos materiales, hace falta mejorarlos puesto que, el nivel de satisfacción también es bajo.

El dato anterior es reflejo del problema que enfrenta el sistema de salud en México (Pasillas & Zamírez, 2014). Según el Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud, las principales fallas se reportan en el abasto de medicamentos, por lo cual los usuarios hacen un gasto extra para obtenerlos; los servicios de laboratorio y los tiempos de espera para recibir la atención también forman parte de lo que requiere mejorarse (Gutiérrez et al., 2016). De forma general, en este estudio, los recursos sociales de las instituciones de salud fueron percibidos en proporciones bajas, con ello el apoyo social formal tiene una menor presencia en la vida de los adultos mayores.

Respecto a los tipos de apoyo social se tiene la clasificación en dos categorías: el apoyo informal y el apoyo formal, a su vez, dentro del apoyo informal se ha ubicado al apoyo familiar y extrafamiliar, mientras que, dentro del apoyo formal se ubicó al apoyo institucional de salud. Se reiteran dichas categorías debido a que, los resultados arrojaron que el apoyo informal y específicamente el apoyo extrafamiliar, se ubica como aquel que tiene mayor presencia de acuerdo con la percepción de los adultos mayores, y dentro de éste apoyo se encuentran incluidos los amigos y los centros gerontológicos considerados como una de las fuentes más importantes de apoyo social. Probablemente, la estructura que se tiene en estos lugares es favorable para el desarrollo de estilos de afrontamiento activos, que implican la realización de diferentes actividades, con lo que se evita el aislamiento social en el que puede caer una persona con dolor crónico.

En relación con el punto anterior, algunas de las características que se identifican en los tres centros gerontológicos, es que los adultos mayores tienen la oportunidad de crear lazos sociales con los mismos miembros o beneficiarios, lo que hace posible la conformación de una comunidad y un sentido de pertenencia que favorece su autoestima y bienestar (Acuña & González, 2010).

Los talleres diarios, las actividades recreativas y culturales, mediante las salidas que se organizan a diferentes espacios fuera de los centros, permite a los adultos mayores ocupar el tiempo libre, así como estimular las funciones físicas, sociales y cognitivas, también se cuenta con un taller especializado en la rehabilitación física, además de un servicio de atención psicológica. Estos aspectos convierten a los centros gerontológicos en la fuente primordial de apoyo para los adultos mayores. Se podrían tomar como referente algunas de las características mencionadas para que sirvan como modelo a otros centros enfocados al cuidado de las personas adultas mayores, con el propósito de promover el apoyo social.

Un aspecto que no puede dejar de reportarse es lo obtenido en la pregunta abierta realizada, donde los adultos mayores respondieron otras acciones para hacer frente al dolor. Algunas de sus respuestas fueron: mantener la movilidad, hacer ejercicio, acudir a rehabilitación física, realizar actividades distractoras y recreativas como leer, ver televisión, así como descansar y recostarse. Las dos últimas acciones entran en la clasificación de estrategias de afrontamiento pasivas, el resto de las acciones coinciden con la búsqueda de información y la distracción, las cuales pertenecen al afrontamiento activo. En el CAD-R las estrategias activas son reportadas en menor uso, probablemente, la aplicación de un cuestionario que explore otras estrategias, además de las propuestas en el CAD-R, permitiría ahondar más en dicho resultado. O bien, para la identificación de las estrategias de afrontamiento podría optarse por la realización de una entrevista para profundizar en las acciones que los adultos mayores realizan para hacer frente al dolor crónico.

Algunas de las respuestas que arrojó la pregunta abierta se relacionan con lo que menciona Rodríguez et al. (1993) sobre dos tipos de respuestas que hay alrededor del afrontamiento, una es la evitación y otra es la proximidad. Por una parte, puede notarse la evitación asociada a cesar la actividad física, pues el individuo cree que con el movimiento se tiene mayor sensación de dolor, este tipo de respuesta a largo plazo trae consigo discapacidad funcional, el descanso y la

inactividad reportada podrían dar un indicio de lo anterior. No obstante, los reportes que prevalecen en mayor medida son los de la realización de actividades y ejercicio asociado a la respuesta de proximidad al dolor, lo que implica alejarse de la discapacidad funcional, posiblemente los participantes encuentran en los centros gerontológicos la motivación y la oportunidad de mantenerse realizando diferentes actividades.

