

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TEMA:

**Redes de apoyo de pacientes oncológicos de la tercera edad.
Estudio en un Hospital de la ciudad de Quito**

AUTORA:

Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

TUTORA:

Valenzuela Triviño, Gilda Martha

**Guayaquil, Ecuador
27 de agosto del 2024**



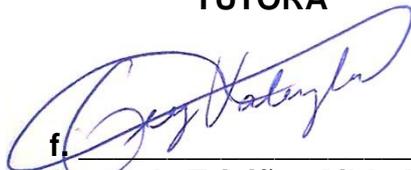
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por,
Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth como requerimiento para la obtención del título de
Licenciada en **Trabajadora Social**.

TUTORA

f. 

Valenzuela Triviño, Gilda Martha

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. 

Quevedo Terán, Ana Maritza

Guayaquil, a los 27 del mes de agosto del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Redes de apoyo de pacientes oncológicos de la tercera edad. Estudio en un Hospital de la ciudad de Quito**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 27 del mes de agosto del año 2024

LA AUTORA

f. _____
Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZACIÓN

Yo, **Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Redes de apoyo de pacientes oncológicos de la tercera edad. Estudio en un Hospital de la ciudad de Quito**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 del mes de agosto del año 2024

LA AUTORA:

f. _____
Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth

REPORTE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

TTI Ruth Chamba

< 1%
Textos sospechosos



< 1% Similitudes

0% similitudes entre comillas

< 1% entre las fuentes mencionadas

< 1% Idiomas no reconocidos (ignorado)

1% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: TTI Ruth Chamba.docx

ID del documento: d8828780075bebee277707a84ff4ad6d76fb9d12

Tamaño del documento original: 490,6 kB

Autores: []

Depositante: Gilda Martina Valenzuela Triviño

Fecha de depósito: 20/8/2024

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 20/8/2024

Número de palabras: 18.922

Número de caracteres: 122.838

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dialnet.unirioja.es https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111762.pdf 6 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (441 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/22807/1/UCSG-C429-22344.pdf 30 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (248 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16350/3/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-69.pdf.txt 14 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (189 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18371/3/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-97.pdf.txt 18 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (184 palabras)
5	Tesis_Carrillo_González_v1.docx Tesis_Carrillo_González_v1 #a17cd0 El documento proviene de mi grupo 10 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (171 palabras)

Firma de Estudiante

f. _____

Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth

Firma de Docentes

f.

Valenzuela Triviño, Gilda Martha, MGS

TUTORA

f.

Valenzuela Triviño, Gilda Martha, MGS.

COORDINADORA UIC A-2024

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi Padre Celestial quien, en las noches de desvelo se mantuvo junto a mí incansable e incondicional y que en su tiempo perfecto me permitió cumplir este sueño concatenado al deseo de seguirle sirviendo.

A mis padres Martha y Polito, a mis amados hijos Mayer, Alejito y Joaquín, a mis hermanos Oscar, Vanesa y Moisés, por su amor, confianza y su gran apoyo. Gracias por darme las fuerzas y el ánimo para seguir adelante. “Si fuera fácil, todo el mundo lo haría” nunca lo olvidaré.

Quiero agradecer enormemente a mi tutora Mgs. Gilda Valenzuela, por la generosidad de su conocimiento por su orientación, paciencia y sabiduría a lo largo de este proceso, por su apoyo constante ayudándome a superar los desafíos y temores empujándome a mejorar cada aspecto de este trabajo.

A mis compañeros y amigos de homologación, por ese apoyo incondicional, compartiendo experiencias y conocimientos, en cada noche de desvelo, gracias infinitas.

A nombre de los pacientes Adultos Mayores con diagnósticos Oncológicos, del Hospital de Quito, que gracias a ellos se pudo realizar esta investigación.

Por último, agradezco a Sra. Maribel Cevallos, Mgs Johana Montufar, Sbp de Policía Patricia Rojas, Sgos. De Policía Mercy Peñafiel, Lcda. Jully Reyes y muchas más personas que, de manera directa o indirecta, contribuyeron con su apoyo y palabras de aliento para que hoy pueda presentar este trabajo. A todos, gracias de corazón.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a mi Padre Celestial y a mis padres Martha y Polito, quienes ahora son de la tercera edad y con esta investigación quiero honrar sus vidas, reconociendo su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios que me han permitido llegar hasta aquí. A mis tres amados hijos, a mis preciosos hermanos y sobrinos.

A mis profesores y tutores, que con su guía y enseñanza me ayudaron a crecer tanto a nivel académico como personal.

A mis amigos de homologación, grandes seres humanos, perseverantes fáciles de querer, con quienes compartimos momentos difíciles, pero también grandes logros. Gracias por ser parte de este importante tramo de mi vida haciéndolo llevadero y provocando verdaderas emociones, imposibles de olvidar.

A todos mis Adultos Mayores pacientes del Hospital de Quito, sobre todo a los que más necesitan de intervención, esto es para ustedes, comprometiéndome a prepararme más para servirles mejor.

Finalmente, a la Lcda Sandra Vallejo por siempre haber creído en mí y por enseñarme sin palabras las cualidades de una Trabajadora Social en acción, Dra Belia Meléndez mi médico tratante, por su importante apoyo en mi salud en especial en esta etapa de mi vida y todas las personas que, de una u otra manera, han formado parte de este proceso. A ustedes, gracias por estar presentes en los momentos más importantes de esta gran travesía.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 

GILDA MARTINA VALENZUELA TRIVIÑO

TUTORA

f. 

ANA MARITZA QUEVEDO TERÁN

DIRECTORA DE CARRERA

f. 

CARMEN SUSANA CORTE ROMERO

COORDINADORA DEL ÁREA

f. 

JULIO MARIA BECCAR VARELA

DOCENTE Oponente

ACTA DE CALIFICACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA. (Cod. 34)

CARRERA TRABAJO SOCIAL (R). (Cod. 435)

PERIODO A-2024 (Cod. 11955)

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "REDES DE APOYO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA TERCERA EDAD. ESTUDIO EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE QUITO", elaborado por el/la estudiante RUTH ELIZABETH CHAMBA ORTIZ, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
GILDA MARTINA VALENZUELA TRIVIÑO	ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	CARMEN SUSANA CORTE ROMERO	JULIO MARIA BECCAR VARELA
Etapas de ejecución del proceso e Informe final			
10 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10
	Total: 30 %	Total: 30 %	Total: 40 %
Parcial: 50 %	Parcial: 50 %		
Nota final ponderada del trabajo de título:		10.00 / 10	

Para constancia de lo actuado, el (la) Coordinador(a) de Titulación lo certifica.



firmado electrónicamente por:
GILDA MARTINA
VALENZUELA
TRIVIÑO

Coordinador(a) de Titulación

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
ÍNDICE.....	X
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Antecedentes.....	4
1.1.1 Antecedentes contextuales.....	4
1.1.2 Antecedentes estadísticos.....	5
1.1.3 Antecedentes investigativos.....	7
CAPÍTULO 2: MARCOS REFERENCIALES.....	19
2.1 Teoría de Apoyo Social.....	19
2.2 Marco conceptual.....	23
2.2.1 Adulto Mayor.....	24
2.2.2 Cáncer.....	24
2.2.3 Diagnóstico y estatificación.....	24
2.2.4 Pacientes oncológicos de la tercera edad.....	24
2.2.5 Redes de Apoyo Social a personas mayores.....	25
2.2.6 Vulnerabilidad.....	25
2.2.7 Bienestar integral.....	25
2.2.8 Calidad de vida.....	25
2.2.9 Cuidadores.....	26
2.2.10 Atención Integral:.....	26
2.2.11 Seguro social.....	27
2.3 Marco Normativo.....	27
2.3.1 Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores.....	27
2.3.2 Ley de seguridad social de la Policía Nacional.....	28
2.4 Referente Estratégico.....	28
2.4.1 Plan Nacional de Desarrollo – Para el nuevo Ecuador 2024-2025.....	28
2.4.2 MIES Norma Técnica Adulto Mayor.....	29
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.1 Enfoque de la Investigación.....	30
3.2 Nivel y Tipo de investigación.....	31
3.3 Método de Investigación.....	31

3.4	Universo	31
3.5	Muestra	32
3.6	Muestreo	32
3.7	Formas de Recolección de la Información.....	33
3.8	Formas de Análisis de la Información.....	33
CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		34
4.1	Caracterización de la muestra: encuesta Duke	34
4.2	Caracterización de la muestra: entrevista.....	34
4.3	Frecuencia de apoyo	37
4.4	Modalidad de apoyo	39
4.5	Satisfacción con el Apoyo Recibido.....	42
4.6	Calidad de Vida y el Impacto del Apoyo Social.....	45
4.7	Importancia de las redes de apoyo.....	47
4.8	Percepción de efectividad.	52
4.9	Análisis de la Satisfacción del Apoyo Social.....	55
4.10	Deseos de Mejora del Apoyo Social.....	58
4.11	Influencia del Apoyo Social en la Calidad de Vida.....	60
4.12	Análisis del Bienestar Emocional	63
4.13	Influencia del apoyo social en el bienestar	65
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES.....		69
RECOMENDACIONES		70
Referencias		71

RESUMEN

En Ecuador, la población adulta mayor ha generado una mayor demanda de servicios de salud debido a enfermedades crónicas como el cáncer. Este diagnóstico afecta emocionalmente tanto a los pacientes como a sus familiares, quienes enfrentan incertidumbre y dificultades en sus relaciones. Las redes de apoyo, integradas por la familia, el sistema de salud, vecinos y amigos, juegan un rol crucial en mejorar la calidad de vida del paciente oncológico geriátrico. Sin embargo, en Ecuador, los centros de salud aún no fortalecen adecuadamente estas redes de apoyo esenciales para el bienestar integral del paciente. En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, además de las preguntas y objetivos de la investigación

En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, además de las preguntas y objetivos de la investigación

En el segundo capítulo, se encuentra estructurado por el marco teórico y el referente conceptual, como insumo para comprender la información recogida.

El tercer capítulo, se encuentra estructurado por la metodología, en el cual se expone, el enfoque de la investigación, el nivel, el método y de manera explicativa académicamente como esta elección metodológica aportaría a la construcción de los resultados. El capítulo 5, se plantea las conclusiones y recomendaciones a partir de lo encontrado en los resultados del capítulo 4.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Calidad de Vida, Oncológico, Redes de Apoyo, Vulnerabilidad, Bienestar integral.

ABSTRACT

In Ecuador, the older adult population has generated a greater demand for health services due to chronic diseases such as cancer. This diagnosis emotionally affects both patients and their families, who face uncertainty and difficulties in their relationships. Support networks, made up of the family, the health system, neighbors and friends, play a crucial role in improving the quality of life of the geriatric cancer patient. However, in Ecuador, health centers still do not adequately strengthen these essential support networks for the patient's comprehensive well-being.

In the first chapter, there is the statement of the problem, in addition to the questions and objectives of the research.

In the second chapter, it is structured by the theoretical framework and the conceptual reference, as input to understand the information collected.

The third chapter is structured by the methodology, in which the research focus, level, method and academically explanatory way of how this methodological choice would contribute to the construction of the results are explained. Chapter 5 presents conclusions and recommendations based on what was found in the results of chapter 4.

Keywords: Older Adult, Quality of Life, Oncology, Support Networks, Vulnerability, Comprehensive well-being.

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, el último censo realizado reportó un incremento del 11% de la población Adulta Mayor en el lapso de 3 años (Coordinación General de Investigación y Datos de Inclusión, 2018). Entonces se hace primordial abordar el estudio sobre la calidad de vida de los adultos mayores porque como consecuencia de estos cambios demográficos viene una mayor demanda de los servicios de salud por el aumento de las enfermedades crónicas, como el cáncer, que a menudo se presentan en esta etapa de la vida (Lambiase y otros, 2020).

Cuando hay un diagnóstico oncológico para el adulto mayor, tanto el paciente como los familiares reciben un impacto emocional que genera afectaciones en sus relaciones personales y en sus sentimientos de amor, cariño y comprensión, debido a que los familiares perciben la incertidumbre, impotencia, tristeza, y el desconocimiento de cómo ayudar al paciente oncológico geriátrico a sobrellevar todo el proceso (Santos y otros, 2019).

Es aquí donde las redes de apoyo juegan un papel importante ya que cuando el adulto mayor se enferma, es internado en instituciones de salud y siendo necesario brindar una atención integral donde se optimicen las redes de apoyo y se aborde todo el proceso del tratamiento oncológico desde la interdisciplinariedad (Mejía & Herrera, 2020).

A pesar de que autores como Espinosa (2022); Guerrero (2021); Baque y Vallejo (2019) han demostrado la relación directa que tienen las redes de apoyo con el mejoramiento de la calidad de vida del paciente oncológico

geriátrico, aún los centros de salud en Ecuador no emprenden procesos adecuados para fortalecer este ámbito.

Es importante mencionar que, las redes de apoyo de las y los pacientes oncológicos están integradas tanto por el sistema familiar como por los sistemas de salud; ambos deben considerar el acompañamiento psicológico, emocional y el proceso de facilitar la atención y el tratamiento adecuado para lograr un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor (Sosa & Gonzáles, 2022). Además, los vecinos y amigos también conforman las redes de apoyo ya que en momentos de crisis dan apoyo emocional a los pacientes influyendo positivamente en la salud mental (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes contextuales

El Ecuador es un país en desarrollo y enfrenta desafíos en cuanto a la atención de pacientes oncológicos geriátricos debido a que en la sociedad actual, existe un conflicto entre las necesidades del paciente y la respuesta inmediata en términos de salud y apoyo integral (Zurita, 2021). Esta situación posiblemente se debe a que esta población ha sido considerada dependiente, inactiva y vulnerable. Este conjunto de ideas da lugar a estereotipos que afectan al desarrollo de programas de intervenciones coherentes, integrales y sostenibles.

El Sistema Nacional de Salud ecuatoriano está conformado por varios subsistemas que atienden a la población según las necesidades. Es así como se estructura en sistema de salud público y privado. El sector público generalmente atiende a la población de bajos y medianos recursos mientras que el sector privado suele enfocar su atención a la de mayor ingreso económico. Los que trabajan en relación de dependencia tienen la cobertura del seguro social de salud y enfermedad. Esta segmentación es un fuerte obstáculo para lograr la atención universal en salud, lo que conlleva a la ineficiencia del aprovechamiento de los recursos disponibles para la lucha contra el cáncer. El crecimiento de las patologías crónicas está en paralelo con el aumento poblacional de los adultos mayores, además de las modificaciones socio culturales que mantienen estilos de vida no saludables,

y otros factores como la contaminación ambiental y la exposición a rayos solares (Ruales, 2017).

Este tipo de estructura del sistema de salud ecuatoriano promueve la desigualdad social porque afecta la calidad de los servicios que se brinda, incrementa los costos y se generan situaciones desfavorables como los retrasos en los diagnósticos de los tratamientos de los pacientes con cáncer, dando como resultado el aumento en la tasa de mortalidad (Valverde, 2021).

Según Cerquera en el artículo titulado “El dolor y su impacto en la calidad de vida de adultos mayores”, la calidad de vida es una tarea compleja debido a la gran cantidad de elementos y factores que la integran y afectan a diferentes esferas de la vida de los individuos, como en la vejez, un tema que involucra a todos por ser una etapa normal del ciclo de la vida, aunque con múltiples prejuicios, en los cuales la asimetría en el desarrollo, la inequidad y la exclusión social, son condiciones que influyen en la vida del adulto mayor (Herrera & Guzmán, 2012), donde forman parte, elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con el ambiente que le rodea (Cerquera, 2014).

Es importante considerar que el dolor que sienten los pacientes oncológicos influye en su calidad de vida; por tal motivo es importante adquirir una visión distinta y empoderada, que permita un posible cambio de actitud en las familias y cuidadores.

1.1.2 Antecedentes estadísticos

Según el INEC (2022), la población adulta mayor se ha incrementado en los últimos tres años en un 11 %. Por su parte la Organización

Panamericana de Salud - OPS (2020) revela que el 52% de los casos nuevos diagnosticados con cáncer se dan entre la población adulta mayor de 65 años, con una proyección para el 2025 de 4 millones de casos nuevos.

Los datos del VIII Censo de Población y VII de Vivienda, reportaron que en el Ecuador habitan 1, 520,590 personas de 65 años y más. Se señala que las mujeres representan el 53,6% lo que equivale a 815,136 personas, superando a los hombres que son el 46,4% lo que equivale a 705,454 individuos (INEC, 2022).

Así mismo, el 5,9% de la población de habitantes en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), está representada por adultos mayores. La cifra que representa ambos sexos corresponde a 90,628 de individuos, de los cuales los hombres constituyen 5,5% con un total de 40,967, mientras que las mujeres representan el 6,4%, es decir 49,660 personas (INEC, 2022). De esta manera, al incrementarse la población adulta mayor de forma paralela, también se incrementan las enfermedades crónicas como el cáncer ya que prevalecen en esta etapa de la vida (Mise & Herrera, 2023)

La incidencia y mortalidad por cáncer en el mundo está en constante crecimiento, se proyecta que la carga mundial de cáncer alcance los 28.4 millones de casos para el año 2040, lo que representa un aumento del 47% en comparación con el año 2020 (INEC, 2022).

En Quito, durante el periodo comprendido entre 2013 y 2017 se diagnosticaron el 43.7% de casos de cáncer en personas adultas mayores de 65 años. Esta propensión guarda relación con el patrón observado en un estudio realizado en América Latina y el Caribe, donde los nuevos casos de

enfermedades crónicas como el cáncer en adultos mayores constituyeron aproximadamente el 48% de la carga total de incidencia en el año 2018. Las proyecciones para el año 2040 establecen que el número de nuevos casos de cáncer en adultos mayores en la región latinoamericana se duplicará (Bray y otros, 2024).

A nivel global, se ha identificado un patrón en el aumento de cáncer de mama, próstata y colon rectal. Este tipo de patologías predominan en relación con las de estómago y cuello uterino, que registraron en los últimos años una reducción, seguida de un período de estancamiento (Cueva y otros, 2022).

De acuerdo con la información proporcionada por un Hospital de la ciudad de Quito, prestó sus servicios hospitalarios a 70 pacientes en servicio pasivo de los cuales el 61% son mujeres y el 39% hombres, todos adultos mayores con diagnósticos confirmados de cáncer (Departamento de Estadísticas y Consulta Externa del Hospital Quito, 2023); sin embargo, hay que mencionar que las cifras pueden incrementarse de manera acelerada e incierta. Cabe mencionar que a pesar de ser un hospital que pertenezca al Ministerio de Salud Pública, la población a la que atiende son beneficiarios con cobertura de salud ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional), por lo que la presente investigación está enfocada a esta población.

1.1.3 Antecedentes investigativos

Existen varios estudios a nivel internacional y nacional que aportan a la presente investigación. En el ámbito internacional (Avilés, 2021) en su investigación titulada “Asociación entre las redes de apoyo y hemoglobina glucosilada en pacientes geriátricos con dm 2 en la umf 220, en 2020”, en

México realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar la relación existente entre las redes de apoyo y la Hemoglobina glucosilada en pacientes geriátricos de la UMF 220; utiliza como método de investigación el estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico, en 127 pacientes geriátricos. Los resultados reportaron son que existe relación estadística entre las redes de apoyo y el control metabólico, con un valor de $p= 0.291$.

Por su parte Mise y Herrera (2023) en su estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncológicos” cuyo objetivo fue determinar las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncológicos, el estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, se usó la encuesta descriptiva del test de calidad de vida, con las dimensiones física, emocional, cognitiva y social que influyen en el desempeño del cuidador primario. Los resultados señalan que los cuidadores primarios presentan una buena salud física y mental, pero a medida que avanza la enfermedad del paciente se deterioran estas dimensiones.

Igualmente, Rives et al. (2021) realizaron una investigación titulada “Estrategias de afrontamiento en la enfermedad y duelo e influencia de las redes sociales de apoyo”, cuyo objetivo fue describir las estrategias de afrontamiento en el proceso de enfermedad y duelo de los cuidadores primarios, se utilizó la metodología cualitativa, con un enfoque fenomenológico, la técnica empleada fue la entrevista semiestructurada. Los resultados evidenciaron 12 estrategias clasificada en activas (dirigidas al problema y a las emociones) y pasivas (o evitativas). Siendo las más usadas las activas.

Por su parte Ludeña (2020), en su investigación titulada "Apoyo social en pacientes oncológicos de cáncer de mama residentes en la Urbanización San Germán en Lima, 2020", determinó el nivel de apoyo social en esta población. Empleó una metodología cuantitativa, descriptiva, con diseño no experimental de método transversal. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes, la técnica que se efectuó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario de MOS, donde se evalúan la variable apoyo social y sus dimensiones: Apoyo emocional, apoyo material, relaciones sociales de ocio y distracción, y apoyo afectivo. En los resultados se determinó que los pacientes presentan un nivel intermedio de apoyo social en sus dimensiones apoyo emocional, ayuda material, apoyo afectivo, relaciones sociales de ocio y distracción.

Por su parte, Moncayola y Gonzáles (2021) en su investigación titulada "Definición del apoyo social en el ámbito oncológico" cuyo objetivo principal fue examinar la literatura existente sobre el papel del apoyo social en la progresión del cáncer y proponer un modelo que integre sus diversos componentes. El estudio utilizó fue el enfoque cualitativo, los resultados revelaron un modelo que divide el apoyo social en apoyo estructural y apoyo funcional. El primero incluye red social, vínculos sociales e integración/aislamiento y el segundo abarca el apoyo instrumental, emocional, informacional y de evaluación. Además, se revela una relación directa entre el apoyo social y la progresión del cáncer.

No obstante, Ibarra (2022) en su investigación titulada "El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana", estableció como

objetivo comprobar si el apoyo social percibido es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana. El enfoque que utilizó es de naturaleza cuantitativa, de alcance correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal, utilizó como instrumentos el Cuestionario de apoyo social percibido (MOS), y el Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO). Los resultados revelaron que no existe relación significativa entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana; sin embargo, se identificaron que los pacientes en estadio III son quienes perciben mayor apoyo social que los de estadio II.

Otro estudio que contribuye a la presente investigación es el de Sosa y González (2022) quienes determinaron el impacto de la calidad de la entrega del diagnóstico de cáncer en pacientes atendidos ambulatoriamente en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Emplearon una metodología cualitativa, de naturaleza descriptiva y prospectiva, se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista que se aplicó a 100 pacientes seleccionados aleatoriamente. Los resultados mostraron una correlación moderada e inversa entre la calidad de la comunicación del diagnóstico de cáncer y los niveles de depresión y ansiedad del paciente.

En un enfoque similar, Campagne (2019) llevó a cabo una investigación titulada "Cáncer: Comunicar el Diagnóstico y Pronóstico". El objetivo fue examinar la influencia de la comunicación en los aspectos psicológicos en las personas diagnosticadas con cáncer. Utilizó una metodología cualitativa, de naturaleza descriptiva. Los resultados demostraron la importancia de la

conformación de redes de apoyo donde se realice un análisis previo de las estrategias adecuadas para el paciente que se van a abordar para comunicar la enfermedad.

En el ámbito Nacional, Jaramillo y Cabrera (2022) en su investigación "Percepción de las redes de apoyo social en un grupo de adultos mayores del sector Monte Sinaí de Guayaquil, Ecuador" identificaron la percepción de las y los adultos mayores sobre las redes de apoyo para contrastarlas con teorías convencionales de psicología del desarrollo. Utilizaron la teoría fundamentada, el estudio fue cualitativo, exploratorio-descriptivo y transversal. Los resultados señalaron que existe una relación estrecha entre la autopercepción y la percepción de la realidad social, lo que afecta a la calidad de vida del paciente adulto mayor. En cuanto al apoyo emocional e instrumental se consideró más relevante que el informativo, y las redes que resultaron más significativas fueron los amigos y la coordinadora del centro, quien desempeñó un rol multifuncional.

En la misma línea, Zurita (2021) realizó un estudio titulado "Importancia de los grupos de apoyo para mujeres adultas mayores diagnosticadas con cáncer en etapas iniciales, residentes de la parroquia Ponceano en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ)". La metodología empleada fue el estudio de casos y los resultados de este estudio demostraron claramente que las mujeres mayores diagnosticadas con cáncer en etapa temprana y sus familias necesitan grupos de apoyo que brinden apoyo emocional colectivo e individual.

Además, en su estudio, Espinosa y otros (2022) describieron la importancia de los cuidados paliativos para adultos mayores diagnosticados con cáncer de próstata. El objetivo principal fue analizar en detalle el uso de cuidados paliativos y cuidados de apoyo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes durante la fase de transición de la enfermedad. La metodología se basa en los hallazgos de investigaciones actuales y la revisión de documentos de estudios clínicos y cubre aspectos descriptivos, teóricos y experimentales. Este hallazgo resalta la necesidad de un enfoque de cuidados paliativos que se centre en la calidad de vida y el alivio de los síntomas para proporcionar un marco importante para el apoyo al paciente en los últimos años de vida.

A esto se suma el estudio de Cuello y Ramos (2023) titulado “Guía de cuidados dirigida a la disminución del nivel de depresión en el adulto mayor con el diagnóstico de neoplasia de tiroides hospital general Riobamba IESS”, que tuvo como objetivo el desarrollar guías de atención que mejoren la calidad de vida de estos pacientes, utilizó el enfoque cualitativo, de carácter descriptivo, conductual, aplicado y transversal, empleó los métodos inductivo-deductivo, analítico-sintético e histórico-lógico. Los resultados señalaron la necesidad de fortalecer el control de la ingesta y eliminación y favorecer la comunicación enfermera-paciente, crear redes de apoyo que permite capacitar en el autocuidado.

En concordancia con lo anterior, Baque y Vallejo (2019) en su estudio denominado "La comunicación en la relación médico-paciente-familia en cuidados paliativos", analizaron la literatura existente para comprender mejor la comunicación con pacientes y familias en cuidados paliativos, utilizaron un

enfoque cualitativo de carácter descriptivo, Los resultados señalaron la importancia de la comunicación como recurso terapéutico poderoso, para mitigar la incertidumbre.

Según Sarabia (2009), para romper paradigmas es necesario reconocer las teorías que rompen esquemas y estereotipos que crean una visión equivocada generalizada, del adulto mayor y su condición de vida, la Teoría de la Felicidad, de la Actividad, de la Selección, de Optimización, de compensación y más teorías, que coinciden en que el bienestar de la vejez depende de factores como: la satisfacción con la vida, las relaciones sociales, la salud física y mental y la calidad de vida en general. Se ha demostrado que el bienestar en la vejez también está asociado con un menor riesgo de muerte y una vida más larga.

Por último, Rodas (2018) en su investigación titulada "Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del hospital José Carrasco Arteaga", determinó la calidad de vida percibida por sus pacientes en estadios avanzados de cáncer. En el estudio utiliza un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y con una muestra de 80 pacientes. Los resultados señalaron que las dimensiones: preocupación, desempeño físico y aislamiento obtuvieron puntuaciones bajas; mientras que, las dimensiones familia y redes sociales obtuvieron puntuaciones altas.

Las conclusiones resaltan que, aunque se implemente estrategias como el apoyo familiar y social también se deben abordar estrategias para prevenir la mala adherencia al tratamiento y la relación negativa médico-paciente.

1.1.3.1 Definición del Problema de Investigación

Actualmente a nivel mundial existe una creciente carga de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2020). El recibir un diagnóstico por cáncer resulta estresante para el paciente y la familia, ya que se generan problemas emocionales y psicológicos que afectan las relaciones familiares y repercuten en la calidad de vida del paciente oncológico (Oropesa, 2019).

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónico degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda (Terri Fried, 1997).

Ante esta situación los requerimientos de apoyo familiar, de los servicios sociales, comunitarios y de salud se hacen emergentes para los pacientes oncológicos de la tercera edad de un Hospital de Quito a que actualmente, en este centro, en un primer diagnóstico situacional los pacientes y sus familias evidenciaron que necesitan apoyo social, debido a que el estado emocional de los pacientes se ha debilitado durante el proceso de tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario que los procesos de este Hospital incorpore estrategias para gestionar los efectos secundarios del tratamiento del paciente oncológico de la tercera edad, actualmente las intervenciones en atención no se desarrollan de manera integral y esto conlleva a que el paciente y su familia experimente situaciones emocionales que afectan la calidad de vida del adulto mayor (Mosquera, 2020).

También es importante resaltar en esta problemática que se pretende abordar la falta de conocimiento sobre la importancia de las redes de apoyo ya que esto limita la capacidad de los líderes hospitalarios para desarrollar programas específicos que aborden las necesidades únicas de los pacientes oncológicos. Cuando la atención médica se centra únicamente en los aspectos físicos, se pueden perder aspectos que son importantes para el bienestar integral de estas personas.

Esta falta de concientización se refleja en la falta de procedimientos y recursos destinados a involucrar a las familias y otras redes de apoyo en el proceso de atención. Para Vera e Intriago (2022) las relaciones familiares y sociales desempeñan un papel importante en el apoyo emocional y social, entonces no reconocer esta realidad puede afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de cáncer.

Ante estos antecedentes, surge la siguiente pregunta de investigación problema ¿Cómo son las experiencias y percepciones de los pacientes oncológicos de la tercera edad en relación con las redes de apoyo y su posible impacto en la calidad de vida?

Con el propósito de responder a la pregunta problemática, se derivan las siguientes interrogantes:

¿Qué tipos de redes de apoyo utilizan los pacientes oncológicos de la tercera edad?

¿Qué experiencias y percepciones tienen los pacientes oncológicos de la tercera edad en relación con las redes de apoyo y su posible impacto en la calidad de vida?

¿Cómo influyen las redes de apoyo en la calidad de vida y bienestar emocional de los pacientes?

1.1.3.2 Objetivos

1.1.3.3 Objetivo General

Comprender las experiencias y percepciones de los pacientes oncológicos de la tercera edad en relación con las redes de apoyo y su posible impacto en la calidad de vida.

1.1.3.4 Objetivos Específicos

- Identificar los tipos de redes de apoyo utilizadas por los pacientes oncológicos de la tercera edad
- Describir las percepciones de los pacientes sobre la importancia de las redes de apoyo.
- Explorar cómo las redes de apoyo influyen en la calidad de vida y bienestar emocional de los pacientes

1.1.3.5 Justificación

El envejecimiento de la población es una tendencia mundial y Quito no es inmune a este fenómeno. A medida que la incidencia del cáncer aumenta con la edad, el estudio proporciona una visión general clara e informada de las necesidades médicas, emocionales y sociales específicas de los adultos mayores con diagnóstico de esta enfermedad, informando así de estrategias para mejorar la calidad de vida del paciente que pueden implementarse en un contexto específico.

La mejora en la calidad de la atención médica forma parte de los objetivos institucionales de todo centro que brinde los servicios de salud, y al comprender las necesidades específicas de los pacientes oncológicos de la tercera edad, se establecerá un marco teórico robusto que orientará potenciales intervenciones futuras, promoviendo una atención más efectiva y centrada en el paciente en el Hospital de Quito.

Esta investigación se justifica también desde el punto de vista teórico, metodológico y práctico. Desde una perspectiva teórica, la investigación proporcionará un conjunto de teorías actualizadas que giran en torno a la implementación de redes de apoyo para el paciente oncológico de la tercera edad. Desde una perspectiva metodológica, va a permitir estructurar y sintetizar la información de manera rigurosa y objetiva. Esto contribuirá a la construcción de un marco teórico sólido que oriente futuras intervenciones y políticas de salud. En el ámbito práctico, este estudio se alinea con la teoría de la gestión de la calidad en la atención médica, que destaca la importancia de entender las necesidades específicas de los pacientes para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del paciente (Guerrero, 2021). Al identificar las mejores prácticas a través de una revisión de la literatura, se pretende brindar a la gestión hospitalaria, con una base teórica sólida para guiar la toma de decisiones futuras y la mejora de los servicios de atención a los pacientes adultos mayores con diagnóstico de cáncer.

Las investigaciones también muestran que comprender la dinámica social y emocional de este grupo vulnerable es fundamental para diseñar intervenciones y estrategias de apoyo que consideren no solo aspectos médicos sino también emocionales y sociales. La creciente población de

pacientes adultos mayores con cáncer plantea un desafío importante para los sistemas de atención médica, y los profesionales del trabajo social desempeñan un papel fundamental a la hora de identificar y abordar las diversas necesidades de este grupo, contribuyendo así al desarrollo de un enfoque más integral y centrado en el paciente.

De acuerdo con la fuente proporcionada por la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el documento que refiere las líneas de investigación, este trabajo se enmarca en:

Línea de investigación tres - Dinámicas socio-políticas, democracia y actoría social. El Estado de derechos como objeto de estudio, en término de perspectiva política de realización de nuevas condiciones y dinámicas de participación de las actorías sociales, además como sustento de la seguridad jurídica y democrática (Instituto ICSEHA, 2024).

Línea de investigación cuatro - Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos. Los procesos de identidad y de generación de la subjetividad, implican diversas dimensiones de carácter biopsicosocial y cultural (Instituto ICSEHA, 2024)

La presente investigación se enmarca en las líneas de investigación detalladas anteriormente, y en el contexto de la Carrera de Trabajo Social, este estudio resulta ser valioso y alineado con los principios de la disciplina ya que permitirá la comprensión de las complejidades y diversos desafíos que enfrentan los pacientes oncológicos de la tercera edad y sus familias. Además, es importante mencionar que el abordaje de esta temática permite sumergirse en aspectos como la atención centrada en el paciente, la

promoción de la justicia social y el enfoque de dignidad humana que son pilares fundamentales en la Carrera de Trabajo Social.

También resulta relevante esta investigación para el desarrollo profesional en el ámbito del trabajo social ya que permite ampliar conocimientos especializados de cómo abordar la problemática del cáncer en la tercera edad de forma integral y al mismo tiempo comprender las necesidades específicas en este segmento poblacional. En este sentido se reforzarán habilidades para abordar dinámicas familiares complejas para así ofrecer una intervención más adecuada desde una perspectiva social.

Las redes de apoyo para los pacientes oncológicos de la tercera edad resultan un pilar fundamental en el tratamiento físico, psicológico y emocional por su relación directa con la calidad de vida y el bienestar en general; sin embargo, este tema de investigación revela importantes brechas como las desigualdades socioeconómicas que afectan el acceso y efectividad de las redes de apoyo; ya que con menores ingresos se puede enfrentar a obstáculos relacionados con la calidad de servicios, recursos adecuados y soporte emocional.

CAPÍTULO 2: MARCOS REFERENCIALES

2.1 Teoría de Apoyo Social

Para poder entender las percepciones de la importancia o efectividad de las redes de apoyo en los pacientes oncológicos de la tercera edad, hace falta hacer un recorrido conceptual a través de la propuesta de teoría de apoyo

social según Garcés y Durá (1991) y otros autores presentados a continuación.

Esta teoría según Garcés y Durá (1991), “sustenta la propuesta metodológica para la atención a pacientes adulto- mayores con diagnósticos oncológicos”, debemos considerar que de acuerdo con esta teoría es necesario que el apoyo a pacientes oncológicos de la tercera edad sea considerado de forma integral.

El apoyo social según Cassel (1974, pág. 8), “es el apoyo ofrecido por los grupos primarios, mas importantes para el individuo”. Lo que demuestra que es importante que los grupos primario (más importantes para el paciente oncológico de la tercera edad) brinden apoyo como parte de la atención a pacientes adulto mayores.

Gerald Caplan, (1976, pág. 258) apuntó por primera vez “las funciones del apoyo social, caracterizándolas por el aporte a un individuo de feedback, validación y dominio sobre su ambiente, de la misma manera indica que existe dos dimensiones del apoyo social: la objetiva y la subjetiva, o aspectos más tangibles del apoyo social versus aspectos más subjetivos del mismo”. “Los primeros recogerían los aspectos de instrumentalización (ayuda) del apoyo social, mientras que los segundos harían referencia a los aspectos de expresión (afecto) del mismo”, en esta apreciación ya se habla de instrumentos como parte de la ayuda para el apoyo social y del apoyo social en la salud, el bienestar integral, contribuyendo al desarrollo de intervenciones y programas para el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo primario.

Weiss (1974, pág. 258), señala “específicamente seis contribuciones del apoyo social; sentido de logro, integración social, aprendizaje, afirmaciones de valía, sentido de una fiel alianza y orientación”. Este autor nos hace notar la importancia de las redes sociales en la vida de los individuos lo que permite la satisfacción de diversas necesidades humanas, sentirse valoradas, seguras y fomentar el crecimiento personal y la integración social, el resultado de esta integración se vería reflejado en la mejora de la calidad de vida.

Cobb (1976, pág. 258), otro de los pioneros en la investigación sobre el apoyo social, sugirió que los beneficios del apoyo social se derivan de la información que ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social”. Esta afirmación nos lleva a meditar sobre la importancia del amor y sus dimensiones en el ser humano el saber y sentir que son importantes para sus grupos sociales, crean relaciones saludables y significativas.

Shumaker y Browenell (1984, pág. 258) hablan del “transacción real de intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor, manifiesta también una Primera línea de investigación postula el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud tanto física como mental de las personas, los resultados se reflejan en la morbilidad y la mortalidad de los individuos”, este autor afirma que los paciente oncológicos que viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental a largo plazo, si mantienen una relación de intercambio de interés de bienestar o apoyo del uno con el otro .

Broadhead y otros, (1983, pág. 259) Dice que la Teoría del apoyo social se trata de una “perspectiva epidemiológica que evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud, a corto plazo de las personas”. “El apoyo social se ha definido en función de los contactos sociales, es decir en base a medidas estructurales sobre el rango y amplitud de las interconexiones del individuo, como estar casado o no, pertenecer a alguna organización, acudir a actos sociales, etc.”.

De acuerdo con este autor en esta perspectiva es importante recalcar la importancia de las conexiones sociales que conforman la salud de las personas, sus relaciones interpersonales, son determinantes para la vida de los adultos mayores con cáncer en virtud de que el acompañamiento el afecto en esta etapa de la vida impulsa a tener una vida activa acorde a su condición de salud.

“De acuerdo a una segunda línea de investigación postula que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresante que afectan a las personas”, “Así se ha estudiado la relación que guarda el apoyo social con la adaptación, tanto física como psicológica del individuo, ante la pérdida de trabajo, el estrés en el mismo, la maternidad – paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades graves y crónicas” (Dunkel-Schetter, 1984, pág. 259).

En esta línea de investigación debemos mencionar el papel crucial del apoyo social para reducir el impacto de todo aquello que pueda ocasionar eventos estresantes y considerar proporcionar gestos o actos que motiven el

enfrentar y superar las adversidades de la vida con la activación de estas redes de apoyo, para mejorar el bienestar integral del paciente y sus entornos.

“Finalmente la conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social postula, que este no influye directamente ni sobre la salud ni sobre los estresores, sino que lo hace el apoyo social, que es modular las relaciones entre ambos” (Dunkel-Schetter, 1984, pág. 259). Esta conceptualización manifiesta la importancia de las redes sociales saludables como parte integral de las estrategias de salud y bienestar.

“La hipótesis del efecto amortiguador The buffering hypothesis afirma que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales” (Cobb, 1976, pág. 259).

“Los estudios dan a entender que las personas que han soportado períodos de estrés se recuperan antes y alcanzan un mejor estado de salud y bienestar, mas aun si han recibido apoyo social” (Cohen & Wills, 1985, pág. 259). Esta teoría subraya la importancia crítica del apoyo social, por lo que es definitivo crear, mantener y motivar el fortalecimiento y equipamiento de las redes de apoyo para desarrollar una actitud resiliente frente a la situación de vida que deben afrontar.

2.2 Marco conceptual

Es importante para comprender y analizar, conocer los conceptos con una exploración académica que proporcione claridad y precisión, en la investigación realizada con relación a los fenómenos estudiados.

2.2.1 Adulto Mayor

Define a las personas adultas mayores como aquellas que tienen 60 años o más (World Health Organization, 2018).

2.2.2 Cáncer

Este término describe las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

2.2.3 Diagnóstico y estadificación

El cáncer puede causar muchos síntomas diferentes. Con más frecuencia, estos síntomas no son causados por cáncer, sino por tumores benignos o algún otro problema (Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

2.2.4 Pacientes oncológicos de la tercera edad

Presentan una condición de doble vulnerabilidad se requiere erradicar la desigualdad social en tanto es el resultado de la diferencia en valoración, reconocimientos, privilegios, en situaciones de derechos y deberes, ingresos o bienes de las personas en la sociedad. La desigualdad en un supuesto de la estructura social vertical (ANDER-EGG, 2009).

2.2.5 Redes de Apoyo Social a personas mayores

“Incluye un conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material físico y emocional” (Guzmán, 2003, pág. 43).

2.2.6 Vulnerabilidad

Se entiende como la incapacidad de una comunidad para “absorber”, mediante el autoajuste, los efectos de un determinado cambio en su medio ambiente (factores físicos, socioeconómicos y sociopolíticos), o sea, su “inflexibilidad” o incapacidad para adaptarse a ese cambio, que para la comunidad constituye, por las razones expuestas, un riesgo, como es el caso de los adultos mayores con diagnósticos oncológicos. (ANDER-EGG, 2009).

2.2.7 Bienestar integral

Es un estado de bienestar emocional y mental. Es encontrarnos en paz con nuestra mente, emociones y con nosotros mismos. Es una conducta sana e integral en que la persona está en armonía con sus capacidades, con su organismo, con su todo y con el proceso que hace ser lo que es (Carabelli, 2022).

2.2.8 Calidad de vida

Es un término que deriva del latín *qualitas*, puede referirse a las propiedades y características que son inherentes a algo, vida, por su parte, alude a la existencia, por lo general de un ser vivo. Estas ideas

nos permiten comprender la expresión calidad de vida, que se utiliza para nombrar a las condiciones que la determinan (Pérez, 2018).

2.2.9 Cuidadores

Quienes se encargan de asistir al adulto mayor que es quien requiere ayuda para cuidar de sí misma. Los cuidadores pueden ser profesionales de la salud, familiares, amigos, trabajadores sociales o miembros de organizaciones religiosas que prestan ayuda en el hogar, en el hospital o en otro entorno de asistencia sanitaria (Instituto Nacional del Cáncer, 2024).

Los pacientes oncológicos en una determinada etapa pueden requerir cuidados paliativos para mejorar su calidad de vida desde el momento del diagnóstico de cáncer y durante toda la enfermedad hasta el final de la vida. Los cuidadores a menudo tienen que ocuparse de detalles relativos a la atención médica y proporcionar apoyo físico y emocional. Hay muchas fuentes de apoyo para ayudar a los familiares a afrontar y manejar el estrés de tener un cáncer raro (El Instituto Nacional del Cáncer, 2023).

2.2.10 Atención Integral:

Son aquellas actividades que incluyen las esferas biológicas, psicológicas y sociales con enfoques de derechos, género, intercultural, étnico, geográfico, cultural, intergeneracional y holístico, en los ámbitos de promoción, prevención, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación. (Ministerio de Salud Pública , 2008).

2.2.11 Seguro social

Es la protección que proporciona el estado, para asegurar a todos los ciudadanos contra los riesgos y contingencias de los infortunios y calamidades sociales. Es equivalente a previsión social y comprende los auxilios que el trabajador recibe del estado en forma de seguros y subsidios. En sentido amplio el concepto tiene un alcance similar a bienestar social y abarca la previsión social, la educación y la protección de la familia, la regulación de salarios en relación a los precios, la reglamentación de las condiciones de trabajo, pensiones, atención médica, y farmacéutica, etc (ANDER-EGG, 2009).

2.3 Marco Normativo

La siguiente normativa da a conocer los parámetros que rigen la intervención en todos los ámbitos de atención del ser humano, salud, familia, amigos, etc, de todos los actores que puedan promover la calidad de vida de los adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

2.3.1 Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores

De acuerdo a esta ley enfatiza el acceso inmediato permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndrome geriátricos (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014).

A pesar de que en el Plan de Desarrollo y el Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor y la Norma Técnica

Población Adulta Mayor menciona el derecho a la atención integral (dentro de la cual se incluye la activación de redes de apoyo), ninguna de estas normativas en su desarrollo establecen estos elementos como parte de la atención integral.

2.3.2 Ley de seguridad social de la Policía Nacional

Al ser los pacientes del Hospital de Quito beneficiarios del seguro ISSPOL es necesario conocer la normativa que rige su prestación, en virtud de que esta casa de salud, atiende a pacientes adultos mayores en servicio pasivo, montepío y derecho habientes, de la Policía Nacional, como lo estipula en el Art. 44.- El seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación en especie que otorga el ISSPOL, al asegurado en servicio activo y pasivo, dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y a policías, mediante el servicio de medicina preventiva, asistencia médico-quirúrgica, obstétrica, odontológica, órtesis y prótesis, rehabilitación, farmacéutica, y hospitalización, de conformidad con el correspondiente Reglamento (ISSPOL, 2021)

2.4 Referente Estratégico

2.4.1 Plan Nacional de Desarrollo – Para el nuevo Ecuador 2024-2025

La Constitución Nacional del Ecuador garantiza la salud como un derecho fundamental que debe ser asegurado por el Estado, que a través del modelo de atención Integral de Salud - Familiar Comunitario e Intercultural es una estrategia que busca promover, cuidar y

recuperar la salud en lo físico, mental, espiritual, psicológico y social de la población (Secretaría Nacional de Planificación, 2024).

Es importante considerar que para atacar las problemáticas de salud mental específicamente para pacientes adultos mayores promover estilos de vida que permitan la prolongación y mejora. Y para acceder a los servicios de salud para adultos mayores a través de los Sistemas de Salud, este Plan Nacional, manifiesta la accesibilidad en los Tres niveles, primer nivel - prevención y promoción de la salud y atención ambulatoria, segundo y tercer nivel atención especializada para enfermedades crónicas y condiciones comunes en adulto mayor (Secretaría Nacional de Planificación, 2024).

2.4.2 MIES Norma Técnica Adulto Mayor

Esta norma técnica es importante porque garantiza la calidad de los servicios de atención integral a los adulto mayores en el Ecuador, ya que hace un enfoque protección de derechos para garantizar la calidad de vida de os adultos mayores.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque de la Investigación

Esta investigación tiene un enfoque mixto, debido a que representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias, también se evidencia datos numéricos, verbales, textuales, visual, simbólicos y de otras clases para entender el problema de las Redes de apoyo para pacientes oncológicos de la tercera edad.

Las redes de apoyo para pacientes oncológicos de la tercera edad son un fenómeno que involucra aspectos emocionales, sociales y prácticos. Las redes de apoyo están conformadas por familia, amigos, profesionales de la salud y organizaciones comunitarias, su participación e interacción en la vida del adulto mayor requiere varios métodos de intervención para realizar un verdadero análisis, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias como producto de toda la información recabada. (Hernández & Cristhian, 2018)

Este enfoque permite una adaptabilidad que es crucial en este estudio, la perspectiva que ve la realidad como un todo y sus partes, sean estas físicas sociales y emocionales, facilitarán decisiones para intervenir en los problemas detectados, que no solo beneficiaran al adulto mayor directamente, sino a su familia, sociedad y mejorará la percepción de servicios de salud en este hospital, en el que se realizara el presente estudio, para mejorar la calidad de vida.

3.2 Nivel y Tipo de investigación

Los niveles de investigación que vamos a emplear de acuerdo al alcance y la profundidad es el Nivel explicativo/descriptivo ya que los datos cualitativos recopilados servirán en primer momento para generar hipótesis que servirán para corroborarlas con datos cualitativos.

Tipo de Investigación es aplicada, puesto que se utilizarán herramientas de recolección de información como encuestas y entrevistas que serán aplicadas a la población estudiada.

3.3 Método de Investigación

Lógico Deductivo se utilizara este método que según Roberto Hernandez, parte de teorías o premisas generales reconocidas que sirven para llegar a conclusiones específicas por medio del proceso de deducción lógica. Este enfoque permite obtener hipótesis claras basadas en principios teóricos que aseguran la fundamentación de las conclusiones obtenidas.

3.4 Universo

El universo de esta investigación está conformado por todos los pacientes oncológicos de la tercera edad que reciben tratamiento en el Hospital de Quito durante el periodo comprendido en enero del 2024 a junio del 2024.

3.5 Muestra

La muestra de este estudio estará conformada por 80 pacientes oncológicos de la tercera edad seleccionada del universo descrito anteriormente. El tamaño de la muestra se ha determinado utilizando

Criterio de selección de la muestra:

- Tipo de población: pacientes con diagnóstico de cáncer
- Rango de edad: 65 años o más.
- Ubicación geográfica: pacientes que reciben tratamiento den el Hospital de Quito
- Seguro de salud: ISSPOL
- Voluntad de participación en la investigación.

3.6 Muestreo

Por conveniencia no probabilístico con pacientes de la tercera edad con diagnósticos oncológicos que se encuentran en tratamiento el último año, es una técnica de investigación que permitirá elegir y ubicar a los participantes, porque son parte de la población de estudio y tienen predisposición a colaborar.

Se basa en la disponibilidad y accesibilidad de los participantes, por lo que es necesario que sean pacientes beneficiarios de la atención del Hospital Quito y que sean de la tercera edad (65 años en adelante) con diagnósticos oncológicos, que hayan recibido atención médica en este año 2024. Por medio de un listado completo y actualizado de todos los pacientes oncológicos de la tercera edad que cumplen con los criterios de estudio, se realizará una

invitación directa en la que se citará a los pacientes para la aplicación de la encuesta que permitirá recopilar la información requerida para el estudio, una vez aplicado el instrumento de estudio se copilarán los datos para su análisis.

3.7 Formas de Recolección de la Información

En esta investigación se realizará la aplicación del cuestionario de Apoyo Social DUKE-UNC presencial, que permitirá conocer cómo son las experiencias y percepciones de los pacientes oncológicos de la tercera edad en relación con las redes de apoyo y su posible impacto en la calidad de vida, desde la apreciación del apoyo en dos dimensiones confidencial y afectivo, también identificar personas con riesgo de apoyo social bajo que pueden ser una causa de riesgo para los diversos problemas de salud física y mental.

Este cuestionario utiliza diversos contextos de investigación y práctica, con el reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. Las respuestas de los 11 items que se califican en una escala tipo Likert, que va desde “mucho menos de lo que deseo hasta tanto como deseo”.

3.8 Formas de Análisis de la Información.

Por medio de codificación axial se realizará un análisis cualitativo que consiste en reorganizar los datos codificados previamente con el fin de identificar relaciones entre las categorías emergentes. De modo que, se

conecte y organice las categorías según un eje central o “categoría principal” clarificando la comprensión más profunda del fenómeno estudiado.

CAPITULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentaran los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta Duke y entrevista realizada a pacientes adultos mayores con diagnósticos oncológicos de un hospital de Quito, que luego de su aplicación, se realizó la transcripción, codificación, análisis y contrastación de la información.

4.1 Caracterización de la muestra: encuesta Duke

Rango de edad	A partir de los 65 años
Diagnostico	Enfermedades oncológicas
Seguro de Salud	Que sean beneficiarios del seguro de salud ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional)
Atención medica	Que reciban atención médica en un Hospital de Quito
Total encuestados	80 pacientes adulto mayor encuestados

4.2 Caracterización de la muestra: entrevista

Rango de edad	A partir de los 65 años
---------------	-------------------------

Diagnostico	Enfermedades oncológicas
Seguro de Salud	Que sean beneficiarios del seguro de salud ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional)
Atención medica	Que reciban atención médica en un Hospital de Quito
Total entrevistados	8 pacientes adulto mayor entrevistados

En relación al primer objetivo específico: Identificar los tipos de redes de apoyo utilizadas por los pacientes oncológicos de la tercera edad, el análisis de las entrevistas revela varias facetas del apoyo social y su impacto en el bienestar de los pacientes, a continuación se muestran las percepciones de 8 pacientes entrevistados:

“No solamente el de mi esposa si ella no está yo creo que me moriría” (PO01)
“El de la familia pero no tengo” (PO02)
“El de la familia pero no se puede cambiar porque por ejemplo los hermanos cada quien tiene su vida y no quieren visitar y tampoco quieren que les visitemos, cuando vamos con mi señora no nos abren la puerta se hacen negar, eso que no hemos tenido problemas, pero no sé cuál será el motivo” (PO02)
“Siempre es más importante el apoyo de la familia porque si no están ellos estamos solos porque ellos nos atienden viven con nosotros nos quieren y nos cuidan” (PO04).

“Si siempre el de mi familia ellos siempre está conmigo y peor si me tienen que hacer alguna cirugía, van toditos, hasta mi hermana y mis sobrinos, mi cuñado” (PO05).

“Todos son importantes, de todos se necesita” (PO06).

“Los del hospital porque si no me atienden me muero aunque ya no tengo por quien vivir” (PO07).

“Me gustaría que mis hijos se unan, que no estén peleando por cosas, yo necesito apoyo alguien que me ayude, pero no solo mi hija el resto hasta ya se despidieron como que yo ya no hubiera, me dijeron que ya no me van a venir a ver, yo no sé porque andan enojados conmigo si yo todo les he dado señorita” (PO08).

Los resultados muestran en primer lugar los tipos de apoyo identificados como el apoyo emocional, el apoyo práctico y el apoyo informativo (Soria, 2023); a través, del grupo primario más importante para el paciente que según Cassel (1974) es la familia. Pacientes como PO01, P003, PO04, PO05 y PO06 enfatizaron el papel esencial de los miembros de la familia, principalmente cónyuges e hijos, así como el apoyo de instituciones como hospitales y clubes comunitarios. Este hallazgo es consistente con la teoría del apoyo social de House (1981), que divide el apoyo en apoyo emocional, instrumental, informativo y de pertenencia ya que los pacientes oncológicos han recibido diversas formas de apoyo que son fundamentales para su salud física y mental.

Sin embargo pacientes como PO02, PO07 y PO08 experimentan apoyo más limitado, centrándose en el apoyo institucional y apoyo ocasional de familiares. Estas percepciones sugiere una red de apoyo insuficiente, poco activa lo que puede correlacionarse con niveles bajos de bienestar, según

Berkman y Glass (2000) una red de apoyo deber ser densa, activa para genera un impacto positivo en la salud integral del paciente oncológico, mientras que una red menos densa y con poca actividad no ofrece el mismo nivel de beneficios emocionales y prácticos.

4.3 Frecuencia de apoyo

<p>“MI esposita vive con migo ella es quien me cuida” (PO01)</p>
<p>“Verá ocasionalmente mi hija me da el apoyo pero solo cuando me siento enfermo. El Hospital cuando vengo a las citas y en el Club con las licenciadas y los compañeros” (PO02)</p>
<p>“Mi esposa está a diario conmigo ella es la que me cuida siempre.” (PO03)</p>
<p>“Diariamente están conmigo yo vivo con un hijito y los demás viven cerca y siempre me viene a ver nos reunimos los fines de semana, no vamos de paseo. ” (PO04).</p>
<p>“Mi esposa y mi hija están siempre que lo necesite” (PO05).</p>
<p>“Mis hijas y mis nietos siempre, siempre están conmigo” (PO06).</p>
<p>“Siempre me apoyan en el hospital, porque en la casa no tengo a nadie me divorcié hace treinta años y no tuve otro compromiso y mis dos hijos se fueron a otros países y se olvidaron de mí, yo vivo solo y solo cuando me pongo mal, le llaman a mi hermana y viene un sobrino pero de repente.” (PO07).</p>
<p>“Mi hija viene cada 8 días así, viene y me trae una gallinita o cualquier cosita para comer. La vecina Mery a veces cuando se va donde la familia, allá en Machachí y me regala cualquier cosita.” (PO08).</p>

Así mismo los pacientes que perciben apoyo diario (Pacientes PO01, P003, PO04, PO05 y PO06) son los que viven con sus familiares, especialmente con un cónyuge o hijos, quienes los cuidan de forma constante a través del acompañamiento a citas médicas y la asistencia a las actividades diarias. Esta frecuencia de forma continua refuerza de manera significativa el sentirse apoyado, valorado, amado, lo que es fundamental y esencial para el bienestar del paciente oncológico de la tercera edad. Según Gerald Caplan (1976), el apoyo constante y variado, como el que proporcionan los familiares cercanos, es crucial para el bienestar físico y psicológico, particularmente en el contexto de enfermedades crónicas.

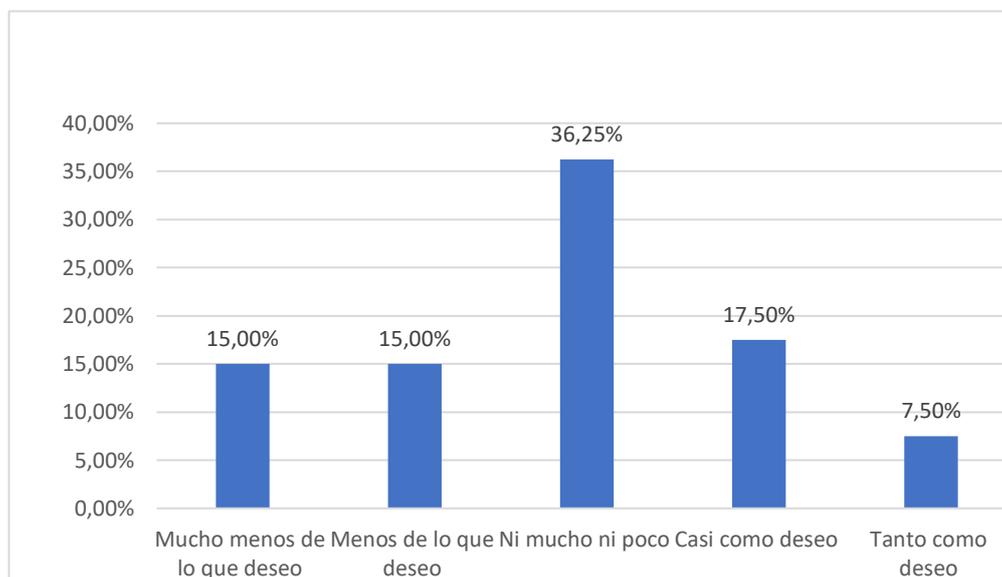
Según Broadhead et al. (1983), el apoyo social se define en función de las conexiones sociales constantes; sin embargo existe un grupo de pacientes que reciben apoyo ocasional de la familia pero que perciben apoyo de redes externas como clubes o profesionales de la salud (Pacientes PO02, PO07, P008). La frecuencia con la que reciben apoyo es variable, las visitas y asistencia a citas médicas o reuniones en los clubes suelen ser esporádicas. Esta situación puede ofrecer beneficios limitados ya que no tienen una vida activa acorde a su condición de salud.

La encuesta también corrobora esta situación, la figura 1 muestra que la mayoría de los participantes se encuentran en las categorías intermedias ("Ni mucho ni poco" y "Menos de lo que deseo"), lo que significa que existe una combinación de satisfacción y necesidad de tener más apoyo social. Este hallazgo se alinea con la teoría del capital social de Putnam (2002), que sostiene que una interacción social moderada, como se refleja en las categorías intermedias, puede contribuir a un equilibrio aceptable en la

satisfacción social, pero no siempre es suficiente para lograr una satisfacción total.

Figura 1

Frecuencia de visitas de las Redes de apoyo



4.4 Modalidad de apoyo

“Cuidado diario por que por todos los problemas de salud no puedo valerme por si solo, también me da cariño y me acompaña a todos lados” (PO01)

“La atención médica por parte del hospital y el apoyo emocional y de mi hija el cuidado si necesito pero solo cuan estoy enfermo.” (PO02)

“De mi esposa tengo el apoyo en el cuidado, ella me atiende en la casa me prepara la comida se encarga de mi ropa de todo y cundo me ve triste me dice vamos a pasear o me trae al Club.” (PO03)

“De mis hijos cuidados, apoyo emocional, económico, no me gusta que me atiendan porque a mí me gusta cocinar y arreglar mis cosas, pero si me cuidan mucho.” (PO04).

“Mi esposa, siempre está pendiente de todo me cuida en la comida, lo que visto, la hora a la que me acuesto todo, absolutamente todo. Mi hija es la que está pendiente de las atenciones médicas, los medicamentos me acompañan a todas las citas, hace de todo para estar con nosotros cuando tenemos que ir al médico porque ella también trabaja y tiene hijos y es sola no tiene esposo...” (PO05).

“Mis hijas me cuidan siempre, viven en mi misma casa pero en diferentes departamentos, no me dejan ni cocinar y pagan para que me arreglen la casa me tiene sobre todo, no me dejan estar triste, conversan siempre conmigo.” (PO06).

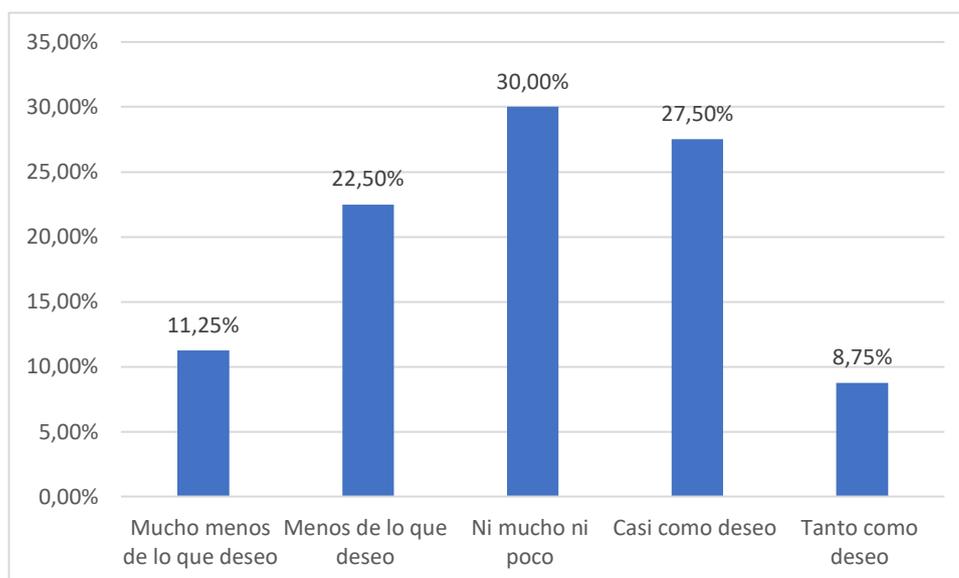
“Me atiende el doctor aquí en el hospital y en el club es bonito por que se conversa enseñan bastantes cosas, de la familia casi nunca por que como no viven aquí viven en Ambato no vienen y tampoco voy porque no me gusta ser una carga para nadie..” (PO07).

“De mi hija todo el apoyo ella me entiende, me atiende, pasa conmigo, viene cocina, me da de comer, todo me hace cuando tiene tiempo. Y la doctorcita del Dispensario cuando me duelen mucho los huesos viene y me inyecta son muy buenos.” (PO08).

Por otro lado la encuesta reveló que el 33.75% de los participantes reportan sobre el apoyo que reciben "Menos de lo que deseo" o "Mucho menos de lo que deseo." Este porcentaje significativo refleja una necesidad insatisfecha de apoyo aunque la mayoría de los participantes reporta una cantidad de ayuda que se encuentra en un rango moderado, una parte significativa percibe que recibe menos apoyo del que desearía (Figura 2)

Figura 2

Percepción de ayuda



Los testimonios recogidos muestran experiencias diversas respecto al apoyo que reciben las personas mayores, que van desde la atención integral y continuada a los familiares, como en los casos de los pacientes PO01, PO03 y PO05, hasta situaciones donde existe una mayor percepción de independencia, como en el caso del paciente PO04, o incluso falta de apoyo cercano, como menciona el paciente PO07.

Esta diversidad es consistente con la teoría del apoyo social de Cohen y Wells (1985), que postula que la felicidad de una persona mejora significativamente cuando percibe que recibe el apoyo adecuado de los demás. La encuesta encontró que el 33,75% de los participantes cree que recibieron “menos de lo que querían” o “mucho menos de lo que querían”, lo que indica una gran brecha entre las expectativas y la realidad del apoyo que reciben, lo que puede tener un impacto negativo significativo sobre tu salud general.

.Además, desde la perspectiva de la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan (1985), la autonomía juega un papel importante en la satisfacción individual. Por ejemplo, OP04 expresó el deseo de mantener la independencia en actividades como cocinar, sugiriendo la importancia de la independencia en la percepción de bienestar de un individuo, a pesar del apoyo emocional y financiero.

Al analizar estos datos, queda claro que el apoyo social es uno de los determinantes de la salud física y mental de las personas mayores, pero su eficacia depende en gran medida de cómo se percibe y de cómo se equilibra con la necesidad de mantener un sentido de independencia y apoyo.

4.5 Satisfacción con el Apoyo Recibido

<p>“Si estoy satisfecho aunque yo cuente solo con mi esposa, con nadie más de la familia” (PO01)</p>
<p>“Si satisfecho porque me gusta estar con mis compañeros del Club, nunca había estado en un club ni sabía que era eso y ha sido bonito” (PO02).</p>
<p>“Satisfecho porque mi esposa ha sido siempre la que me atiende y se preocupa por mí y ahora que los dos venimos al hospital no solo por las atenciones médicas sino también por club y hablan no nosotros hacemos juegos ha sido muy bonito. Yo si estoy agradecido con todo lo que han hecho” (PO03).</p>
<p>“Si muy muy feliz, por mi casa hay un grupo del municipio pero no me gusta porque solo nos daban bailo terapia, acá nos enseñan ejercicio para el cuerpo y la mente y nos escribimos por el celular porque nos enseñaron como se usa, es muy bonito nos enseñan de todo” (PO04).</p>
<p>Si muy satisfecho me quieren mucho y yo a ellos (PO05).</p>

“Si, por desde mi doctorcito es bueno conmigo, las licenciaditas del club nos tratan demasiado lindo” (PO06).

“De mis hijos NO (llora) nada satisfecho. De las personas del hospital si y también del San Juan de Dios” (PO07).

“Ay señorita, que le puedo decir, yo le pido a Dios que me de fuerzas porque esto de que los hijos ni le miren a uno ha sido bien duro, yo les extraño, a veces digo que tantas cosas habré hecho mal para que ni me llamen (llora)” (PO08).

La satisfacción con el apoyo recibido es generalmente alta en los pacientes PO01, P003, PO04, PO05 y PO06 ya que expresan agradecimiento hacia sus familiares y reconocen el impacto positivo de su apoyo en su calidad de vida. Sin embargo, algunos desean que otros miembros de la familia se involucren o cambie el comportamiento de sus cuidadores. Este nivel de satisfacción es coherente con la teoría de la soledad social de Cacioppo y Patrick (2009), quienes sostienen que el apoyo frecuente y constante puede reducir, mitigar los sentimientos de soledad y mejorar el bienestar general de un individuo.

En los pacientes PO02, PO07, P008 la satisfacción también es alta en general, aunque manifiestan el deseo de que mejore la frecuencia y otras características del apoyo mejoren. Entonces el apoyo institucional es beneficioso, aunque su impacto puede verse limitado si no es complementado por el apoyo familiar cercano (Berkman & Glass, 2000).

En esta variable también se pudo apreciar el deseo de los pacientes adulto mayores con relación a la mejora en el apoyo que recibe, cinco de los

ocho entrevistados anhelan mejorar el tiempo con la familia, uno el tiempo de escucha en el apoyo institucional y uno anhela no tener la enfermedad

“Me gustaría que mis sobrinos, estén pendientes de nosotros nos visiten, nunca vienen y cuando vamos no nos reciben, siempre están ocupados PO01)
Solo mi familia del club todo esta bonito que sean más días también” (PO02).
“Lo que me gustaría que cambie es que mi hija cambie su carácter para que nos apoye mejor a los dos, es que es muy brava” (PO03).
“No que no cambie nada, solo que sean más días” (PO04).
“Bueno que mis hijos que viven en el extranjero vengan más seguido, aunque siempre me hacen video llamada les extraño” (PO05)
“No nada, solo no quisiera tener la enfermedad no más” (PO06)
“De mis hijos, me gustaría que estén conmigo y no vivir solito, ha sido muy duro no tengo ni con quien hablar, no le importó a nadie de mi familia, solo espero me llegue la hora no más” (PO07).
“A mí lo que más me mata es la soledad verá, a veces yo estando sola pienso que si algún rato me pasa algo en mi casa se han de enterar cuando mi hija venga a verme porque no tengo ni perro que me ladre (llora). Qué más quisiera yo que mis hijos vengan a verme, que me dejen estar con mis nietos, pero quieren saber nada, no me ayudan en nada” (PO08).

Los testimonios revelan una profunda insatisfacción con las relaciones familiares y fuertes sentimientos de soledad, especialmente entre aquellos cuyos familiares están lejos o no participan en su vida diaria. La teoría del apego de Bowlby (1980) señala que, los vínculos emocionales, especialmente los que se forman en la infancia, influirán en la salud emocional a lo largo de

la vida. La desconexión emocional que sentían los participantes, como la imposibilidad de visitar a sus hijos y nietos, generó sentimientos de abandono y soledad, que tuvieron un impacto negativo en su salud emocional. Este tipo de desconexión fue evidente en historias en las que los participantes expresaron un fuerte deseo de recibir más atención y apoyo de sus seres queridos, como lo evidencia la tristeza y la desesperación por no recibir contacto.

La teoría de la unidad social propuesta por Weiss (1974) también es relevante en este contexto. Weiss cree que la soledad no es sólo una falta de amistad, sino también una falta de conexiones significativas. En el testimonio, hubo un profundo deseo de tener una interacción significativa con los miembros de la familia, lo que indica una necesidad insatisfecha de conexión emocional. Este sentimiento de soledad y aislamiento se ve aumentado por personas que sienten que no tienen con quién hablar o que no hay nadie en su familia que se preocupe por ellos, y también aparece en casos de extrema soledad y desesperación. Estos hallazgos resaltan la importancia crítica de las relaciones familiares y sociales para la salud mental de las personas mayores, enfatizando fuertemente que la falta de estas conexiones puede conducir a una disminución significativa de su salud y calidad mental.

4.6 Calidad de Vida y el Impacto del Apoyo Social

En esta categoría cinco entrevistados manifiestan que su calidad de vida actual es buena y tres manifiestan que es mala.

“Económicamente es buena tenemos para lo necesario, solo mi salud es lo fregado y que no tenemos familia y como no tuvimos hijos, solo nos dedicamos a trabajar. He tenido que dejar de hacer algunas actividades como jugar vóley que era mi deporte favorito, dejar de comer algunos alimentos que eran mis preferidos” (PO01)

“Mi calidad de vida es buena porque vivo de mi pensión y aquí me atienden y no gasto, pero en la familia mala porque solo mi hija me ve eso si me enfermo si no nunca me visitan ni me llaman” (PO02).

“Es difícil porque la enfermedad no deja que hagamos muchas cosas, a mí me gusta la carpintería y no puedo hacer nada de los muebles porque el aserrín me hace daño a los pulmones y ya no puedo, se vive medianamente bien mi sueldito y el de mi esposa si nos alcanza para no más de los dos. Cuando nos enteramos nos asustamos mucho, teníamos miedo, no quería hacerme ningún tratamiento, pero luego ya me convencieron y aquí estoy” (PO03).

“Es buena todos me apoyan no me dejan sola, me consideran mucho toda mi familia no me hacen faltar nada. Fue difícil cuando nos enteramos del diagnóstico porque no nos lo esperábamos todos llorábamos mucho pero luego ya nos fuimos acostumbrando a todo y como si colaboro para el tratamiento, estoy tranquila” (PO04)

“Es muy buena, no me puedo quejar, vivo bien me siento muy querido. Fue duro cuando ya nos dijeron lo de la enfermedad, mi hija y mi esposa estuvieron conmigo, fue en plena pandemia, pensé que me iba a morir, tena miedo y todos estaban preocupados pero mi hija hizo todo rápido para que me atiendan y empecé el tratamiento y no me e descuidado y estoy hasta aquí a Dios gracias bien” (PO05).

“Yo vivo bien, tranquila” (PO06).

“Mi calidad de vida es mal no me alcanza el sueldo por que a veces toca comprar medicamento o hacerme exámenes y son caras. Y la soledad a veces siento que me mata” (PO07).

“Desde que me dijeron que tengo cáncer ya no es igual, como quiera antes tenía más energía, menos dolores, ahora con cada quimioterapia es bien duro para mí porque me dan hasta nauseas a veces, no tengo ni ganas de comer, a veces no quiero saber nada. Ahora los últimos años de mi vida me ha tocado más duro que nunca” (PO08).

Los pacientes con apoyo familiar (PO01, P003, PO04, PO05 y PO06) reportar tener una calidad de vida relativamente buena, aunque existen excepciones ya que algunos enfrentan dificultades en la parte económica o emocional. El apoyo constante de la familia les ayuda a manejar la enfermedad y a mantener rutinas saludables estables. Para Kaplan y Berkman (2000), el apoyo de la familia tiene un impacto positivo significativo en la calidad de vida del paciente oncológico de la tercera edad debido a que ellos enfrentan y se adaptan a la enfermedad con mayor predisposición. En los pacientes con apoyo comunitario e institucional (Pacientes PO02, PO07, P008), la calidad de vida también es percibida como positiva; sin embargo, enfrentan desafíos relacionados con la soledad o la falta del apoyo de la familia.

Con respecto al segundo objetivo específico: Describir las percepciones de los pacientes sobre la importancia o efectividad de las redes de apoyo las entrevistas revelaron lo siguiente:

4.7 Importancia de las redes de apoyo

“Mi esposa es incondicional, es muy importante siempre está conmigo ya son 58 años de matrimonio y me cuida desde ahí hasta ahora” (PO01)

“Es muy importante porque aquí puedo conversar de lo que me pasa y me aconsejan la licenciadas y lo compañeros porque en la casa no tengo con quien conversar” (PO02).

“Es muy importante porque se comparte lo que se vive, lo que pensamos es muy difícil que nos entiendan en casa mi hija no tiene mucha paciencia, pero cuando venimos acá las licenciadas nos permiten opinar nos dejan hablar y nos dan una guía de lo que no sabemos” (PO03).

“Es muy importante porque a pesar de que tengo mi grupo de amigas no siempre pueden venir o yo puedo ir a verlas, pero aquí tratamos cosas importantes con profesionales que nos guían y eso me ayuda a entender muchas cosas que al principio no entendía, como por ejemplo a aceptar que vamos envejeciendo y que no por eso dejamos de ser útiles y que la enfermedad por más que de miedo mientras no nos toque no nos vamos” (PO04).

“Yo no tengo apoyo social, a mí no me gusta reunirme, solo tengo dos amigos del barrio con los que conversamos cuando nos encontramos, en el barrio, entonces para mí no es importante” (PO05).

“Huy es muy importante, porque paso entretenida me falta tiempo solo después de las quimios me decaigo y ya no hago nada, me toca quedarme en la casa, porque no tengo ánimo de nada. Pero luego vuelvo a reunirme a mí me gusta estar con mis amigas, hacemos un montón de cosas, me río mucho” (PO06)

“Es para mí muy importante porque no tengo a nadie más las señoritas me ayudaron cuando salí de la cirugía porque me ayudaron a que me reciban en el San Juan de Dios, me cuidaron y mi sobrino me vino a sacar cuando me dieron el alta” (PO07).

“Muy importante porque en Riobamba en el dispensario de salud me saben visitar en la casa con víveres y me atiende la doctorcita que es amiga de mi hija, linda es la señorita” (PO08).

El paciente PO001, revela la importancia del apoyo familiar, especialmente del cónyuge, en el bienestar del paciente. Según Cassel (1974) cuando existe el apoyo constante del grupo primario se refleja en el bienestar físico y psicológico. El hecho de que exista la presencia de un cónyuge comprometido proporciona soporte emocional, y además el sentido de seguridad y estabilidad. En otras palabras la dependencia del paciente en su cónyuge para la gestión de su salud muestra cómo el apoyo es importante para el bienestar general.

La necesidad de apoyo emocional e informativo es evidente en el testimonio del paciente PO02. Según Castrillón (2023), en el contexto de pacientes oncológicos de la tercera edad, el acceso a consejos y apoyo emocional puede suplir la falta de apoyo por los miembros de la familia y es importante para el bienestar emocional. Esto resuena con la teoría del apoyo social de Cohen y Wills (1985), que señala que el apoyo social es fundamental para reducir el impacto del estrés ocasionado por la enfermedad, pero la ausencia de este apoyo conlleva a aumentar la vulnerabilidad del paciente.

El paciente PO03 destaca el valor del apoyo informativo y emocional. La teoría de redes de apoyo de Cobb (1976) subraya que los beneficios del apoyo social se derivan de la información que ofrece a los individuos respecto a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

El paciente PO04 nos revela la importancia del apoyo comunitario y profesional en la adaptación a la enfermedad y al envejecimiento, esta aseveración se alinea con lo señalado por López (2023) que expresa como el

apoyo de un profesional puede brindar orientación y ayuda para así enfrentar los desafíos de salud y envejecimiento.

El paciente P005 percibe el apoyo social como poco importante y muestra que la falta de redes de apoyo de manera activa puede repercutir negativamente el bienestar del paciente. Según Castrillón (2023), la soledad social y la falta de apoyo regular pueden colaborar a la generación de sentimientos de aislamiento y malestar emocional, lo que aumenta la experiencia negativa de la enfermedad.

Para el paciente PO06 el apoyo social ha sido muy importante en la recuperación y el manejo de los efectos secundarios del tratamiento. Aquí se destaca la teoría de Cacioppo y Patrick (2009), quienes señalan que las redes de apoyo gestionadas con frecuencia pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de la enfermedad y el tratamiento, debido a que se le proporciona al paciente distracción elevando el estado de ánimo.

Para el paciente PO07, el apoyo recibido durante la cirugía y la recuperación, tanto institucional como familiar, fueron importantes. López (2023) señala que el proceso de recuperación mejora de forma significativa cuando percibe el apoyo instrumental y emocional. También corrobora esta afirmación Cohen & Wills (1985) quienes señalan que las personas que han soportado períodos de estrés se recuperan antes y alcanzan un mejor estado de salud y bienestar si han recibido apoyo social.

Para el paciente PO08, el apoyo comunitario e institucional, es importante, cuando se percibe acompañamiento a través de acciones como el suministro de víveres para suplir las necesidades y la atención médica en

el hogar, López (2023) hace notar la importancia de las redes sociales en la vida de los individuos que permiten la satisfacción de diversas necesidades humanas, sentirse valoradas, seguras y fomentando el crecimiento personal y la integración social, el resultado de esta integración se vería reflejado en la mejora de la calidad de vida.

En la encuesta realizada (Figura 3), el análisis de los datos sobre la recepción de ayuda cuando los participantes están enfermos muestra que el 32.5% de los encuestados se encuentra en la categoría "Casi como deseo," lo que indica que una parte significativa de las personas siente que reciben un nivel de apoyo cercano a sus expectativas cuando están enfermos. Además, un 26.25% reporta recibir ayuda "Tanto como deseo," lo que sugiere un alto nivel de satisfacción en este aspecto para un grupo considerable de participantes. Por otro lado, un 18.75% se ubica en la categoría "Ni mucho ni poco," lo que refleja una percepción moderada de satisfacción, donde el apoyo recibido no es ni demasiado escaso ni totalmente satisfactorio.

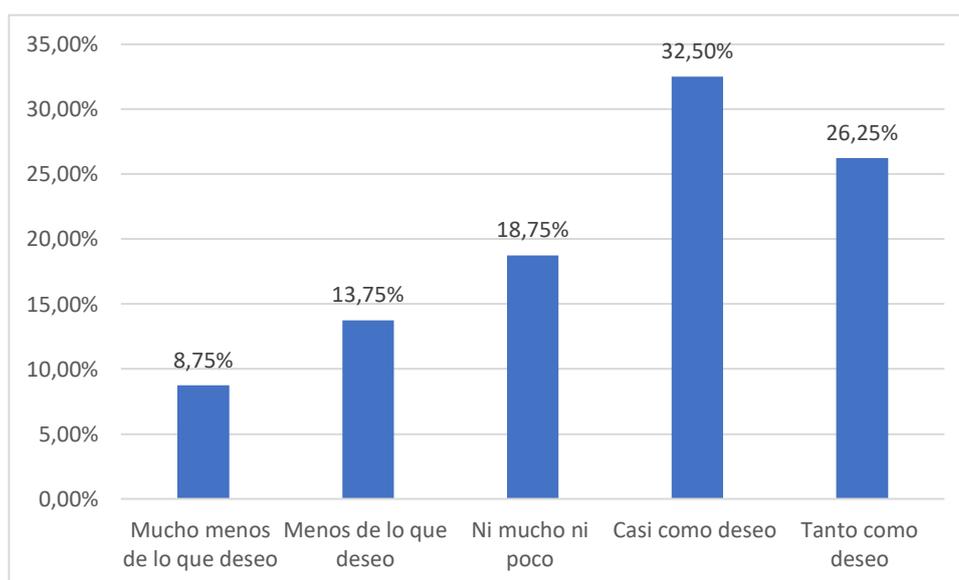
Según Rodríguez (2023), el apoyo social en situaciones de enfermedad es crucial para el bienestar emocional y físico. La presencia de un alto porcentaje de participantes que perciben un apoyo adecuado es consistente con esta teoría, ya que demuestra que estos individuos tienen redes de apoyo social que cumplen una función protectora y de asistencia en momentos críticos.

Sin embargo, un 13.75% de los participantes percibe que recibe "Menos de lo que deseo," y un 8.75% "Mucho menos de lo que deseo." Esto indica que hay una parte de la muestra que podría estar en riesgo de sufrir

mayores dificultades durante la enfermedad debido a una red de apoyo insuficiente. Esto resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo social, tal como sugiere la teoría, para garantizar que todas las personas tengan acceso a los recursos necesarios para mantener su salud y bienestar.

Figura 3

Importancia de las redes de apoyo (ayuda en la enfermedad)



4.8 Percepción de efectividad.

Por el problema de columna me han hecho cinco cirugías y en todas a estado mi esposa bañándome y aprendió primeros auxilios para cuidarme” (PO01).

“Yo soy feliz cuando veo la invitación en el WhatsApp porque sé que vengo a conversar con mi amigos y nos reímos también nos aconsejan y quisiera que no se acabe” (PO02).

“Ahora que me operaron de la cervical los compañeros me visitaron en la habitación, me llevaron frutas y me dejaron una carta con una foto de

todos para que no me olvide y vaya pronto a las charlas en el Club” (PO03).

“Si fue muy bonito en la charla de auto estima que nos trajeron una señora que nos cortó el cabellos y nos hicieron las uñas, llegue arregladita a mi casa y mis hijo mis nueras y mis nietos me piropearon. Me sentí muy feliz, no había recibido algo tan bonito” (PO04).

“Realmente NO porque solo converso, no son muy cercanos” (PO05).

“Siempre he tenido mis grupos de amigos de danza de tejido, me gusta compartir con mis compañeros y amigos y cuando me entere de la enfermedad, llegaron un montón a las casa y me visitaron me animaron porque somos algunos que tenemos esta enfermedad y me decían que así mismo es y que no tenga miedo” (PO06).

“Muy bueno, hacen una buena obra de caridad por mi” (PO07).

“Yo como soy solita casi, yo si le agradezco a la señorita que sabe venir, ella que trabaja en el dispensario médico es bien buenita. Y claro, mi hijita sin ella qué sería de mi señorita a veces no tengo fuerzas ni para hacerme una sopita, pero mis otros hijos parece que ni tuvieran mamá” (PO08).

Los pacientes PO01, PO03, PO04 y PO06 señalaron que el apoyo cercano de familiares, amigos o colegas es importante ya que les ayuda a su bienestar emocional y les permite recuperarse mejor durante la crisis. El paciente PO01 señala que su esposa fue su mayor apoyo durante recuperación postoperatoria, el paciente PO03 señala que es el apoyo de sus colegas ha sido significativo después de la cirugía y PO04 agrega que la autoestima mejora con las actividades realizada por el grupo de apoyo. Asimismo, para el paciente PO06 la visita de los amigos en iguales condiciones que le brinda aliento pues lo pueden comprender. Estos

argumentos coinciden con lo señalado por Cohen y Wells (1985) quien sostiene la efectividad del apoyo emocional y social en la salud y el bienestar de los pacientes oncológicos de la tercera edad.

El paciente PO05, a diferencia de otros, afirmó que el apoyo que recibió no fue cercano, lo que limitó su eficacia. Esto enfatiza la importancia de la calidad del apoyo social, como sugiere Cobb (1976) quien señala que el saber y sentir que son importantes para sus grupos sociales, crean relaciones saludables y significativas.

El paciente PO07 enfatizó la importancia del apoyo institucional y comunitario cuando no contaba con el apoyo familiar como fundamental para el manejo práctico de su atención médica y por otro lado el paciente PO08 demostró una disminución en el apoyo familiar luego de la muerte de su esposo, lo que afectó su bienestar emocional, estos hallazgos son validados por Soria (2023) quien enfatiza la importancia del apoyo continuo y la influencia de las relaciones de parentesco para que el paciente pueda superar el proceso que conlleva su enfermedad.

En niveles de efectividad todos los pacientes coincidieron en que el apoyo que recibieron fue efectivo, permitiéndoles continuar el tratamiento y mantener una buena salud, resistir al stress; una experiencia consistente con la hipótesis del efecto amortiguador que afirma que “el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales” (Cobb, 1976, pág. 259). Además, López (2023) apoya estas percepciones ya que señala que el apoyo

social incide directamente en la comodidad emocional y mejora la salud física porque el paciente cumple con los tratamientos. Cuando el apoyo del grupo primario o sea la familia es insuficiente es importante el apoyo comunitario e institucional, como el del Club; pues según Soria (2023) este tipo de apoyo también es esencial para la recuperación y el bienestar general, especialmente cuando el apoyo familiar es limitado.

4.9 Análisis de la Satisfacción del Apoyo Social

“Si estoy satisfecho aunque yo cuente solo con mi esposa, con nadie más de la familia” (PO01)
“Si satisfecho porque me gusta estar con mis compañeros del Club, nunca había estado en un club ni sabía que era eso y ha sido bonito”(PO02).
“Satisfecho porque mi esposa ha sido siempre la que me atiende y se preocupa por mí y ahora que los dos venimos al hospital no solo por las atenciones médicas sino también por club y hablan no nosotros hacemos juegos ha sido muy bonito. Yo si estoy agradecido con todo lo que han hecho” (PO03).
“Si muy muy feliz, por mi casa hay un grupo del municipio pero no me gusta porque solo nos daban bailo terapia, acá nos enseñan ejercicio para el cuerpo y la mente y nos escribimos por el celular porque nos enseñaron como se usa, es muy bonito nos enseñan de todo” (PO04).
“Si muy satisfecho me quieren mucho y yo a ellos” (PO05).
“Si, por desde mi doctorcito es bueno conmigo, las licenciaditas del club nos tratan demasiado lindo” (PO06).
“De mis hijos NO (llora) nada satisfecho. De las personas del hospital si y también del San Juan de Dios” (PO07).

“Ay señorita, que le puedo decir, yo le pido a Dios que me de fuerzas porque esto de que los hijos ni le miren a uno ha sido bien duro, yo les extraño, a veces digo que tantas cosas habré hecho mal para que ni me llamen (llora)” (PO08).

Al analizar las entrevistas se encuentra una valoración clara del apoyo que reciben, tanto a nivel familiar como institucional. Esta conceptualización se alinea estrechamente con las teorías del apoyo social antes mencionadas. Según López (2023), es necesario que el apoyo al paciente con cáncer sea integral, lo que se refleja en la satisfacción de los entrevistados cuando surge el problema. En este contexto, Cassel (1974) enfatizó la importancia del apoyo de los grupos primarios (familiares y amigos cercanos) como base para el bienestar de los individuos, lo que se expresa en las declaraciones de pacientes que se sintieron apoyados por sus familias, especialmente a través de sus esposas. Sin embargo, también existen casos de insatisfacción sin este apoyo, asociados a sentimientos de abandono y tristeza, lo que demuestra la importancia del apoyo social para el bienestar emocional.

Por otro lado, Caplan (1976) distingue entre apoyo social objetivo y subjetivo, aspectos del cual se reflejan en las entrevistas. Los pacientes que reciben apoyo específico, como apoyo en el hospital o participación en actividades de clubes, muestran una percepción positiva de su condición. Además, el aspecto personal del apoyo, incluido el sentimiento de valor y cuidado, fue evidente en los testimonios cuando los pacientes expresaron su gratitud hacia quienes los apoyaban.

Asimismo, Cobb (1976) sugirió que el apoyo social brinda a los individuos un sentimiento de amor y aprecio, lo cual es esencial para mantener

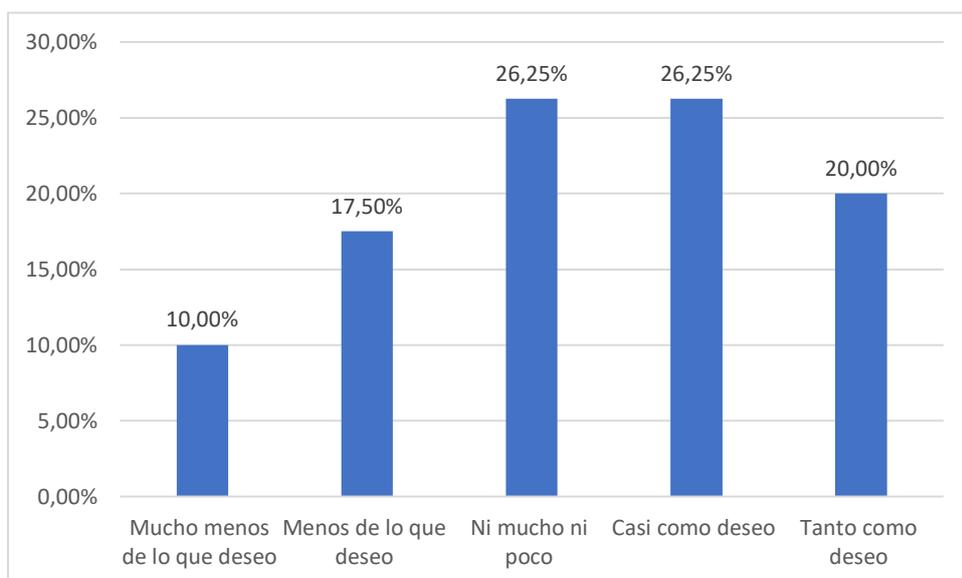
relaciones sanas y significativas. Este aspecto se evidencia en las entrevistas en las que los pacientes expresan su aprecio por el cariño que reciben, pero también se evidencia en el sufrimiento de quienes no sienten el mismo nivel de cariño por parte de sus familiares.

También en la encuesta los datos arrojan que el 37.5% de los participantes se encuentran en la categoría "Ni mucho ni poco" en cuanto a recibir elogios y reconocimientos cuando hacen bien su trabajo, este aspecto está relacionado con la satisfacción de recibir apoyo social e indica que una gran parte de los participantes percibe un equilibrio moderado en la cantidad de elogios y reconocimientos que reciben, aunque no completamente satisfactorio. El 18.75% indica que recibe elogios "Casi como deseo," lo que sugiere una satisfacción ligeramente mayor en un segmento más pequeño de la muestra (Figura 3).

Esta situación es relevante para la toma de decisiones ya que según la teoría de la Motivación de Herzberg (2023) la falta de reconocimientos puede causar desmotivación lo que afectaría al paciente oncológico disminuyendo sus niveles de satisfacción y reconocimiento de la importancia de las redes de apoyo; así mismo dentro de las necesidades del ser humano se encuentra la de amor y afecto, al respecto los pacientes que fueron encuestados reflejan que el 26.25% de los participantes siente que recibe amor y afecto "Casi como deseo," y otro 26.25% se encuentra en la categoría "Ni mucho ni poco," lo que muestra una satisfacción moderada. Y la quinta parte de los encuestados está completamente satisfecha en este aspecto emocional ya que el 20% de los participantes reporta recibir amor y afecto "Tanto como deseo" (figura 4).

Figura 4

Influencia del apoyo en el bienestar (Recibir amor y afecto)



4.10 Deseos de Mejora del Apoyo Social

“Me gustaría que mis sobrinos, estén pendientes de nosotros nos visiten, nunca vienen y cuando vamos no nos reciben, siempre están ocupados” (PO01)

“Solo mi familia del club todo esta bonito que sean más días también” (PO02).

“Lo que me gustaría que cambie es que mi hija cambie su carácter para que nos apoye mejor a los dos, es que es muy brava” (PO03).

“No que no cambie nada, solo que sean más días” (PO04).

“Bueno que mis hijos que viven en el extranjero vengan más seguido, aunque siempre me hacen video llamada les extraño” (PO05).

“No nada, solo no quisiera tener la enfermedad no más” (PO06).

“De mis hijos, me gustaría que estén conmigo y no vivir solito, ha sido muy duro no tengo ni con quien hablar, no le importó a nadie de mi familia, solo espero me llegue la hora no más”(PO07).

“A mí lo que más me mata es la soledad verá, a veces yo estando sola pienso que si algún rato me pasa algo en mi casa se han de enterar cuando mi hija venga a verme porque no tengo más pero que me ladre (llora). Qué más quisiera yo que mis hijos vengan a verme, que me dejen estar con mis nietos, pero quieren saber nada, no me ayudan en nada” (PO08).

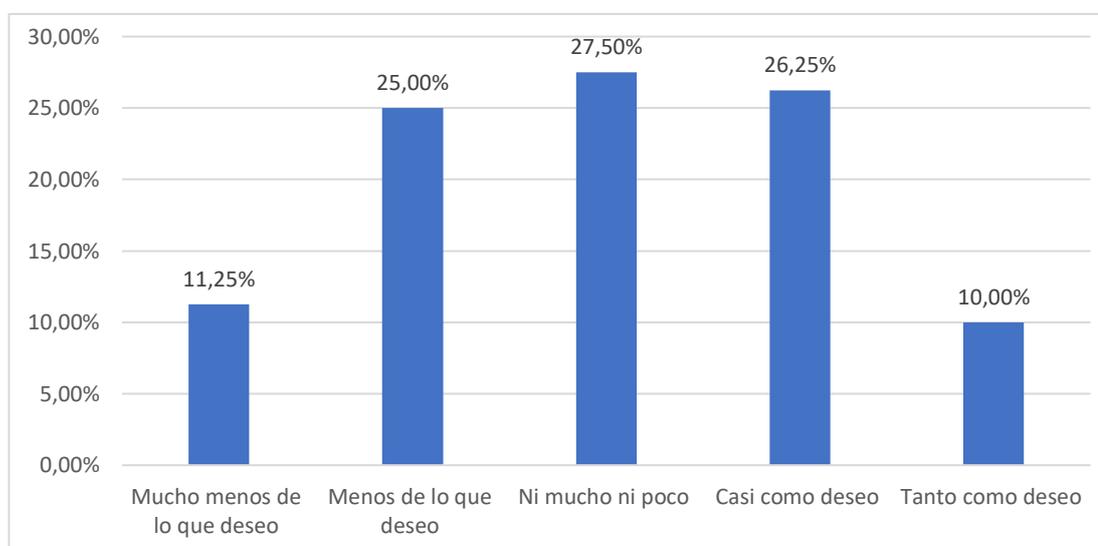
La mayoría de los pacientes coinciden en que quieren más comunicación y apoyo emocional de sus familiares, especialmente de sus hijos y nietos. Esta necesidad de una mayor conexión emocional es consistente con la teoría del apoyo social, que postula que las percepciones de apoyo, especialmente en la dimensión emocional, son importantes para la salud y el bienestar emocional, reduciendo el estrés en situaciones vulnerables como el cáncer (Cobb, 1976).

Muchos participantes expresaron su aprecio por el tiempo pasado con la familia o participando en las actividades del club, expresando un deseo general de que estas interacciones ocurran con frecuencia, reforzando la importancia del apoyo social para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, algunos pacientes expresan el deseo de recibir formas específicas de apoyo como atención médica y asistencia diaria, mientras que otros se centran más en la necesidad de presencia emocional y visitas regulares de sus seres queridos. Por otro lado la encuesta muestra que, más de la mitad de los participantes (53.75%) (Figura 5), se sienten moderadamente satisfechos con su capacidad de hablar de problemas en casa, lo que significa que aún se

puede mejorar en este aspecto. Estas diferencias reflejan las diferencias entre el apoyo social instrumental y el apoyo social emocional, priorizando cada paciente diferentes aspectos en función de sus circunstancias personales y emocionales. Esto confirma la hipótesis del amortiguador, que sugiere que el tipo de apoyo más necesario puede variar dependiendo de las circunstancias del individuo y del nivel de estrés (Caplan, 1976).

Figura 5

Mejora en el apoyo (Hablar de los problemas)



Con respecto al objetivo específico: Explorar cómo las redes de apoyo influyen en la calidad de vida y bienestar emocional de los pacientes las entrevistas arrojaron la siguiente información.

4.11 Influencia del Apoyo Social en la Calidad de Vida

“Económicamente es buena tenemos para lo necesario, solo mi salud es lo fregado y que no tenemos familia y como no tuvimos hijos, solo nos dedicamos a trabajar. He tenido que dejar de hacer algunas actividades

como jugar vóley que era mi deporte favorito, dejar de comer algunos alimentos que eran mis preferidos” (PO01).

“Mi calidad de vida es buena porque vivo de mi pensión y aquí me atienden y no gasto, pero en la familia mala porque solo mi hija me ve eso si me enfermo si no nunca me visitan ni me llaman” (PO02).

“Es difícil porque la enfermedad no deja que hagamos muchas cosas, a mí me gusta la carpintería y no puedo hacer nada de los muebles porque el aserrín me hace daño a los pulmones y ya no puedo, se vive medianamente bien mi sueldito y el de mi esposa si nos alcanza para no más de los dos. Cuando nos enteramos nos asustamos mucho, teníamos miedo, no quería hacerme ningún tratamiento, pero luego ya me convencieron y aquí estoy” (PO03).

“Es buena todos me apoyan no me dejan sola, me consideran mucho toda mi familia no me hacen faltar nada. Fue difícil cuando nos enteramos del diagnóstico porque no nos lo esperábamos todos llorábamos mucho pero luego ya nos fuimos acostumbrando a todo y como si colaboro para el tratamiento, estoy tranquila” (PO04).

“Es muy buena, no me puedo quejar, vivo bien me siento muy querido. Fue duro cuando ya nos dijeron lo de la enfermedad, mi hija y mi esposa estuvieron conmigo, fue en plena pandemia, pensé que me iba a morir, tena miedo y todos estaban preocupados pero mi hija hizo todo rápido para que me atiendan y empecé el tratamiento y no me e descuidado y estoy hasta aquí a Dios gracias bien” (PO05).

“Yo vivo bien, tranquila” (PO06).

“Mi calidad de vida es mal no me alcanza el sueldo por que a veces toca comprar medicamento o hacerme exámenes y son caras. Y la soledad a veces siento que me mata” (PO07).

“Desde que me dijeron que tengo cáncer ya no es igual, como quiera antes tenía más energía, menos dolores, ahora con cada quimioterapia es bien duro para mí porque me dan hasta nauseas a veces, no tengo

ni ganas de comer, a veces no quiero saber nada. Ahora los últimos años de mi vida me ha tocado más duro que nunca”(PO08).

El cáncer ha tenido un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes oncológicos de la tercera edad, lo que conlleva en dificultades con la vida diaria y preocupaciones financieras. La enfermedad ha causado que dejen de realizar actividades que les gustan como el deporte, carpintería, causando estrés y deteriorando su calidad de vida. Según la teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), la percepción de calidad de vida es afectada por cómo las personas manejan las demandas estresantes relacionadas con la enfermedad. Por otro lado la teoría del ajuste al estrés crónico, del mismo autor, sugiere que la adaptación a enfermedades crónicas como el cáncer requiere un ajuste constante a nuevas limitaciones y modificaciones en el estilo de vida.

La distinción principal es que los pacientes difieren en su propia situación financiera y apoyo familiar. PO01 y PO03, afirmaron que su situación económica es estable; sin embargo la falta de apoyo de otros miembros de la familia y la necesidad de abandonar actividades que para ellos resultan gratificantes impacta negativamente en su calidad de vida. Por otro lado los pacientes PO04 y PO05 mostraron un fuerte apoyo familiar y lo que mejora la percepción que tienen sobre su calidad de vida a pesar de su enfermedad. Los pacientes PO07 Y PO08 tienen percepciones negativas sobre su calidad de vida debido a la falta de recursos económicos y al deterioro físico y mental provocado por la enfermedad. Estas diferencias se validan con la teoría de Cobb (1976) que señala que el apoyo familiar y social puede contrarrestar los efectos negativos del estrés y mejorar la percepción de la calidad de vida ante

situaciones adversas. Además, la teoría de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL), como la conceptualizó el WHOQOL Group, integra dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la vida para evaluar el impacto de la salud en la calidad de vida (WHOQOL-BREF, 1998). Esta teoría sugiere que las percepciones individuales de la calidad de vida pueden diferir significativamente en función de diversos factores, incluida la gravedad de la enfermedad, las limitaciones financieras y el apoyo.

4.12 Análisis del Bienestar Emocional

“Un poco triste y preocupado porque ahí me dieron la noticia de que me tienen que operar de la próstata y estoy esperándole a la Doctorcita Psicóloga que se va a reunir con nosotros para conversar un ratito.” (PO01).

“Estoy con miedo porque no se cómo me vaya en los exámenes que me van hacer” (PO02).

“Me siento un poco sensible porque este collarín no me deja moverme con libertad y no me dejan hacer nada y me dicen que yo no puedo y si puedo.” (PO03).

“Me siento tranquila porque de los exámenes que me hicieron salió que no había crecido y el doctor me dijo que estaba dormido el cáncer que no me preocupe. De todas maneras estábamos preocupados con miedo de que salga algo malo.” (PO04).

“Feliz mis hijos vinieron a verme estamos todos juntos y bien, al menos hasta que se vayan pero entiendo que es por su bien.” (PO05).

“Me siento feliz porque me van a llevar al oriente ahí me hacen pasear, lo malo es que después toca venir a la quimio eso no me gusta pero hasta ahí tengo unas amiguitas. Pero bueno así a tocado la vida.” (PO06).

“Triste solo y enfermo” (PO07).

“Ahora que ya ha pasado tiempo desde que comencé el tratamiento y con el apoyo de mi hijita si me siento mejor veré, no le voy a mentir a veces así cuando me acuerdo de mis hijos si me pongo triste pero, yo sé, yo le pido a Dios sobre todo que me de las esperanzas para seguir, para que algún rato ellos vengan y solucionar las cosas porque no me quisiera ir intranquila.”(PO08).

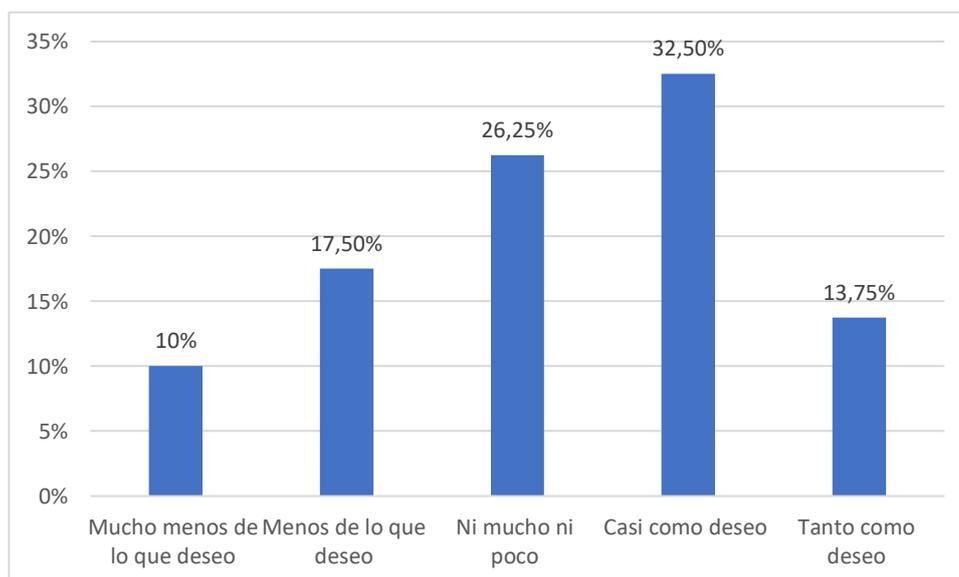
En esta dimensión los resultados arrojan una variedad de respuestas que reflejan aspectos positivos como negativos de la parte emocional. Entre las emociones que transmiten los pacientes están la tristeza, preocupación, y miedo, pero también encuentran momentos de felicidad y tranquilidad. Por ejemplo, existen casos en que los pacientes manifiestan sentimientos positivos al ver a sus hijos y recibir buenas noticias médicas (como en el caso de que el cáncer esté "dormido"), por lo tanto se reitera la teoría de la HRQOL, que enfatiza que el bienestar emocional está estrechamente relacionado con las percepciones de la salud y el apoyo social (Ware & Sherbourne, 1992). Además se señala que la variedad de las respuestas emocionales es consistente con lo señalado por Cobb (1976) quien sugiere que la percepción del apoyo social varía considerablemente entre individuos.

Además, la percepción del apoyo social como una oportunidad para la distracción es positiva para el manejo del estrés, esto es evidenciado por aquellos que participan en actividades recreativas y sociales, lo cual contrasta con los sentimientos de soledad y desánimo reportados por aquellos con menos redes de apoyo. También los datos reflejados en la encuesta (Figura 6) sobre la percepción de los pacientes sobre las personas que se preocupan por ellos arrojan como resultado el 32.5% de los participantes siente que

cuenta con personas que se preocupan por lo que les sucede "Casi como deseo," lo que sugiere un nivel de satisfacción moderadamente alto en esta área. Además, un 13.75% indica que cuenta con este tipo de apoyo "Tanto como deseo" lo que refleja que un segmento más pequeño de la población siente un apoyo social óptimo (Figura 4). Esto apoya la noción de que el apoyo social no solo actúa como un buffer contra el estrés, sino que también puede proporcionar oportunidades para el bienestar emocional a través de la participación activa en actividades que promuevan el sentido de propósito y conexión social (Broadhead y otros, 1983).

Figura 6

Bienestar emocional (Contar con personas que se preocupan)



4.13 Influencia del apoyo social en el bienestar

“En estos últimos meses ha sido muy bonito pertenecer al Club porque me ayuda me olvido por unas horas de todo mi problema de salud” (PO01).

“Es muy importante el apoyo que recibo de los compañeros y las doctorcitas, y cuando estoy preocupado salgo a caminar por donde sea” (PO02).

“Ha influido para bien porque me dan ánimo los compañeros y a pesar de todo me hacen reír mucho” (PO03).

“Yo camino para manejar el estrés, cocino, hago mis manualidades, vengo al club, salgo a conversar con mis amigas” (PO04).

“Yo manejo el estrés caminando, camino dos horas diarias, me gusta mucho leer mis hijos me recomiendan y me regalan muchos libros y paso entretenido, también me gusta ver documentales del mundo, de personas exitosas y ahí me distraigo bastante, juego con mis nietos, me falta tiempo” (PO05).

“Yo manejo el estrés bailando, tejiendo me voy al club salgo a conversar con mis amigas, los fines de semana preparamos alguna comidita con mis hija y mis nietos, así paso” (PO06).

“Solo vengo al club” (PO07).

“Bien señorita, todo el apoyo de mi hija y las vecinas que conversan conmigo me han hecho bien, porque antes yo ya no quería saber nada de ninguna quimioterapia ni nada”(PO08).

Muchos participantes mencionaron cómo el apoyo de amigos y familiares desempeñaba un papel importante en su salud mental. Citas como “Ha influido para bien porque me dan ánimo los compañeros y a pesar de todo me hacen reír mucho” (PO03) y “Todo el apoyo de mi hija y las vecinas que conversan conmigo me han hecho bien” (PO08) resaltan el impacto positivo del apoyo social en el manejo del estrés. Entonces se reitera la teoría de Cobb (1976), Shumaker & Brownell (1984), quienes coinciden en que el apoyo

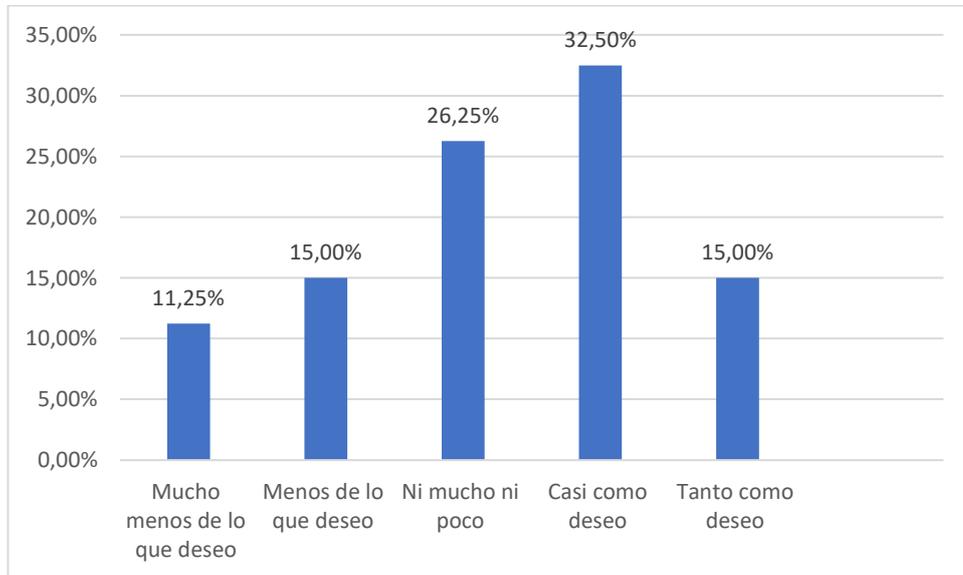
emocional y social puede mitigar el estrés y mejorar la percepción de bienestar.

También se ha observado que los pacientes utilizan diferentes estrategias para afrontar el estrés, como caminar, cocinar, hacer manualidades y participar en actividades sociales como clubes. Esto es evidente en respuestas como “Yo camino para manejar el estrés, cocino, hago mis manualidades, vengo al club” (PO04) y “Yo manejo el estrés bailando, tejiendo, me voy al club” (PO06). Aunque la mayoría de los participantes informaron los beneficios del apoyo social y el uso de estrategias positivas para el manejo del estrés, hubo diferencias notables en la intensidad y frecuencia de estas prácticas. Por ejemplo, la afirmación “Acabo de ir al club” (paciente PO07) indica una dependencia limitada del apoyo social en comparación con otros participantes que utilizaron más estrategias como leer, hacer manualidades y pasar tiempo con sus familiares.

También la encuesta (Figura 7) refleja en el ámbito de la influencia del apoyo social en el bienestar que un 32.5% de los participantes se encuentra en la categoría "Casi como deseo," lo que indica que una parte significativa de las personas está bastante satisfecha con la cantidad de invitaciones que recibe para distraerse. Un 26.25% de los participantes se sitúa en la categoría "Ni mucho ni poco," lo que sugiere que un número considerable de personas experimenta un nivel moderado de satisfacción en este aspecto. Estos aspectos son respaldados por la teoría de Lazarus y Folkman (1984), quienes sugirieron que las estrategias positivas de manejo del estrés, como la participación en actividades de ocio y el ejercicio, son efectivas para reducir directamente el estrés.

Figura 7

Influencia del apoyo social en el bienestar (Recibir invitaciones para distraerse)



CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

Los adultos mayores con diagnósticos oncológicos, requieren identificar y contar con la activación de las diferentes redes de apoyo, en virtud que la condición de salud propia de la edad más el diagnóstico oncológico y las morbilidades, crea un estado de dependencia tanto físico como psicológico.

El adulto mayor considera muy importante contar con las diferentes redes de apoyo porque su intervención al permitir compartir espacios de conversación y escucha, brinda un alivio en la carga emocional, determinante para su salud mental y física.

El apoyo continuo al adulto mayor con diagnósticos oncológicos que recibe el por parte de las redes, motiva continuar con su tratamiento de manera adecuada lo que se refleja en los resultados de su salud física.

La ampliación de las atenciones médicas e intervención del equipo multidisciplinario permite informar y capacitar al cuidador y su familia sobre los cambios y cuidados que requiere el adulto mayor, para a través del conocimiento y sensibilización crear un espacio de comunicación que mejore la calidad de vida del adulto mayor con diagnósticos oncológicos.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las redes de apoyo para pacientes adulto mayores con diagnósticos oncológicos, involucrando la familia, instituciones, comunidad y voluntarios capacitados.

Ampliar los espacios de conversa y escucha a fin de abarca a fin de incrementar el número de beneficiarios adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

Mantener e incrementar la motivación en el adulto mayor para que continúe con el tratamiento oncológico adecuado, con la finalidad de mantener y mejorar su salud física.

Fomentar la integración de las redes de apoyo con una intervención integral para mejorar la percepción de atención en salud del paciente adulto mayor evidenciando en la mejora de la calidad de vida.

Mantener evaluación y seguimiento continuo de la efectividad de las redes de apoyo realizando cambios y mejoras en las estrategias de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores con diagnósticos oncológicos.

Referencias

- ANDER-EGG, E. (2009). *Diccionario Del Trabajo Social*. Lumen. <https://doi.org/9789507245275>
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2014). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Registro Oficial Suplemento 188. <https://doi.org/https://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/document.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *La Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial Ecuador. <https://doi.org/https://doi.org/10.33262/visionariodigital.v3i3.670>
- Avilés, M. (15 de Septiembre de 2021). *Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México*. ASOCIACIÓN ENTRE LAS REDES DE APOYO Y HEMOGLOBINA GLUCOSILADA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DM 2 EN LA UMF 220, EN 2020.. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/110904>
- Baque, J., & Vallejo, M. (2019). La Comunicación en la Relación Médico-Paciente-Familia en Cuidados Paliativos. *Revista Oncología Ecuador*, 29(3), 199-209. <https://doi.org/https://doi.org/10.33821/449>
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 3(2), 158-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Basic Books. <https://doi.org/10.4236/ojd.2014.35021>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R., Soerjomataram, I., & Ahmedin, J. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Broadhead, E., Kaplan, B., Sherman, J., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Siegfried, H., Gosta, T., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113575>.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2009). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection* (Vol. 8). W.W. Norton. <https://doi.org/9780393061703>
- Campagne, D. (2019). Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 45(4), 273-283. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.11.007>
- Caplan, G. (1976). Support Systems and Community Mental Health. *American Sociological Association*, 5(2), 165. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2062958>
- Carabelli, V. (27 de Abril de 2022). *BIENESTAR INTEGRAL*. Cómo Lograrlo. <https://es.linkedin.com/pulse/bienestar-integral-c%C3%B3mo-lograrlo-vanessa-carabelli>
- Cassel, J. (1974). Psychosocial Processes and "Stress": Theoretical Formulation. *International Journal of Health Services*, 6(2), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>

- Castrillón, M. (2023). *Afectaciones en la salud mental de cuidadores familiares y no familiares de personas con enfermedad terminal en la ciudad de Medellín*. UNIVERSIDAD EAFIT. <http://hdl.handle.net/10784/33155>
- Cerquera, A. A. (2014). El dolor y su impacto en la calidad de vida de adultos mayores. *Psicoespacios*, 8(13), 244. <https://doi.org/https://doi.org/10.25057/21452776.324>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Coordinación General de Investigación y Datos de Inclusión. (2018). *CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR: USUARIOS Y UNIDADES DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL MIES*. MIES.
- Cuello, G., & Ramos, A. (5 de Agosto de 2023). *Guía de cuidados dirigida a la disminución del nivel de depresión en el adulto mayor con el diagnóstico de neoplasia de tiroides hospital general Riobamba less*. <https://doi.org/https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16683>
- Cueva, P., Tarupi, W., & Caballero, H. (2022). Incidencia y mortalidad por cáncer en Quito: información para monitorear las políticas de control del cáncer. *Colombia Médica*, 53(1), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.25100/cm.v53i1.4929>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Departamento de Estadísticas y Consulta Externa del Hospital Quito. (2023). *Informe mensual de atenciones por consulta externa*. Departamento de Estadísticas y Consulta Externa del Hospital Quito.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social Support and Cancer: Findings Based on Patient Interviews and Their Implications. *Social Issues*, 40(4), 77-98. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>
- EL CONGRESO NACIONAL. (2015). *LEY ORGANICA DE SALUD*. LEXISFINDER.
- El Instituto Nacional del Cáncer. (2 de Agosto de 2023). *Función de familiares y cuidadores de personas con cánceres raros*. Apoyo: Función de familiares y cuidadores de personas con cánceres raros. <https://www.cancer.gov/pediatric-adult-rare-tumor/espanol/apoyo/funcion-familiares-cuidadores>
- Espinosa, Q., Jiménez, V., Bautista, I., & Ortiz, H. (2022). Cuidados paliativos en adultos mayores con cáncer de próstata. *Sapienza*, 3(8), 93-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.565>
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 4(49), 204-219. <https://doi.org/http://trabajosocialmalaga.org/html/index.php>
- Garcés, J., & Durá, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *International*

- Journal of Social Psychology*, 6(2), 257-271.
<https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Guerrero, M. (1 de 11 de 2021). *Abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta - Ecuador, en el periodo 2020 – 2021. Análisis de caso.* Repositorio Puce.
<https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/29589>
- Guzmán, J. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. *Notas de Población*, 11(77), 35-70.
<https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/242462526>
- Hernández, R., & Cristhian, M. (2018). *Metodología de la investigación Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Mc Graw Hill Educación.
<https://doi.org/http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
- Herrera, A., & Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre Calidad de Vida, Dignidad y Envejecimiento. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 23(1), 65-76.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70275-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70275-4)
- Herzberg, F. (2023). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 5(11), 53-62. <https://doi.org/DOI:10.4236/blr.2021.122019>
- House, J. (1981). *Work stress and social support.* Addison-Wesley Pub. Co., Reading, Mass. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/249075>
- Ibarra, N. (21 de Mayo de 2022). *El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana.* Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.
<https://hdl.handle.net/20.500.14138/4618>
- INEC. (2022). *VIII Censo de Población y VII de Vivienda.* Censo Ecuador.
- Instituto ICSEHA. (2024). *Líneas de Investigación.* Universidad Católica Santiago de Guayaquil. <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/institutos-icseha/lineas-de-investigacion/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *CÓMO FUNCIONAN LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN MÉXICO.* México: Dirección de Estadística.
- Instituto Nacional del Cáncer . (17 de enero de 2023). *Cómo se diagnostica el cáncer.* Intituto nacional del cancer.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion>
- Instituto Nacional del Cáncer. (5 de Mayo de 2021). *¿Qué es el cáncer? Naturaleza del cáncer* .
<https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados?swKeyword=cancer>
- Instituto Nacional del Cáncer. (1 de Noviembre de 2021). *cuidados paliativos. El cáncer: Cáncer avanzado: Opciones cuando no es posible tratar el cáncer avanzado* . <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
- Instituto Nacional del Cáncer. (29 de Marzo de 2024). *Cuidador. El Cáncer: Cómo hacer frente al cáncer.*
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidador>
- ISSPOL. (2021). *LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL.* LEXIS S.A.

- Lambiase, S., Trolli, M., Gónzales, T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Yesica, R. (2020). Redes de Apoyo Social y Calidad de Vida Percibida de los Adultos Mayores del Gran Mendoza. *PSIUC*, 1(6), 2-16. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/11336/151643>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/9780826141927>
- López, N. R. (2023). Importancia de los Grupos de Apoyo de salud en pacientes Oncológicos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 5088-5101. https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8117
- Ludeña, K. (12 de Marzo de 2020). *Apoyo social en pacientes oncológicos de cáncer de mama residentes -Urbanización San Germán en Lima, 2020*. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29051>
- Mejía, Á., & Herrera, B. (10 de Marzo de 2020). *Importancia de las redes de apoyo en el tratamiento físico y psicológico del adulto mayor con diagnóstico oncológico*. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/ac10d2f7-22d2-41ea-ab72-54abbc27904/content#:~:text=Estas%20redes%20cumplen%20un%20rol,vida%20y%20una%20muerte%20digna>
- Ministerio de Gobierno del Ecuador. (2015). *25 años al servicio de la comunidad cumplirá el Hospital de la Policía Nacional de Quito*. Ministerio de Gobierno > Comunicamos > Noticias. <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/25-anos-al-servicio-de-la-comunidad-cumplira-el-hospital-de-la-policia-nacional-de-quito/>
- Ministerio de Salud Pública . (2008). *Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* . Quito: Ministerio de Salud Pública .
- Mise, E., & Herrera, V. (2023). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncológicos. *Sapienza*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.51798/sijis.v4iSI1.661>
- Moncayola, Á., & Gonzáles, V. (26 de Julio de 2021). *Definición del apoyo social en el ámbito oncológico. Una revisión sistemática*. Repositorio Institucional de la Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/128722>
- Montero, D. (9 de Septiembre de 2018). *La Atención Integral en Salud*. Medfamger. <https://sites.google.com/site/medfamger/la-atencion-integral-en-salud>
- Mosquera, J. (18 de Agosto de 2020). *Acompañamiento psicosocial a adultos mayores o de la tercera edad*. Repositorio Digital TDEA. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/863>
- Organización Mundial de la Salud. (20 de Agosto de 2020). *Cuidados paliativos*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Oropesa, Y. (2019). Afectación a la salud familiar por diagnóstico de cáncer en adultos mayores. *Finlay*, 9(3), 187-196. <https://doi.org/https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/616>
- Osorio, A. (2017). PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS . *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 4-11. <https://doi.org/https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58071929/Primero>

[s Auxilios Psicologicos - AOtorio-libre.pdf?1545941173=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRevista_cientifica_y_profesional_de_la_A.pdf&Expires=1719546152&Signature=PXsxx4ZpQYI3biMOU7UKm](https://definicion.de/calidad-de-vida/)

- Pérez, J. (15 de Mayo de 2018). *CALIDAD DE VIDA*. Psicología / Salud / Sociología. <https://definicion.de/calidad-de-vida/>
- Putnam, R. (2002). Bowling alone: The collapse and revival of American community. *Touchstone Books/Simon & Schuster*, 4(7), 464-467. <https://doi.org/https://doi.org/10.1145/358916.361990>
- Real Academia Española. (2024). *empoderamiento*. Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/empoderamiento?m=form>
- Ribes, B., García, P., & Utrilla, S. (2021). Estrategias de afrontamiento en la enfermedad y duelo e influencia de las redes sociales de apoyo. Estudio cualitativo. *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 25(127), 67-73. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8431088>
- Rodas, M. (2018). 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), 23-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.05>
- Rodríguez, R., & Reyes, I. d. (2023). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer. *Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios de Asia Oriental*, 5(4), 50-56. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/10630/26868>
- Ruales, J. (2017). La atención del cáncer en el Ecuador: pasado, presente y futuro. *Rev. Fac Cien Med*, 43(41), 46-59. https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v43i1.1456
- Santos, J., Bonilla, N., Moncada, A., García, A., Ardila, K., & Castellanos, O. (2019). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 483-494. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867021>
- Sarabia, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *GEROKOMOS*, 20(4), 172-174. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2009000400005>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2024). *Plan Nacional de Desarrollo - Para el Nuevo Ecuador 2024-2025*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>
- Shumaker, S., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Social Issues*, 40(4), 11-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Soria, R. (9 de 11 de 2023). *Apoyo social y estigma en pacientes con tuberculosis que se atienden en el Centro Materno Infantil de Jicamarca- Lima 2023*. Universidad Norbert Wiener. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/10325>

- Sosa, B., & Gonzáles, C. (10 de Marzo de 2022). *Impacto de la comunicación del diagnóstico de cáncer en los pacientes ambulatorios que reciben atención médica en el Instituto Oncológico Doctor Heriberto Pieter, octubre, 2021- marzo, 2022.* RI-UNPHU. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4874>
- Terri Fried, M. (1997). Frailty and hospitalization of long-term stay nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(3), 9-265. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb00938.x>
- Torres, G. (2007). La evaluación de políticas y programas públicos: El caso de los programas de desarrollo social en México. . *Política y cultura, Primavera 2007(27),* 197-201. [https://doi.org/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000100010&lng=es&tlng=es.](https://doi.org/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000100010&lng=es&tlng=es)
- Valverde, A. (24 de Septiembre de 2021). *Las falencias en las políticas públicas de salud para la prevención del cáncer en el cantón Tulcán, provincia del Carchi periodo 2014-2017* . Repositorio UPEC . <http://repositorio.upec.edu.ec/handle/123456789/1245>
- Vera, J., & Intriago, D. (2022). Percepción de las redes de apoyo social en un grupo de adultos mayores del sector Monte Sinaí de Guayaquil, Ecuador. *Ciencia y Educación Revista Científica*, 3(5), 43-67. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0003-3169-3631>
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection.* Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/https://www.jstor.org/stable/3765916>
- Weiss, R. (1974). The provisions of social relationships. *Doing Unto Others*, 6(7), 17-26. <https://doi.org/https://api.semanticscholar.org/CorpusID:147648827>
- WHOQOL-BREF. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- World Health Organization. (2018). https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_3. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_3
- Zuleta, V. (2021). *INTERDISCIPLINARIEDAD EN LOS PLANES DE ESTUDIO DE DOS PROGRAMAS DE INGENIERÍA CIVIL EN EL EJE CAFETERO. UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA BOGOTÁ.* <https://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/10785/Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zurita, S. (Agosto de 2021). *Importancia de los Grupos de Apoyo para Mujeres Adultas Mayores, que padecen cáncer en las etapas iniciales, habitantes de la parroquia Ponceano del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ).* Biblioteca Digital de Vanguardia para la Investigación en Ciencias Sociales REGIÓN ANDINA Y AMÉRICA LATINA. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/17573>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth**, con C.C: # 1712049764 autor/a del trabajo de titulación: **Redes de apoyo de pacientes oncológicos de la tercera edad. Estudio en un Hospital de la Ciudad de Quito**, previo a la obtención del título de Licenciad en Trabajo Social en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 27 de agosto de 2024.

f. _____

Nombre: Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth

C.C: 1712049764

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Redes de apoyo de pacientes oncológicos de la tercera edad. Estudio en un Hospital de la Ciudad de Quito		
AUTOR(ES)	Chamba Ortiz, Ruth Elizabeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Valenzuela Triviño, Gilda Martha		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Trabajo Social		
TITULO OBTENIDO:	Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de agosto del 2024	No. DE PÁGINAS:	75
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pacientes oncológicos, adulto mayor, Bienestar integral		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Adulto Mayor, Calidad de Vida, Oncológico, Redes de Apoyo, Vulnerabilidad, Bienestar integral		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>En Ecuador, la población adulta mayor ha generado una mayor demanda de servicios de salud debido a enfermedades crónicas como el cáncer. Este diagnóstico afecta emocionalmente tanto a los pacientes como a sus familiares, quienes enfrentan incertidumbre y dificultades en sus relaciones. Las redes de apoyo, integradas por la familia, el sistema de salud, vecinos y amigos, juegan un rol crucial en mejorar la calidad de vida del paciente oncológico geriátrico. Sin embargo, en Ecuador, los centros de salud aún no fortalecen adecuadamente estas redes de apoyo esenciales para el bienestar integral del paciente, En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, además de las preguntas y objetivos de la investigación</p> <p>En el primer capítulo, se encuentra el planteamiento del problema, además de las preguntas y objetivos de la investigación</p> <p>En el segundo capítulo, se encuentra estructurado por el marco teórico y el referente conceptual, como insumo para comprender la información recogida.</p> <p>El tercer capítulo, se encuentra estructurado por la metodología, en el cual se expone, el enfoque de la investigación, el nivel, el método y de manera explicativa académicamente como esta elección metodológica aportaría a la construcción de los resultados. El capítulo 5, se plantea las conclusiones y recomendaciones a partir de lo encontrado en los resultados del capítulo 4.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono:	E-mail: ruth.chamba@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Valenzuela Triviño, Gilda Martina		
	Teléfono: +593-4-2206957 ext. 2206		
	E-mail: gilda.valenzuela@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			