



Percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida en pacientes oncológicos en fase terminal pertenecientes al servicio de hospitalización domiciliaria de cuidados paliativos de la IPS Colsubsidio en Bogotá Colombia¹

Perception of loneliness and its influence on the quality of life in terminally ill cancer patients belonging to the palliative care home hospitalization service of the IPS Colsubsidio in Bogotá Colombia

Juliana Edith González Alfonso^{a, b, *}

^a Universidad Europea del Atlántico, Santander, España

^b Universidad Iberoamericana de México, CDMX, México

Cómo citar:

González Alfonso, J. E. Percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida en pacientes oncológicos en fase terminal pertenecientes al servicio de hospitalización domiciliaria de cuidados paliativos de la IPS Colsubsidio en Bogotá, Colombia. *Revista Psicología y Sociedad*, 1(1), 35–51. <https://doi.org/10.24054/rps.v1i1.3317>

Resumen

Mediante esta investigación cualitativa etnográfica que se llevó a cabo a través de una entrevista semiestructurada y que tiene como objetivo, conocer la percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer en fase terminal, entre los 40 y 90 años que se encuentran en el servicio de hospitalización domiciliaria en cuidado paliativo de IPS Colsubsidio. Evidenciando que los sentimientos de soledad son percibidos de forma objetiva y subjetiva en las participantes siendo la soledad existencial la más identificada.

Palabras clave: Sentimientos de soledad; Psicooncología; Calidad de vida.

¹ Recibido agosto 30 de 2024, aceptado 25 de noviembre de 2024

* Correspondencia: juliana.gonzalez1012@gmail.com



Abstract

Through this qualitative ethnographic research that will be carried out through a semi-structured interview and whose objective is to know the perception of loneliness and its influence on the quality of life in patients diagnosed with cancer in the terminal phase, between 40 and 90 years old, who are in the home hospitalization service in palliative care of IPS Colsubsidio. Evidencing that feelings of loneliness are perceived objectively and subjectively in the participants, being existential loneliness the most identified.

Keywords: Feelings of loneliness; Psycho-oncology; Quality of life

Introducción

Esta investigación busca conocer la percepción de soledad de los pacientes oncológicos en fase terminal del servicio de hospitalización domiciliaria en cuidados paliativos de la IPS Colsubsidio y como afecta su calidad de vida, comprendiendo que la calidad de vida y la soledad se pueden presentar de varias formas donde la soledad se estudió desde 4 aspectos: soledad social, familiar, conyugal y existencial y la calidad desde cuatro dimensiones, física, funcional, social y psicológica. Por otro lado, es importante reconocer la percepción de soledad de los pacientes, ya que dependiendo de lo recopilado se puede identificar si afecta o no, su calidad de vida. El propósito último de esta investigación será conocer las verbalizaciones respecto a la soledad y sus diferentes afectaciones en la calidad de vida de los pacientes oncológicos en fase terminal, identificando así sus necesidades.

Planteamiento del Problema

La mayoría de las investigaciones sobre soledad son llevadas a cabo en población adulta mayor con o sin enfermedad terminal, sin embargo, los sentimientos de soledad están presentes en cualquier tipo de población, detonadas por diferentes factores como lo es una enfermedad, el aislamiento por una pandemia, la pérdida de relaciones sociales. Se evidencia que son muy pocas las investigaciones que abarcan este fenómeno y sus consecuencias en pacientes oncológicos (Palma, & Escarabajal, 2021).

Mediante la presente investigación se busca generar conocimiento sobre los sentimientos de soledad en pacientes oncológicos en estadio terminal y su influencia en la calidad de vida. Investigaciones como las Palma, & Escarabajal (2021, Pg. 24) identifican que “el sentimiento de soledad influye negativamente en la salud mental, provocando ansiedad y depresión, además de disminuir la calidad de vida, la relación soledad-peor salud”. Por otro lado, las personas que prestan sentimientos de soledad centran sus estrategias de afrontamiento en la evitación, mientras que las personas que no presentan sentimientos de soledad centran sus estrategias de afrontamiento en el problema, generando así una mejor calidad de vida (Cardona et al., 2011).

El interés de conocer la percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida en pacientes oncológicos nace por la necesidad de identificar las diferentes consecuencias que estas pueden tener en el proceso de enfermedad del paciente. En este caso los sentimientos de soledad pueden afectar el proceso de afrontamiento (Cardona, et al., 2011) y aceptación del diagnóstico y pronóstico, generar reacciones conductuales, cognitivas y emocionales desadaptativas, las cuales aumentan significativamente los diferentes síntomas físicos que de por sí la enfermedad genera; adicional, disminuye el bienestar (Palma, & Escarabajal, 2021). Al estar en un servicio de hospitalización domiciliaria aumenta la carga en el o los cuidadores, lo que dificulta el cuidado no solo físico, sino también emocional y mental en el paciente y posiblemente disminuyen la adherencia al tratamiento por parte del paciente como del cuidador afectando, así su calidad de vida del paciente.



Al conocer las diferentes percepciones de soledad y de qué forma esta influye en la calidad de vida de los pacientes, permitirá generar e implantar medidas de intervención psicoterapéuticas, tanto individuales, familiares e interinstitucionales para disminuir los sentimientos de soledad y aumentar la calidad de vida, bienestar, facilitando el afrontamiento al diagnóstico y pronóstico, además de brindar herramientas emocionales, cognitivas y conductuales adaptativas en el proceso de enfermedad. De acuerdo con lo mencionado por Narváez (2020) quien crea una propuesta para modificar la percepción de soledad mediante terapia racional emotiva, trabajar la soledad conyugal mediante tanatología, habilidades sociales, mainfullnes además de terapia de aceptación y compromiso, incluyendo a la red de apoyo familiar mediante cuentos metafóricos, haciendo uso de técnicas conductuales, cognitivas y sistémicas, con el fin de disminuir los sentimientos de soledad, fortalecer la red de apoyo y fomentar la atención en la realización de actividades placenteras.

Es importante mencionar que en la búsqueda de información y estudios respecto a la influencia de la soledad en la calidad de vida en pacientes oncológicos es escasa, dichas variables son estudiadas de manera individual, donde la variable de soledad es principalmente investigada en población adulta mayor no oncológica. Por otra parte, en cuanto a la calidad de vida, esta es estudiada en adultos y adulto mayores oncológicos como no oncológicos, en su mayoría sin tener en cuenta la influencia de la soledad en la calidad de vida está en especial en población oncológica (Palma, & Escarabajal, 2021).

En varias investigaciones se identifica que la soledad en un fenómeno del área psicosocial, debido a los diferentes efectos que se perciben en el ámbito psicológico y social de una persona a lo largo de su vida, convirtiéndose en una problemática significativa para los individuos (Cardona, et al., 2011, citado por Ventura, & Coycho, 2017).

La Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina, ha presentado unos datos respecto a la soledad y la edad, donde más de una tercera parte de los adultos mayores de 45 años en adelante presentan sentimientos de soledad (CDC, 2021). Adicional a esto, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC (2021) refiere que los sentimientos de soledad aumentan en un 29% a 32% el riesgo de padecer o empeorar los síntomas de una enfermedad crónica, además se estima que existe un 4% más de riesgo de muerte prematura en aquellas personas que presentan sentimientos de soledad.

Las personas que padecen de una enfermedad crónica aumentan en 68% el riesgo de hospitalización y un 57% en las visitas a urgencias (CDC, 2020). De acuerdo con la investigación de Camargo, & Chavarro (2020) los sentimientos de soledad en la población adulta colombiana tienen una prevalencia entre el 20% y el 40%.

A partir de lo anterior se genera como objetivo general: Conocer la percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer en fase terminal, entre los 40 y 90 años que se encuentran en el servicio de hospitalización domiciliario en cuidado paliativo de IPS Colsubsidio mediante una entrevista semiestructurada y como objetivos específicos Identificar la influencia de la soledad social y familiar en la calidad de vida; Determinar los efectos de la soledad conyugal en la calidad de vida de pacientes Describir como la soledad existencial influye en la calidad de vida.

Antecedentes Teóricos



Soledad

Fenómeno que ha sido definido por varios autores como Jong et al., (2015), quienes definen la soledad como una experiencia subjetiva y negativa que se da por la evaluación cognitiva y la ruptura del imaginario que tiene un individuo respecto a las relaciones sociales esperadas o deseadas comparadas con la que posee realmente. Por otro lado, Rodríguez et al., (2020) define la soledad en un fenómeno universal inseparable de la necesidad que tienen las personas de ser parte de algo, de pertenecer. Siendo una experiencia subjetiva, multicausal que es percibida de forma diferente en cada persona, con una diversidad de consecuencias físicas y psicosociales (Carvajal, & Caro, 2009, citado por Rodríguez et al., 2020)

Jong (citado por Lopez, & Diaz, 2018), entienden la soledad como un sentimiento que presenta una persona al identificar y percibir la ausencia o falta de relaciones sociales, deficiencia o inaceptabilidad de sus relaciones actuales, ya sea porque el individuo identifica un número de relaciones inferior a la deseada o porque no brinda una intimidad deseada para la persona.

Adicional, Peplau & Perlman (citado por Granillo, & Sánchez, 2020, Pg., 2) describen tres características principales respecto a los sentimientos de soledad: 1) La soledad es resultado de un establecimiento inadecuado de relaciones interpersonales; 2) es experimentada de manera subjetiva, y; 3), la soledad conlleva una carga estresante y no placentera.

Dimensiones de la soledad

Según Vásquez et al. (2022) el sentirse solo y estar solo son dos circunstancias diferentes y no se pueden unir. Siendo así las dimensiones son:

Dimensión objetiva de la soledad.

En cuanto a la soledad objetiva “hace referencia a la falta de compañía, y no siempre implica una vivencia negativa, sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora” (Rubio, Pinel & Rubio, 2011 Pg 5). Como también puede llegar a ser una experiencia desagradable y no deseada que genere diversas afectaciones a nivel de salud mental como físico.

Dimensión subjetiva de la soledad.

La dimensión subjetiva aquellos sentimientos que generan malestar, dolor emocional y no es una situación buscada (Rubio, Pinel & Rubio, 2011). Es decir, la soledad vivida desde una dimensión subjetiva se genera cuando la persona no está satisfecha o sus relaciones no son suficientes como esperaba que lo fueran (González & Garza, 2021).

Clasificación de Soledad

En la investigación realizada por Cardona et al., (citado por Toalombo, 2021) se identifican 4 cuatro tipos de soledad las cuales también son descritas en la escala ESTE-R de la universidad de Granada:

Soledad familiar.

Este tipo de soledad se da cuando el individuo percibe una falta de apoyo o no significativo por la familia, esta se da ya sea que el paciente tenga o no familia (Aceituno, & Velásquez, 2015).

Soledad social.



Esta se presenta cuando la persona percibe una carencia en el contacto con el exterior o los grupos a los que pertenece como lo menciona Toalombo (2021). Según, Aceituno, & Velásquez (2015) la persona percibe un déficit en las interacciones sociales produciendo retraimiento .

Soledad conyugal.

Se genera cuando hay una ausencia de sentimientos de amor por parte de la pareja ya sea porque la relación no es adecuada o por la pérdida de la pareja (Aceituno, & Velásquez, 2015).

Soledad existencial o crisis existencial.

De acuerdo con lo mencionado por Sand (citado por Viel, 2019, Pg. 54) “sentimiento asociado a la experiencia de sentirse vacío, triste, sin contar con un vínculo, que resulta de la toma de conciencia de existir separados de los demás.”

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que ha presentado variedad de definiciones Velarde, & Ávila (citado por Robles et al., 2016) la calidad de vida es considerada como una sensación de bienestar que experimenta una persona y es un conjunto de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”, es considerada un concepto multidimensional, que está influida por la salud física, psicológica de la persona, además de sus niveles de independencia, relaciones sociales y la relación con su entorno (Robles et al., 2016). En el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado por Mosquera, 2020) define la calidad de vida como la percepción que presenta un individuo respecto a la posición en su vida, su cultura, los valores, sus objetivos, preocupaciones, estándares y expectativas.

Adicional, diferentes autores definen la calidad de vida como: “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo o grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy, & Anderson, 1980, citado por Ardila, 2003, P. 163); “Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal” (Celia, & Tulsy, 1990, citado por Ardila, 2003, P. 163); “Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado” (Quintero, 1992, citado por Ardila, 2003, P. 163).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

La CVRS de acuerdo con Schawartmann (citado por Jiménez, Tellez y Esguerra, 2011) es la percepción subjetiva influida por el estado de salud actual del paciente, de la capacidad de realizar actividades importantes, ese concepto se basa en la percepción del estado físico, psíquico, social y espiritual, los valores, creencias y contexto sociocultural relacionada con su salud. De acuerdo con Vinaccia et al. (citado por Jiménez, Tellez, & Esguerra, 2011) la CVRS es la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de la enfermedad y el tratamiento es diferentes ámbitos de su vida, en especial en aspectos como el bienestar físico, emocional y social.

Dimensiones de la calidad de vida

Dimensión funcional

Se centra en el nivel y la capacidad que tiene la persona para realizar sus actividades diarias (Jiménez, Téllez, & Esguerra, 2011).

