

# Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en pacientes con dolor crónico

## Acquisition of social support search strategies in patients with chronic pain

Guadalupe Arely Hernández Gálvez  
Universidad Nacional Autónoma de México

Maetzin Itzel Ordaz Carrillo  
Universidad Nacional Autónoma de México

Ana Leticia Becerra Gálvez  
Universidad Nacional Autónoma de México

Patricia Hernández Solís  
Hospital Juárez de México, Ciudad de México

El apoyo social percibido se ha caracterizado por ser un factor de protección ante diversos estresores, por lo tanto, se relaciona positivamente con la satisfacción con la vida de los individuos; en personas que padecen enfermedades crónico- degenerativas, el apoyo social percibido se relaciona positivamente con los niveles de salud y bienestar. El objetivo de este trabajo fue conocer las diferencias entre el nivel de apoyo social (tamaño y funcionalidad de la red) previo y posterior a una intervención cognitivo-conductual. Se realizó un estudio con alcance descriptivo y un diseño preexperimental con mediciones pre-post intervención. En este estudio participaron un total de 11 pacientes atendidos en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México. Se implementó una intervención grupal constituida por técnicas del enfoque conductual como: psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Los resultados revelaron que los participantes incrementaron el tamaño de su red de apoyo (incluyendo al personal de salud) y perciben mayor variedad en cuanto a su tipo de apoyo otorgado. Se concluye que es necesario el desarrollo de intervenciones breves para favorecer estrategias para realizar o rechazar peticiones, búsqueda de apoyo social, y habilidades de comunicación con el fin de favorecer el bienestar psicológico del paciente.

**Palabras clave:** Intervención Cognitivo-Conductual; Pacientes con dolor crónico; Apoyo social percibido; Red social.

---

Autor para correspondencia: Guadalupe Arely Hernández Gálvez. Av. De Los Barrios 1, Los Reyes Ixtacala, 54090, Tlalnepantla, Ciudad de México. Teléfono: 5514787519. Correo electrónico: [arelehernandez@gmail.com](mailto:arelehernandez@gmail.com)

**Agradecimientos:** El presente trabajo fue posible gracias a la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Una versión parcial y preliminar de este trabajo formó parte de la tesis de maestría del primer autor bajo la dirección del segundo.

Artículo disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/index>

Perceived social support has been characterized as a protection factor against divergent stressors; therefore, it is positively related with the satisfaction of an individual's life; perceived social support is also positively related with health and wellness levels in people that suffer chronic degenerative diseases. The goal of this study was to find out the differences between the social support level (size and functionality of the network) before and after a cognitive behavioral intervention. A descriptive research study was made along with a pre-experimental design with pre-post-intervention measurements. The sample was formed by eleven 11 patients treated in the palliative care and pain management clinic in Hospital Juárez de México. The intervention was implemented by focused behavioral techniques such as psychoeducation, social skills, and problem-solving training. The results showed that the patients increased the size of their social support networks (including the health personnel) and experience a wider variety in the type of received support. In conclusion, it's necessary to brief development interventions to promote strategies for making and rejecting requests, searching for social support and communication skills in order to favor the psychological well-being of patients.

**Keywords:** Cognitive-behavioral intervention; Patients with chronic pain; Perceived social support; Social network.

## INTRODUCCIÓN

El apoyo social puede ser definido como un proceso interpersonal de abogacía que está centrado en el intercambio recíproco de información (verbal y no verbal), ayuda tangible o accesible dada por los otros en situaciones adversas, y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor, el cual incluye expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor (Fernández & Manrique, 2010; González & Restrepo, 2010; Gottlieb, 1983).

Tardy (1985) menciona que para estudiar el apoyo social se deben distinguir de manera descendente las siguientes dimensiones: dirección (provisto o recibido), la disposición (disponible o real), su forma de descripción (descrito o evaluado), su contenido (emocional, instrumental, informativo, valorativo/evaluativo), por último, la red social (familia, amigos cercanos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad y profesionales). Además, se identifica en dos dimensiones, la objetiva (apoyo real recibido) y la subjetiva (apoyo percibido), cuyas funciones del apoyo social pueden ser tanto materiales como simbólicos y se pueden proveer o recibir de personas cercanas o por algún otro miembro de la comunidad.

El apoyo social opera en tres niveles: 1) Cognitivo, se brinda información, orientación o consejos para corregir concepciones erróneas y clarificar dudas, que a su vez implica el mejoramiento de la adaptación al contexto en el que se encuentra la persona, y se podría añadir el apoyo a la evaluación o evaluativo, que se relaciona con la ayuda en la toma de decisiones, la retroalimentación adecuada o ayuda a decidir qué curso de acción tomar (Tardy, 1985); 2) Afectivo, se proporciona a la persona ánimo y afecto positivo continuado ante sus preocupaciones, miedos o conflictos sociales; este apoyo emocional fomenta el bienestar afectivo y genera una sensación de sentirse querido, lo que ayuda a aumentar la seguridad, que a su vez incide positivamente en la salud;

3) Conductual, donde se brinda apoyo instrumental o material para ofrecer estrategias concretas para la resolución de problemas prácticos y cotidianos, ayuda a disminuir la sobrecarga de tareas y puede consistir en otorgar ayuda en especie, económica, para movilizarse o en cuestiones laborales (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Díaz, 2014; Mancilla, Meyer, Pérez & Vegas, 1993 citado en García, 2009).

Los aspectos estructurales, tales como el tamaño de la red de apoyo permiten analizar las consecuencias positivas que reciba una persona para acceder a relaciones sociales funcionales y que favorezcan una mejor adaptación al medio (Rodríguez-Espindola & Enrique, 2007). Debido a que el nivel de suficiencia o funcionalidad de la red es subjetiva a las necesidades de cada individuo, se requiere de medidas numéricas que den cuenta de aquellos que conforman la red, el papel de los miembros que la conforman y evidentemente el nivel de cercanía con el individuo (Arias, 2009).

Desde una perspectiva psicológica el apoyo social es un factor de protección para los individuos y está positivamente relacionado con la satisfacción con la vida. En especial, el apoyo social percibido como funcional se asocia con los niveles de salud y bienestar resultando una alta satisfacción en la vida durante el curso de enfermedades crónicas (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Pérez-García, Oliván, & Bower, 2013), es decir, es una variable que posee la capacidad de mejorar el bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández et al., 2016).

Prati y Pietrantonio (2010b) realizaron un meta-análisis de 37 estudios empíricos del papel del apoyo social recibido y percibido en la promoción de la salud mental, los resultados mostraron que el tamaño del efecto ( $r$ ) del apoyo social percibido ( $r = 0,31$ ) fue significativamente mayor que el tamaño del efecto del apoyo social recibido ( $r = 0,22$ ), es decir, el apoyo social percibido es más potente que el recibido al momento de procurar la salud mental (por ejemplo, ansiedad y depresión).