Estrategias de afrontamiento

Otro de los objetivos de esta investigación fue identificar la estrategia que los adultos mayores usan con mayor frecuencia, se reporta que, esta estrategia es la religión, seguida de la autoafirmación. Dicho resultado coincide con lo reportado por Amaya y Carrillo (2015), quienes además consideraron que las características culturales tuvieron una influencia importante en este resultado.

La estrategia de afrontamiento “religión”, como la estrategia de mayor uso hace evidente que, la vida religiosa toma relevancia para las personas adultas mayores. Aparte de considerar la importancia de la religión en esta etapa de la vida, resulta importante destacar algunos aspectos socioculturales, como factores que se asocian a este resultado. Díaz (1972), en su teoría histórico-bio-psico-sociocultural, refiere que el comportamiento humano se halla en una constante interacción con las pautas que señala el macrosistema sociocultural.

Crear en la existencia de alguien poderoso que tiene el control de todo, favorece a creer que también tendrá el control sobre el dolor, se solicita la ayuda de un ser superior para solucionar o afrontar diferentes situaciones (como el dolor crónico), lo que además se relaciona con el locus de control externo (Higgins et al., 2015). Esto muchas veces se hace presente en la cultura mexicana, considerando también el alto porcentaje de la población que profesa alguna religión, según la Encuesta Nacional sobre creencias y prácticas religiosas en México, el 95.1% de los encuestados afirma pertenecer a alguna religión (Hernández, Zúñiga, & De la Torre, 2016).

En cuanto a la autoafirmación como segunda estrategia de mayor uso, hay un dato a destacar, los reactivos que hacían referencia a esta estrategia se traducían por los participantes a “echarle ganas” o “decirse porras”, estas frases pueden pensarse en términos de una actitud optimista y resiliente que implica sobreponerse ante situaciones adversas, así como desarrollar nuevas capacidades para afrontar problemáticas (Díaz, González, González & Montero, 2017). Si se considera este dato, se podría trabajar en promover la resiliencia ante las enfermedades que aquejan a los adultos mayores.

Es necesario destacar que las estrategias que se han mencionado como de mayor uso por los adultos mayores participantes caen en la clasificación de estrategias de afrontamiento tanto pasivas como activas. Mientras que la religión se considera una estrategia pasiva, la autoafirmación es activa, lo que podría dar lugar a lo referido por Lazarus (1999, en Soriano & Monsalve, 2005) que consideró que distintas formas de afrontamiento pueden ocurrir en una misma situación estresante (como el dolor crónico).

Incluso Snow et al. (1996), sostienen que la clasificación de las estrategias en pasivas y activas puede confundirse, pues es posible pensar esta división en términos de un hacer o no determinada acción, sin embargo, la diferencia surge de confiar en los recursos internos o externos que tiene el individuo, y aun así se puede considerar que una misma acción tiene ambos componentes, tanto lo activo como lo pasivo.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento de menor uso se encuentran: el autocontrol mental, la distracción, la catarsis y la búsqueda de información. Las dos últimas estrategias se relacionan a la presencia de un tercero que puede implicar alguna persona de las redes de apoyo. Los adultos mayores pocas veces recurren a algún profesional que les ayude a hacer frente a su dolor o recurren a alguien para hablar sobre éste para sentirse mejor, con lo que se puede visualizar que el apoyo social que pueden brindar estas redes de apoyo está ausente, o bien que se carece de dicha red.

Lo anterior entra en contraste con lo reportado por Moix (2005), quien concluye en su investigación que las personas que cuentan con un mayor apoyo social tienen más posibilidades de expresar su percepción de dolor, lo que facilita que puedan tener más información y ayuda para hacer frente a alguna problemática.

En el caso de los datos que se reportan en esta investigación, al no contar con una red de apoyo que brinde recursos emocionales, instrumentales, materiales e informativos, los adultos mayores tienen menos recursos sociales, estructurales y psicológicos para afrontar de diferente forma el dolor (Rodríguez et al., 1993). Esto podría provocar afectaciones en la calidad de vida, en la salud y de forma específica ser propensos al desarrollo de cuadros de depresión y ansiedad, así como caer en el aislamiento social debido a que el dolor es una barrera de movilidad y las personas optan por recluirse (INGER, 2018).

Aunque un fuerte apoyo social se asocia a estrategias más adaptativas hacia el dolor crónico, el tiempo que se tiene padeciendo el dolor crónico puede influir para que el individuo descubra o haga uso de diferentes estrategias. Roditi et al. (2010) menciona que cuando todos los esfuerzos para disminuir el dolor fracasan, las personas, como mecanismo de adaptación, “aceptan” su condición y participan en actividades cotidianas a pesar de su dolor, esta forma de aceptar el dolor puede entrar en las estrategias de afrontamiento activas, pues las personas buscan funcionar, aunque experimenten dolor.