Dimensión física



Capacidad de la persona para realizar actividad física, la percepción subjetiva del estado de salud y el estado físico, la influencia y presencia de síntomas de la enfermedad (vitalidad, energía, etc.) (Jiménez, Téllez, & Esguerra, 2011).

Dimensión psicológica

Es esta dimensión se tiene en cuenta los aspectos emocionales y sentimentales adaptativos y desadaptativos, es decir, el estado emocional en general de la persona, autoestima, niveles de satisfacción con la condición y la vida, habilidades cognitivas, percepción de sí mismo, estrategias de afrontamiento como lo menciona Jiménez, Téllez, & Esguerra (2011).

Dimensión social.

Está compuesto por la interacción con las personas, la familia, los amigos, los compañeros de estudio, el nivel que tiene la persona para adaptarse las relaciones y ámbitos sociales, redes de apoyo y la influencia del estado de salud y el contexto en el que se encuentra y viceversa (Jiménez, Téllez, & Esguerra, 2011)

Cuidados paliativos y hospitalización domiciliaria

El objetivo principal de los cuidados paliativos se centra en la calidad de vida del paciente y sus familias “quienes se enfrentan a enfermedades amenazantes que debilitan y provocan múltiples complicaciones biológicas, afectivas y socio familiares que generan una situación de sufrimiento” (MINISALUD, 2018). Este busca mitigar el dolor y otros síntomas propiciando apoyo psicológico durante el diagnóstico del paciente hasta final de vida, reconocen el sufrimiento de las personas que se encuentran en final de vida, promueven la confianza con el paciente, la aceptación para la prevención y alivio de sufrimiento (Gómez, Carrillo, & Arias, 2017). Los cuidados paliativos son servicios que se presentan tanto de manera hospitalaria como domiciliaria.

Debido a la gran carga de sufrimiento del paciente que se encuentra en cuidado paliativo, perciben que la enfermedad hace parte de su vida por lo tanto se implementa la atención domiciliaria con el fin de pasar sus últimos días con su familia y no en el hospital (Baron, & Gallego, 2007), la atención domiciliaria cobra gran importancia en el proceso del paciente puesto que le permite sentirse seguro en su entorno, en el hogar están las personas más allegadas al paciente, pueden cubrir sus necesidades con el apoyo del equipo de profesionales dispuestos para atender necesidades médicas.

Método

El enfoque que se utilizó para la presente investigación es cualitativo y según Guerrero (2016. Pg. 61). “buscan entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica”. Se basa en un paradigma interpretativo, donde Rodríguez (2011) señala que no buscan explicaciones sino interpretaciones. El paradigma es relativo y tiene en cuenta principalmente los significados de los participantes en su interacción, su cultura y sus peculiaridades (Cohen, & Manion citado por Lorenzo, 2006,). Un tipo de estudio fenomenológico “ busca la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, además de la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. Conocer las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas” (Fuster, 2019, Pg . 217).

Se uso la entrevista semiestructurada, la cual, permite recoger datos mediante preguntas abiertas, atreves de un guion, donde el orden y modo de formulación de las preguntas es libre para el entrevistador, permitiendo así incluir nuevas preguntas, realizar aclaraciones o profundizar en un tema como lo menciona Tejero (2021) El análisis de los resultados se llevará a cabo mediante un análisis de contenido cualitativo el cual time como objetivo “*verificar la presencia de temas, palabras o de conceptos en un contenido y su sentido dentro de un texto en un contexto*” Arbeláez, & Onrubia (2014, pág. 19)



La investigación conto con un estimado de 8 pacientes diagnosticados con cáncer en fase terminal, que se encuentren en el programa de cuidado paliativo domiciliario de la IPS Colsubsidio, entre las edades de los 50 a los 90 años. Es importante tener en cuenta que la cantidad de participantes podría variar ya que se podría prestar una saturación de la muestra *“en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse”* (Martínez, 2012, Pg. 617)

Para realizar la investigación, se tiene en cuenta la ley 1090 del Colegio Colombiano de Psicólogos (2006) donde se resaltan aspectos como la honestidad para proponer y dar a conocer los resultados de una investigación. Además de la Resolución 8430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la cual se contaba con las habilidades y seguimientos por psicología para así mitigar los posibles riesgos dados por la investigación.

Tabla 1.
Categorías emergentes

Macro categoría	Categoría	Subcategoría
Soledad Y Calidad De Vida	Soledad Social	Dimensión Social De La Calidad De Vida
	Soledad Familiar	Dimensión Física De La Calidad De Vida
	Soledad Conyugal	Dimensión Funcional De La Calidad De Vida
	Soledad Existencial	Dimensión Psicológica De La Calidad De Vida

Resultados

Se describió la percepción de soledad y su influencia en la calidad de vida para las participantes adultas es decir aquellas que se encuentran entre los 40 y 59 años y las participantes adultas mayores aquellas que se encuentran entre los 60 y 90 años.

Categoría Soledad y Calidad de Vida

Respecto a soledad y calidad de vida, donde se responden a preguntas como ¿Qué es la soledad?, ¿En qué momentos percibe o se sientes?, ¿Cómo cree que afecta el sentirse solo su estado emocional? ¿Qué pensamientos presenta en los momentos en que se siente solo? Las Participantes adultas (PA) y las Participantes adultas mayores (PAM) respondieron:

PA1: "La soledad para mi es triste, es como que tristeza como que uno no le importa a los demás, no me gusta la soledad", "No me gusta es algo que no me genera paz, no me hace sentir bien", "No hay una compañía ", "Casi siempre me siento como solita, me pongo es a pensar y a pensar... ", "Si me siento sola, como cuando mi esposo se va a trabajar o cuando mi hermana tiene que hacer sus cosas me siento solita...".

PA1: "Bueno me pongo a pensar en la enfermedad y eso me pone triste el no poder mover las piernas, el no poder visitar mi casa, el no poder realizar cosas, en el molestar a mi hermana con tráigame



hágame o a mi esposito, en que no sé qué va a pasar, en si me voy a morir", "Me siento triste y me da la llorona , me siento frustrada por no poder mover las piernas por no caminar y de a veces como de mal genio".

PA2: "La soledad es como la ausencia de... de algo de personas que pueden estar alrededor de uno", "Falta de compañía", "Que no es solo la falta de compañía sino el tipo de relación que se tiene con la persona que estas, a veces las relaciones como que se dispersan y la persona está, pero no está eso también es estar solo", "Estaba mi hija, pero me sentía sola", "Me siento triste me dan ganas de llorar, es como un llanto incontrolable pero pasa rápido siento como que duele como que me entristece, una presión en el pecho, como un dolor emocional.