Apoyando la tesis anterior, [Amaya-Ropero y Carrillo-González \(2015\)](#) plantean que el apoyo social percibido se relaciona ampliamente con un enfrentamiento eficaz y adaptación a la enfermedad, y que es más importante la percepción que la persona tiene del adecuado apoyo social que el soporte que realmente recibe; dichas autoras identificaron los elementos determinantes en la alta percepción de apoyo social en pacientes con dolor crónico no maligno, estos fueron: acompañamiento y retroalimentación, saber que pueden contar con alguien, disposición de escucha, intereses comunes, aceptación, orientación, diálogo, comprensión, motivación por el autocuidado, distracción y preocupación. Agregan que estos elementos minimizan los efectos negativos propios de la enfermedad y aumentan la satisfacción respecto a sí mismo.

Ante la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se modifica el estilo de vida del paciente: la dinámica familiar, el rol ante la familia y la sociedad, hábitos alimenticios, de sueño y de dispersión, compensación metabólica, y aspectos psicológicos; estos se pueden restablecer mediante el apoyo social provisto por la red para aumentar la calidad de vida ([Arteaga, Cogollo, & Muñoz, 2017](#); [Orozco-Gómez & Castiblanco-Orozco, 2015](#)).

En el ámbito de salud, el apoyo social puede modificarse mediante la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual pretende entender el cómo piensa el individuo de sí mismo y del mundo que lo rodea y cómo las consecuencias de sus acciones afectan sus pensamientos y sentimientos, es decir, interviene en la interpretación, evaluación y creencias sobre la condición de salud actual del paciente ([Ruvalcaba & Domínguez, 2009](#)). La TCC se dirige a reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición médica.

En población con dolor crónico, el tratamiento psicológico se enfoca en facilitar estrategias de afrontamiento o adaptación y convivencia al dolor, además apoya a fortalecer los tratamientos médicos y a su rehabilitación, favorece la calidad de vida al reducir la percepción de dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos, y mejora el estado de salud general ([Linton & Nordin, 2006](#); [Moix & Casado, 2011](#); [Vallejo, 2005](#)). Se ha mostrado que tras la implementación de intervenciones basadas en TCC en pacientes que no padecen dolor crónico, el apoyo social percibido aumenta en la red de apoyo familiar ([Brand, Lakey, & Berman, 1995](#)) y los participantes manifiestan sentirse más seguros de contar con redes de apoyo social en momentos de estrés ([Gudenkauf et al., 2015](#)). Dicho lo anterior, es importante evaluar si dicha terapia favorece la red de apoyo social en pacientes con dolor crónico.

[Vega y González \(2009\)](#) mencionan que en pacientes con dolor crónico los esquemas desadaptativos tienden a disminuir la percepción de autoeficacia y control de la enfermedad, en este punto las redes de apoyo social son de vital importancia, ya que protegen al paciente del estrés que llega a generar la enfermedad y le permite adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento.

Es importante considerar, que el apoyo social percibido por los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas está relacionado con resultados favorables respecto a su salud y por ende una tasa menor de mortalidad ([Ikeda & Kawachi, 2010](#); [Uchino, 2015](#)). Es por lo anterior que el objetivo del presente estudio fue identificar las diferencias entre el nivel de apoyo social (tamaño y funcionalidad de la red) previo y posterior a una intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes con dolor crónico.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 11 pacientes con dolor crónico atendidos en el servicio de Clínica del Dolor del Hospital Juárez de México, quienes participaron de forma voluntaria y firmaron consentimiento informado previo al estudio. El estudio fue realizado en dos periodos: el primero fue del 5 de abril al 3 de mayo del 2018, y el segundo periodo fue de 1 al 29 de junio del 2018. Se realizó un reclutamiento mediante material difusión (carteles, volantes y página de Facebook Hospital Juárez de México).

### Muestreo

Se trata de una muestra no probabilística intencional, los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes con dolor crónico (más de seis meses de evolución), mayores de 18 años de edad y alfabetas. Los criterios de exclusión: pacientes con atención psicológica o psiquiátrica simultánea, o que presenten episodio de depresión mayor. Los criterios de eliminación: abandono del estudio y el llenado incompleto de los instrumentos de medición.

### Diseño de la investigación y tipo de estudio

Es una investigación cuantitativa de alcance descriptivo, se utilizó un diseño pre-experimental con evaluaciones pre-post tratamiento. En la [figura 1](#) se muestra el mapa de alcance de metas.

### Escenario

La intervención se llevó a cabo en un aula de las instalaciones del Edificio de Enseñanza del Hospital Juárez de México, con adecuada iluminación y ventilación.

### Instrumentos

Se realizó una entrevista inicial estructurada para recabar datos sociodemográficos de los participantes. Dicha entrevista fue realizada ad hoc y permitió conocer la siguiente información:

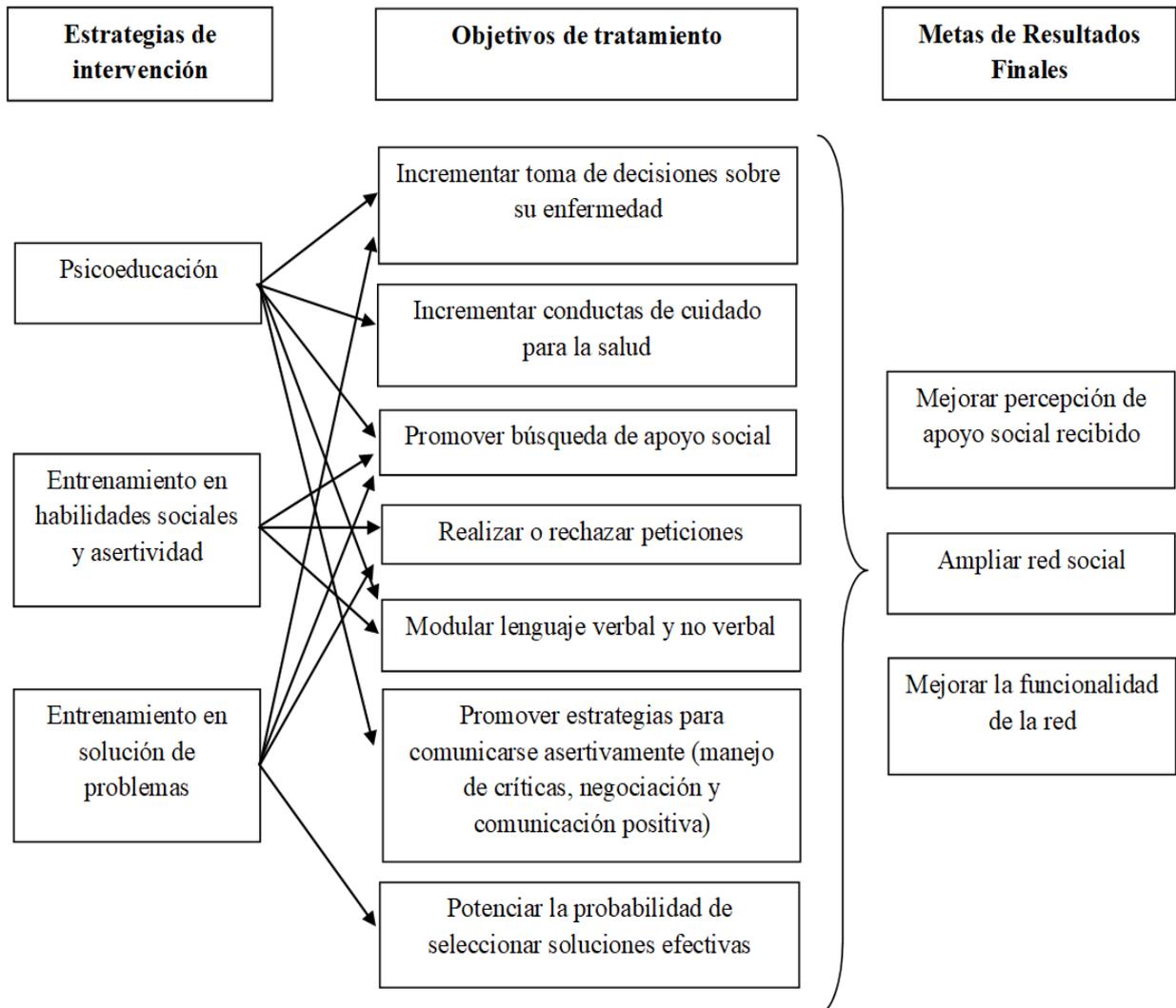


Figura 1. Estructura y objetivos de la intervención.

datos sociodemográficos variables relacionadas a la enfermedad, variables relacionadas al dolor y la funcionalidad que coexisten entre cada una de ellas. Previo a la entrevista, se entregó el consentimiento informado, se procedió a la lectura y firma consensuada del documento posterior a la resolución de dudas en los casos necesarios.

Para cuantificar el nivel de apoyo social percibido se aplicaron dos instrumentos de medición: *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*, que consta de 12 afirmaciones en las que se pide al participante describir cómo percibe apoyo por parte de familiares, amigos y otras personas importantes en su vida. Las opciones de respuesta se presentan en formato tipo Likert con cuatro puntos 1 (Siempre) y 4 (Nunca). La puntuación evalúa el nivel de apoyo percibido (Nivel Alto: 5.1 – 7, Nivel Moderado: 3 – 5 y Nivel Bajo: 1 - 2.9). El índice de confiabilidad de la escala total fue de .86 (Arechabala & Miranda, 2002).

El segundo instrumento es el *Cuestionario MOS*, que consta de 20 ítems. El ítem número uno hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro

dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta son de tipo Likert con cinco puntos 1 (Siempre) y 5 (Nunca). La puntuación evalúa el nivel de cada tipo de apoyo social (Apoyo emocional: Puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8, Apoyo instrumental: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4, Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4, Apoyo afectivo: Puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3, Índice global: Máximo de apoyo social 95, un valor medio de 57 y un mínimo de 19). El índice de confiabilidad para el total del cuestionario es de .94 (Londoño et al., 2012).

**Materiales**

Manual de infografías el cual se utilizó como material psicoeducativo para los temas: Red social y apoyo social, Influencia de la red social y apoyo social en la salud, Habilidades sociales, Estilos de comunicación y asertividad, y Solución de problemas.

El manual se conforma de 6 infografías, ejercicios de repaso y un autorregistro diario de apoyo social percibido (Anexo 1). Presentaciones para sesiones de intervención, se llevaron a cabo en formato Power Point versión 2007 para proporcionar a los participantes apoyo audiovisual de los temas por revisar en cada una de las 5 sesiones semanales con dos horas de duración.

### Procedimiento

*Fase 1: Construcción y validación por jueces expertos y no expertos de materiales Psicoeducativos.* Manual conformado por seis infografías y presentaciones de Power Point versión 2007 como material audiovisual para las sesiones de intervención.

*Fase 2: Reclutamiento.* Por parte de Comunicación Social del Hospital Juárez de México (HJM), se realizó difusión del Taller, ofertándolo en redes sociales como Facebook, Twitter y la página web oficial del HJM. Además, se difundió por medio de carteles ubicados en zonas estratégicas del HJM.

*Fase 3: Evaluación inicial.* Se realizó entrevista inicial para el recabado de datos sociodemográficos de los participantes y el llenado de los instrumentos de evaluación

(Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario, MOS), la duración fue de 15 minutos aproximadamente. Se solicitó firmar el consentimiento informado. Se les explicó el llenado del Registro Diario de Apoyo Social Percibido.

*Fase 4: Intervención cognitivo-conductual.* El entrenamiento conformado de cinco sesiones semanales de aproximadamente 2 horas de duración se implementó en formato grupal (Tabla 1).

*Fase 5: Evaluación final.* Al término de la intervención se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario MOS para valorar modificaciones producidas por la intervención. Se comentaron los cambios que detectaron tras la intervención y se dio retroalimentación de la intervención.

*Fase 6: Análisis de datos y organización del reporte de intervención.* Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Se llevó a cabo un análisis no paramétrico mediante la prueba estadística de Wilcoxon para comparar las medias del pre-test con el pos-test, se consideró un  $p=0.05$  para considerar significancia en los resultados.

Tabla 1.  
Descripción de sesiones de intervención.

Sesión	Temas	Objetivos
1	Influencia de la red social y apoyo social en la salud.	Los participantes identificarán el tipo de apoyo que provee su red social y cómo se relaciona con su estado de salud.
2	Habilidades sociales: estilos de comunicación.	Los participantes serán capaces de reconocer el estilo de comunicación que usan cotidianamente.
3	Estilos de comunicación y asertividad.	1) Los participantes serán capaces de reconocer en qué situaciones se pueden usar cada estilo de comunicación. 2) Los participantes realizarán ensayos conductuales de comunicación asertiva.
4	Solución de problemas.	1) Los participantes identificarán los elementos de la técnica de solución de problemas. 2) Los participantes realizarán la formulación de alternativas de solución al problema que se enfrentan con mayor frecuencia.
5	Apoyo social proporcionado por el Hospital Juárez de México.	1) Los participantes identificarán el apoyo social proporcionado por el HJM en diversas poblaciones. 2) Los participantes identificarán la modificación en el estilo de comunicación que usan ante su red social ante peticiones referentes a sus estado de salud. 3) Los participantes darán retroalimentación del Taller.