Otra alternativa distinta a la aceptación podría implicar el diseño de intervenciones que busquen que el adulto mayor aprenda sobre el autocontrol mental y técnicas de relajación, pues al considerar los datos obtenidos en los que los adultos mayores reportan que pocas veces o nunca han intentado disminuir el dolor mentalmente, o bien, que hay dificultades para pensar en situaciones placenteras cuando tienen dolor, ésta podría ser una línea de trabajo de investigación e intervención. Además, al tomar en cuenta que el autocontrol mental fue la estrategia de afrontamiento que resultó como de menor uso, se podría buscar desarrollarla o fortalecerla.

Redes de apoyo y recursos sociales

Es necesario rescatar que, la red de apoyo que está presente en menor medida es “el cónyuge”, pues no se tiene contacto social con ésta, y la percepción de cada uno de los recursos es baja, debido al estado civil de los participantes: el 50% era viudo/a, 30% soltero/a y solo el 20% eran casados/as. Las investigaciones de Ginting et al. (2011) y Ha et al. (2017) reportan que los cónyuges son una de las fuentes principales de apoyo y recursos emocionales, así que, al no contar con esta red, los recursos emocionales son proporcionados por otros miembros de la red de apoyo.

Ginting et al (2011), Ha et. al (2017) y Litwak (1985), con la teoría de la tarea específica, hacen mención sobre tener una red de apoyo diversa, pues han encontrado que estas pueden dotar de diferentes tipos de recursos, incluso ser complementarias, pues al no encontrar determinado apoyo o recurso en un miembro de la red, otro puede convertirse en el que proporcione el recurso faltante.

Adicionalmente, estos investigadores mencionan que el apoyo y recursos sociales instrumentales tienen una mayor relación al apoyo que brindan los hijos (Ginting et al., 2011; Ha et al., 2017). Lo anterior entra en contraste con los presentes hallazgos, puesto que se encontró que los hijos también otorgan una parte importante de recursos emocionales, los cuales se encuentran en mayor proporción que los recursos instrumentales.

Por otra parte, las relaciones familiares donde se tiene el recurso social de tipo emocional se convierten en uno de los aspectos principales para promover el bienestar y la salud de los adultos mayores, tal como lo reporta Alvarenga et al. (2011). Esto coincide con el elevado porcentaje de percepción de recursos emocionales que brinda la red de apoyo de los hijos y los familiares próximos.

La red de apoyo conformada por los amigos pocas veces proporciona recursos materiales, en lugar de ello proporciona un porcentaje importante de recursos emocionales e informativos, lo que implica que los adultos mayores se sienten escuchados, acompañados y con la oportunidad de establecer lazos

afectivos, lo que al mismo tiempo les permite compartir diferentes experiencias. Como lo menciona Ha et al. (2017), los amigos permiten a los adultos mayores la realización de actividades de ocio, lo que con menos probabilidad podrían practicar con los hijos, por ello se vuelve importante mantener una red de apoyo que incluya la presencia de los amigos.

CONCLUSIONES

Para finalizar se puede decir que esta investigación permitió aceptar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico, aunque hay ciertas variaciones en esa relación. También se observaron variaciones en la relación entre la percepción de apoyo social y el empleo de estrategias de afrontamiento activas.

Uno de los problemas principales en esta variación se adjudica a la selección de los instrumentos de evaluación, pues hubo una dificultad para la discriminación de las opciones de respuesta por parte de los participantes. También hay que considerar las diferencias entre participantes de los tres centros gerontológicos, ya que uno de ellos contaba con la modalidad de residencia permanente, mientras que los otros dos se trataban de centros de día.

Por otro lado, se identificaron las estrategias que los adultos mayores usaban con mayor frecuencia para hacer frente al dolor crónico, así como también se conoció la percepción que los adultos mayores tienen respecto al apoyo social que les rodea y a lo que reciben de sus redes de apoyo.

También resulta importante mencionar que la muestra de participantes estuvo compuesta de una mayor proporción de mujeres que de hombres lo cual pudo deberse a que las mujeres tienen una esperanza de vida más elevada en comparación con la de los hombres. Sin embargo, hay otro hecho, como la falta de reportes de dolor por parte de los hombres, pues en uno de los centros gerontológicos los hombres no reconocían las molestias de dolor, incluso, a pesar de que el centro gerontológico los tenía identificados con alguna enfermedad asociada al dolor crónico, había una negación de éste. Por lo que la evaluación del dolor crónico se vuelve un reto, por los elementos subjetivos de cada participante y los elementos socioculturales que lo rodean, por ejemplo, la cuestión de la represión emocional por ser hombres, asociada al caso de los participantes y a las dificultades para reconocer la presencia de dolor.

