



ORIGINALES

Dignidad y respeto al adulto mayor con COVID-19 en Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera

Dignity and respect for the older adult with COVID-19 in intensive care from the nursing perspective

Lucia Socorro Macías-Delgado, MSc.^{1,3}

Adriana Denis Gaibor-García, MSc.^{1,3}

Jorge Leodan Cabrera-Olvera, MSc.¹

Maricelys Jimenez-Barrera, PhD.¹

Sandy Janeth Aules-Merchancano, MSc.¹

Marisely Peña Infante, Esp.¹

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería y Maestría Gestión del Cuidado; Santo Domingo, Ecuador.

Autor de correspondencia. Jorge Leodan Cabrera-Olvera. Email: leocabrera-123@hotmail.com

² Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del Ecuador; Santo Domingo, Ecuador.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.624301>

elocation-id: e624301

Recivido: 25/07/2024

Aceptado: 25/05/2025

RESUMEN

Introducción: Describir la percepción de las enfermeras frente a la dignidad y respeto al adulto mayor con COVID-19 durante su atención en las unidades de cuidados intensivos.

Material y métodos: Estudio de enfoque cualitativo de diseño fenomenológico, con muestra de 15 enfermeros de unidades de cuidados intensivos de instituciones públicas y privadas del Ecuador, obtenidos mediante muestreo por conveniencia, a quienes se aplicaron entrevistas semiestructuradas, para su análisis se siguió el modelo de Colaizzi y complementó con la implementación del software Atlas.Ti.

Resultados: Emergieron 5 categorías: 1. Carencia de la atención al adulto mayor en tiempos de COVID-19; 2. Dignidad y respeto al adulto mayor durante la pandemia; 3. Separación del vínculo familiar al paciente crítico durante la emergencia sanitaria; 4. Principios éticos y bioéticos vulnerados durante el cuidado al adulto mayor durante la crisis sanitaria; y 5. Efectos negativos en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos.

Conclusiones: Desde la percepción enfermera, se destaca el limitado margen terapéutico que sufrió este grupo etario en la emergencia sanitaria, presentándose conflictos bioéticos y vulneración de derechos humanos; además el cuidado humanizado tuvo que adaptarse, mediante estrategias para garantizar el acercamiento familiar y su dignidad ontológica durante pandemia.

Palabras clave: Adulto mayor; Bioética; Cuidados Críticos; Enfermería; Pandemia; Respeto.

ABSTRACT

Introduction: To describe nurses' perception of dignity and respect for older adults with COVID-19 during their care in intensive care units.

Material and methods: Qualitative approach study of phenomenological design, with a sample of 15 nurses from intensive care units of public and private institutions in Ecuador, obtained through convenience sampling, to whom semi-structured interviews were applied, for their analysis the Colaizzi model was followed and complemented with the implementation of the Atlas software. Ti.

Results: 5 categories emerged: 1. Lack of care for the elderly during COVID-19; 2. Dignity and respect for the elderly during the pandemic; 3. Separation of the family link to the critical patient during the health emergency; 4. Ethical and bioethical principles violated during the care of the elderly during the health crisis; and 5. Negative effects on the mental health of nursing personnel in critical services.

Conclusions: From the nurse's point of view, the limited therapeutic margin suffered by this age group in the health emergency stands out, presenting bioethical conflicts and human rights violations; in addition, humanized care had to be adapted through strategies to guarantee family closeness and their ontological dignity during the pandemic.

Keywords: Aged; Bioethics; Critical Care; Nursing; Pandemic; Respect.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 fue una de las problemáticas sanitarias emergentes en estos últimos años, que provocó una alta tasa de mortalidad debido a su alto contagio, afectando principalmente a grupos prioritarios como los adultos mayores. ⁽¹⁾ Cabe destacar que, la Organización Mundial de la Salud evidenció un 2,3% en tasa de mortalidad global en adultos entre 30 y 79 años, esta distribuida en 14,8% en pacientes mayores de 80 años, 8% entre 70-79 años y 0,5% en menores de 50 años. ⁽²⁾

En este sentido, la emergencia sanitaria generó un cambio significativo en las dinámicas de los distintos grupos de edad, debido al incremento de predisposición al riesgo de contagio que conlleva a vulnerabilidades, así como la tasa de morbimortalidad en el adulto mayor, un grupo poblacional relegado en la sociedad. Por lo que, la Organización Panamericana de la Salud enfatizó la necesidad de asegurar la protección de este grupo contra el aislamiento y la estigmatización derivados de la enfermedad, centrado en políticas de atención integral en los sistemas de salud bajo un marco de derechos humanos, la dignidad ontológica de la persona y el cuidado humanizado. ^(3,4)