PAM1: "estar uno solo en la vida, que no haya nadie que lo quiere lo ve este pendiente, sin nadie que lo acompañe" "Avances me siento solo cuando no tengo compañía, pero nada más " "Pues no se doctora, creería que me sentiría muy triste y llorando, sin compañía. Pero no me siento así, no me siento sola", "lo relacionaría con tristeza, sentirme abandonada, que no hay nadie quien esté pendiente de uno, aunque como le he dicho no me siento sola", "Pienso en mis hijos, en mi esposo, en mí, en que ellos están muy pendientes de mí y estoy muy agradecida con ellos y también con la señora que me cuida que me tiene mucha paciencia".

PAM2: "Para mi soledad es no tener a nadie, sin compañía, sin personas alrededor", "Pues gracias a dios no ha llegado el momento de sentirme sola, porque siempre está mi hija mi nieto mi esposo siempre hay alguien acompañándome", "pues sabe que no, siempre me he sentido en compañía y siempre lo he estado y más ahora que estado enferma están los nietos las cuñadas y estando alentada también." " gracias a dios no me he sentido así, pero me sentiría muy triste me daría malgenio con mi familia por dejarme sola no sé qué sería de mí no le hallaría", "en caso tal seria tenaz, seria triste ay yo no sé, no me hallaría, yo no sé qué aria también me daría mal genio del porque me dejaron sola".

En primera instancia las participantes adultas (40 a 59 años) comparten la percepción de que la soledad está relacionada con la falta de compañía o la ausencia de personas a su alrededor, sin embargo, una de ella percibe la soledad al momento en que determinadas personas no satisfacen sus necesidades en la relación o vínculo afectivo, ya que identifica que al estar acompañada de ciertas personas aun así llega sentirse sola. Presentan sentimientos de tristeza, llanto, ira, presión en el pecho, malestar emocional, además de presentar pensamientos constantes y negativos sobre su enfermedad, el porqué de ella, las diferentes pérdidas tanto a nivel de habilidades y capacidades, como en cambios de hábitos y rutina diaria.

Respecto a las participantes adultas mayores (60 a 90 años) comparten que la soledad es la falta de compañía, de personas que estén al tanto de las necesidades de ellas. Sin embargo, refieren que desde el proceso de enfermedad han disminuido los sentimientos de soledad ya que cuentan con constante compañía. A pesar de que actualmente no manifiesten presentar sentimiento de soledad, lo relacionan con emociones de tristeza, ira, sensación de abandono y desasosiego, les generaría pensamientos relacionados con el porqué de su soledad y en cuestionarse respecto a si sus acciones pasadas fueron malas.

Categoría Soledad Existencial y Calidad De Vida

En relación con la categoría soledad existencial y calidad de vida en la que se respondieron a preguntas como ¿En qué momento siente que usted es importante? ¿Como percibe sus relaciones deseadas en comparación con sus relaciones actuales? ¿Qué le hace sentirse satisfecho de sí mismo? Las participantes respondieron:



PA1: "Diría que mi enfermedad.. porque solo estoy en la cama, no puedo hacer nada, no puedo ayudarle a mi hermanita con las cosas de la casa, puedo ayudar a mi esposito, no puedo estar pendiente de mi hijo como quisiera no me gusta verme así y que me vean así.", "No me siento importante, para que me voy a sentir importante, antes con esto imagínese solo molesto por que no puedo moverme por la enfermedad", "me siento satisfecha en lo que tratado de hacer".

PA2: "yo creo que hay cosas por cambiar por ejemplo en el pasado a veces con mi hija ahoritica a pesar de que ellos están yo me siento sola", "se alejaron un poco con el cambio que tuve al estar en casa, al verme mejor están presentes, pero al mismo tiempo ausente.", "el verme así, como estoy, yo era una persona muy activa, extraño eso y a veces me siento sola, al no poder hacer las cosas que antes sí, yo hubiera querido hacer tal cosa en el pasado y no la hice en el tiempo que debía ser y ahora ya no la puedo hacer." "no yo creo que me faltan cosas para sentirme totalmente satisfecha", "De joven deje de hacer muchas cosas que hubiese querido hacer y que ahora aquí en cama con la enfermedad me ha ayudado a pensar por qué no hice, o porque no aprendí esto si yo tenía el tiempo si yo tenía la actitud, habrá un momento en el que si pueda. Cosas así me faltan para poderme sentirme totalmente satisfecha".

PAM1: "...en todo sentido, hubo muchas reacciones que cambiaron desde que me enferme, pues yo también le baje el volumen al mal genio y mis hijos también están más pendientes", "Doctora pues como le he dicho no me siento sola y desde que enferme, han cambiado muchas cosas mi marido cambio es más tierno conmigo, yo también le baje el volumen al mal genio y mis hijos también están más pendiente ", "Si doctora si me siento importante porque me ayudan mucho, todos me hace sentir acompañan, ven por mí, me consientes, están pendientes mi marido ha cambiado mucho el antes era muy brusco y ahorita ya no", "Si me siento satisfecha doctora porque hice lo que tenía que hacer doctora crie a mis hijos y los saque adelante logré lo que tenía que hacer con mi familia, conmigo y con mi marido".

PAM2: "Desearía poder haber sido más amorosa con mis hijos yo fui muy estricta con ellos muy dura, quisiera haber estado más pendientes de ellos, ahora somos un poco distantes, alejados con la mayoría de mis hijos, menos con al que vivo quine es la que me cuida", "Si, no sé yo tengo eso que me quieren mucho yo sé que me quieren mucho, ...yo me siento importante para ellos", "Pues siempre hubiera querido poder haberles dado más amor a mis hijos" .

Se evidencia que las participantes adultas (40 a 59 años) perciben los sentimientos de soledad existencial como la insatisfacción con sus relaciones actuales, el sentirse una carga para su familia y/o cuidadores, el exceso de importancia brindado a ellas a causa de su enfermedad lo que genera sensación culpa al momento de notar el descuido o la falta de atención hacia sus cuidadores. Adicional presentan sensación insatisfacción con ellas misma, al no poder colaborar en diferentes actividades, no poder estar al tanto de sus seres queridos como desearía o el no poder realizar sus hobbies.

Por otro lado, se evidencian que las participantes adultas mayores (60 a 90 años) no perciben sentimientos de soledad existencial ya que, se sienten importantes y satisfechas con para ellas como para los demás y en especial desde el proceso de enfermedad ya que se presentaron cambios positivos en sus relaciones tanto de si misma como con los demás. Sin embargo, una de ellas manifiesta en ocasiones desearía poder cambiar su actitud con los hijos en el pasado poder tratarlos con más amor.

Categoría Soledad Familiar y Calidad de Vida

En esta categoría donde se respondieron a preguntas como: Por favor describa que es lo que más le gusta de su relación actual con su familia, ¿cambiaría algo de su relación con su familia actualmente ¿Por qué?, ¿Cómo crees que su familia percibe tus opiniones?, ¿En los momentos en que se siente solo que realiza su familia para brindarle apoyo?, ¿Qué aspectos de sus relaciones familiares le ayudan a sentirse bien física y emocionalmente?, las respuestas obtenidas fueron:



PA1: "Divinas, divinas, tanto con mis hermanas, mi esposito, mi hijo, no, eso sí, si ellos quisieran mejor dicho ponerme en un altar, todos me consientes, todos son lindos conmigo.", "No, por que como le estaba diciendo ahoritica, son muy lindos conmigo, yo le digo quédese aquí todo el día, se quedan ahí todo el día, entonces ellos corren y todo, entonces no cambiaría nada ", "Son escuchadas, las tienen en cuenta, es más me preguntan para poder decir lo que pienso", "Me dan mucho amor, mucho, mucho", "Me hablan bonito, me tratan bien, ellos no, me consientes".

PA2: "en momentos difíciles estamos todo, unión, pero más que todo en los momentos difíciles que son las más importantes ahí hay unión", "Uy si, la forma en la que a veces nos comportamos" "El trato que nos tenemos dentro de la relación, "Las respetan son válidas para ellos", "Ellos vienen y me consientes, me paladean, aunque ellos no saben que yo estoy en esa situación, que me siento así. Me abrazan me besan", "Están pendientes de mí, están al tanto, pregunta, unos llaman, vienen, me hacen sentir amada, me hacen sentir parte de la familia".

PAM1:"primero que me voy a casar segundo, él ha cambiado del cielo a la tierra él era muy brusco ahora mi marido está muy pendiente de mí, es más atento y cariñoso el antes no lo era, era muy brusco. Con mis hijos también ahora no peleamos tanto", "Ahorita no doctora, ya se hicieron los cambios que se tenía que dar, cuando me enferme hablamos entre todos ya arreglamos las cosas", "Las escuchan doctora y las tiene en cuenta", "Me llaman, preguntan cómo estoy, viene y me visitan, mi marido me ayuda con lo que necesito y está a mi lado siempre", "Viven muy pendientes de mí están ahí para mí siempre están, así están en España, pero siempre están pendientes de mí", "Que ahora somos más unidos y hablamos más estamos más pendientes de todos".

PAM2:"Que siempre están pendientes de mí, buscan pasar tiempo conmigo, me traen cosas, están al tanto de lo que necesito" "no, son tan lindos conmigo y yo no poder hacer nada por ellos Dios ve esas cosas y de pronto me deja más tiempo, después de esto de lo que he pasado gracias a ellos es que estoy como estoy" "... pero con los otros dos (hijos), siento que me hizo falta más amor con ellos haberles dado más amor porque yo fui muy estricta, muy jodida por decirlo así", "Son muy respetuosos de eso lo que yo les digo o yo digo es ley es increíble, pero es ley... lo que yo digo, solo pregúntele a él, cualquier cosa que yo diga es ley".

PAM2: "Están conmigo, después de esto de lo que he pasado gracias a ellos es que estoy como estoy preguntan si necesito algo, me mandan cosas, dulces, viene y me visitan pasan tiempo conmigo", "Pues a mí me parece bonito que ella está trabajando entonces manda el hijo a que vaya y este pendiente de la mami a ver que le hace falta que necesita, el niño se va para allá la pieza y se está allá, mami que necesita, que te traigo, quieres tal cosa, quieres esto".

Referente a la soledad familiar y calidad de vida en las participantes adultas (40 a 59 años) refieren que se sienten satisfechas con sus relaciones familiares, perciben que sus opiniones e ideas son escuchadas y respetadas. Adicionalmente manifiestan que sus relaciones familiares les generan bienestar las hacen sentir amadas y apoyadas a nivel emocional y en la realización de actividades lo que les facilita llevar de mejor forma el proceso de enfermedad.

Por otro lado, las participantes adultas mayores (60 a 90 años) manifiestan que desde que iniciaron el proceso de enfermedad sus relaciones han mejorado, las discusiones han disminuido y se han dado la oportunidad de dialogar y solucionar conflictos del pasado y desde entonces se sienten satisfechas con sus relaciones familiares. Están pendientes de sus necesidades tanto personales como del cuidado por la enfermedad, les brindan amor y compañía, indican que sus decisiones y opiniones son escuchadas y atendidas disminuyendo los sentimientos de soledad familiar.

Categoría Soledad Conyugal y Calidad De Vida

En esta categoría se da respuesta a preguntas como: ¿De qué forma su pareja le hace sentir amado?, En caso de divorcio, separación muerte o no contar con una pareja ¿de qué forma la ausencia o falta de una pareja afecta tu estado emocional o físico?, ¿Cambiarías algo de tu relación de pareja por qué?, ¿de qué forma su pareja del brinda calidad de vida? A lo que las participantes respondieron:

PA1: "Consintiéndome, me hablan bonito también, para mí en este momento él es todo, no pensé que fuéramos a vivir esto que estamos viviendo y menos que el fuera a... soportarme y hacer todo lo que hace, ha estado conmigo apoyándose con esta enfermedad ", "Extraño salir con el cómo esposo, hemos hablado de eso, de lo que hacíamos que para donde íbamos, cuando estábamos en la casa todo, extraño todo. pasar tiempo con el como pareja como esposos, no solo que el este pendiente de mi cuidado por la enfermedad", "Consintiéndome, me habla, me apoya".

PA2: "pues como yo llevo 17 años separada, no me hace falta así...", "No, pues el papa de mis hijos no seguimos tratando, no hablamos prácticamente todos los días llama pregunta todos los días..." "... está pendiente, pero que sentimentalmente que diga que necesito a alguien no doctora no." "a veces no le niego, a veces si ...me hace como que no me llame, me extraña que no me llame, y ya uno como que se siente, espera esa llaman para saber cómo está, pero no como para... que ... ay de amor no.

PAM1: "con el cambio que le tuvo doctora, tanto conmigo como con mis hijos es más amable, me ayudo para que me sienta bien si me duele algo el busca acomodarme. Me acompaña y se va a casar conmigo", "No doctora no cambiaría nada en este momento, todos los días nos estamos comunicando", "mi marido me ayuda con lo que necesito y está a mi lado siempre, él es que esta más pendiente de mi cuidado , me acomoda, me ayuda con los medicamentos, me cambia de posición".