Otra característica propia de la población es la presencia del deterioro cognitivo. Debido a este problema, que cada vez se hace presente con mayor frecuencia, el número de participantes que conformó la muestra tuvo una reducción, por lo que se requieren de otra serie de instrumentos para realizar un diagnóstico de dolor crónico cuando hay presencia de deterioro cognitivo. Asimismo, se sugiere trabajar con poblaciones más grandes para obtener datos que favorezcan la comprensión de las estrategias de afrontamiento, sumado a las vivencias y afectaciones del dolor crónico.

A partir de lo que se reporta en este estudio pueden surgir otros temas y preguntas de investigación, como: ¿qué relación hay entre el nivel de intensidad del dolor crónico con las estrategias de afrontamiento?, pues algunos participantes hacían referencia al nivel con el que percibían el dolor y a la acción que llevaban a cabo, así como, ¿qué relación hay entre el tiempo que se lleva padeciendo dolor crónico con las estrategias de afrontamiento utilizadas?

Otra línea de investigación podría implicar el apoyo social en adultos mayores con dolor crónico que no asisten a algún centro gerontológico, si bien, esta red de apoyo destaca como una de las más importantes para los adultos mayores asistentes ¿Qué ocurriría con la percepción de redes de apoyo de aquellos adultos mayores que no asisten a algún centro gerontológico?

Los aspectos de esta investigación permiten tomar en cuenta algunos elementos que habría que incluir tanto en las evaluaciones como en las intervenciones para tratar el dolor crónico, ya que como se reportó, sí se cuenta con la presencia de redes sociales. No obstante, estas no son percibidas como fuente de apoyo, por lo que se podría trabajar con las redes disponibles del adulto mayor para potencializar sus recursos personales y así lograr la adopción de diversas estrategias más adaptativas. Incluso trabajar en fortalecer y mantener la atención que se brinda por parte de los centros gerontológicos, ya que estos se están convirtiendo en una fuente importante de apoyo social para los adultos mayores.

La investigación respecto a esta temática debe ampliarse para contribuir al diseño de intervenciones que impliquen fortalecer las redes de apoyo, así como los recursos que éstas brindan. Se recomienda realizar otra selección de los instrumentos de evaluación, o bien recurrir a la investigación cualitativa para ampliar el conocimiento respecto a la forma de los adultos mayores para afrontar el dolor crónico, así como del apoyo social que recibe este sector de la población, pues como se ha referido este tiene importante relación con el bienestar y la salud.

LIMITACIONES

Como parte de las limitaciones metodológicas del presente trabajo, se tuvo el tamaño de la muestra, ya que al considerarse que la muestra contó con un número reducido de participantes se optó por realizar una medición no paramétrica para la prueba de correlación, probablemente al reunir una muestra de mayor tamaño la relación entre las variables pudo ser diferente, además de las razones antes mencionadas que se identificaron como parte de la variación entre la asociación del apoyo social y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico.

También respecto a la composición de la muestra, el hecho de contar con un número mayor de mujeres que de hombres, se deja de lado que ocurre con la forma de afrontar el dolor crónico de los hombres, a pesar de observar los aspectos socioculturales como una barrera para expresar el dolor, resulta importante explorar otras razones que expliquen este dato.

Otra limitación identificada fue la selección de los participantes, incluir solo a adultos mayores institucionalizados, es decir, que pertenecieran a algún centro gerontológico, excluyó a los adultos mayores que no cuentan con esta red de apoyo, se reitera la realización de investigación que incluya a participantes con esta característica ya que los presentes hallazgos han indicado que el apoyo que encuentran en estos centros toma gran relevancia.

Como ultima limitación, se tuvo la selección de los instrumentos de evaluación, pues a pesar de que uno de los instrumentos se sometió a un jueceo, el no ser diseñado para población mexicana pudo afectar la obtención de información, por lo que se podrían generar otros métodos de evaluación, que también se ajusten a la población de interés, las personas adultas mayores.