No obstante, esta presentó un impacto negativo en la salud del adulto mayor, articulado a la presencia de comorbilidades que incrementa la susceptibilidad al contagio, así como la incidencia de casos confirmados. En consecuencia, de las limitaciones de los sistemas sanitarios sobre la carencia de recursos y la alta demanda de hospitalizaciones en servicios críticos; además, de la toma de decisiones centrado en escalas de supervivencia que generó conflictos de interés y dilemas bioéticos en su aplicación entre los distintos grupos poblacionales. ⁽⁵⁾

Por lo tanto, esta situación colocó al adulto mayor con mayor incidencia de mortalidad, esto conlleva a que el personal de enfermería este a la vanguardia frente a los cambios en el estado de salud del paciente, considerando la escasez de medicamentos y tratamientos. En este contexto, la evaluación continua y el seguimiento son esenciales para prevenir posibles complicaciones y eventos adversos. ⁽⁶⁾

Del mismo modo, durante la pandemia existieron diversos aspectos de relevancia bioética en el cuidado del adulto mayor, centrado en la dignidad en medio del avance tecnológico y social. En esta línea, emergieron dilemas éticos debido a las situaciones

de aislamiento, abandono por la exclusión y estigma en los servicios de críticos sobre la accesibilidad y disponibilidad de camas. ⁽⁷⁾

Asimismo, en Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador, se reportaron 13,769 casos confirmados de COVID-19, con una tasa de mortalidad de 7,163 en adultos mayores de 65 años, este grupo experimentó una disminución en su autonomía debido al confinamiento, así como un aumento en emociones negativas por la pérdida de actividades recreativas. ⁽⁸⁾

Cabe señalar que, es función del profesional de la salud y en especial de las enfermeras de velar por los derechos y luchar contra las injusticias frente al acto del cuidado. Esto se fundamenta en el compromiso ético que tiene el enfermero para garantizar los derechos de las personas enfermas, especialmente en contextos vulnerables. Es así, que la pandemia fue una lección invaluable, revelando la importancia de la atención, adaptando su práctica en escenarios de limitaciones y alta carga emocional. En la situación de estudio, aunque el personal de enfermería intentó cumplir con esta misión, las limitaciones del sistema de salud, como la falta de insumos y el agotamiento, complicaron su capacidad para garantizar una atención integral y respetuosa ⁽⁹⁾

Es por ello, que a pesar de estas adversidades, los profesionales de enfermería realizaron esfuerzos significativos para mantener la dignidad del paciente, comunicándose con las familias y proporcionando apoyo emocional, lo que demuestra su compromiso, aunque no siempre fue posible garantizar la atención óptima; por lo que, el objetivo fue describir la percepción de las enfermeras frente a la dignidad y respeto al adulto mayor con COVID-19 durante su atención en las unidades de cuidados intensivos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó el enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, ⁽¹⁰⁾ que posibilita a las personas narrar el significado de la experiencia vivida, así como visualizar las características de sus experiencias a través del contenido perceptivo de los participantes sobre los cuidados que se brindan en las áreas críticas; se empleó una guía de entrevista semiestructurada como instrumento. ⁽¹¹⁾ Además, este se articuló con los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ). ⁽¹²⁾

Los participantes fueron profesionales de enfermería con experiencia de trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos, que laboraban en hospitales públicos y privados de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador, quienes fueron instituciones centinelas de la región durante la pandemia, quienes autorizaron desde el departamento de docencia la realización del estudio; en este sentido, la muestra estuvo conformada por 15 profesionales obtenidos por conveniencia y saturación de la información; es así que la selección de los sujetos se llevó a cabo explicando la finalidad y los métodos del estudio, tanto verbalmente como por escrito, y obteniendo su consentimiento informado, así como la asignación de códigos para mantener la confidencialidad y privacidad, estos como criterios éticos del estudio, así como la aprobación del comité de ética de la institución. ⁽¹³⁾

Por lo que, se organizaron encuentros presenciales dentro de los hogares de los participantes y virtuales a través de la plataforma ZOOM, las cuales fueron grabadas con un promedio de duración de 35 minutos; los participantes proporcionaron información demográfica en una hoja de entrevista que incluía sexo, edad, nivel de formación, área de trabajo y sector. Las entrevistas, realizadas de forma semiestructurada, se centraron en las preguntas norteadoras que fueron validadas mediante una prueba piloto, que permitió realizar un ensayo previo a 3 personas para la verificación, comprobación y validez de las preguntas con la pertinencia del estudio: ¿Qué aspectos sobresalieron sobre la atención recibida por el adulto mayor con COVID-19 durante la pandemia? ¿Qué conflictos de intereses y éticos se presentaron al cuidar al adulto mayor con COVID-19? ¿Cómo abordó el personal de enfermería el cuidado humanizado, garantizando la dignidad y el respeto al adulto mayor con COVID-19?.

