



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 1

Marzo de 2022

EL APOYO SOCIAL Y EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS MAYORES

Irene Morales Albuquerque¹ y Janett Esmeralda Sosa Torralba²
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue conocer la relación 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.

¹ Licenciada en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. moralesirenea@gmail.com

² Doctora en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. jan_est@comunidad.unam.mx

THE SOCIAL SUPPORT AND COPING OF CHRONIC PAIN IN OLDER ADULTS

ABSTRACT

The aim of this research was to know the relationship between 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.

Keywords: Older adults, social support, coping, chronic pain.

El dolor es una experiencia sensorial desagradable y subjetiva, la presencia de éste 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 y 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 misma (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 y 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 (INGER, 2018) “cuatro de cada diez personas mayores en México sufren dolor crónico y más de la mitad de las 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 México, un estudio nacional de corte epidemiológico (Barragán, Mejía y 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, o 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).

Entre los factores que pueden disminuir la percepción del dolor crónico se encuentra el apoyo social (Miró, 2003), el cual se entiende como el intercambio de recursos entre personas que establecen 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 y Pando, 2013). El apoyo social está relacionado con el bienestar y la calidad de vida (Aranda y Pando, 2013; Cerquera y Plata, 2016; Guan et al., 2015).

Dentro del apoyo social se encuentran cuatro tipos de recursos, estos son: (1) materiales, (2) instrumentales, (3) emocionales e (4) informativos. Los recursos materiales proporcionan al individuo ayuda económica o pago de algún servicio; los recursos instrumentales consisten en proporcionar asistencia física; los recursos emocionales, se refieren 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 permiten al individuo resolver dudas o problemas a través de consejos o información recibida de un tercero (Aranda y Pando, 2013; Hombrados, 2013).

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 (González, 2014; Sullivan et al., 2006) 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 hacia aquellas que son consideradas como una situación de crisis, se aborda el concepto de 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 (Alvarado y Salazar, 2018; Lazarus y Folkman, 1984, en Rodríguez, Ángeles y López, 1993).

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, así como se reconoce que los adultos mayores se enfrentan a necesidades y problemas sociales, como son el cuidado y protección de la familia y la comunidad (Domínguez-Guedea, 2016), se determina la importancia para

indagar sobre este tema y su relación con el apoyo social en esta población; 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. Los objetivos secundarios fueron: identificar la estrategia de afrontamiento que es usada con mayor frecuencia por los adultos mayores que padecen dolor crónico; conocer la red de apoyo social con la que tienen mayor contacto los adultos; e identificar la percepción de los adultos mayores en cuanto a la recepción de recursos emocionales, materiales, instrumentales e informativos.

MÉTODO

Participantes

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico propositivo (Kerlinger, 2002). La muestra estuvo conformada por 56 adultos mayores, asistentes a tres centros gerontológicos ubicados en la Ciudad de México.

La muestra de participantes se determinó a partir de la presencia de dolor crónico, el cual implica aquel dolor que ha persistido por un periodo mayor o igual a seis meses (Covarrubias et al., 2010; Soriano y Monsalve, 2005). La etiología pudo deberse a una lesión aguda que evolucionó 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 con alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas. Un criterio adicional era que los participantes fueran capaces de responder los instrumentos de evaluación, es decir, que mantuvieran sus funciones cognitivas conservadas.

Instrumentos

La investigación se trató de un estudio correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. Para la medición de las variables se usó la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores ERASAM (Mendoza y Martínez, 2009). Este

instrumento tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de .93, y una confiabilidad interevaluador con un valor de kappa de 0.94. Evalúa la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido (material, emocional instrumental e informativo) y la satisfacción con éste. Se define una escala de porcentajes para evaluar las dimensiones anteriores. La puntuación varía en una escala de cero a 100.

El otro instrumento de evaluación utilizado fue el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico, versión reducida CAD-R (Soriano y Monsalve, 2004). Este es un instrumento realizado con una muestra española, evalúa seis dimensiones: 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. El CAD-R es una prueba autoadministrada 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.

Para esta investigación, el CAD-R fue sometido a un juicio 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 consideró adecuado para su aplicación a una muestra mexicana y se agregó 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”. Lo anterior con el objetivo de indagar otras acciones que no estuvieran incluidas en el CAD-R.

Procedimiento

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 pidió su consentimiento informado. Se consideraron las características de los participantes, como la presencia de alguna dificultad visual o de comprensión auditiva, para que dicha aplicación fuera de forma individual o auto-administrada.

Para el análisis de los resultados, se usaron estadísticos descriptivos: frecuencias y medidas de tendencia central. Para las correlaciones de las variables de estudio

(apoyo social y afrontamiento del dolor crónico), primero se identificó la normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov–Smirnov, y de acuerdo con dicho resultado, posteriormente, se utilizó la correlación no paramétrica de Spearman. El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 23.0 (*International Business Machines Corporation*, 2015).

RESULTADOS

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.

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.

Apoyo Social

De acuerdo con los resultados arrojados por la ERASAM, los participantes identificaron poco contacto social con su cónyuge, ya que el 80.4% de los participantes no veían y/o hablaban con dicha red de apoyo, siendo esta la red de menor contacto comparada con las otras redes de apoyo. Este resultado puede explicarse debido al estado civil de los participantes, (el 50% era viudo/a, 30% soltero/a y solo el 20% eran casados/as). También hubo 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 (Tabla 1).

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 veían o hablaban una

vez a la semana o más con ellos; asimismo, 57.1% de los adultos mayores participantes mencionaron que veían y o hablaban con sus amigos una vez a la semana o más.

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 acudía a su grupo comunitario una vez a la semana o más. La última red de apoyo es la institución de salud, la cual era visitada con menor frecuencia, pues el 37.5% de los participantes refirieron no acudir a dicha red de apoyo (Tabla 1).

Tabla 1
Frecuencia de contacto social

¿Con qué frecuencia ve y/o habla usted con su...?	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
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

Respecto a 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 afirmativa de estos recursos (ver Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia de respuestas hacia percepción de recursos de apoyo social.

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

En lo tocante 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 en la respuesta “muy satisfecho”, 7.2% lo tiene la respuesta “regular” y el 2.7% la respuesta “poco” satisfecho (ver Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia de respuestas hacia la satisfacción de recursos de apoyo social

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

En cuanto a la percepción de los tipos de recursos de apoyo social se observó que la presencia del grupo comunitario presente en los centros gerontológicos dota de la mayor parte de recursos emocionales, instrumentales e informativos (ver Tabla 4).

Tabla 4

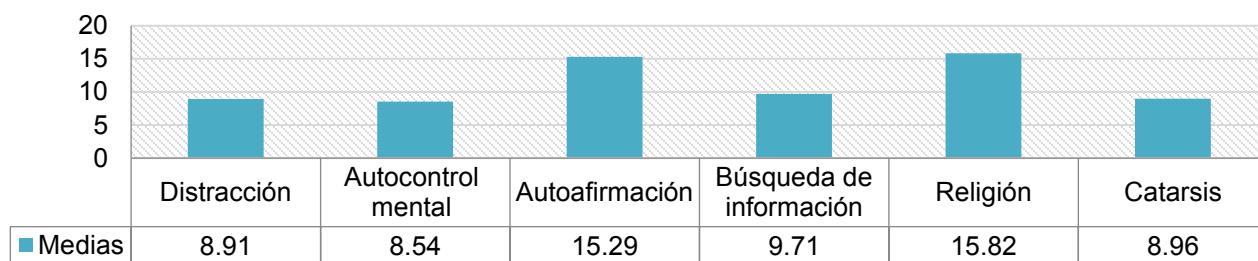
Percepción de recursos de apoyo social

Tipo de recurso	Red de apoyo que brinda recursos en mayor proporción	Porcentaje
Material	Institución de salud	48%
Emocional	Grupo comunitario /Centro Gerontológico	98%
Instrumental	Grupo comunitario /Centro Gerontológico	52%
informativo	Grupo comunitario /Centro Gerontológico	95%

Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

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, y la siguiente es autoafirmación con 15.29. 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 (ver Figura 1).

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



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 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 activas, especialmente en la búsqueda de información y en la distracción, debido a que el individuo confía en los recursos internos que posee, considera que la situación a la que se enfrenta es susceptible de cambiar por medio de las acciones que él mismo pueda realizar (Snow, Norris, y Tan, 1996). Sin embargo, en las estrategias evaluadas con el CAD-R, las estrategias activas son reportadas en menor uso.

Relación entre el Apoyo Social y las Estrategias de Afrontamiento ante el Dolor Crónico

Mediante el análisis de correlación de Spearman, se obtuvo un coeficiente de 0.42 estadísticamente significativo ($p < 0.01$). En cuanto a la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento activas ante el dolor crónico se tiene un coeficiente de correlación de Spearman de 0.30 estadísticamente significativo ($p < 0.05$), asimismo, en la relación del apoyo social y las estrategias de afrontamiento pasivo del dolor crónico, se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.336 estadísticamente significativo ($p < 0.05$) (ver Tabla 5).

Tabla 5

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

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

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

** La correlación es significativa en el nivel $p < 0.01$

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. Se encontró que sí existe una relación entre dichas variables, sin embargo, la relación es débil. Lo cual pudo deberse a ciertos factores que provocaron variaciones, como el tamaño de la muestra y las características de los participantes, ya que no todos compartían el mismo estado civil; o también pudo deberse a las diferencias de su contexto, por ejemplo, pertenecer a determinado centro gerontológico ya que uno de estos

contaba con la modalidad de residencia permanente, mientras que los otros dos se trataban de centros de día: así como 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 y 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. 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 algunas de las redes identificadas con mayor frecuencia de contacto social, esto con el objetivo de explorar qué recursos sociales pueden brindar.

Por el contrario, 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, el porcentaje de recursos materiales es el más bajo, lo cual refleja el problema que enfrenta el sistema de salud en México, según el Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud (Pasillas y Zamírez, 2014).

Un aspecto que no puede dejar de abordarse 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 esta investigación las estrategias activas son reportadas en menor uso, probablemente, la aplicación de un cuestionario que explore otras estrategias 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.

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 los aspectos socioculturales, como factores que se asocian a este resultado. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre creencias y prácticas religiosas en México, el 95.1% de los encuestados afirma pertenecer a alguna religión (Hernández, Zúñiga, y De la Torre, 2016). con ello se puede decir que hay un alto porcentaje de la población mexicana que profesa alguna religión.

En cuanto a la autoafirmación como segunda estrategia de mayor uso, destaca que 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 y 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 y Monsalve, 2005) que consideró que distintas formas de afrontamiento pueden ocurrir en una misma situación estresante (como el dolor crónico).

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 para recibir algún tratamiento y pocas veces se acercan a alguien para hablar sobre el dolor 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, los adultos mayores pueden ser propensos al desarrollo de cuadros de depresión y ansiedad, así como a caer en el aislamiento social debido a que el dolor es una barrera de movilidad y las personas optan por recluirse (INGER, 2018). Al considerar los datos obtenidos sobre que los adultos mayores pocas veces o nunca han intentado disminuir el dolor mentalmente, o que hay dificultades para pensar en situaciones placenteras cuando tienen dolor, se pueden considerar para el diseño de intervenciones que busquen que el adulto mayor aprenda sobre el autocontrol mental y técnicas de relajación. Además, al tomar en cuenta que el autocontrol mental fue la estrategia de afrontamiento que resultó de menor uso, se podría buscar desarrollarla o fortalecerla.

CONCLUSIONES

Es importante mencionar que la muestra de participantes estuvo conformada por una mayor proporción de mujeres que de hombres, lo cual pudo deberse a que las mujeres tienen una esperanza de vida más elevada. Sin embargo, hay otro hecho, 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.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2018). Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 34(2), 349-362. Extraído de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n2/2011-7531-sun-34-02-349.pdf>

- Amaya, R. M., y Carrillo, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. Extraído de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3470>
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 233-245. Extraído de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3929>
- Barragán, B., Mejía, A., y Gutiérrez, R. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 4), s488-s494. Extraído de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000008&lng=es&tying=es.
- Bravo, G. (2014). *Sobrevivir al dolor*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Cerquera C. A., y 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>
- Consejo Nacional de Población. (2011). *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México*. Serie Documentos Técnicos. Extraído de: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
- Covarrubias, G. A., Guevara, L. U., Gutiérrez, S. C., Betancourt, S. J., y Córdova, D. J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213. Extraído de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
- Díaz, C., González, E., González A., y Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 22-29. Extraído de: https://www.researchgate.net/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision
- Domínguez-Guedea, M. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexiones desde el derecho al desarrollo. *Revista CES Psicología*, 9(1), 150-164. Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423545768011.pdf>
- 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.

- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. Extraído 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., ... y 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., ... y 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.000000000000193
- Hernández, A., Zúñiga, C. G., y de la Torre, R. (2016). *Encuesta Nacional sobre creencias y prácticas religiosas en México*. RIFREM. México. Extraído de https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Encuesta-Nacional-sobre-Creencias-y-Practicas-Religiosas-en-Me%CCxico_d....pdf
- 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. (2018). *Afecta dolor crónico a cuatro de cada diez personas mayores en México*. Dirección de enseñanza y divulgación. Boletín 1(11). Extraído de: <https://es.calameo.com/read/00547996024f658fa5fec>
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Mendoza, N, V., y 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. Extraído de: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a10.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. Extraído de: <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
- Snow, A. L., Norris, M. P., y Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455-462. Extraído de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304395995001905>
- 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. Extraído de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1134-80462004000700002
- Soriano, J. y Monsalve, V. (2005) El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. (84). 91-107. Extraído de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-7.pdf>
- Sullivan, M.O., Martel, D., Trip, A., Sarvard, G. y 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
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., y 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.