REFERENCIAS

- Acuña, G. M. & González, C. A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 59-66. Recuperado en mayo 2018 de: <http://revistas.unam.mx/index.php/jbhsi/article/view/26792/pdf>
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Alvarenga, M. R., Campos, M. A., Rodrigues, M. A., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Social support networks for elderly patients attended by family health teams. *Ciência & Saude Coletiva*, 16(5), 2603–2611. Recuperado en mayo 2018 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>.
- Amaya, R. M., & Carrillo, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. Recuperado en mayo 2018 de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3470>
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 81–97. Recuperado en mayo 2018 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2650821/>
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245. Recuperado en mayo 2018 de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929>
- Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós: Gerontología*, 16(4), 313-329. Recuperado en mayo 2018 de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/20024/14899>
- Barragán, B., Mejía, A., & Gutiérrez R. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s488-s494. Recuperado en mayo 2018 de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000008&lng=es&tlng=es.

Bravo, G. (2014). *Sobrevivir al dolor*. Barcelona: Plataforma Editorial.

Castellano F, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.

Cerquera C. A., & Plata O. L. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135. Recuperado en mayo 2018 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a10.pdf>

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. En J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 307–327). New York: Guilford Press.

Cid, C., Acuña, B., Andrés, A., Díaz, J., & Gómez, C. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 687-697. Recuperado en junio 2018 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>

Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso del envejecimiento humano. *Interdisciplinaria*, 20(1), 31-60. Recuperado en mayo 2018 de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314. Recuperado en mayo 2018 de: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Consejo Nacional de Población.(2011). *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México*. Serie Documentos Técnicos. Recuperado en abril 2018 de: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf

- Covarrubias, G. A., Guevara, L. U., Gutiérrez, S. C., Betancourt, S. J., & Córdova, D. J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213. Recuperado en mayo 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
- Cui, J., Matsushima, E., Aso, K., Masuda, A., & Makita, K. (2009). Psychological features and coping styles in patients with chronic pain. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(2), 147-152. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2009.01934.x
- Delgado, B. (2009) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia hasta la vejez*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana Editores.
- Delgado, M. (2015). *Fundamentos de psicología para ciencias sociales y de la salud*. México: Médica Panamericana.
- Díaz, C., González, E., González A., & Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 22-29. Recuperado en enero 2019 de: https://www.researchgate.net/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision
- Díaz, G. R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-sociocultural del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Duarte, C. (2007). *Soporte social percibido, afrontamiento y calidad de vida en dolor crónico no oncológico*. (Tesis de Maestría). Instituto Superior de Ciencias de la Salud, Buenos Aires.
- Dysvik, E., Natving, G., Eikeland, O., & Lindstrom, T. (2005) Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 297–305. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009
- Ginting, J. V., Tripp, D. A., Nickel, J. C., Fitzgerald, M. P., & Mayer, R. (2011). Spousal support decreases the negative impact of pain on mental quality of

- life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *BJU International*, 108(5), 713–717. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2010.09846.x.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. Recuperado en junio 2018 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700811>
- Guan, C., Mohamed, S., See, M., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A., ... & Study group MyBCC. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-9. DOI:10.1186/s12955-015-0401-7
- Guillory, J., Chang, P., Henderson, C. R., Schengelia, R., Lama, S., Warmington, M., ... & Gay, G. (2015). Piloting a Text Message-Based Social Support Intervention for Patients with Chronic Pain: Establishing Feasibility and Preliminary Efficacy. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 548–556.
DOI: doi: 10.1097/AJP.0000000000000193
- Gutiérrez, J. S. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 74-92. Recuperado en mayo 2018 de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/132>
- Gutiérrez, P., Saturno, J., Shamah, T., Poblano, O., Romero, M., & Vieyra. (2016). *Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado en enero 2019 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- Guzmán, J. M., Huenchuán, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social a las personas mayores: marco teórico conceptual. *Viejos y Viejas. Participación Ciudadana e Inclusión Social*. Simposio presentado en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile. Recuperado en

mayo 2018 de:
https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm0.pdf

Ha, J. H., Kahng, S. K., & Choi, N. (2017). Reciprocal effects between health and social support in older adults' relationships with their children and friends. *Research on aging*, 39(2), 300-321. DOI: 10.1177/0164027515611182.

Hernández, A., Zúñiga, C. G., & de la Torre, R. (2016). *Encuesta Nacional sobre creencias y prácticas religiosas en México*. RIFREM. México. Recuperado en enero 2019 de https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Encuesta-Nacional-sobre-Creencias-y-Practicas-Religiosas-en-Me%CCxico_d....pdf

Higgins, N. C., Bailey, S. J., LaChapelle, D. L., Harman, K., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping styles, pain expressiveness, and implicit theories of chronic pain. *The Journal of psychology*, 149(7), 737-750. DOI: 10.1080/00223980.2014.977759

Hombrados M. M. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Editorial Síntesis.