PAM2: " eso me está cuchichiando, me estado ando picos a toda hora, eso, mejor dicho, a veces se pasa y le digo no puedo vaya pa su pieza y no me habla más se pone furioso y por allá después de dos es como mi amor mire que paso tal cosa ", "cambiaría la vida que lleve con el anteriormente pero ahora ya no, estamos bien ahora", "Ah en ese sentido si no, como que el ignora las cosas como que él es indiferente", "Yo no sé, él no se da por enterado entonces yo tampoco me preocupo por que el me haga sentir bien o mal él no me comenta nada no me dice nada respecto a mi enfermedad pues hay yo tampoco".

Según lo mencionado por las participantes adultas (40 a 59 años) una de ellas percibe sentimientos de soledad conyugal relacionados con pasar tiempo de calidad como pareja debido a que desde el proceso de enfermedad la pareja brinda apoyo, compañía, cuidado y tranquilidad, pero no suelen realizar actividades como esposos. Por otro lado, la ausencia de un cónyuge o pareja a causa de divorcio no genera sentimientos de soledad relacionados con un vínculo amoroso sin embargo identifica que en ocasiones suele sentirse solo debido a que su expareja no expresa preocupación por ella y su proceso de enfermedad.

En el caso de las participantes adultas mayores (60 a 90 años) una de ellas percibe que los sentimientos de soledad conyugal han disminuido debido a que gracias al proceso de enfermedad ha mejorado su relación como pareja, suelen ser más atentos el uno con el otro, cariñosos y amables. Adicional a esto una de las participantes se siente amada, querida y acompañada por su pareja, pero no le brinda cuidado o apoyo con su proceso de enfermedad lo que percibe en ocasiones como sentimientos de soledad conyugal.

Categoría Soledad Social y Calidad De Vida



En relación con soledad y calidad de vida, se hicieron preguntas como ¿Cómo describiría su relación con sus amigos o círculo social?, ¿se siente satisfecho con sus relaciones sociales por qué?, ¿Qué espera que sus amigos o círculo social hagan por usted?, ¿La ausencia o presencia (según sea el caso) de contacto con sus amigos qué efectos tiene en su vida diaria?, ¿Cambiaría algo en la relación con su círculo social o amigos? Las respuestas dadas fueron:

PA1: "En este momento no tengo amigos, solo mi familia" "solo a mi familia e igual yo no soy amiguera ni nada" , : "así me siento bien, no necesito amigos, están mis vecinas, pero igual no las considero amigas y así estoy bien", "no extraño ni a mis vecinas ni al barrio porque ellos si me ven, así como estoy, enferma sin poder caminar empezaría a preguntar que me paso, que tengo, me verían en silla de ruedas empezaría hacer comentarios, y no quiero".

PA2:"uy doctora yo amigos no tengo", "es algo secundario. Me siento bien así", : "Según las experiencias que he tenido no mayor cosa, no espero mucho ellos", "no, ni hablo, a veces hasta me da pereza chatear, hay con ellos. Hay un amigo sí, pero es lejano a veces hasta me da pereza escribirle no me gusta tanto tener amigos, no soy tan social ", "no, no me gusta tener amigos".

PAM1: "Bien, vienen a visitarme, hablamos me traen cositas comida, están pendientes de mi " , "Si, no son muchos, pero están conmigo están pendientes me ayudan a distraerme y hablamos de todo", "Que me apoyen y estén conmigo y me sigan brindo su amistad", "Doctora, ellos me acompañan, me hacen sentir acompañada", "No cambiaria nada doctora, ellos están pendientes y para mí eso es más que suficiente".

PAM2:"tengo poquitos amigos, yo no salgo, nunca he sido de las que me voy para la calle o me voy para donde fulanita", "si pues mi vecina está pendiente hablamos nos distraemos un rato, con eso es suficiente", "Pues que mi vecina la del cuanto piso es la que es así hablamos mucho y somos como compinches ella es muy querida está muy pendiente, me siento bien con esa amistad pues no dio amistad de dos años" ,"No, estoy bien así".

Respecto a la soledad social las participantes adultas (40 a 59 años) no manifiestan tener soledad social a pesar de que su círculo social es reducido o nulo, se sienten satisfechas y perciben sus relaciones sociales como algo secundario en sus vidas.

Las participantes adultas mayores (60 a 90 años) no identifican sentimientos de soledad social, refieren contar con un círculo social reducido pero que cumple con sus necesidades, les brindan distracción apoyo, amistad y compañía.

Discusión

Los sentimientos de soledad son un fenómeno multicausal el cual es difícil desvincular de la necesidad de la persona de pertenecer o ser parte de algo y que además presenta una gran variedad de consecuencia tanto físicas como psicológicas (Carvajal, & Caro, 2009, citado por Rodríguez et al., 2020). Sentimientos que repercuten a nivel de calidad de vida relacionada con salud.

Siendo así, los sentimientos de soledad entendidos como la percepción de ausencia o falta de relaciones sociales, inaceptabilidad o deficiencia en sus relaciones debido que el número de relaciones no es el deseado o estas no le brindan lo deseado a la persona como lo dice Jong Gierveld (citado por Lopez, & Diaz, 2018).

A raíz de esto y teniendo en cuenta el objetivo principal de la investigación las participantes perciben la soledad como: "La soledad es como la ausencia de... de algo de personas que pueden estar alrededor de uno", "Que no es solo la falta de compañía sino el tipo de relación que se tiene con la



persona que estas, a veces las relaciones como que se dispersan y la persona está, pero no está eso también es estar solo", "Para mi soledad es no terne a nadie, sin compañía, sin personas alrededor".

Con lo mencionado y las respuestas brindadas por las participantes la soledad es percibida desde sus dos dimensiones, dimensión objetiva la cual se refiere a la falta de compañía (Rubio, Pinel & Rubio, 2011) como lo indican las participantes "Avances me siento solo cuando no tengo compañía, pero nada más", como la dimensión subjetiva hace referencia aquellos sentimientos que general malestar, dolor emocional al sentirse solos (Rubio, Pinel & Rubio, 2011) sin embargo cuentan con un vínculo o con relaciones pero estas no satisfacen las necesidades de la persona (González & Garza, 2021). como refieren las participantes "Estaba mi hija, pero me sentía sola...".

Según las respuesta de las participantes los sentimientos de soledad influyen en la calidad de vida relacionada con salud a través de: "Me siento triste me dan ganas de llorar, es como un llanto incontrolable pero pasa rápido siento como que duele como que me entristece, una presión en el pecho, como un dolor emocional", "Bueno me pongo a pensar en la enfermedad y eso me pone triste el no poder mover las piernas, el no poder visitar mi casa, el no poder realizar cosas, en el molestar a mi hermana con tráigame hágame o a mi esposito, en que no sé qué va a pasar, en si me voy a morir", "Pues doctora gracias a dios no me he sentido así, pero me sentiría muy triste me daría malgenio con mi familia por dejarme sola no sé qué sería de mí no le hallaría".

Las respuestas anteriores que de acuerdo con Shumaker & Naughton (citado por Urzúa, 2010) corresponden con calidad de vida relacionada con la salud ya que es una evaluación subjetiva de la persona sobre la influencia de su estado de salud actual, los cuidados y la funcionalidad de la persona, afectando de manera significativa y negativa aspectos como: la percepción del estado de salud y su influencia es su día a día, los diferentes consecuencias en dimensiones física, funcional, psicológicas y sociales (Padilla citado por Jiménez, Téllez y Esguerra, 2011).

En referencia a soledad familia y esta entendido como la falta de apoyo o apoyo no significativo por parte de la familia ya sé que este cuento o no con una familia (Aceituno, & Velásquez, 2015) y la soledad social que es aquella en que la persona percibe falta de contacto con el exterior o los grupos a los que pertenece (Toalombo, 2021) es decir la persona evidencia un déficit en sus interacciones sociales (Aceituno, & Velásquez, 2015).

En cuanto a soledad familiar se evidencia que "Me dan mucho amor, mucho, mucho" "Ellos vienen y me consientes, me paladean, aunque ellos no saben que yo estoy en esa situación, que me siento así. Me abrazan me besan", Me hablan bonito, me tratan bien, ellos, me consientes", "Que siempre están pendientes de mí, buscan pasar tiempo conmigo, me traen cosas, están al tanto de lo que necesito". en cuanto a soledad social se podrían relacionar las siguientes respuestas "uy doctora yo amigos no tengo", "Tengo amigos contaditos, no soy compinchara", "tengo poquitos amigos, yo no salgo, nunca he sido de las que se van para la calle o me voy para donde fulanita".

Relacionado con calidad de vida relacionada con salud en la dimensión social la cual, según Jiménez, Téllez, & Esguerra (2011) la cual está compuesta por las interacciones con la persona familia, amigos y demás situaciones sociales y su adaptación a estos ámbitos teniendo en cuenta la influencia de su estado de salud en las interacciones y viceversa. Adicional a esto genera sentimientos, emociones y estrategias de afrontamiento adaptativos al proceso de enfermedad, brindan niveles de satisfacción con la vida y la percepción de sí mismo (Jiménez, Téllez, & Esguerra, 2011).

Lo anterior, evidenciólo mediante verbalizaciones como: a nivel familiar; "Ellos vienen y me consientes, me paladean, aunque ellos no saben que yo estoy en esa situación, que me siento así. Me abrazan me besan", "Están pendientes de mí, están al tanto, pregunta, unos llaman, vienen, me hacen sentir amada, me hacen sentir parte de la familia", "Están conmigo, después de esto de lo que he pasado

gracias a ellos es que estoy como estoy preguntan si necesito algo, me mandan cosas, dulces, viene y me visitan pasan tiempo conmigo", a nivel social: "Bien, vienen a visitarme, hablamos me traen cositas comida, están pendientes de mi ", "Si, no son muchos, pero están conmigo están pendientes me ayudan a distraerme y hablamos de todo", "si pues mi vecina está pendiente hablamos nos distraemos un rato, con eso es suficiente".

Respecto a soledad que se refiere a la ausencia de sentimientos de amor por parte de la pareja (Aceituno, & Velásquez, 2015). Esto se presenta ya sé porque la relación no es adecuada o a causa de fallecimiento o separación con la pareja como lo menciona Toalombo (2021) esto evidenciado en verbalizaciones como: : "Extraño salir con el cómo esposo, hemos hablado de eso, de lo que hacíamos que para donde íbamos, cuando estábamos en a la casa todo, extraño todo. pasar tiempo con el como pareja como esposos, no solo que el este pendiente de mi cuidado por la enfermedad".

Sin embargo, la pareja es una fuente de apoyo incondicional para las participante genera calidad de vida relacionada con salud en especial a nivel psicológico, físico ya que brindan satisfacción, autoestima, disminuye la percepción negativa del proceso de enfermedad y favorece las estrategias de afrontamiento Jiménez, Téllez, & Esguerra (2011) además de que se mejora la percepción subjetiva del estado de salud y la presencia de síntomas de la enfermedad (Jiménez, Téllez, & Esguerra, 2011) como lo refieren las participantes: "Consintiéndome, me habla, me apoya", "Eeehh... se pasa, se pasa a ratos, eso me está cuchichiando, me estado ando picos a toda hora, eso, mejor dicho, a veces se pasa y le digo no puedo vaya pa su pieza y no me habla más se pone furioso y por allá después de dos es como mi amor mire que paso tal cosa", "mi marido me ayuda con lo que necesito y está a mi lado siempre, él es que esta más pendiente de mi cuidado , me acomoda, me ayuda con les medicamentos, me cambia de posición".

En cuanto a la soledad se obtienen verbalizaciones como: "No me siento importante, para que me voy a sentir importante, antes con esto imagínese solo molesto por que no puedo moverme por la enfermedad", "no se... yo era o soy como la que une a la familia, pero ahora siento que todo se basa en mí y a veces eso no me gusta..." "se alejaron un poco con el cambio que tuve al estar en casa, al verme mejor están presentes, pero al mismo tiempo ausente." "avances molesto mucho mi hermanita y mi esposito tienen que estar pendientes de sus cosas y de mí y yo no puedo colabórales, ayudarles en nada" "no yo creo que me faltan cosas para sentirme totalmente satisfecha" haciendo referencia a lo que menciona Sand (citado por Viel, 2019, Pg. 54) "sentimiento asociado a la experiencia de sentirse vacío, triste, que resulta de la toma de conciencia de existir separados de los demás".

A raíz de esto se evidencio que la soledad existencial repercute en 4 de los 6 aspectos importantes de la calidad de vida relacionada con salud que según *Schipper, 1990* y *Cella & Tulsy, 1990* y *Gotay & cols, 1992* y *Patrick & Erickson, 1993* y *Gill & Feinstein, 1994* y *Grabowsky & Hansen, 1996* (Citados por Jiménez, Tellez, & Esguerra, 2011, Pg. 109): 1) La representación, objetiva y multidimensional de las respuestas físicas, psicológicas y sociales a la enfermedad y el tratamiento. 2) La satisfacción con el desempeño, basada en la percepción del individuo, entre el funcionamiento actual y el posible o ideal 3) El estado de bienestar basado en el nivel y la satisfacción con el funcionamiento físico, psicológico y social, y el control sobre los síntomas de la enfermedad y el tratamiento relacionado con ésta 4) Las percepciones únicas y personales, acerca de los aspectos relacionados con la salud.

Lo mencionado evidenciado en verbalizaciones como: "De joven deje de hacer muchas cosas que hubiese querido hacer y que ahora aquí en cama con la enfermedad me ha ayudado a pensar por qué no hice, o porque no aprendí esto si yo tenía el tiempo si yo tenía la actitud, habrá un momento en el que si pueda. Cosas así me faltan para poderme sentirme totalmente satisfecha" "Diría que mi enfermedad.. porque solo estoy en la cama, no puedo hacer nada, no puedo ayudarle a mi hermanita con las cosas de

la casa, no puedo ayudar a mi esposito, no puedo estar pendiente de mi hijo como quisiera no me gusta verme así y que me vean así”.

Conclusiones

La percepción de soledad en las participantes adultas es dada desde una dimensión tanto objetivo como subjetiva, la cual disminuye la calidad de vida de las pacientes en especial a nivel psicológico, funcional y físico, ya que genera emociones y sentimientos desadaptativos, además de pensamientos negativos sobre si mismas y su proceso de enfermedad, adicional disminuye la capacidad de realizar determinadas actividades y aumenta la sensación de síntomas de malestar. Por otra parte, la soledad para las adultas mayores es vista desde un punto de vista objetivo, es decir la falta de compañía. sin embargo, no se identifican afectaciones en calidad de vida ya que no perciben sentimientos de soledad en la actualidad.

Respecto, en relación con soledad familiar, las participantes no identifican sentimientos de soledad familiar, ya que en el proceso de enfermedad son quienes más les brindan calidad de vida, aumentando emociones de felicidad, sensaciones de apoyo, superación y fortaleza. Sin embargo, las participantes describen sentir soledad existencial al percibirse como una carga para su familia, lo que influye en la calidad de vida desde una dimensión psicológica y física, generar sensación de insatisfacción, insignificancia consigo mismas, además la percepción de no poder tener una autorrealización como personas, dentro y fuera de su círculo familiar.

Respecto a los efectos de la soledad conyugal en la calidad de vida se identifica que, en las participantes adultas, el rol como pareja ha disminuido a causa del proceso de enfermedad, ya que la pareja se centra en el cuidado por la enfermedad y no en la realización de actividades como pareja, aumentando la sensación de sentirse como una carga para su pareja y de insatisfacción consigo misma, repercutiendo así en su calidad de vida. Sin embargo, en las participantes adultas mayores, se evidencian que los sentimientos de soledad conyugal han disminuido, debido a que sus relaciones con su cónyuge mejoraron, prestan una relación más empática y con comunicación asertiva beneficiando así calidad de vida en las dimensiones psicológica y física. Por último, en las participantes adultas se identifica que la ausencia de una pareja no genera sentimientos de soledad ni afectaciones en la calidad de vida. En general la pareja es una fuente de apoyo, cuidado y compañía.

Para terminar y relacionado con la soledad social, se identifica sus relaciones sociales son mínimas o casi nulas, se sienten satisfechas con su círculo social y lo consideran como algo secundario en sus vidas, por ende, no se evidencian influencias en la calidad de vida de las participantes.

Como última conclusión, se percibe que los sentimientos de soledad son tanto objetivos como subjetivos, donde la soledad existencial es la más percibida por las participantes, afectando la calidad de vida relacionada con salud, principalmente en las dimensiones físicas, psicológicas y funcionales.

Referencias

- Aceituno, P. V. ., & Velásquez, Y. (2015). Factores socio demográficos y soledad del adulto mayor, Club Caminito de Jesús, Cerro Colorado. Arequipa 2015. En Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/338>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2),161-164.
- Arbeláez, M., & Onrubia, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones UCM*, 14(23), 14 - 31.



- Baron, M., & Gallego, A. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2a ed. Madrid: Médica Panamericana. 506-8.
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E., Quintero, Á. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Med UPB*, 30(2):150-62.
- Camargo, C. M., & Chavarro, D. A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 64-71
- CDC. (2021). *Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves*. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estados Unidos. <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults>.
- Fuster Guillen, Doris Elida. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Granillo-Velasco, L., & Sánchez-Aragón, R. (2020). Soledad en la pareja y su relación con el apego. *CienciaUAT*, 15(1), 48-62
- Gómez Ramírez, O., Carrillo González, G., & Arias, E. (2017). Teorías De Enfermería Para La Investigación Y La Práctica En Cuidado Paliativo. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 17(1), 60-79.
- González-Tovar, J., & Garza-Sánchez, R. (2021). La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México. *Interdisciplinaria*, 38(3), 169-184
- Guerrero Bejarano, M. A. G. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1-9.
- Jiménez Castillo, J., Téllez Castillo, C., & Esguerra, G. (2011). Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 103-124.
- Jong Gierveld, J., Keating J., & Fast, L. (2015). "Determinants of loneliness among older adults in Canada". *Canadian Journal on Aging* 34(2): 125-136.
- López Doblás, J. y Díaz Conde, M. (2018). "El sentimiento de soledad en la vejez". *Revista Internacional de Sociología* 76(1): e085
- Lorenzo, C. R. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1), 11-22.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Ministerio de Salud de Colombia (2018). ABCÉ de cuidados paliativos. Ministerio de salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-cuidados-paliativos.pdf>
- Mosquera, M. L. R. (2020). Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 23-3
- Narváez Oleas, G. M. (2020). *Propuesta de intervención psicológica en adultos mayores que experimentan sentimientos de soledad*. Penipe, 2018-2019 (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2020).
- Palma-Ayllón, E., & Escarabajal-Arrieta, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25
- Robles-Espinoza, A. I., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E. V., & Nava-Zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente*, 11(3), 120-125.
- Rodríguez, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., & Vázquez, N. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 24(2), 57-84.
- Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista Silogismo*, 4(8), 11-11.

- Rubio, R., Pinel, L. M., & Rubio, L. L. (2011). La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada. Publicado en la web del CSIC (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf> última visita 22 de noviembre de 2020).
- Tejero González, J. M. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitarios. Universidad de castilla, Cuenca, 1-180.
- Toalombo Díaz, V. M. (2021). *Análisis comparativo: calidad de vida y nivel de soledad en adultos mayores internos y ambulatorios* (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- Urzúa M., (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365
- Vázquez, L., Miranda, K., Parra, N., Fernández, F., & Vázquez, F. (2022). Percepción de la soledad subjetiva en adultos mayores que viven solos. *Revista Información Científica*, 101(4)
- Ventura-León, J. L., & Caycho , T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.1.41
- Viel Sirito, S. (2019). *La soledad existencial al final de la vida*. Universitat Autònoma de Barcelona.