## RESULTADOS

Como características principales de los participantes, se obtiene que el 54% del total son mujeres, el rango de edad iba de los 28 a los 61 años ( $M=45.09$ ,  $Md=45$ ,  $DE=9.27$ ), el 72% reside en la Ciudad de México y el resto en el Estado de México, el 100% de los participantes cuentan con escolaridad básica, el 72% trabajan de manera independiente y el resto son amas de casa, el 72% vive con su familia nuclear, 18% viven solos y el resto vive con su familia extensa. En cuanto a características del síndrome doloroso el 27% padecen lumbalgia crónica, 18% padecen fibromialgia, 18% padecen neuropatía diabética, el resto padece hernia discal, neuralgia postherpética, osteoartritis y osteocondritis con un caso por cada uno; en cuanto al tiempo de evolución el 81% de los participantes ha padecido su enfermedad por menos de 10 años, el resto lo ha padecido por más de 10 años.

Los principales datos obtenidos en el pre-test de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP), indican que más del 90% de los participantes puntuaron un nivel bajo de apoyo social percibido por parte de familiares y de otras personas importantes, mientras que el 100% de participantes señalaron que percibían un nivel bajo de apoyo social por parte de sus amigos.

En la evaluación post-test de apoyo social percibido obtenido por familiares, amigos y otras personas importantes se retoman los siguientes hallazgos: a) Apoyo social percibido por parte de Familiares: el 54% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido (Nivel Bajo a Nivel moderado), y el resto se mantuvieron en el nivel moderado. b) Apoyo social percibido por parte de Personas Importantes: el 63% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido (Nivel Bajo a Nivel moderado), 27% se mantuvieron en el nivel bajo y el 10% se mantuvo en nivel moderado. c) Apoyo social percibido por parte de Amigos: 27% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social (Nivel Bajo a Nivel moderado) y 73% participantes se mantuvieron en el nivel bajo.

En el análisis pre – post intervención, se puede observar la existencia de diferencias significativas intragrupo entre las medias según la prueba de Wilcoxon ( $Z=-2.943$ ,  $p<0.05$ ), en la [Tabla 2](#) se presenta el puntaje obtenido en la EMASP y su análisis de datos.

Los datos principales que se obtuvieron en el pre-test del Cuestionario MOS (C-MOS) son: el 54% de los participantes perciben que reciben el mínimo de apoyo instrumental y emocional, el 36 % perciben recibir el mínimo de apoyo para relacionarse socialmente en actividades de ocio y distracción, por último 18% de los participantes perciben recibir el mínimo de apoyo afectivo.

En la evaluación post-test del número de integrantes de su red social y del tipo de apoyo social percibido, se retoman los siguientes hallazgos: a) Número de amigos cercanos: 45% de los participantes aumentaron su número de amigos cercanos, y el resto de los participantes mantuvieron el mismo número de integrantes; b) Número de familiares cercanos: 63%

Tabla 2.  
Puntaje pre-test y post-test de EMASP de los participantes

		EMASP*		
		Familia	Personas importantes	Amigos
P1	Pre-test	2.00	1.50	1.00
	Post-test	2.00	2.00	2.00
P2	Pre-test	2.00	1.50	1.00
	Post-test	2.00	2.00	2.00
P3	Pre-test	2.75	3.25	1.75
	Post-test	3.75	4.00	2.00
P4	Pre-test	2.50	2.25	1.50
	Post-test	3.75	4.00	2.00
P5	Pre-test	2.50	2.50	2.00
	Post-test	3.75	3.75	3.00
P6	Pre-test	1.25	2.75	1.00
	Post-test	1.75	3.75	2.00
P7	Pre-test	2.00	2.50	2.00
	Post-test	4.00	3.75	1.25
P8	Pre-test	2.25	2.75	1.50
	Post-test	3.00	3.75	2.00
P9	Pre-test	2.25	1.00	1.00
	Post-test	3.00	2.00	1.75
P10	Pre-test	3.25	1.50	2.50
	Post-test	3.75	3.00	3.25
P11	Pre-test	1.50	2.50	2.50
	Post-test	2.25	3.25	4.00
Wilcoxon Z		-2.956	-3.192	-2.188
Wilcoxon Sig.		0.003	0.001	0.029

\* Calificación de EMASP: Nivel Alto (5.1 - 7), Nivel Moderado (3 - 5), Nivel Bajo (1 - 2.9)

de los participantes aumentaron su número de familiares cercanos, y el resto de participantes mantuvieron el mismo número de integrantes; c) Apoyo social de tipo emocional: 54% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo, 36% se mantuvieron en nivel máximo y 10% se mantuvo en nivel medio; d) Apoyo social de tipo instrumental: 36% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo, 36% se mantuvieron en nivel máximo y 28% se mantuvieron en nivel medio; e) Apoyo social de tipo afectivo: 63% de los participantes se mantuvieron en nivel máximo, 18% participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo y el resto de participantes se mantuvieron en nivel medio; f) Apoyo social de para relaciones sociales de ocio y distracción: 54% de los participantes se mantuvieron en nivel máximo, 27% se mantuvieron en nivel medio y el resto de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo. Al analizar los datos obtenidos se puede observar que existen cambios estadísticamente significativos ( $Z=-2.941$ ,  $p<0.05$ ), en la [Tabla 3](#) se presenta el puntaje obtenido en el C-MOS y su análisis de datos.

Tabla 3.  
Puntaje pre-test y post-test del cuestionario MOS los participantes

		Cuestionario MOS*					
		Núm. ami- gos cercanos	Núm. familiares cercanos	Apoyo emo- cional	Apoyo ins- trumental	Apoyo afectivo	Relaciones sociales de ocio y distracción
P1	Pre-test	1	5	14	8	6	8
	Post-test	1	5	26	12	9	12
P2	Pre-test	2	3	16	8	6	8
	Post-test	2	10	22	11	6	9
P3	Pre-test	0	15	31	17	14	15
	Post-test	1	20	36	20	15	19
P4	Pre-test	5	14	29	13	10	16
	Post-test	5	15	40	18	15	20
P5	Pre-test	3	3	24	10	9	10
	Post-test	3	4	36	16	14	14
P6	Pre-test	2	3	22	11	11	14
	Post-test	3	3	30	18	13	14
P7	Pre-test	0	3	29	15	11	16
	Post-test	0	4	40	20	15	20
P8	Pre-test	1	2	23	13	14	14
	Post-test	2	2	33	20	15	17
P9	Pre-test	1	2	28	8	13	17
	Post-test	3	3	33	13	14	18
P10	Pre-test	5	6	22	12	9	8
	Post-test	7	7	32	17	14	12
P11	Pre-test	4	2	20	8	10	12
	Post-test	4	2	26	10	11	17
Wilcoxon Z		-----	-----	-2.941	-2.952	-2.829	-2.871
Wilcoxon Sig.		-----	-----	0.003	0.003	0.005	0.004

\* Calificación del cuestionario MOS: Apoyo emocional: Puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8; Apoyo instrumental: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4; Apoyo afectivo: Puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3; Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4.