International Business Machines Corporation (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Instituto Nacional de Geriátría. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable*. Recuperado en noviembre 2018 de: <https://almageriatria.org/wp-content/uploads/2018/07/Hechos-y-desafíos-para-un-envejecimiento-saludable-en-México.pdf>

Instituto Nacional de Geriátría.(2018). *Afecta dolor crónico a cuatro de cada diez personas mayores en México*. Dirección de enseñanza y divulgación. Boletín 1(11). Recuperado en enero 2019 de: <https://es.calameo.com/read/00547996024f658fa5fec>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. México: Dirección de Estadística. Recuperado en mayo

2018

de:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2014). *¿Qué es la persona adulta mayor?* Recuperado en mayo 2018 de: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/soy-persona-mayor/quien-es-persona-mayor/14-el-adulto-mayor>

Jáuregui, B., Poblete, E. & Salgado V. N. (2006). "El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México", en Salgado, V.N. y R. Wong, (Eds.). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, (pp. 85- 96.). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York, NY: Guildford Press.

Manrique, E.B., Salinas, R. A., Moreno, T. K, Acosta, C. I., Sosa, O. A., Gutiérrez, R. L., & Téllez, R. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S323-S331. Recuperado en mayo 2018 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es&tlng=es.

Marcus, D. A. (2009). *Chronic pain: a primary care guide to practical management*. New York: Humana Press. Springer

Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal of behavioral medicine*, 39(4), 704-715. DOI: 10.1007/s10865-016-9726-x

- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L., & Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic pain experiences. *Health Psychology, 36*(12), 1195. DOI: 10.1037/hea0000512
- Mendoza, N, V., & Martínez, M, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: González-Celis, A. (Coord.) *Evaluación en Psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología, 36*(1), 37-60. Recuperado en mayo 2018 de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a10.pdf>
- Organización Mundial de la salud. (2015). Envejecimiento y salud. Recuperado 29 de mayo 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill. Interamericana Editores.
- Papalia, D. E. (2012) *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Pasillas, L. & Zamírez, Z. (11 de agosto 2014). La verdadera enfermedad del sistema de salud mexicano. *Forbes México*. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/>
- Pereira, D., Pires, N., Pires, C., Silva, A., & Oliveira, D. (2017). Low supply of social support as risk factor for mortality in the older adults. *Archives of gerontology and geriatrics, 73*, 77-81. DOI: 10.1016/j.archger.2017.07.016
- Poder Legislativo Federal (2002). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores LDPAM*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la

- Unión. Recuperado en mayo 2018 de:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_271216.pdf
- Ramos, E., & Salinas, G. J. (2010). Vejez y apoyo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 15(9), 69-76. Recuperado en mayo 2018 de:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf
- Rizalar S., Ozbas A., Akyolcu N., & Gungor B. (2014). Effect of Perceived Social Support on Psychosocial Adjustment of Turkish Patients with Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(8) 3429–34. DOI:
<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.8.3429>
- Roditi, D., Waxenberg, L., & Robinson, M. E. (2010). Frequency and perceived effectiveness of coping define important subgroups of patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(8), 677-682. DOI:
10.1097/AJP.0b013e3181ed187f
- Rodríguez, L., Cano, F. J. & Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 82-91. Recuperado en mayo 2018 de:
[http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2004%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2004%20(esp).pdf)
- Rodríguez, M. J., Ángeles, P., M., y López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Suplemento), 349-372. Recuperado en junio 2018 de: <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
- Rodríguez, M. (2013) *Intervención grupal en dolor crónico: manual del terapeuta*. Madrid: Grupo 5.
- Romero, S. M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 114. Recuperado en enero 2019 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043>
- Rook, K. S., Mavandadi, S., Sorkin, D. H., & Zettel, L. A. (2007). Optimizing social relationships as a resource for health and well-being in later life. En C. M.