Las entrevistas fueron realizadas por cuatro magísteres en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos (3 mujeres), esto bajo la supervisión de una médica y dos doctores en Ciencias de la Enfermería (1 mujer y 1 varón). Su compromiso está centrado hacia los dilemas éticos y la necesidad imperante de humanizar el cuidado; esto permitió dar a conocer las transcripciones a las participantes para su autorización.

La información recopilada fue transcrita a texto mediante el empleo de Microsoft Word Office versión 2016, para su lectura a profundidad a través del uso de lenguaje EMIC/ETIC que facilitó realizar un análisis interpretativo de la información derivada de los participantes en relación a semejanzas y diferencias, ⁽¹⁴⁾ de la misma manera se siguió el método de Colaizzi para su codificación, ⁽¹⁵⁾ extrayendo declaraciones convergentes entre los participantes a través de un código colorimétrico, a las que les dio un significado para su agrupación en relación de los nexos.

Así como la integración del software Atlas. Ti versión 2022 para la complementación del análisis, esto facilitó la organización y representación del significado de las unidades, lo que permitió el desarrollo de un sistema de nodos analíticos para codificar e interpretar, considerando tanto el pensamiento crítico de los investigadores y las posturas de los participantes sobre el tema. ⁽¹⁶⁾

RESULTADOS

Las participantes en su mayoría son de género femenino (10) y masculinos (5), con un rango de edad entre los 27 y 40 años, mismas procedentes de las unidades de cuidados intensivos de instituciones de salud con carácter público y privado, con formación de tercer nivel (8 licenciaturas) y de cuarto nivel (7 maestrías), como se evidencia en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

Participantes	Sexo	Edad	Nivel de formación	Área de trabajo	Sector
E1	Masculino	28	Licenciatura	UCI	Público
E2	Femenino	32	Maestría	UCI	Privado
E3	Femenino	29	Maestría	UCI	Público
E4	Masculino	35	Licenciatura	UCI	Público
E5	Femenino	36	Maestría	UCI	Privado
E6	Femenino	30	Licenciatura	UCI	Público
E7	Femenino	27	Maestría	UCI	Público
E8	Masculino	39	Licenciatura	UCI	Privado
E9	Femenino	31	Licenciatura	UCI	Público
E10	Femenino	40	Maestría	UCI	Privado
E11	Femenino	39	Maestría	UCI	Público
E12	Masculino	27	Licenciatura	UCI	Público
E13	Masculino	39	Licenciatura	UCI	Público
E14	Femenino	34	Maestría	UCI	Privado
E15	Femenino	33	Licenciatura	UCI	Privado

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Se obtuvieron 2 unidades temáticas declaradas como categorías que agrupan las convergencias de los participantes, está de acuerdo a su relación y agrupación; por otro lado, se obtuvieron 3 categorías emergentes procedentes de las narrativas, como se evidencia en la tabla 2.

Tabla 2. Codificación en categorización y subcategorización.

Subcategoría	Categoría
Falencias en la comunicación asertiva durante el proceso salud - enfermedad.	
Limitación terapéutica al adulto mayor durante la pandemia.	Carencia de la atención al adulto mayor en tiempos de COVID-19
Déficit de recursos y vulneración de la gestión del cuidado durante el Coronavirus.	
Reflexión sobre el cuidado integral en tiempos de COVID-19	
Aspectos del cuidado enfermero – paciente durante la crisis sanitaria.	Cuidado y atención humanizada al adulto mayor crítico durante la emergencia sanitaria.
Cuidado digno y humanizado en el contexto de la crisis del COVID-19.	
	Separación del vínculo familiar al paciente crítico durante la pandemia.
	Principios éticos y bioéticos vulnerados durante el cuidado al adulto mayor en la crisis sanitaria.
	Repercusión en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Po otro lado, se plasman las siguientes respuestas expresadas por las participantes del estudio, estimadas estas en unidades de significado:

Categoría 1. Carencia de la atención al adulto mayor en tiempos de COVID-19

Esta emerge sobre las afirmaciones manifestadas por los participantes en relación a las políticas sanitarias implementadas por los sistemas sobre el uso de equipos médicos, en relación con limitada disponibilidad de estos centrado en el uso de escalas para su asignación centrado en grupos de edad, así como las comorbilidades para determinar su ingreso a hospitalización de cuidados críticos, se destacan los siguientes testimonios:

“Durante la pandemia fue un proceso muy difícil ya que la demanda de pacientes con COVID-19, ameritaban más atención a jóvenes que adultos mayores.” **E1**

“Los pacientes necesitaban hospitalización, se fue dando prioridad para atención médica, de quien necesitaba más un ventilador mecánico o una cama en terapia intensiva, si es joven o un adulto mayor enfermo.” **E7**

“Los adultos mayores como no tenían mucha capacidad para sobrevivir entonces había elecciones, para mí no fue una atención digna.” **E9**

Subcategoría 1. Falencias en la comunicación asertiva durante el proceso salud – enfermedad

El cuidado se vio limitado por diferentes factores y situaciones durante la pandemia, principalmente restricciones en la comunicación afectiva y asertiva entre el personal sanitario y familiares de las personas mayores hospitalizadas, esto evidencio la carencia de información oportuna sobre la evolución clínica de estos, lo que generó incertidumbre sobre su supervivencia e incrementó el sufrimiento en la familia frente al desconocimiento de la realidad de salud de su paciente, esto acorde a las narrativas siguientes:

“Una fue la falta de información hacia los familiares sobre lo que era la enfermedad, no había como contactarlos en el principio” **E10**

“Bueno, en realidad, todos se veían alterados en todos los aspectos, nadie hablaba con los familiares, no se les prestó atención” **E12**

“No hubo una comunicación directa con el familiar, las restricciones de bioseguridad no facilitaban, además no sabían cómo decirle si iba a vivir o morir su familiar” **E14**

Subcategoría 2. Limitación terapéutica al adulto mayor durante la pandemia

El profesional de la salud que laboró en servicios críticos COVID-19 evidenció que pacientes adultos mayores con comorbilidades quedaron vulnerados en la accesibilidad a intervenciones que garantice su recuperación, bajo el contexto de escasez de insumos y recurso, esto en las siguientes respuestas:

“Hubo la necesidad elegir a quien brindar todos los recursos disponibles, la pandemia obligo a priorizar a quien salvar, si al joven o al adulto” **E2**

“Tocó en muchas veces decidir entre quien ventilar, a que paciente ventilar entre un joven que tenía más probabilidades de vivir que a un adulto mayor.” **E4**

“Una pandemia que afecto a todo el país no se pudo dar la prioridad que necesitaba el adulto mayor” **E11**

“Había que priorizar entre una persona joven que sea más viable a vivir entre un adulto mayor y este quedaba de lado, se priorizaba por un joven, fue el dilema mayor que se presentó en la etapa del COVID-19” **E15**

Subcategoría 3. Déficit de recursos y vulneración de la gestión del cuidado durante el Coronavirus.

La siguiente aborda en escenario de escasez de recursos en la emergencia sanitaria, que provoco dificultades y dilemas en la atención, esto incremento el riesgo de contagio y tasa de morbimortalidad, esto de acuerdo con lo siguiente:

“No se podía brindar una atención adecuada a todos porque no había el suficiente espacio físico ni los insumos médicos para brindar una atención personalizada...” **E1**

“Tuvieron mucho déficit incluso de personal, de insumos, de medicación, muchos de ellos tenían que ver los familiares donde conseguían la medicación porque todo era un caos y tratábamos de trabajar con lo que teníamos...” **E3**

“La falta de recursos económicos, equipos médicos, falta de personal sanitario, falta de recursos para evitar eventos adversos, falta de fármacos y falta de espacio físico adecuado en este tipo de pandemia.” **E7**

Categoría 2. Cuidado y atención humanizada al adulto mayor crítico durante la emergencia sanitaria

Está visualizó el cuidado centrado en la dignidad ontológica de la persona, en el contexto de la pandemia que vulneró los derechos humanos a nivel social y sanitario a este grupo poblacional, lo que hace necesario profundizar el compromiso de los profesionales frente al acto del cuidado, principios éticos y bioéticos en la toma de decisiones sobre el seguimiento terapéutico, esto acorde en los relatos:

“Como profesionales hicimos todo lo que pudimos por brindarle un cuidado digno, aun en la carencia en que se encontraba el hospital” **E9**

“Se trató bien a todas las personas, se hizo lo mejor por garantizar un atención digna y oportuna al adulto mayor” **E11**

Subcategoría 1. Reflexión sobre el cuidado integral en tiempos de COVID-19

Aborda esta la conciencia sobre el cuidado de enfermería, adaptándolo a las respuestas humanas, para fortalecer la capacidad de cuidar durante el proceso de agonía y separación familiar. Este enfoque debe superar situaciones como crisis sanitarias con sus respectivos desafíos. El objetivo es crear estrategias que favorezcan el amor filial

como acto de empatía. Así, se logra brindar dignidad al paciente en su proceso de muerte. Los participantes respaldan esta visión con sus testimonios:

“Se brindaban cuidados para que este pueda morir dignamente y sin dolor, buscando que el familiar este inmerso en los posible de las restricciones de la pandemia” **E2**

“Si, a todos los pacientes, independientemente del grupo etario que pertenezcan se los trataron de manera integral, se buscó que el familiar se participe aun con las limitaciones de la COVID-19, en que sea tratado desde una visión ontológica, como un ser humano, como una persona” **E13**

“Se antepuso siempre el respeto y la dignidad de la vida del paciente, de la familia, sobre todo como hijos de Dios, como a alguien lucho hasta el final” **E14**

“La atención brindada al adulto mayor durante la pandemia fue una atención personalizada, desde el momento de su ingreso su estadía y al egreso, o hasta su cuidado post mortem” **E15**

Subcategoría 2. Aspectos del cuidado enfermero – paciente durante la crisis sanitaria

Las buenas prácticas de enfermería implementadas durante la pandemia de COVID-19, a pesar de las limitaciones presentes en las instituciones de salud. Estas acciones buscaron preservar una relación cercana con los pacientes, garantizando cuidados respetuosos hacia el adulto mayor en áreas críticas, como se muestra en las narrativas siguientes:

“Creo que en un 70% los cuidados brindados si promovieron el respeto y dignidad y un 30% no, pues por el arduo trabajo que presentaba el personal sanitario no le permitía desenvolverse en su rol total, por la relación de paciente/enfermero, no se podía brindar cuidados adecuados y óptimos... la relación de enfermera/paciente no han sido los óptimos para un manejo adecuado y con calidad humana de los pacientes en esta edad, sin embargo, usamos los pocos insumos que teníamos para cuidarlos” **E5**

“Por parte del personal de salud, dimos todo lo que pudimos con lo que teníamos al alcance, innovamos con lo que teníamos, tratamos, aunque sea por video llamadas que estuvieran en contacto con su familiar” **E8**

Subcategoría 3. Cuidado digno y humanizado en el contexto de la crisis del COVID-19

Esta subcategoría surge de los relatos de los participantes sobre la atención ofrecida a los pacientes durante la crisis sanitaria causada por el coronavirus. En este contexto, los profesionales de la salud aseguraron cuidados basados en principios ontológicos, sin incurrir en discriminaciones, a pesar de las limitaciones y los dilemas presentes en la toma de decisiones sobre la salud, como se refleja en las siguientes afirmaciones:

“Se brindaban cuidados para que este pueda morir dignamente y sin dolor.” **E3**

“Bueno siempre como profesionales de la salud promovemos el respeto y la dignidad ante todo en este caso fue un poco difícil, pero se antepuso siempre el respeto y la dignidad de la vida del paciente.” **E4**

“Como les dije anteriormente el tema de los valores y el don de servicio al prójimo yo creo que lo utilizamos y humanizamos en todos los pacientes” **E9**

Categoría 3. Separación del vínculo familiar al paciente crítico durante la pandemia

En esta categoría, los profesionales de enfermería relatan el abandono forzado que provocaron las políticas y restricciones impuestas durante la emergencia sanitaria en los pacientes con COVID-19. Esta situación generó incertidumbre sobre el reencuentro con sus familiares, aumentando el estrés emocional y afectando negativamente la recuperación de los pacientes, como se refleja en las narrativas:

“El paciente el hecho de estar contagiado e ingresado era aislado de su familia y al estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos era aún más aislado, no podía recibir visitas, pero a veces recibían una llamada o video llamada sin embargo no se pudo hacer eso con todos los pacientes, ellos se sentían solos aún más con el miedo de la enfermedad y el miedo que sus familiares sean contagiados.” **E10**

“Los pacientes al entrar a terapia intensiva quedaban solos y muchas veces no los volvían a ver sus familiares.” **E11**

“Un paciente que tenía COVID-19 adulto mayor era súper sensible, ellos caían en depresión mucho más que un adulto joven, entonces hubo que ser ese soporte emocional, como apoyo ya que su familia no estaba ahí.” **E14**

Categoría 4. Principios éticos y bioéticos vulnerados durante el cuidado al adulto mayor en la crisis sanitaria

En la atención al adulto mayor en la pandemia se vulneraron los principios de la bioética. La falta de dispositivos médicos, la saturación de las áreas de hospitalización y la insuficiencia de conocimientos propiciaron errores en las decisiones terapéuticas, derivando en discriminación por edad basada en escalas de probabilidad de supervivencia. Esto quebrantó paradigmas relacionados con el respeto a los derechos humanos y a la dignidad ontológica, como se evidencia en las siguientes afirmaciones:

“En este caso los más vulnerados fueron la justicia y la autonomía; la justicia en este caso porque todos tenían derecho a una oportunidad de vivir a conectarse a un ventilador que era lo que necesitaban en ese momento y la autonomía porque una vez que ya estaban en terapia intensiva ya no tenía la capacidad de decidir si se le ponía una vía arterial, si se le ponía una vía central, si se le ponía un cateterismo vesical, entonces ya ahí ellos estaban totalmente sin autonomía y le tocaba decidir al profesional de salud” **E4**

“Creo que el principal dilema fue el de No Maleficencia, pues se da un mal manejo de estos pacientes donde se vio más proyectada la falta del familiar, el contacto que necesitaban los pacientes en su periodo de hospitalización.” **E5**

“El de justicia se podría decir, pues el derecho a la salud es para todos, dentro de la atención que se dio en COVID, siempre se priorizó a los pacientes más jóvenes sobre

a quienes tenían otra comorbilidad que complicaba o que era un paciente que no iba a salir.” **E6**

“Bueno considero que dentro de estos principios fueron vulnerados la justicia, muchos de los pacientes no, me refiero que no fue justa la atención porque nosotros como personal de la salud que estuvimos aquí en primera línea, teníamos que escoger entre un adulto mayor y entre un joven, quién tenía más posibilidades y el mismo hecho no hubo ventiladores, no hubo capacidad, entonces para mí eso fue injusto” **E8**

Categoría 5. Repercusión en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos.

Este apartado refleja las experiencias del personal de enfermería sobre el impacto biopsicosocial sufrido al brindar cuidados en áreas críticas durante la emergencia sanitaria. La soledad, el abandono, la falta de recursos, la saturación hospitalaria, la incertidumbre, el temor al contagio y la necesidad de priorizar atenciones fueron factores que deterioraron su salud mental. A pesar de estas dificultades, los profesionales reafirmaron su compromiso con las necesidades de los pacientes, guiados por un enfoque ontológico que promueve un cuidado integral, de calidad y calidez, sustentado en una visión humanizada, como se describe:

“El estrés laboral por los EPP y la enfermedad, la carga de trabajo excesiva por la falta de personal, el sentirme alejado de mi familia” **E9**

“Quisimos dar una mejor atención al 100%, no podíamos primero era una enfermedad nueva, el miedo a contagiarnos también nosotros, y al no tener todos los equipos de protección no se daba un cuidado al 100%.” **E13**

“Tratábamos de hacerlo lo mejor posible porque teníamos que cuidar de ellos, ellos estaban con un sufrimiento y teníamos que entenderlo porque no solamente ellos sufrían, sino también nosotros al verlos y vivir lo que estaban pasando.” **E15**

DISCUSIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 representó un desafío significativo para los sistemas de salud, revelando fallas preexistentes y provocando una desarticulación en los servicios frente a las necesidades clínicas y la escasez de recursos, lo cual impactó negativamente en la evolución clínica de los pacientes. ⁽¹⁷⁾ Este escenario exigió decisiones complejas sustentadas en principios de la bioética, derechos y escalas médicas, que llegaron a comprometer la equidad en la distribución de recursos y la dignidad de las personas. ⁽¹⁸⁾

En este sentido, el personal de salud se enfrentó a la falta de recursos para atender adecuadamente a pacientes en estado crítico, lo que derivó en decisiones difíciles sobre quién tendría mayores posibilidades de sobrevivir. Dado que esta problemática fue global, se implementaron protocolos basados en criterios como la edad, presencia de comorbilidades y estado general del paciente, estableciendo así límites de acceso a cuidados intensivos con el fin de extender los recursos disponibles al mayor número de personas posible. ^(19,20)

No obstante, esto vulnera los derechos humanos y principios bioéticos que contraponen la identidad, compromiso y sentir del personal sanitario como visualizaron los testimonios de los participantes. ⁽²¹⁾ Esto supone retos frente a los prejuicios y estigmatizaciones que se generan en el compromiso profesional de brindar una atención humanizada, teniendo la necesidad de fortalecer acciones, así como la creación de políticas que posibilite la toma de decisiones desde una visión centrada en la persona, así como una nueva visión esperanzadora a la enfermería geriátrica para garantizar la dignidad humana. ^(22, 23)

Por otro lado, la comunicación bidireccional entre familiares y profesionales fue limitada debido a las restricciones de bioseguridad, lo que obligó a desarrollar alternativas para mantener el vínculo. Ante la ausencia de visitas y el aislamiento social, las llamadas telefónicas y videollamadas se convirtieron en los medios para transmitir información sobre el estado de los pacientes, evidenciando la necesidad de reforzar las competencias comunicativas para lograr una comunicación asertiva y efectiva. ^(24,25)

Cabe destacar que, la atención sanitaria en salud enfrentó dilemas éticos a nivel terapéutico, centrado principalmente en la toma de decisiones, aunque los avances en el conocimiento sobre la enfermedad permitieron implementar medidas de protección con responsabilidad profesional centrado en el cuidado integral, esto garantizó la dignidad del paciente conforme a la gravedad de su estado y a la capacidad de respuesta del servicio. ^(26,27)

En este contexto, los cuidados debieron adaptarse a la realidad impuesta por la pandemia, transformando las unidades de cuidados intensivos de espacios de puertas abiertas a entornos restringidos; por lo que, se hace necesario promover otras formas de conexión emocional, como el acompañamiento mediante llamadas, videollamadas o lectura de cartas, con el objetivo de reducir el distanciamiento emocional, transmitir el apoyo y cercanía a las personas. ⁽²⁸⁾

La pandemia afectó sin distinción a toda la población, independientemente del estatus social, edad, género, discapacidad u origen. Sin embargo, la falta de recursos, el estrés del personal, la incertidumbre y el desconocimiento impactaron especialmente a los adultos mayores, cuyas decisiones clínicas se vieron más vulnerables debido a su condición de mayor riesgo. ^(29,30)

Cabe señalar que, esta investigación evidenció como una problemática de salud puede diversificar el trato y cuidados a grupos etarios, así como la pérdida de la dignidad humana centrada en la vulneración de derechos humanos, siendo una necesidad el reformularse normativas para garantizar un cuidado con la calidad y calidez; así como, el compromiso profesional que tienen las enfermeras para garantizar el respeto y conservación de la justicia en la atención médica.

Por lo tanto, es evidente la necesidad de transformar la educación superior en enfermería y en la salud, orientando la formación profesional desde la academia con una base ética y bioética sólida. Es por ello, que esta investigación presentó limitaciones, ya que se centró únicamente en uno de los muchos grupos vulnerables priorizados durante la pandemia, lo que restringe la comprensión del impacto global de esta crisis sanitaria y del rol de la enfermería frente a los retos derivados de trabajar en un entorno de escasez, temor y falta de información.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería que desempeñó funciones en áreas críticas durante la pandemia evidenció una atención insuficiente hacia la población adulta mayor. La priorización de recursos basada en criterios como la edad avanzada y la presencia de enfermedades crónicas llevó, en muchos casos, a una exclusión clínica que podría interpretarse como una forma de abandono institucional. Este fenómeno se desarrolló en un contexto de incertidumbre, limitaciones operativas y aislamiento social, lo cual expuso vacíos significativos en la respuesta del sistema de salud. Ante esta realidad, se hace imperativo el diseño e implementación de estrategias que aseguren una atención integral, oportuna y humanizada, fundamentada en el respeto a los derechos humanos y en una comprensión ontológica del cuidado, con el fin de prevenir prácticas discriminatorias y estigmatizantes hacia los grupos etarios vulnerables.

Para la práctica, se recomienda el desarrollo de protocolos específicos para el cuidado del adulto mayor en situaciones de crisis sanitaria, proporcionar formación continua en ética y derechos humanos, y fomentar la humanización del cuidado en la práctica diaria.

De la misma manera, este problema mundial ha doblegado el compromiso de cuidar y defender la vida por parte de los profesionales sanitarios, en que el contexto de la limitación terapéutica por el déficit de recursos, el desconocimiento y el incremento de la mortalidad, evidenció conflictos éticos y bioéticos emergentes, en que la toma de decisiones por estos quebrantó los derechos humanos del adulto mayor, impactando en su bienestar mental.

Por lo tanto, esto demostró la necesidad de cambios a nivel formativo para afrontar este tipo de situaciones, además de la implementación de comités para el manejo terapéutico. Para la investigación, se sugiere realizar estudios sobre el impacto de la pandemia en la salud mental y física de los adultos mayores, evaluar la efectividad de las estrategias de acercamiento familiar, y promover el desarrollo de nuevas estrategias de atención en emergencias sanitarias.

No obstante, la percepción del enfermero sobre el cuidado humanizado al adulto mayor durante la pandemia tuvo que adaptarse, dejando de lado la inclusión a las familias en UCI; esto conllevó al desarrollo de estrategias para garantizar el acercamiento familiar, brindando un soporte emocional, un cuidado íntegro según las necesidades presentadas por las familias, el paciente y usuarios en un contexto de limitaciones como fue la emergencia sanitaria; además, de reivindicar el papel importante del enfermero en la humanización del cuidado con visión integral, ontológica frente a los nuevos desafíos y retos de salud. En cuanto a la gestión enfermera, se recomienda la creación de comités éticos, mejorar la gestión de recursos en las UCI, y desarrollar políticas inclusivas que aseguren la atención integral y digna del adulto mayor.

REFERENCIAS

1. Brito F, Leitón Z, Partezani R, Silva L, Silva J, Silva J. Atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020; 28 (3396). DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4649.3396>
2. Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases

- From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323 (13). DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La COVID-19 y adultos mayores. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores>
 4. Fernández G, Maza B, Pérez L. Personas mayores ¿población en riesgo en tiempos de pandemia? Un estudio cualitativo sobre narrativas de afrontamiento que favorecen la resiliencia en las personas mayores. *Interacciones*. 2021; 7 (183). DOI: <https://doi.org/10.24016/2021.v7.183>
 5. Cordero M, Escudero P, Gómez I, González A, Lázaro N, Leizaola O. Age as a limiting factor of admission to an intensive care unit. *Medicina Intensiva*. 2021; 45 (8). DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.medine.2021.08.012>
 6. Arab M, Chegini Z, Kakemam E, Reza M. Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study. *Nurs Forum*. 2021; 56 (3). DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fnuf.12583>
 7. Camargo, R. Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2021; 22 (1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.03.003>
 8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe epidemiológico de COVID-19, Ecuador. 2022. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/MSP_ecu_cvd19_datos_epi_20220117.pdf
 9. Lucas I, Buitrón V, Sánchez E, Castelo Rivas. Efectos emocionales negativos en los adultos mayores a lo largo de la cuarentena por COVID-19 en Santo Domingo. *Polo del Conocimiento*. 2021; 6 (9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8094593>
 10. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. 2013. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence%20ce=3&isAllowed=y
 11. Fuerte J, Mendieta G, Ramírez J. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015; 33 (3). DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
 12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19 (6). DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
 13. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006
 14. Corona J, Maldonado J. Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2018; 37 (4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
 15. Psychological research as the phenomenologist's view it. En: Vale R, King M. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press. 1978. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
 16. Fernández C, Granero J, Hernández J. *ATLAS.ti para investigación cualitativa en salud*. Editorial Universidad de Almería. 2020. Disponible en: https://editorial.ual.es/libro/atlas-ti-para-investigacion-cualitativa-en-salud_142658/

17. De Granda J, López D, Segrelles G, Zamora E. Limitación terapéutica en pacientes ancianos: reflexiones a propósito del COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*. 2020; 56 (10). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.05.036>
18. Avellaneda S, del Río I, Fernández M, Humada P, Jiménez A, Martín A, Maté A, Redondo N. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2021; 36 (1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>
19. Gómez E, Martín C, Morlans M. Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*. 2020; 46 (3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
20. Águila D, Martínez J, Mazoterías V, Negreira M, Nieto P, Piqueras J. Mortalidad y factores pronósticos asociados en pacientes ancianos y muy ancianos hospitalizados con infección respiratoria COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2021; 56 (5). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.006>
21. Burdiles P, Pommier A. El triaje en pandemia: Fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2021; 32 (1). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.004>
22. Bambi S, Lozz P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2020; 39 (5). DOI: <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>
23. Almeida K, Silva L, Abreu A. The path of hope in relationships involving older adults: the perspective from the complexity of the COVID-19 pandemic. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2020; 29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0132>
24. Arnold M, Blanco D, De Lair W, Doshi A, Elmer J, Kennedy N, Nigra K, Steinberg A. Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*. 2021; 18 (5). DOI: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
25. Arreciado A, Ventura L. Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería Clínica*. 2021; 31 (5). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
26. Córdova N, Núñez A. Nivel de incertidumbre en los padres durante la hospitalización del neonato en un hospital público de Chiclayo, 2020. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 2021; 8 (2). DOI: <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.598>
27. Lara P, Ruiz Á. Cuidados al paciente COVID en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Docente*. 2021; 113. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11356ed>
28. Allande R, Navarro C, Porcel A. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica*. 2021; 31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
29. Camargo R. Derechos humanos y dimensión social de personas vulnerables durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2022; 22 (2). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.007>
30. Allieri S, Amigoni C, Baldrighi R, Eliesi R, Giannetta N, Manara D, Rosa D. Moral Distress of Intensive Care Nurses: A Phenomenological Qualitative Study Two Years after the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19 (15057). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192215057>