La información relacionada con la percepción de la estructura de la red apoyo social obtenida del cuadernillo de infografías indica que el tipo de apoyo social económico es el que la mayoría de los participantes percibía recibir previo a la intervención; y posterior a la intervención el de tipo evaluativo es el que la mayoría de los participantes percibe recibir, además que los participantes perciben mayor variedad en cuanto a su tipo (Tabla 4).

En la Tabla 5 se muestran los dominios reportados como parte de la red de apoyo de los participantes, en el dominio Otras personas, se incluye a la comunidad religiosa y vecinos. Como datos relevantes, se obtuvo que posterior a la intervención aumentaran el número de participantes en percibir apoyo por parte del personal de salud, la mayoría de los participantes reportó que la familia nuclear es la principal en la integración de su red de apoyo social.

Como dato complementario a la Tabla 5, el tamaño de la red de los participantes: previo a la intervención, el número de integrantes oscilaban entre 1-12 por participante,

posterior a la intervención tres participantes se mantuvieron con el mismo número y el resto de los participantes aumento el número de integrantes de su red (1 a 6 personas).

Como características principales de la red de apoyo social en cuanto a proximidad, el 72% la perciben cercana y el resto de los participantes la perciben lejana; en cuanto a los lazos sociales el 63% los perciben como relaciones fuertes y el resto como débiles; por último, en cuanto a funcionalidad de la red, el 63% la percibe como funcional y el resto de los participantes la percibe poco funcional.

Los participantes reportaron algunos cambios que debía tener su red para mejorarla, el cambio reportado con mayor frecuencia fue Ampliar su red social, en cuanto a número y dominio (45% de los participantes), cuatro participantes perciben que no es necesario realizar algún cambio (3 perciben su red cercana, fuerte y funcional), otro cambio es el Mejoramiento de la comunicación con los miembros de su red de apoyo (18%), por

Tabla 4.  
Frecuencia del tipo de apoyo percibido de los participantes previo y posterior a la intervención

	Emocional	Instrumental	Económico	Informativo	Evaluativo
Pre-test	5	4	6	2	0
Post-test	9	8	4	5	11

Tabla 5.  
Frecuencia de dominios que integran la red de apoyo de los participantes previo y posterior a la intervención

	Familia nuclear	Familia extensa	Amigos	Otras personas	Personal de salud	Sin cambios
Pre-test	9	4	5	4	1	--
Post-test	10	5	6	4	5	3

último, el Crear lazos más fuertes con los integrantes de su red (10%). Como apoyo provisto, la mayoría de los participantes apoyan a los integrantes de su red social de tipo emocional y económico (81%), el 63% de los participantes otorgan apoyo instrumental, 18% otorgan apoyo de tipo evaluativo y el 10% de tipo informativo.

Retomando el estilo de comunicación que emplean los participantes, se obtiene que, al realizar peticiones a sus cuidadores y familiares, el 63% de los participantes ha llegado a emplear un estilo pasivo, 45% un estilo agresivo y 27% un estilo asertivo, este estilo de comunicación varía según el estado de ánimo y a la persona a quien se le está pidiendo. Los participantes reportaron que para comunicarse de manera general (no realizando peticiones), el 54% utiliza un estilo pasivo, y los estilos agresivo y asertivo lo emplean 45% de los participantes en cada uno.

La mayoría de los participantes (72%) adquirieron las estrategias asertivas de negociación y aplazamiento asertivo, que probablemente implementarán al momento de realizar peticiones con sus familiares, la estrategia que se implementó con menor frecuencia fue autorrevelación con 4 participantes.

En cuanto a las estrategias de solución de problemas ante situaciones relacionadas con toma de decisión referente a su salud, el 36% de los participantes mencionan que el principal problema al que se enfrentan es el tener recursos económicos insuficientes para la compra de medicamentos y/o pago de estudios clínicos, el 27% necesitan apoyo en el mejoramiento de comunicación con sus familiares para delegar responsabilidades y/o obtener bienestar familiar, el 18% necesitan apoyo emocional y el resto de los participantes requieren apoyo instrumental para mejorar sintomatología de dolor y/o poder asistir a consultas médicas.

Por último, en cuanto a la observación clínica, al inicio del taller los participantes no tenían noción de que era una red de apoyo social y de la existencia de diversos tipos de apoyo, la

mayoría relacionaba este último con apoyo financiero, sin embargo, después de la psicoeducación sobre estos temas y los ejercicios de repaso los participantes identificaban su red y el tipo de apoyo que ellos recibían y otorgaban a esta. Además, los participantes afirmaron que ya estaban llevando a cabo algunas estrategias vistas en el taller, para mejorar su comunicación con sus familiares y esto les permitía ampliar su red de apoyo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se logró alcanzar el objetivo de la presente investigación, teniendo como resultado principal el mejoramiento de la percepción del apoyo social en pacientes con dolor crónico (en cuanto a tamaño y funcionalidad de la red), mediante una intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, habilidades sociales, comunicación asertiva y psicoeducación.

Como características relevantes en cuanto a la estructura de su red social, los participantes refieren que el dominio con mayor percepción de apoyo es la Familia, esto puede deberse a que este dominio proporciona mayor ayuda tanto emocional, económico e instrumental necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros, por ejemplo, genera empatía, sentimiento de ser cuidado, amado y de confianza; teniendo como función, el contribuir a la recuperación y mantenimiento del estado del paciente al protegerlo del malestar psicológico (Álvarez, 2001; Gómez, Bolívar, Correa, & Cadena, 2000; Taylor, 2007).

Sin embargo, el apoyo otorgado por un dominio u otro dependerá del momento y del tipo de apoyo que se requiera, por ejemplo, el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que en problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el de

amigos (Cohen & Syme, 1985, citado en Varela, 2011). Partiendo de esta última premisa, los participantes de la presente investigación perciben un nivel bajo de apoyo social por parte de sus amigos, es importante considerar que algunos participantes comentaban no tener una relación estrecha con alguien para considerarla como amistad, sin embargo, coinciden en que temas relacionados con la salud es mejor tratarlos de solucionar con apoyo Familiar, ya que perciben mayor intimidad en dicha relación. En cuanto a la categoría denominada como otras personas importantes, el apoyo provisto permite a la persona crear sus propios recursos de afrontamiento, ya que esta categoría está conformada prioritariamente por personal de la salud que le otorga apoyo de tipo informacional.

Con la descripción obtenida del Cuestionario de MOS, se puede suponer que la intervención permitió que la red social de la mayoría de los participantes se ampliara en cuanto a número de integrantes, esto puede deberse a que la mayoría de los participantes en la medida post-test, mencionó al personal de salud que lo atiende como parte de su red, lo cual podría mejorar la alianza terapéutica y favorecer adherencia terapéutica, teniendo en cuenta que el apoyo social ha sido abordado como factor de relevante ante la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud-enfermedad (Vilató, Martín, & Pérez, 2015).