- Aldwin, C. L. Park, & A. Spiro III (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp. 267- 285). London: Guilford Press
- Smerz, K. & Grunert B. (2015). Cognitive Behavioral Coping Strategies En: *Multidisciplinary Management of Chronic Pain. A Practical Guide for Clinicians*. (pp. 49-65) Cham: Springer.
- Snow, A. L., Norris, M. P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455-462. Recuperado en mayo 2018 de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395995001905>
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(1), 13-22. Recuperado en abril 2018 de: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_01_03.pdf
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 27-34. Recuperado en abril 2018 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700002
- Soriano, J. y Monsalve V. (2005) El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. (84). 91-107. Recuperado en mayo 2018 de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-7.pdf>
- Sullivan, M.O., Martel, D., Trip, A., Sarvard, G. & Cromber. (2006). The relation between catastrophizing and the comunication of pain experience *Pain. Medline*, 122(3). 282- 288. DOI: 10.1016/j.pain.2006.02.001
- Vega, A. O., & González, E, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 1-11. Recuperado en mayo 2018 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412009000200021
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social

percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220. Recuperado en mayo 2018 de https://www.researchgate.net/publication/26472717_Calidad_de_vida_personalidad_resistente_y_apoyo_social_percibido_en_pacientes_con_diagnostico_de_cancer_pulmonar

Vivaldi, F & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado en mayo 2018 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

Zamora, M., De Castro, E., Ávila F., Manrique E., López R., Sosa O., & Del Campo, D. (2017). The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. *Archives of gerontology and geriatrics*, 68, 113-118. DOI: 10.1016/j.archger.2016.10.005

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Redes de Apoyo para Adultos mayores

ERASAM

Folio: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil:

Casado/a _____ Soltero/a: _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (x) la respuesta en el espacio que corresponda

	Si	No
¿Tiene esposo (a)?		
¿Tiene hijos (as)?		
¿Tiene parientes: sobrinos(as), hermanos(as), primos (as), etc?		
¿Tiene amigos?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional? **		
*¿Cuál (es)?		
**¿Cuál (es)?		

Continuar con los siguientes apartados, de acuerdo con las preguntas anteriores:

I. RED INFORMAL FAMILIAR. Marque con una cruz (x)

Cónyuge

1. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo (a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha	Apoyo Instrumental (1) Cuidado, transporte, cuidados del hogar	Apoyo Material (1) Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios	Apoyo Informativo (1) Promoción de la salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias				
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Hijos (as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anotar el número

Marque con una cruz (x)

4. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus hijos (as)?	No lo (a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)
5. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía,	Apoyo Instrumental (1)	Apoyo Material (1) Dinero,	Apoyo Informativo (1) Promoción de la

relación con sus hijos (as)?	empatía, reconocimiento, escucha		Cuidado, transporte, cuidados del hogar		alojamiento, comida, ropa, pago de servicios		salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias	
6. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus hijos (as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anotar el número Marque con una cruz (x)

7. ¿Con que frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No lo (a) veo y/o hablo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
8. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha		Apoyo Instrumental (1) Cuidado, transporte, cuidados del hogar		Apoyo Material (1) Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios		Apoyo Informativo (1) Promoción de la salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias	
9. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR. Marque con una cruz (x)

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anotar el número

10. ¿Con que frecuencia ve y habla usted con sus amigos (as)?	No lo (a) veo y/o hablo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
11. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha		Apoyo Instrumental (1) Cuidado, transporte, cuidados del hogar		Apoyo Material (1) Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios		Apoyo Informativo (1) Promoción de la salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias	
12. ¿En qué grado está satisfecho(a)	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2

con el apoyo que le proporcionan sus amigos (as)?	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3
---	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---

Apoyo comunitario		Marque con una cruz (x)							
13. ¿Con que frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo (0)	Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)			
14. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este (os) grupo (s)?	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha	Apoyo Instrumental (1) Cuidado, transporte, cuidados del hogar		Apoyo Material (1) Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios		Apoyo Informativo (1) Promoción de la salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias			
15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona el grupo donde acude?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0	
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1	
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2	
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL. Marque con una cruz (x)

16. ¿Con que frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo (0)	Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)		
17. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1) Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha	Apoyo Instrumental (1) Cuidado, transporte, cuidados del hogar		Apoyo Material (1) Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios		Apoyo Informativo (1) Promoción de la salud, ubicación de las redes de apoyo, intercambio de experiencias		
18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que recibe?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Anexo 2. Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Cónico

CAD-R		Nunca	Pocas veces	Ni muchas ni pocas	Muchas Veces	Siempre
Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de frases relacionadas con lo que usted hace cuando tiene dolor. Para contestar marque la casilla que refleje su forma de actuar. En este cuestionario no hay respuestas acertadas o erróneas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar. Muchas gracias						
1	Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
2	Rezo para curarme					
3	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
4	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
5	Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
6	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
7	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
8	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa.					
9	Me doy ánimos para aguantar el dolor					
10	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
11	Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
12	Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
13	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
14	Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
15	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
16	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					
17	Intento recrear mentalmente un paisaje					
18	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
19	Rezo para que mis dolores desaparezcan					
20	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
21	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
22	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
23	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
24	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					

¿Lleva a cabo alguna otra acción para hacer frente a su dolor que no haya sido mencionada anteriormente? Si ____ No ____ Si es así descríbala. De lo contrario explique por qué

Anexo 3. Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimado participante

Soy Irene Morales Alburquerque egresada de la Facultad de Psicología de la UNAM, me encuentro realizando un trabajo de investigación perteneciente a la tesis titulada: “La relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores”, dicho trabajo tiene por objetivo conocer si hay alguna relación entre el apoyo social que reciben los adultos mayores y la manera en la que afrontan el dolor crónico.

En conocimiento de lo anterior, usted es invitado a formar parte de esta investigación. Tiene toda la libertad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas sobre la investigación y sobre su participación. Una vez que haya aclarado sus dudas y comprendido en qué consiste la investigación y su participación, y si acepta, entonces le pediré que firme el presente formato de consentimiento informado del cual recibirá una copia firmada y con fecha.

Su participación es voluntaria, tiene el derecho de retirar su consentimiento para la participación en cualquier momento, sin que esto lo perjudique de ninguna forma. La investigación no implica ningún riesgo ni beneficio para usted. No recibirá ninguna compensación económica por participar. Cuando la investigación concluya me comprometo a dar a conocer los resultados globales de la misma en una sesión informativa dentro de la institución, más adelante será notificado de la fecha y horario para que pueda asistir.

Toda la información que proporcione será CONFIDENCIAL, es decir, en ningún momento se utilizará su nombre o algún otro dato personal que le puedan identificar en las publicaciones que se generarán de la investigación. Tampoco se brindará esta información a las personas que dirigen la institución donde se encuentra.

Para resolver cualquier duda relacionada con la investigación puede contactarme en el número telefónico 55-47-69-23-65 o al correo electrónico alburquerque.irene@comunidad.unam.mx

AUTORIZACIÓN

He leído el consentimiento informado presentado. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente yo: _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación de: IRENE MORALES ALBURQUERQUE. He recibido copia de este documento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Irene Morales Alburquerque

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

Anexo 4. Formato para Jueceo del Cuestionario de Afrontamiento del dolor crónico

Validación del “Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico”

A continuación, se muestra el “Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico” elaborado por Soriano y Monsalve (2004). La construcción y las propiedades psicométricas de dicho instrumento se determinaron en una muestra española, por lo que el objetivo de la evaluación de éste es que usted califique su contenido, de acuerdo a lo que considera que es el dolor crónico y las estrategias de afrontamiento hacia el mismo, teniendo en cuenta que será aplicado a una muestra mexicana adulta mayor.

Las opciones de respuesta de cada reactivo solicitan se determine con qué frecuencia se realizan las acciones presentadas cuando se tiene dolor, respondiendo por medio de una escala tipo Likert a 5 puntos: Nunca (1), Pocas veces (2), Ni muchas ni pocas (3), Muchas veces (4), Siempre (5).

Para la evaluación le pedimos que marque con una "X" la calificación que le otorga a cada reactivo, respondiendo a cada pregunta según los siguientes criterios: *mucho, poco o nada*.

		El reactivo...											
		¿Mide afrontamiento ante el dolor crónico?			¿Incluye lo necesario para que sea considerado como afrontamiento ante el dolor crónico?			¿Es pertinente de acuerdo a lo que es el afrontamiento ante el dolor crónico?			¿Es fácilmente comprensible para una persona adulta mayor?		
		Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada
1	Ignoro el dolor pensando en otra cosa												
2	Rezo para curarme												
3	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca												
4	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo												
5	Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente												
6	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor												
7	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.												
8	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa.												

		El reactivo...											
		¿Mide afrontamiento ante el dolor crónico?			¿Incluye lo necesario para que sea considerado como afrontamiento ante el dolor crónico?			¿Es pertinente de acuerdo a lo que es el dolor afrontamiento ante crónico?			¿Es fácilmente comprensible para una persona adulta mayor?		
		Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada
9	Me doy ánimos para aguantar el dolor												
10	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente												
11	Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor												
12	Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte												
13	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo												
14	Utilizo la fe para aliviar mis dolores												
15	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo												
16	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor												
17	Intento recrear mentalmente un paisaje												
18	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor												
19	Rezo para que mis dolores desaparezcan												
20	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor												
21	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras												
22	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor												
23	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer												
24	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación												

Gracias por su colaboración.