En cuanto al tipo de apoyo percibido, la mayoría de los participantes reportaron que mantienen nivel máximo de apoyo instrumental, lo que se podría relacionar con mayor bienestar ya que este tipo de apoyo reduce la sobrecarga de las tareas y permite que la persona retome actividades o se integre a actividades sociales (Berkman et al., 2000), además hay que tener en cuenta que el dolor tiene trascendencia en la realización de actividades diarias por lo tanto la dependencia instrumental puede llegarse a presentar en pacientes con dolor crónico.

En el tipo de apoyo emocional, la mayoría de los participantes reportó tener a alguien con quien compartir sus sentimientos, con quien sentirse querido, valorado y aceptado, este tipo de apoyo podría ayudar a los pacientes a reducir su percepción de estrés y dolor debido a la activación de sistemas neuronales dopaminérgicos (Lumley, Cohen, & Kafe, 2011). Por último, en el apoyo social para relaciones sociales de ocio y distracción, la mayoría de los participantes mencionan tener a alguien que les permita cambiar sus actividades cotidianas para distraerse o conversar de temas no relacionados con la enfermedad.

Las características de la red de apoyo social percibidas por los participantes se pueden analizar de acuerdo al enfoque estructural del apoyo social propuesto por Barrón (1996), donde se obtiene que todos los participantes perciben la existencia y pertenencia a una red de apoyo, en estructura de lazos sociales de la red: tamaño, funcionalidad, cercanía y fortaleza. Hay que retomar que el enfoque contempla tanto los rasgos estructurales de las redes sociales (antes mencionados),

y en la forma en que éstas podrían modificarse para fomentar la salud (Varela, 2011), este último punto puede inferirse a partir del tipo de apoyo social que los participantes reciben, la mayoría recibe apoyo de tipo evaluativo, emocional e instrumental, lo que nos hace suponer que está relacionado con la disminución de eventos estresantes y orientación y/o resolución de problemas que puedan ocasionar un malestar psicológico o físico, por ende, el tipo de apoyo que perciben los participantes de esta investigación puede de mejorar su bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández et al., 2016).

Retomando las técnicas empleadas durante la intervención, se considera que fueron satisfactorias con el resultado obtenido del Taller. La técnica de solución de problemas y de habilidades sociales (comunicación asertiva), al igual que en otras investigaciones permitió que los participantes aumentaran el apoyo social percibido por la red de apoyo familiar, se infiere que aumentaron su autoestima y de sentirse más seguros de resolver problemas ante momentos estresantes, por ejemplo, el obtener recursos económicos para continuar con su tratamiento médico (Brand, Lakey, & Berman, 1995; Gudenkauf et al., 2015).

Por último, la técnica de psicoeducación, permitió a los participantes obtener información necesaria para tomar decisiones informadas, esto se pudo observar con mejor claridad durante la última sesión del Taller, donde se retomaron apoyos otorgados en el Hospital Juárez de México y Asociaciones públicas y privadas, en ésta sesión, los participantes se mostraron interesados en afiliarse al Seguro Popular, para obtener los beneficios de éste, por lo tanto se puede decir, que la psicoeducación potenció la realización de conductas adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente por medio de la prevención (Benassini, 2002; Montiel & Guerra, 2016) y en general con la psicoeducación otorgada durante el Taller se promovió la búsqueda de apoyo social mediante la aplicación de habilidades de comunicación y solución de problemas.

En cuanto a la implementación de la intervención se considera que la modalidad taller fue adecuado para el tema y la población meta, sin embargo los criterios de inclusión y exclusión fueron rigurosos, por lo tanto, no todos los asistentes al taller se consideraron como participantes, es por esta razón que se propone flexibilizar dichos criterios y considerar a los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico para que participen, ya que se considera importante retomar el papel del cuidador primario como proveedor de apoyo social, y que sea beneficiado por intervenciones que mejoren su apoyo social percibido, debido a que como mencionan Quiles, Terol y Quiles (2003), el apoyo social hace referencia a que se consiga mejorar la autoestima del enfermo, aumentar sus ganas de vivir y de curarse, mejora su humor y reduce el impacto de la enfermedad; y al contrario, tiene efectos negativos, cuando la conducta de ayuda comunica al enfermo sentimiento de impotencia, baja su autoestima o muestra una visión negativa de la vida y de su enfermedad.

Por otra parte, se considera que el tener información por parte de los cuidadores ayudaría a disminuir la discapacidad social que pudiese existir en el llenado de cuestionarios.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que la implementación de una intervención bajo el modelo cognitivo-conductual mejoró el apoyo social al aumentar el tamaño de la red y la funcionalidad de ésta, en pacientes con dolor crónico. Los participantes adquirieron habilidades sociales que les permite realizar y rechazar peticiones, y habilidades de solución de problemas que les permite ser más independientes y el poder planificar soluciones con mayor probabilidad de éxito. Es importante indicar que los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados debido a las limitaciones metodológicas que presenta.

Para futuras investigaciones se sugiere realizar una investigación con diseño cuasiexperimental o experimental, esto con la meta de aislar las variables extrañas para obtener datos contundentes; así como, el evaluar el nivel de sintomatología depresiva, ansiosa o estrés percibido, se considera relevante la medición de estas variables ya que como mencionan [Blasco, Barez y Fernández \(2003\)](#) el apoyo social percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes, ya que guarda relación con menores niveles de depresión, ansiedad y puede influir de manera positiva en la percepción del dolor. De igual manera se recomienda realizar evaluación pre-test y post-test de la percepción estructural y funcional de la red de apoyo y el apoyo provisto de los participantes hacia su red.

Se recomienda considerar algunas características individuales que puedan ejercer influencia en el apoyo social percibido, puesto que al ser de origen subjetivo, una persona con características como optimismo, alta autoestima o buenas habilidades sociales percibe mayor nivel de apoyo social, refieren sentirse más satisfechos con éste y son más objetivos y tolerantes al afrontar dificultades en torno a sus redes de apoyo, mientras que el pesimismo, negatividad o ánimo deprimido suele generar una menor percepción de apoyo social ([Yupanqui, 2016](#)), además de considerar variables psicofisiológicas relacionadas con el componente socioafectivo del dolor. También se deben incluir rasgos de la personalidad, estados emocionales negativos como ansiedad y/o depresión, miedo, estrés, creencias y actitudes, las cuales pueden agudizarse cuando los niveles de dolor aumentan y se hace evidente la falta de apoyo social ([Orozco-Gómez & Castiblanco-Orozco, 2015](#); [Pomares-Avalos, Rodríguez-Rodríguez, & Pomares-Alfonso, 2016](#)).

## REFERENCIAS

- Álvarez, M. (2001). El Procedimiento Familiar en Cuba, una necesidad impostergable. *Revista cubana de Derecho*, 18, 66-79.
- Amaya-Roper, M. & Carrillo-González, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. Recuperado de [DOI:10.5294/aqui.2015.15.4.2](https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2)
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez, aportes para su evaluación. *Revista de Psicología de IMED*, 1(1), 147-158.
- Arechabala, M. C. & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>
- Arteaga A, Cogollo, R. & Muñoz D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1668-76. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
- Blasco, T., Barez, M. & Fernández, C. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16719206.pdf>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Benassini, O. (2002). *Trastornos de la atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. México: Trillas.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857. Recuperado de [PMID: 10972429](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10972429/)
- Brand, E., Lakey, B. & Berman, S. (1995). A Preventive, Psychoeducational Approach to Increase Perceived Social Support. *American Journal of Community Psychology*, 23(1), 117-135. Recuperado de [PMID: 7572825](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7572825/)
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
- Cohen, S. & Syme, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Díaz, M. (2014). Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud, en bomberos de Gran Canaria (Tesis doctoral). Facultad de ciencias de la salud. Universidad de las palmas de Gran Canaria.

- Fernández, A., & Manrique, A. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 19, 1-9. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016)
- García, E. (2009). Apoyo Social: Estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatría.com*, 13(3). Recuperado de <http://psiqu.com/1-6247>
- Gómez, A., Bolívar, S., Correa, S. & Cadena, A. (2000). Soporte social que tienen las personas con EPOC hospitalizadas durante los meses febrero a abril de 2000 en una institución hospitalaria de Bogotá. *Avances de Enfermería*, 19(2), 1-7.
- González, Q. J. C. & Restrepo, C. G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2), 228-238. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n2/228-238>
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gudenkauf, L.M., Antoni, H. M., Stagl, J. M., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Bouchard, L. C., Glück, S., Derhagopian, R. P., Giron, G. L., Avisar, E., Torres-Salichs, M. A. & Carver, C. S. (2015). Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 677-688. DOI: 10.1037/ccp0000020
- Ikeda, A. & Kawachi, I. (2010). Social Networks and Health. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, (pp. 237-261), New York: Springer.
- Landete, O. & Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2-3), 589-596. Recuperado de <http://www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5855350111/45.+LANDETE.pdf?t=1365108498>
- Linton, S. & Nordin, E. (2006). A 5-Year Follow-Up Evaluation of the Health and Economic Consequences of an Early Cognitive Behavioral Intervention for Back Pain: A Randomized, Controlled Trial. *Spine*, 31(8), 853-858. DOI: 10.1097/01.brs.0000209258.42037.02
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- Lumley, M., Cohen, L. & Kafe, F. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recents Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942-968. DOI: 10.1002/jclp.20816
- Moix, J. & Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618548003.pdf>
- Montiel, V. & Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v42n2/spu16216.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v42n2/spu16216.pdf)
- Orozco-Gómez Á.M. & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi:10.15446/rcp.v24n1.42949
- Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bover, R. (2013). Life satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in heart failure patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 93-105. Recuperado de <http://www.aepp.net/rppc.php?id=746>
- Pomares-Avalos, A., Rodríguez-Rodríguez, T. & Pomares-Alfonso, J. (2016). Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. *Revista Finlay*, 6(1), 49-58. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2221-24342016000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342016000100007&lng=es&nrm=iso)
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010b). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403-417. <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20371>
- Quiles, Y., Terol, M. & Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730207.pdf>
- Rodríguez-Espinola, S. & Enrique, H.C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*. 7. 155-168. doi:10.18682/pd.v7i0.433.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23(1), 60-69. doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.02.002
- Ruvalcaba, G. & Domínguez, B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19(2), 247-252. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29111986009.pdf>

- Suarez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010)
- Tardy, Ch. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202. <https://doi.org/10.1007/BF00905728>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. (Sexta Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Uchino, B. (2015). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health A Life-Span Perspective with Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives On Psychological Science*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Vallejo, A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>
- Varela, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca* (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Vega, O. & González, D. (2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global*, (16), 1-11. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)
- Vilató, L., Martín, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005)
- Yupanqui, M. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet en una población geriátrica de un centro de adulto mayor en Trujillo*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Salud. Universidad Privada del Norte.
- Contribuciones:
- Guadalupe Arely Hernández Gálvez: Desarrollo e implementación del taller de intervención. Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo y Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez: Supervisión del trabajo.
- Dra. Patricia Hernández Solís: Asesoría de información médica en Dolor.

Anexo 1. Manual de infografías

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
 Residencia en Medicina Conductual  
 Sede Hospital Juárez de México



**AMPLIANDO MIS REDES DE APOYO SOCIAL. CURSO DIRIGIDO A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.**

Sesión 1: Influencia de la red social y apoyo social en la salud.  
 Sesión 2: Habilidades sociales: Estilos de comunicación.  
 Sesión 3: Estilos de comunicación y Asertividad.  
 Sesión 4: Solución de problemas.  
 Sesión 5: Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México.

Impartido por Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez  
 Residente de Medicina Conductual del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos





## ¿Cómo me pueden ayudar los demás?

**Necesitas saber que...**

1.- Una red social esta conformada por aquellas personas que nos rodean.

Por ejemplo:



2.- El apoyo social son todas aquellas acciones que realizan las personas que te rodean.



### ¿En qué me apoyan los demás?



- 1.- Te proporcionan información, orientación o consejos.
- 2.- Te dan ánimo y afecto, escuchan tus preocupaciones, miedos o problemas.
- 3.- Te ayudan a disminuir la sobrecarga de tus actividades diarias.
- 4.- Te proporcionan ayuda económica.
- 5.- Te proporcionan medicamentos o alimentos.
- 6.- Te acompañan a tus citas médicas.
- 7.- Te ayudan a tomar decisiones difíciles y te dan su opinión.





### ¿Cómo se relaciona el apoyo que me proporcionan con mi salud?

- 1.- Aumenta tu seguridad y autoestima.
- 2.- Te ayuda a ver menos amenazante el proceso de tu enfermedad.
- 3.- Disminuyen tus niveles de estrés y ansiedad.
- 4.- Te ayuda a liberar tus emociones y pensamientos.
- 5.- Te permite resolver problemas relacionados con tu enfermedad.
- 6.- Cumplir con tu tratamiento médico.






Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
 Sede Hospital Juárez de México  
 Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

## ¿Porqué es importante contar con el apoyo de personas cercanas a mi durante la enfermedad?



**Ante el dolor crónico, el tener apoyo me da los siguientes beneficios:**

- Mejora el curso y recuperación de mi enfermedad.
- Realizo las actividades que me gustan.
- Minimiza mis malestares y síntomas de la enfermedad.
- Me ayuda a no pensar constantemente en el dolor.



**El tamaño de mi red de apoyo puede relacionarse con:**

- Si es grande y funcional aumenta la supervivencia en pacientes cáncer.
- Si es pequeña aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedades del corazón.



**Tener una enfermedad crónica puede generarme tristeza o ansiedad, sin embargo, tener apoyo de mis seres queridos, me permite:**

- Sentirme querido y pleno aún con la enfermedad.
- Enfrentar de mejor forma mi malestar físico y emocional.
- Expresar mis sentimientos, emociones y deseos.
- Me motiva a continuar con mi tratamiento.

- Tener un mejor nivel de salud.
- Tener mejor calidad de vida.



**En algunas ocasiones puedes pensar que no tienes apoyo pero intenta observar las acciones de los que te rodean, por ejemplo:**

Hay alguien que te acompaña, sabes que ante una situación difícil cuentas con alguien. Esa persona te escucha, tiene intereses en común contigo, te acepta, comprende y te orienta. Es alguien con quien puedes platicar, te motiva, te distrae y se preocupa por ti.



Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
 Sede Hospital Juárez de México  
 Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

## ¿Qué puedo hacer para relacionarme mejor con los demás?

Algunas situaciones sociales como platicar con alguien, conocer nuevas personas, asistir al Hospital y preguntar dudas al médico pueden resultar difíciles para algunos pacientes ¿¿Te ha pasado??  
 A continuación te brindamos algunas sugerencias para hacer más amenas tus relaciones sociales.

**3 Con los demás:**

- Si lo necesitas pide ayuda recuerda que en algunas ocasiones no podemos solos.
- Participa en actividades grupales, esto te ayudará a no sentirte apabaisado.
- Aún cuando no estés de acuerdo da tu opinión.



**4 En cuanto a lo afectivo:**

- Reconoce y expresa tus sentimientos y emociones.
- Trata comprender los sentimientos de los demás.
- Respeta los sentimientos de los demás.



**1**

Al hablar hay que tener en cuenta:

- Lengua no verbal: Mirada, expresión facial, postura corporal, etc.
- Lengua verbal: hablar claro y preciso.
- Volumen y velocidad.



**2 Puedes comenzar con:**

- Iniciar una conversación.
- Intentar conocer las necesidades de las personas que te rodean para expresarte mejor.
- Agradecer, perdonar y solicitar disculpas si lo crees necesario.
- ¡Átrévete a pedir favores!



Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
 Sede Hospital Juárez de México  
 Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

Quando hablo con mis familiares a veces peleo o siento que no me escuchan y no llegamos a ningún acuerdo...

**entonces ... ¿cómo me expreso?**

Necesitas conocer qué estilo de comunicación empleas cuando hablas con tus familiares.

Agresivo	Asertivo	Pasivo
Quando al expresarnos no tomamos en cuenta sus derechos.	Mis expresamos tomando en cuenta los derechos de los demás y los nuestros.	Mis expresamos sin respetar nuestros derechos.
Par ejemplo: 	Par ejemplo: 	Par ejemplo: 

**Algunos tips para ser asertivos son:**

**Escucha activa:**  
Escuchar con atención e interés, demostrando que entiendes lo que te dicen.

**Expresar mi opinión:**  
No se trata de imponer, sino de hacer acuerdos.

**Decir lo que pienso:**  
Sin ofender a la otra persona pero defendiendo tu opinión.

Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
Sede Hospital Juárez de México  
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

**¿Qué puedo hacer para tener mejor comunicación con mis familiares?**

En ocasiones es difícil comunicarte con tus familiares debido a que pueda que te sientas criticado o que no entienden cómo te sientes. A continuación te presentamos algunos consejos para que puedas expresar tus emociones, sentimientos, necesidades y deseos de una manera más asertiva.

- Quando me critican puedo llegar a enojarme, sin embargo, tengo que valorar si la crítica que me están haciendo es cierta. De ser este el caso:  
Una estrategia que me puede ayudar es aceptar mis errores sin excusarme o culpabilizar por ellos.  
Par ejemplo: "es verdad, fui grosero al no querer comer porque la comida no tenía sal"
- En algunas ocasiones me enojo con facilidad cuando hablo de ciertos temas, comienzo a gritar o digo cosas de las cuales me arrepiento después.  
La estrategia que puedo utilizar es esperar a que esté relajado y preparado para comenzar una nueva conversación.  
Par ejemplo: "espérame unos minutos, en este momento me siento enojado y no quiero ser grosero contigo"
- A veces peleo con mis familiares cuando no logramos ponernos de acuerdo.  
La estrategia que me puede ayudar es ofrecer un acuerdo aceptable por ambas partes.  
Par ejemplo: "está bien, ya no me quejaré tanto, pero visítame más seguido"
- Quisiera tener una mejor relación con mis familiares, pero me es difícil expresar mis emociones y pensamientos.  
Una estrategia que te puede ayudar es la autorrevelación, que es compartir información personal necesaria para que la otra persona pueda entender tus sentimientos y el por qué de tus decisiones.  
Par ejemplo: "en ese momento me sentía enojado porque pensé que no me escuchabas, por eso me fui sin decir nada"

Bibliografía: Cantarero, D. (1995). La asertividad, expresión de una sana autoestima. Síntesis. Decora de Barcelona

Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
Sede Hospital Juárez de México  
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

**¿Cómo puedo solucionar mis problemas?**

Los problemas son situaciones de la vida cotidiana que pueden generar preocupación y estrés. A veces es inevitable sentirnos sobrepasados por ellos, por eso a continuación te daremos algunas recomendaciones para crear y escoger soluciones efectivas para problemas de la vida cotidiana.

- 1 Pregúntate:**  
¿Cuál es mi problema?  
¿Puedo hacer algo para solucionarlo?  
¿Puedo hacerlo solo?  
¿Para qué quiero solucionarlo?  
¿Qué espero que pase cuando lo solucione?
- 2 Crea alternativas de solución:**  
Mientras más ideas mejor. No hay opciones buenas ni malas. ¡No importa que suene descabellada! Contempla diferentes opciones, por ejemplo lugares, personas, actividades, entre otras.
- 3 Elige la mejor opción:**  
Evalúa las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución. Identifica la viabilidad de cada alternativa. Evalúa entre las alternativas si se pueden complementar con otra. De todas las alternativas, elige la que tenga mayor posibilidad de éxito.
- 4 Desarrolla un plan de acción:**  
¿Qué puedes hacer para llevar acabo la alternativa de solución?  
¿Cómo podrás lograrlo?  
¿Necesitas ayuda de alguien?  
¿Cuándo y dónde comenzarás a implementar la alternativa de solución?
- 5 ¡Manos a la obra, echa a andar la solución!**  
Comprueba si el resultado de implementar la solución fue acorde a lo que esperabas. Si no se lograron los resultados esperados, hay que analizar qué sucedió?, si lo detectas puedes regresar al paso 3 para elegir la mejor opción, si no detectas el contratiempo, comienza con el paso 1.

Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
Sede Hospital Juárez de México  
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

**¡Gracias por tu participación!**

Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez  
Residencia en Medicina Conductual  
Sede Hospital Juárez de México  
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos