



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**DIGNIDAD Y RESPETO AL ADULTO MAYOR CON COVID-19 EN UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA ENFERMERO**

**DIGNITY AND RESPECT FOR OLDER ADULTS WITH COVID-19 IN INTENSIVE
CARE UNITS: A NURSING PERSPECTIVE**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autores:

**LUCIA SOCORRO MACIAS DELGADO
ADRIANA DENIS GAIBOR GARCIA**

Director:

Mg. JORGE LEODAN CABRERA OLVERA

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**DIGNIDAD Y RESPETO AL ADULTO MAYOR CON COVID-19 EN UNIDADES DE
CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA ENFERMERO**

**DIGNITY AND RESPECT FOR OLDER ADULTS WITH COVID-19 IN INTENSIVE
CARE UNITS: A NURSING PERSPECTIVE**

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autores:

LUCIA SOCORRO MACIAS DELGADO

ADRIANA DENIS GAIBOR GARCIA

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADOR

Marisely Peña Infante, Dra. Esp.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD

DIRECTOR DE INVESTIGACION Y POSGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, ADRIANA DENIS GAIBOR GARCÍA portador de la cédula de ciudadanía No. 172228205-8, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Gaibor García Adriana Denis

CI. 1722282058

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

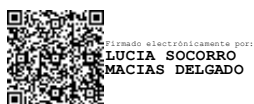
Yo, LUCIA SOCORRO MACIAS DELGADO portador de la cédula de ciudadanía No. 172260823-7, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaró que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Macías Delgado Lucia Socorro

CI. 1722608237

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD
Dirección de Investigación y Postgrados
Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado DIGNIDAD Y RESPETO AL ADULTO MAYOR CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA ENFERMERO realizado por las maestrantes: ADRIANA DENIS GAIBOR GARCIA con cédula: No. 1722282058, LUCIA SOCORRO MACIAS DELGADO con cédula: No. 1722608237, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, septiembre 2023



Firmado electrónicamente por:
JORGE LEODAN
CABRERA OLVERA

Atentamente,

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

PROFESOR AUXILIAR TITULAR I

AGRADECIMIENTOS

A nuestro tutor, este logro no habría sido posible sin su guía y mentoría, estoy profundamente agradecida por todo lo que ha hecho por nosotras. Su influencia perdurará en mi vida profesional y personal, y llevaré con orgullo el aprendizaje adquirido bajo su tutela.

A mi compañera Lucía, le agradezco todos los momentos de trabajo, de reflexión y también de risas que hemos compartido. Nuestra sinergia ha sido fundamental para alcanzar el resultado final.

Adriana Gaibor.

A nuestro tutor, por su valioso apoyo y orientación a lo largo de todo el proceso. Su dedicación y compromiso han sido fundamentales para el éxito de este trabajo y para mi crecimiento como profesional.

A mi compañera Adriana, por ser una excelente compañera de tesis, también valoro mucho la amistad que hemos construido durante este proceso. Compartir nuestras ideas y metas ha fortalecido nuestra relación y ha hecho que enfrentar los desafíos sea más llevadero.

Lucía Macías.

DEDICATORIA

A mis padres, ustedes siempre han sido mi mayor inspiración y apoyo incondicional a lo largo de esta travesía académica. Sin su amor, paciencia y sacrificio, este logro nunca hubiera sido posible.

A mi esposo por ser mi compañero de fórmula en todos los aspectos, gracias por motivarme a cumplir con este objetivo tan importante para mi vida profesional.

A mis hijas quienes con su ternura y amor han despertado en mí, capacidades inimaginables. Espero que este logro sea un legado que las inspire a nunca detenerse en su búsqueda del conocimiento y a siempre luchar por alcanzar sus metas.

Adriana Gaibor.

A mis padres, quienes, desde mis primeros pasos en el camino de la educación hasta este momento significativo, han estado a mi lado, animándome a nunca rendirme y a perseguir mis sueños.

A mi hijo, mi luz y mi orgullo, mi mayor fuente de inspiración. Desde el día en que llegaste a mi vida, supe que mi propósito se había vuelto más claro y significativo.

A mis abuelos maternos, sus sabios consejos y su infinita paciencia, siempre estuvieron dispuestos a escuchar mis inquietudes, a compartir sus experiencias y a brindarme el aliento necesario para enfrentar los desafíos de la vida.

A mi esposo, por brindarme el espacio y tiempo necesarios para dedicarme a esta investigación. Tu paciencia y comprensión han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis hermanas, nuestra complicidad ha sido una fuente de consuelo y alegría en los momentos difíciles y ha multiplicado las celebraciones en los momentos felices. Siempre me han inspirado con su valentía, fortaleza y amor incondicional

A mi sobrino, tu curiosidad y entusiasmo por aprender me motivan a seguir creciendo como persona y profesional.

Lucía Macías.

RESUMEN

La pandemia del COVID-19 causó un gran impacto en la salud del adulto mayor, la OMS reportó altos índices de mortalidad en este grupo etario por su grado de vulnerabilidad y comorbilidades asociadas. Objetivo: Describir los aspectos que sobresalen de la atención recibida al adulto mayor con COVID-19 durante la pandemia. Metodología: fue cualitativo de tipo fenomenológico, con una muestra de 15 enfermeros de UCI a través de muestreo por conveniencia para la aplicación de entrevistas semiestructuradas. Resultados: emergieron 5 categorías y 6 subcategorías: 1. Carencia de la atención al adulto mayor en tiempos de COVID-19. •Falencias en la comunicación asertiva durante el proceso salud – enfermedad. •Limitación terapéutica al adulto mayor durante la pandemia. •Déficit de recursos y vulneración de la gestión del cuidado durante el Coronavirus. 2. Dignidad y respeto al adulto mayor durante la pandemia. •Reflexión sobre el cuidado integral en tiempos de COVID-19. •Aspectos del cuidado enfermero – paciente durante la crisis sanitaria. •Cuidado digno y humanizado en el contexto de la crisis del COVID-19. 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. 5.Efectos negativos en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos. Conclusiones: Desde la percepción de enfermería, se destaca el limitado interés terapéutico a este grupo etario, 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 durante pandemia.

Palabras clave: adulto mayor; pandemia; enfermero; cuidado; bioética.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic had a great impact on the health of the elderly; the WHO reported high mortality rates in this age group due to their degree of vulnerability and associated comorbidities. Objective: To describe the aspects that stand out in the care received by the elderly with COVID-19 during the pandemic. Methodology: it was qualitative of a phenomenological type, with a sample of 15 ICU nurses through convenience sampling for the application of semi-structured interviews. Results: 5 categories and 6 subcategories emerged: 1. Lack of care for the elderly in COVID-19 times. -Lack of assertive communication during the health-illness process. -Therapeutic limitations for the elderly during the pandemic. -Lack of resources and violation of the management of care during the Coronavirus. 2. Dignity and respect for the elderly during the pandemic. -Reflection on integrated care in times of COVID-19. -Aspects of nurse-patient care during the health crisis. -Dignified and humanised care in the context of the COVID-19 crisis. 3. Separation of the family link to the critically ill patient during the health emergency. Ethical and bioethical principles violated during the care of the elderly during the health crisis. 5. Negative effects on the mental health of critical care nurses. Conclusions: From the nursing perception, the limited therapeutic interest in this age group stands out, presenting bioethical conflicts and violation of human rights; moreover, humanised care had to be adapted through strategies to guarantee the family approach and their dignity during the pandemic.

Keywords: older adult; pandemic; nurse; nursing care; bioethics.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	7
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
2.1.	Antecedentes.....	11
2.2.	Marco conceptual	14
2.2.1.	COVID-19 en el adulto mayor	14
2.2.2.	Vulneración de principios bioéticos en la pandemia	15
2.2.3.	Cuidado humanizado durante la COVID-19	15
2.2.4.	Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson	16
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
3.1.	Enfoque, diseño y tipo de investigación	18
3.1.1.	Enfoque de investigación.....	18
3.1.2.	Diseño de investigación.....	19
3.2.	Población y muestra	19
a.	Criterios de inclusión.....	19
b.	Criterios de exclusión	20
c.	Criterios de rigor	20
d.	Consideraciones éticas.....	20
3.3.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos.....	21
3.4.	Técnicas de análisis de datos.....	21
4.	Resultados	23
5.	Discusión.....	24
6.	Conclusiones.....	36
7.	Referencias bibliográficas	37
8.	Anexos.....	44

1. INTRODUCCIÓN

El nuevo coronavirus causante de la COVID-19 provocó una de las problemáticas más grandes del siglo; en este sentido, se notificaron los primeros pacientes en diciembre del 2019 en Wuhan, China. Al ser esta una patología respiratoria aguda transmitida de persona a persona, con elevada tasa de mortalidad en los adultos mayores (Brito et al., 2020).

Además, se registró una tasa de mortalidad global del 2,3% en adultos de entre 30 y 79 años. El informe de la Organización Mundial de la Salud [OMS] mostró los siguientes datos a partir de 72.314 pacientes en China, con una tasa de mortalidad del 14,8% en pacientes mayores de 80 años; del 8% en pacientes de 70-79 años y con tasas inferiores al 0,5% en los menores de 50 años (Wu y McGoogan, 2020).

Por otro lado, la pandemia ocasionó un cambio drástico en los grupos etarios, incrementando la vulnerabilidad y la morbimortalidad en los adultos mayores. Sin embargo, la OMS (2020) señaló que se debe garantizar la protección del adulto mayor frente al aislamiento y estigmatización originada por la COVID-19, priorizando políticas de atención integral que fortalezcan a los sistemas de salud sobre el cuidado individualizado, respetando la dignidad de este Fernández, et al. (2021).

Según Cordero, et al. (2021) la pandemia tuvo un impacto negativo significativo en la salud del adulto mayor, esto debido a la presencia de comorbilidades que los predisponían al contagio; es por ello, la alta incidencia de casos confirmados en este grupo. En este sentido, los sistemas de salud se vieron limitados frente a la gran demanda de ingresos de pacientes con coronavirus, donde la escasez de insumos y equipos biomédicos limitaron la atención por parte del personal de sanitario, esto generó la necesidad de estandarizar procesos y protocolos de acceso a las unidades de cuidados intensivos para contrarrestar la mortalidad; no obstante, surgieron conflictos de intereses y principios bioéticos sobre su aplicación en los diferentes grupos de población.

Sumado a esto, la situación crítica que se presentó en la pandemia, colocó al adulto mayor con COVID-19, con mayor riesgo de muerte debido a sus comorbilidades, es por esto que, el personal de enfermería estuvo alerta ante los cambios en el estado de los pacientes ingresados en las terapias intensivas, tomando en cuenta la falta de medicamentos o tratamientos aprobados, lo que, generó un impacto psicológico negativo. Por lo tanto, la necesidad de la evaluación y seguimiento de los pacientes ingresados es necesaria para prevenir múltiples complicaciones potenciales, el que los profesionales tengan una comunicación efectiva y el apoyo emocional a los pacientes es más necesario que nunca (Arab et al., 2021).

Finalmente, en Cuba, Rodríguez, et al. (2021) identificaron los aspectos de consideración bioética en el cuidado integral al adulto mayor durante la pandemia, en la que se constataron problemas específicos que afectaron las condiciones de dignidad ante el desarrollo tecnológico y social. Por lo tanto, los principales problemas éticos surgieron cuando los adultos mayores enfrentaron un conflicto que atenta contra su dignidad, obligados a permanecer en el aislamiento, maltrato o abandono frente a la exclusión y negligencia del cuidado en los servicios asistenciales.

Luego del análisis de la información pertinente, surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son las perspectivas de los profesionales de enfermería sobre los cuidados prestados a los adultos mayores con COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos?

Por lo que, el objeto de estudio trata sobre la perspectiva del personal de enfermería frente a la dignidad y respeto al adulto mayor con COVID-19 en unidades de cuidados intensivos; por consiguiente, emergen las siguientes preguntas norteadoras:

- ¿Qué aspectos sobresalen sobre la atención recibida al 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 aborda el personal de enfermería el cuidado humanizado garantizando la dignidad y el respeto al adulto mayor con COVID-19?

Para la presente investigación se han desarrollado los siguientes objetivos:

- Describir los aspectos que sobresalen de la atención recibida al adulto mayor con COVID-19 durante la pandemia.
- Determinar los conflictos de intereses y éticos que presenta el personal de enfermería sobre el cuidado al adulto mayor con COVID-19.
- Analizar la percepción del enfermero frente al cuidado humanizado del adulto mayor con COVID-19.

Por lo descrito esta investigación se justificó dentro del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 en Ecuador conforme a la Secretaría Nacional de Planificación (2021), el objetivo N.º 6 indica: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” el cual se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas, siendo, la salud un derecho humano, enfatizando los vínculos entre lo físico y el área psicosocial; por lo que, la política 6.1 establece: “Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando a prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.” Además, es una estrategia importante en este ítem el promover servicios de atención integral a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de igualdad. Con este antecedente fue importante realizar esta investigación a fin de describir cuáles son las perspectivas del personal de enfermería que se dan para que el trato al paciente sea con dignidad y respeto en el área de cuidados intensivos.

Asimismo, se consideró que en el personal de salud es fundamental la aplicación de la bioética en el cuidado del paciente, de acuerdo a una publicación de Insúa (2018) quien destaca que la bioética principialista plantea cuatro principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; los cuales deben constituir el sustento fundamental de la enfermera que está en contacto directo con pacientes de cuidados intensivos, es por ello que en la ejecución de este trabajo se dio relevancia al cuidado de la salud bajo principios éticos.

Este estudio da relevancia al cuidado del adulto mayor por parte del profesional de enfermería en las unidades de cuidados intensivos COVID-19, pues aquí los pacientes se encuentran en un estado de máxima vulnerabilidad debido a su situación crítica, y con comorbilidades asociadas propias de la edad, que ponen en mayor riesgo su salud, además se fomenta la importancia de dirigir todos los cuidados con base en principios bioéticos, articulados con la humanización del cuidado del paciente.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

De la revisión de la literatura, un artículo en España desarrollado por Ángel, Benito, Delgado, Gálvez, Heras y Velasco (2022), en su estudio sobre el tema “Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19”, cuyo objetivo era evaluar el estrés moral, la ansiedad, la depresión y los estilos de afrontamiento de personal de las unidades de cuidados intensivos [UCI], mediante un estudio transversal, que incluyó a 434 profesionales de la terapia intensiva. El estudio mostró que la salud emocional de los trabajadores ya estaba en riesgo durante la primera ola de la pandemia; el estrés psicológico que experimentaron está relacionado con problemas de ansiedad y depresión, entre sus resultados la edad promedio fue de 41.33 años, el personal se mostró con malestar moral moderado, trastorno de ansiedad generalizada, depresión moderada.

Así mismo, los profesionales de enfermería que trabajaron en áreas convertidas en terapia intensiva durante la pandemia, un total de 79 personas tenían malestar moral al ver que los pacientes morían solos, la carga de trabajo era excesiva, el tiempo era limitado para brindar una atención adecuada o ayudar en la educación de colegas sin experiencia. Añadido a ello; los recursos fueron limitados, la falta de materiales, escaso equipo de protección del personal, sumado a ello otra situación estresante fue que se debía decidir quién puede ser admitido en la unidad de cuidados intensivos y quién no.

Mientras que en Italia, Allieri, Amigoni, Baldrighi, Eliesi, Giannetta, Manara, Ripa, y Rosa (2022), publican un artículo sobre “Moral Distress of Intensive Care Nurses: A Phenomenological Qualitative Study Two Years after the First Wave of the COVID-19 Pandemic”, el objetivo de este estudio fue explorar las experiencias vividas por enfermeras de UCI durante la emergencia sanitaria de COVID-19, un estudio de diseño fenomenológico, una muestra de 16 enfermeras que trabajaron en UCI en un hospital del norte de Italia entre enero

y abril del 2022 mediante muestreo intencional. Los datos sobre experiencias, pensamientos y síntomas se recolectaron a través de entrevistas semiestructuradas utilizando métodos presenciales y remotos.

De esta manera, el estudio destacó el impacto de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de cuidados intensivos, las dimensiones bioéticas que surgen cuando existen dilemas éticos en cuanto a la calidad de la atención, el tratamiento brindado y el seguimiento de los pacientes hasta el final de la vida. De hecho, es esencial que los profesionales respeten la dignidad humana en todas las etapas de la enfermedad. Bajo este hecho identificaron los siguientes subtemas: aprende a comprometerte, aliviar el sufrimiento del paciente al final de la vida, sobre la dignidad humana; otro factor que surge es que la falta de comprensión de los cuidados de enfermería especialmente durante el seguimiento al final de la vida.

Es importante mencionar que en Arabia Saudita, Pasay-an (2020) un estudio titulado "Exploring the vulnerability of frontline nurses to COVID-19 and its impact on perceived stress" que tuvieron como, objetivo explorar y comparar la vulnerabilidad al virus COVID-19, las variables demográficas y el estrés percibido de las enfermeras de primera línea, utilizando un estudio cuantitativo comparativo-correlacional, emplearon el muestreo bola de nieve con 176 enfermeras de los hospitales de la región de Hail, los resultados fueron que el personal de enfermería percibieron al estrés generado por el virus como una vulnerabilidad a su integridad.

Demostrando así que las enfermeras de primera línea con más experiencia sentían malestar y eran más susceptibles a la infección, sus competencias conocidas debido a la experiencia laboral las consideraban expuestas en la zona durante la pandemia. Los directivos de los hospitales consideraban que las enfermeras con gran experiencia hospitalaria tenían un mejor control del lugar de trabajo y una mayor conciencia de la situación; por lo tanto, debería darse prioridad a la necesidad de apoyo psicológico para el personal de primera línea y los pacientes afectados por el COVID-19. Es así que este hallazgo supone una contribución a las

buenas prácticas para el personal de enfermería de primera línea durante una pandemia, ya que, a pesar de su gran vulnerabilidad a la enfermedad, la compostura que mostraron redujo su estrés, permitiendo así desempeñar sus funciones con confianza.

Además, en México, un artículo de Fernández, Maza y Pérez (2021), titulado “Personas mayores ¿población en riesgo en tiempos de pandemia? Un estudio cualitativo sobre narrativas de afrontamiento que favorecen la resiliencia en las personas mayores”, este fue un estudio etnometodológico, cualitativo, descriptivo, con enfoque en discusiones sobre consecuencias socioemocionales, creencias sociales, discriminación, desatención a los derechos humanos y dignidad de las personas mayores, con una muestra de inclusión consecutiva, emparejada con 15 participantes de 64 años y hasta 85 años que viven en México.

Esta investigación obtuvo 5 categorías de análisis: información sobre COVID-19 y su impacto en el autocuidado, la percepción del cuidado colectivo o en comunidad (co-cuidado), la experiencia del día a día con la pandemia siendo adulto mayor, su familia como proveedora de recursos creencias saberes y espiritualidad como también su impacto en el afrontamiento emocional de este grupo etario. Los resultados son consistentes con los supuestos de la psicología positiva y la psicogerontología de que el desarrollo de las capacidades y el potencial es un trabajo continuo que surge como resultado de las experiencias individuales y colectivas acumuladas durante la edad adulta.

Finalmente, un artículo publicado en São Paulo por Conz, Braga, Jesus, Machado, Merighi y Vasconcelos (2021) sobre "Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients", se realizó un estudio cualitativo basado en la fenomenología social de Alfred Schütz en el que 20 enfermeras que trabajaron en unidades de cuidados intensivos en hospitales públicos y privados entre julio y septiembre de 2020, en el cual obtuvieron que existen peticiones en cuanto a condiciones de trabajo, el reconocimiento profesional, la formación el apoyo a la salud física y mental. El aprendizaje de las experiencias de las enfermeras mostró la

necesidad de adaptarse a una nueva forma de prestar cuidados, seleccionaron las mejores prácticas nacionales e internacionales, para el manejo de pacientes críticos con SARS COV-2.

Además, acondicionaron sus espacios físicos, priorizaron el uso continuo de equipos de protección y la exigencia de cuidados especiales hacia los pacientes. Ante ello, señalaron la importancia de especializarse para ampliar conocimientos en el campo de la enfermería.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. COVID-19 en el adulto mayor

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021), la pandemia de COVID-19 reveló las necesidades y susceptibilidad de los adultos mayores en relación con su derecho a la salud; puso de relieve las tasas de mortalidad más altas entre los adultos mayores con comorbilidades y deficiencias funcionales; expuso la fragilidad de los sistemas de salud para apoyar a los adultos mayores y atender sus necesidades específicas.

De esta forma, para la OPS (2021), el desafío de la pandemia ofreció un enfoque diferente, con intervenciones apropiadas para los adultos mayores, teniendo en cuenta la gran diversidad de estados funcionales y características de salud de esta población. Este momento puede convertirse en una oportunidad para asegurar que se apliquen las estrategias necesarias en nuestras sociedades e instituciones para proporcionar a nuestras poblaciones de adultos mayores el cambio necesario en su cuidado, para que puedan mejorar su calidad de vida.

En este contexto, De Lima et al. (2021) resalta que la combinación de vejez, enfermedad crónica y COVID-19 resultó fatal, afectando principalmente a las residencias de larga estancia para ancianos. La edad media fue de 83 años, con un 94% de enfermedades crónicas asociadas, y este perfil resultó en una tasa de hospitalización del 55% y una letalidad en número de muertes entre los que enfermaron del 34%.

2.2.2. Vulneración de principios bioéticos en la pandemia

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2020) señala la necesidad de protección a las personas mayores de la región, quienes se encuentran en una condición de vulnerabilidad mayor; por lo que, se hace necesario adaptar lineamientos que resulten pertinentes a fin de garantizar sus derechos sin discriminaciones de ningún tipo.

Para Corradi et al. (2021) desde una perspectiva bioética, la discriminación por edad para el ingreso en un centro de soporte vital avanzado o en UCI, es contraria tanto al principio de dignidad humana como al principio de beneficencia, ya que limita el acceso a medidas potencialmente útiles para los adultos mayores infectadas por el coronavirus. Por este motivo, expresó preocupación por los protocolos de acceso a cuidados intensivos que incluyeron la edad como criterio. Sin embargo, el protocolo no tuvo en cuenta el principio de dignidad humana que implica el reconocimiento del derecho a la salud de las personas mayores, sus valores, biografía y su importancia para la sociedad

2.2.3. Cuidado humanizado durante la COVID-19

Según Castro et al. (2019) señalan la necesidad de asegurar el bienestar del otro debe ser sentida como prioridad para la satisfacción del paciente, experimentando la humanización en toda su amplitud, privilegiando el placer de cuidar; por lo tanto, es necesario promover el desarrollo de estrategias de acción que privilegien el derecho humano a la dignidad y al respeto como paciente. Los profesionales deben tener una adecuada relación enfermera-paciente, además, ser reconocidos a través de incentivos para garantizar una atención de enfermería humanizada.

Asimismo, Beesley et al. (2019) manifiestan que los pacientes de la UCI experimentan una profunda pérdida de identidad personal; los pacientes ya no se identifican por su nombre, personalidad, intereses, familia y cultura, sino que se reducen a su número de habitación, su enfermedad o el tratamiento que han recibido; por lo tanto, no tratar a los pacientes como seres

humanos, tanto durante la enfermedad crítica como durante la recuperación tras la supervivencia, puede tener graves consecuencias para su salud física y mental.

Por lo tanto, lograr cuidados intensivos humanizados desde los pacientes y perspectivas de los familiares, con una visión holística del paciente debe reflejarse en las actitudes de las enfermeras y otros profesionales de la salud. Esto implica equilibrar los efectos salvavidas de la tecnología con un mayor énfasis sobre el paciente individual y el respeto a la dignidad humana. Además, los cuidados intensivos de las instituciones de salud pueden implementar cuidados humanizados que incluyan a pacientes, familiares y profesionales de salud; lo que debe ser una normativa para quienes están ingresados en UCI (Angel et al., 2022).

2.2.4. Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

La teoría de Jean Watson se articula a nuestro tema de investigación pues, a través de su teoría del cuidado transpersonal, mismo que se basa en la espiritualidad de la vida, las facultades de adaptación humana permiten: el crecer, cambiar, respeto, aprecio por la persona y libertad para tomar decisiones; buscando dar relevancia en la relación enfermero/a/ paciente basada en sentimientos y emociones que permitan una cognición compartida y en consenso (Raile, 2022).

En este sentido, su teoría del cuidado destaca los siguientes factores del cuidado: mantenimiento de los valores humanistas-altruistas mediante la práctica del amor-bondad, la compasión y la ecuanimidad hacia uno mismo y los demás, ser sensible a uno mismo y a los demás mediante el cultivo de prácticas espirituales propias, desarrollo y mantenimiento de relaciones de cuidados y confianza, contribuir a las necesidades básicas como los actos sagrados en apoyo de la dignidad humana (Raile, 2022).

Esta teoría busca que el personal de enfermería tenga en cuenta la importancia de los factores internos y externos en la recuperación del paciente, buscando el bienestar espiritual, mental y las creencias socioculturales de cada persona; reconociendo las necesidades integrales

de cada paciente ingresado en la terapia intensiva. Además, abarcar las cuatro funciones que posee enfermería asistencia, educación, administración e investigación; y así dar cumplimiento al rol de “cuidar”. (Raile, 2022).

Por lo que, la filosofía de Watson (1999) señala un compromiso moral con todos los individuos sanos o enfermos, para que mejoren su calidad de vida, siendo partícipes de todos los cuidados que se les prestan y aumenten la conciencia sobre la importancia de una asistencia humanizada; por lo tanto, evalúa que la atención del paciente sea con dignidad y respeto en todas sus etapas, conociendo las perspectivas del profesional de enfermería.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

3.1.1. Enfoque de investigación.

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, ya que la variable en estudio es la percepción del profesional de enfermería, lo cual permitió interpretar la información sobre los cuidados brindados por la enfermera al adulto mayor en condición de dependencia en unidades de cuidados intensivos.

Es así que, según Baptista et al. (2014) la investigación cualitativa pretende la comprensión de los hechos según los sujetos de estudio ampliando sus puntos de vista, permite obtener un panorama completo de los fenómenos de manera original, utilizando datos que permiten la interpretación de las experiencias de vida, lo que a su vez permite una contextualización profunda del entorno.

Asimismo, permite comprender las interrogantes frente a los significados de varias experiencias desde la perspectiva de otra persona, estos posibilitan aprender habilidades reflexivas utilizando otros referentes teóricos metodológicos y comprender aspectos relacionados de los sujetos de estudios frente a las percepciones, vivencias y experiencias, que poseen características, consecuencias y su significado (Cometto et al., 2013).

De esta forma, la presente investigación mediante el enfoque cualitativo permitió conocer las experiencias de los profesionales de enfermería en la atención que se le dio al adulto mayor en unidades de cuidados intensivos de COVID-19, comprendiendo como se dio ese proceso mientras estuvieron ingresados en dicha área, considerando todos los factores que se asociaban por las características de esta pandemia

3.1.2. Diseño de investigación

Según Fuerte et al. (2015) el método fenomenológico permite descubrir y describir situaciones que se relacionan entre sí en función del objeto de estudio, permite a las personas narrar el significado de la experiencia vivida frente a un fenómeno de interés, visualizar las características de sus experiencias de un momento en particular, para comprender cómo surge el significado a través del contenido perceptivo y así poder brindar una comprensión profunda de la experiencia vivida, capturar el sentido común y global, o la naturaleza de las experiencias y los eventos.

Es así que, esta investigación está conectada con la fenomenología, pues según Millán (2018) busca en entender el comportamiento humano en la vida cotidiana, a manera reflexiva, dando sus puntos de vista según las experiencias vividas de las variables en estudio, de esta forma se identificó cuál es la perspectiva que tiene el personal enfermero en la atención al paciente adulto mayor que está ingresado en las unidades de cuidados intensivos COVID-19.

3.2. Población y muestra

Para la presente investigación se trabajó con la población de los profesionales de enfermería que laboraron en unidades de cuidados intensivos COVID-19 de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas. Además, por la saturación de información que se dio se trabajaron con 15 enfermeros de UCI COVID-19 de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, se usó un muestreo por conveniencia.

Según Baptista et al. (2014) la muestra por conveniencia permite tomar en cuenta a las profesionales a los que tenemos acceso y cumplen con los criterios de inclusión de la investigación en curso, en este caso que sean profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos.

a. Criterios de inclusión

Profesionales enfermeros que laboraron en UCI COVID-19 durante la pandemia período 2020- 2021.

b. Criterios de exclusión

Personal auxiliar de enfermería.

c. Criterios de rigor

Según menciona Cometto et al. (2013) la aplicación de estándares de rigor científico a los temas de investigación requiere la consideración del comportamiento dinámico, las interrelaciones de los estándares para respaldar la credibilidad de la calidad y el rigor de la investigación. Por lo que se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- Validez: los resultados a través de la interpretación de la información obtenidas de las entrevistas que se realizó a los profesionales de enfermería, fueron pasados por el programa software ATLAS.TI para dar mayor credibilidad a los mismos.
- Reflexividad: en esta investigación se dio un enfoque perspectivo desde un juicio crítico utilizando el lenguaje EMIC y ETIC para la interpretación de los testimonios en la conformación de los resultados.

d. Consideraciones éticas

Consentimiento informado: según Alcatraz et al. (2012) el propósito del consentimiento es permitir que las personas acepten participar en la investigación si están de acuerdo con sus valores y principios, así como con su interés en brindar su experiencia sobre el fenómeno en estudio, sin perjudicarlos con dicha participación.

Confidencialidad: para Alcatraz et al. (2012) enfatiza la seguridad y la protección de la identidad al participar como informante de la investigación, se refiere tanto al anonimato de la identidad de los sujetos como a la privacidad de la información que revelan, por lo que para preservarla se asignó a los encuestados un número o un seudónimo para fines académicos y científicos.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

- **Entrevista**

Se hizo uso del instrumento desarrollado como la guía de entrevista semiestructurada, misma que permitió un intercambio de información a través del diálogo entre diversos sujetos aplicada a personal que trabajó durante el período de pandemia del área de cuidados intensivos COVID-19, de forma individual, a través de preguntas establecidas, para recopilar información de la percepción del profesional frente al cuidado de los adultos mayores con esta patología, asimismo esto nos permitió contar con una herramienta basada en la investigación de enfoque cualitativo como un instrumento de carácter técnico que toma la forma de un diálogo cotidiano.

Es así que, según Cometto et al. (2013) define la entrevista como una reunión para conversar e intercambiar información del grupo en estudio, mediante una guía de entrevista semiestructurada, para la construcción conjunta y conocer cuales fueron en este caso las perspectivas del profesional enfermero de la atención pacientes adultos mayores en UCI COVID-19.

3.4. Técnicas de análisis de datos

De modo que, para interpretar y analizar la información se utilizó el lenguaje Emic/Etic que permitió interpretar y analizar la información derivada de los participantes la cual corresponde de acuerdo a las vivencias de los entrevistados que atendieron pacientes adultos mayores en unidades de cuidados intensivos COVID-19 (Corona y Maldonado, 2018).

Además, según Baptista et al. (2014) indica que para la interpretación de datos se categorizan por similitudes y diferencias con el uso de codificación cualitativa, considerando el contenido para su análisis por categorías para organizar los resultados que se relacionen entre sí, la codificación fue con el método colorimétrico abierta o posteriori lo que dio mayor confiabilidad a los resultados.

Asimismo, se utilizó el programa de software ATLAS.TI el cual ayuda en la interpretación de datos cualitativos, además permitió incorporar información sin la necesidad de agregar todo en un mismo tiempo, facilitó la clasificación de categorías a través de estrategias que otorgan al análisis mayor poder interpretativo para la investigación realizada (Fernández et al., 2020).

4. RESULTADOS

Una vez realizado el análisis de las narrativas, mediante codificación colorimétrica emergen 5 categorías y 6 subcategorías que se detallan a continuación:

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

5. DISCUSIÓN

A partir de la culminación del análisis de los testimonios, son relevantes las siguientes discusiones, que reflejan el significado expresado por los participantes de la investigación, considerada como unidades de significado:

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

En esta categoría los profesionales se refieren a las medidas drásticas que el equipo médico tuvo que adoptar en cuanto al uso de ventiladores, por la disponibilidad limitada de los mismos considerando ciertos factores como: edad, antecedentes patológicos como determinantes para decidir si se entubaba o no a un paciente, entre los testimonios destacamos los siguientes:

“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.” P. N°1

“los pacientes necesitaban hospitalización, se fue dando prioridad para atención medica de quien necesitaba más un ventilador mecánico o una cama en terapia intensiva.” P. N°7

“los adultos mayores como no tenían mucha capacidad para sobrevivir entonces había elecciones, para mí no fue una atención digna.” P. N°9

Es por ello que, para de Granda et al. (2020) indican que el brote de la pandemia SARS-CoV-2 puso a prueba el funcionamiento del sistema sanitario del país, generando un desajuste a los problemas ya existentes desde el punto de vista de la relación entre necesidades clínicas como también de disponibilidad de recursos, con serias repercusiones sobre la evolución de los pacientes. Dicha situación exigió una toma de decisiones compleja basada en fundamentos clásicos de bioética para garantizar una asignación adecuada de recursos disponibles ante un escenario de carencia de los mismos.

En este sentido, se abordan las siguientes subcategorías que dan respuesta a la unidad de análisis anterior:

- **Falencias en la comunicación asertiva durante el proceso salud – enfermedad**

La presente subcategoría indica las limitantes de la pandemia que restringieron el proceso de comunicación entre el personal de salud y familiares de pacientes ingresados en la UCI COVID-19; a su vez, en estos servicios no se brindó información oportuna sobre procedimientos en relación a la evolución del estado de salud del paciente, lo que generó incertidumbre al familiar sobre la condición de este, revelando una falta de empatía por parte del profesional de la salud frente al sufrimiento, esto evidenciado en los siguientes testimonios de los participantes que manifiestan:

“. una fue la falta de información hacia los familiares sobre lo que era la enfermedad.”

P. N°9

“. bueno, en realidad, todo se veía alterado en todos los aspectos P. N°3

Asimismo, para Arnold et al. (2021) indican que la comunicación entre personal sanitario y familiares fue regular en la terapia intensiva COVID-19, se presentaron retos donde fue necesario desarrollar estrategias ante las restricciones presentadas, como la ausencia de visitas en el ambiente hospitalario y el aislamiento social las llamadas de audio - video fueron los únicos métodos de intercambio de información entre el personal de salud con los familiares sobre la evolución del paciente, en un escenario como el contexto del coronavirus hubo la necesidad de retroalimentar las competencias comunicativas de los profesionales sanitarios para una correcta comunicación asertiva.

De igual manera indican Hanke et al. (2022) que la comunicación entre paciente - personal sanitario es de vital importancia pues en diversos casos el adulto mayor siente que no es tomado en cuenta al no tener en consideración su opinión lo que genera desconfianza al sentirse discriminados, que en consecuencia genera falta a adherencia a los tratamientos miedo

a asistir a servicios de salud la comunicación debe basarse en la comprensión, el respeto, apoyo e involucrar al paciente en su atención.

Finalmente, Avellaneda et al. (2021) recomiendan que se debe crear un grupo determinado de profesionales que brinden información a los familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva, para brindar una mejor calidad en la atención, así también disminuir la carga de trabajo; además estas acciones contribuyen a facilitar la relación terapéutica y mejorar la percepción de familiares al recibir una atención humanizada disminuyendo su ansiedad por conocer sobre sus seres queridos.

- **Limitación terapéutica al adulto mayor durante la pandemia.**

Dentro de esta subcategoría se hace mención a las medidas que se aplicaron por parte del personal que laboró en UCI COVID-19, donde pacientes adultos mayores con comorbilidades se desestimaron a aplicar medidas extraordinarias como la ventilación mecánica conforme lo relatan en las entrevistas obtenidas por el personal enfermero:

“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” P N°1

“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.” P N°4

“una pandemia que afecto a todo el país no se pudo dar la prioridad que necesitaba el adulto mayor” P N°12

“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, fuel el dilema mayor que se presentó en la etapa del COVID-19” P N°2

De igual manera, Gómez et al. (2020) afirman que en el transcurso de la pandemia los profesionales de la salud se enfrentaron al déficit de recursos para tratar pacientes graves, lo que ocasionó tomar una decisión sobre quien tendría una mayor oportunidad de seguir con vida

o morir, al ser esto una problemática global se aplicaron protocolos donde los criterios fueron edad, comorbilidades, su estado general estableciendo así un límite para la admisión a cuidados intensivos y de esta forma extender los recursos disponibles para el mayor número de personas.

Igualmente, para Águila et al. (2021) recalcan que los adultos mayores contagiados por COVID-19 presentan una evolución tórpida lo que conllevó a presentar complicaciones graves; por lo que se consideró la edad como un factor de predicción para mortalidad incrementando así el riesgo de muerte en este tipo de pacientes, atribuyendo también sus comorbilidades asociadas y alta prevalencia de síndromes geriátricos; sin embargo, indican que la Sociedad Europea de Geriátrica hace mención que la edad no debe ser un criterio de exclusión para el ingreso a pacientes a unidades de manejo avanzado ni limitar la asistencia en cuidados de la salud.

Para Burdiles y Pommier (2021) reconocen que en situaciones desequilibradas de atención sanitaria, es preciso aumentar la esperanza de vida del individuo brindando a los seleccionados las máximas posibilidades de cumplir todos los ciclos de la vida, en términos prácticos y en igualdad de circunstancias, este principio da mayor prioridad a las personas más jóvenes, con el argumento de justicia equitativa, con el fin de proporcionar a la persona joven las mismas oportunidades de concluir sus ciclos vitales que ha tenido un adulto mayor.

- **Déficit de recursos y vulneración de la gestión del cuidado durante el Coronavirus.**

En esta subcategoría según las entrevistas realizadas al personal de enfermería hace mención a la escasez de insumos necesarios para el cuidado de los pacientes ingresados en unidades de terapia intensiva durante la pandemia, lo que generó dificultad a la hora de brindar un cuidado adecuado, pues a más de los dispositivos médicos existió déficit de medicación importante para el tratamiento y manejo en la UCI, como hacen referencia las siguientes narrativas:

“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...” P. N°7

“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...” P. N°3

“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.” P. N° 5

Es así que, según Martínez et al. (2021) la pandemia creó un reto a nivel mundial para la provisión de personal, suministros médicos y medicación, por lo que la capacidad de trabajo en equipo ayudó a afrontar los desafíos del coronavirus; en este caso, los comités de crisis se encargan de coordinar el personal institucional, tratando de solventar las necesidades que se presentaron en cuanto a equipos de protección personal racionándolos adecuadamente, tomando en cuenta también la provisión de insumos, medicamentos, que ayuden a solventar la emergencia sanitaria.

Del mismo modo, para Vargas (2021) hace mención que los escasos recursos con los que contaron en la pandemia se distribuyeron de forma optimizada tratando de destinarlos a quienes tenían mayores probabilidades de beneficiarse de una medida avanzada, esto mediante la realización de un triaje para su admisión a servicios críticos, se plantearon tratamientos alternativos en casos específicos pues todas estas medidas se vieron necesarias ante la saturación de los servicios sanitarios, buscando optimizar los dispositivos y equipos con los que se contaban.

2. Dignidad y respeto al adulto mayor y el cuidado durante la pandemia

La siguiente categoría aborda la dignidad y respeto al adulto mayor en un contexto como la emergencia sanitaria que vulnera la integridad y los derechos humanos de este grupo

etario, en el que se hace necesario profundizar en la responsabilidad y compromiso de los profesionales de la salud frente al cuidado y los principios éticos y bioéticos en la toma de decisiones sobre la salud de estos, esto se evidencia a través de las siguientes subcategorías:

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

Esta subcategoría propone la concientización en el cuidado de enfermería, la cual debe adaptarse a la respuesta del ser humano, así elevar su capacidad de cuidar cuando una persona agoniza y no puede ver a su familiar buscando la forma de trascender en el encuentro del amor filial ya que, un gesto de empatía aporta dignidad al paciente ante la muerte, esto evidencian los participantes que afirman lo siguiente:

“se brindaban cuidados para que este pueda morir dignamente y sin dolor.” P. N°1

“ . si, a todos los pacientes, independientemente del grupo etario que pertenezcan se los trataron de manera integral.” P. N°2

“ . se antepuso siempre el respeto y la dignidad de la vida del paciente.” P. N°4

“La atención brindada al adulto mayor durante la pandemia fue una atención personalizada, desde el momento de su ingreso su estadía y al egreso” P. N°15

En este sentido, para Camargo (2022) el COVID-19 colapsó las unidades de salud como emergencias y terapias intensivas los pacientes vulnerables ya sean por su edad o condición general, se les asignaron los cuidados requeridos; sin embargo, se vieron en una situación donde no se contó con lo necesario para brindar atención en el pico de la pandemia, donde en varios casos de vieron vulnerados sus derechos, pero se trató de salvaguardar una atención segura y de calidad.

Mientras que, para Cordova y Núñez (2021) indican que con el inicio de la pandemia el personal sanitario presentó diversos dilemas en la toma de decisiones; no obstante, el conocer los medios de contagio de la enfermedad buscaron incorporar medidas de protección,

asegurando así un cuidado integral a los pacientes, pero con mayor responsabilidad y compromiso para garantizar la dignidad conforme al nivel de gravedad del paciente.

- **Aspectos del cuidado enfermero – paciente durante la crisis sanitaria.**

Esta subcategoría hace referencia a las representaciones y prácticas en enfermería durante la pandemia de COVID-19, en la que se trató de dar el mejor cuidado dentro de las limitantes que se encontraron al ejecutar su trabajo, buscando mantener una buena relación con su paciente y de esa forma brindar cuidados con respeto al adulto mayor en las áreas críticas, como se detallan a continuación en las siguientes narrativas:

“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” P. N°5

“por parte del personal de salud, dimos todo lo que pudimos con lo que teníamos al alcance” P. N°7

Según Lara y Ruiz (2021) reconocen que en la UCI los pacientes que ingresan por COVID 19 precisan de una atención oportuna y especializada por su inestabilidad a nivel respiratorio, si bien en un principio se desconocía de la enfermedad con lo que tanto el personal sanitario se encontraban temerosos de contagiarse durante su labor, fragmenta la relación terapéutica y comunicación con el usuario, por otro lado el conocer sobre la actualización de abordaje de esta patología, permitió que el trato al paciente mejorara sin dejar de lado el uso de equipos de protección, adaptado al manejo según las nuevas evidencias científicas.

De la misma manera, la carga de trabajo se incrementó debido a la limitación de tiempo y de talento humano con las competencias y habilidades necesarias para brindar cuidados

eficientes a pacientes con este tipo de patologías, de acuerdo a la realidad del servicio y de la emergencia sanitaria (Betancourt et al., 2020).

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

Esta subcategoría emerge de las narrativas de los participantes en relación a la atención brindada a los pacientes en un escenario como la crisis sanitaria provocada por el coronavirus, donde los profesionales de la salud garantizan los cuidados desde un marco ontológico sin discriminación en un contexto de limitación y de dilemas en relación a la toma de decisiones sobre la salud de las personas, esto se evidencia a través de las siguientes afirmaciones:

“ . se brindaban cuidados para que este pueda morir dignamente y sin dolor.” P. N°1

“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.” P. N°4

“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” P. N°9

“pero si dimos otra humanización como fue musicoterapia, recibíamos cartas y les hablábamos a los pacientes, pero no en sí una humanización como debe de ser.” P. N°10

Para Allande et al. (2021) señalan que los cuidados humanizados en la pandemia tuvieron que adaptarse a la situación por la que se atravesaba, pasando de ser una UCI de puertas abiertas a restringir totalmente el acceso de familiares, es por ello que el personal de enfermería buscó otras medidas para lograr el acercamiento de los pacientes hacia sus seres queridos, mediante el acompañamiento verbal por llamada o video llamada telefónica, lectura de cartas, que minimizó la distancia emocional y el aislamiento social, favoreciendo así palabras de apoyo y el sentir que no están solos.

Por otro lado, las medidas por aislamiento dificultaron la atención humanizada al paciente, la relación personal de salud - familia; esto hizo necesario que la información sea

transmitida por llamadas telefónicas, también se cerraron los servicios a los familiares quienes no podían ver a sus pacientes y la comunicación asertiva por el uso del equipo de protección personal (Franco et al., 2021).

3. Separación del vínculo familiar al paciente crítico durante la emergencia sanitaria.

En esta categoría los profesionales de enfermería expresan sobre el paciente con COVID-19 que ingresó a la UCI con incertidumbre de cuando vería a sus familiares, además su hospitalización en áreas críticas restringe el acercamiento y comunicación con estos, provocando la separación con sus seres queridos quienes no podían visitarlo, generando esto, mayor estrés emocional y problemas en la recuperación del paciente, esto evidenciado en las narrativas de los participantes:

“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.” P.N 12

“los pacientes al entrar a terapia intensiva quedaban solos y muchas veces no los volvían a ver sus familiares.” P.N 11

“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.” P.N. 6

De igual modo, el separar a los familiares del paciente ingresado en terapia intensiva fue una situación estresante, primero fueron separados por el aislamiento de la pandemia, luego el complicarse e ingresar a UCI, donde existen lineamientos de restricción que alejan a estos de la comunicación social con las familias, recibiendo información únicamente por llamada

telefónica, evitando asistirlo de ninguna forma, causando mayor estrés y ansiedad (Lara et al., 2021).

Por el contrario, para Arreciado y Ventura (2021) indican que es se debe cambiar la visión e incorporar estrategias que incluyan a la familia en el cuidado del paciente crítico, quienes ayudarán a priorizar las necesidades y la seguridad del usuario frente a los eventos adversos generados por el coronavirus, actividades limitadas en la emergencia sanitaria por su complejidad y variación.

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

Durante el cuidado al adulto mayor en la pandemia se vulneraron los principios de la bioética según la perspectiva del personal enfermero entrevistado, al no contar con los dispositivos médicos, las áreas de hospitalización saturadas y la carencia de conocimientos posibilitaron errores en la toma de decisiones terapéuticas que generan discriminación etaria, en base a escalas de probabilidad de supervivencia que fragmenta paradigmas sobre el respeto a los derechos humanos y la dignidad ontológica humana, esto evidenciado 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” P.N 4

“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.” P.N 5

“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.” P.N 6

“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”. P. N°8.

De esta manera, la bioética principialista dentro del principio de justicia indica que se deben asignar equitativamente los recursos de salud, sin embargo, esta pandemia estigmatizó al adulto mayor por su edad al limitar el acceso a servicios de salud, en especial a las áreas críticas y sus medidas de soporte vital avanzado, siendo priorizado el derecho de un joven a recibir ventilación mecánica por una potencial recuperación, que minimiza el derecho a la vida y a la dignidad humana del adulto mayor (Corradi et al., 2021).

Por otra parte, para Camargo (2022) hace referencia que la pandemia no discriminó a los pacientes por su estatus, edad, genero, discapacidad u origen, lo que puso a prueba a todos, esta crisis afectó a toda la población, no obstante, la visión holística de la bioética, las políticas financieras, económicas, laborales, de educación y de salud pública influyeron en el comportamiento humano siendo los más perjudicados los adultos mayores, pues la carencia de recursos tangibles y no tangibles, la incertidumbre, el desconocimiento y el estrés del profesional sanitario vulneraron la integridad del adulto en la toma de decisiones.

5. Efectos negativos en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos

Esta categoría emerge de los testimonios del personal enfermero sobre su afectación y sentir biopsicosocial en relación a su labor de cuidar vidas humanas en áreas críticas en la

pandemia, el sentirse solos en áreas de terapia intensiva, sumado a ello la escasez de insumos, saturación de las unidades de salud, la incertidumbre, temor al contagio y la priorización en la atención, fueron factores de impacto negativo en la salud mental del enfermero conforme se detalla a continuación:

“otro fue el estrés laboral por los EPP y la enfermedad.” P. N°9

“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%.” P. N°14

“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.” P. N°3

En este sentido, Allieri et al. (2022) reconocen que el personal de enfermería tenía miedo a infectarse y contagiar a sus familias, es por esto que se aislaron como medida de protección, esto agravó su salud mental ocasionando miedo, depresión y estrés postraumático; lo que hace necesario, la implementación de técnicas como relajación, psicoterapia y otras, no obstante, la escasez de recurso humano en la crisis sanitaria obligó a los profesionales a trabajar en escenarios de sufrimiento como el contexto de la pandemia.

Igualmente, el impacto a nivel emocional en el personal de enfermería fue fuerte, pues se desconocía como al inicio de la pandemia enfrentarían esta emergencia sanitaria, el miedo al contagio y morir ocasionó desgaste emocional repercutiendo en la salud como se evidenció en los síndromes de Burnout, esto también en relación a las limitaciones de los sistemas de salud para garantizar la seguridad de su personal y las necesidades para abordar con eficacia, seguridad y calidad la atención a pacientes con coronavirus (Braga et al., 2021).

6. CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió analizar los aspectos que sobresalen de la atención recibida al adulto mayor durante la pandemia desde la perspectiva del profesional enfermero que laboró en UCI COVID-19, dentro de la primera categoría se resalta la carencia de atención al adulto mayor limitando los esfuerzos por su edad, además fue afectada la comunicación asertiva a los familiares utilizando como medio de intercambio de información las llamadas telefónicas en un escenario de desconocimiento, limitación y aislamiento social.

Asimismo, se determinaron los conflictos éticos emergentes en el personal de enfermería durante la crisis sanitaria, donde se vulneraron principalmente los principios bioéticos como la justicia, beneficencia y no maleficencia; situación que afectó en la salud mental del profesional sanitario por la toma de decisiones terapéuticas que quebrantaron los derechos humanos del adulto mayor, esto por temor al contagio, estrés postraumático, depresión, incertidumbre y carencia de recursos; lo que limitó al momento de brindar una atención con eficacia, seguridad y calidad a pacientes con COVID-19.

No obstante, aun evidenciando la presencia de conflictos éticos en 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 apoyo 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.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, D., Martínez, J., Mazoterías, V., Negreira, M., Nieto, P., y Piqueras, J. (2021). Mortalidad y factores pronósticos asociados en pacientes ancianos y muy ancianos hospitalizados con infección respiratoria COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(5): 259–267. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.006>
- Alcaraz, N., Noreña, A., Rojas, J y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12 (3): 263-274. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124948006.pdf>
- Allande, R., Navarro, C., y Porcel, A. M. (2021). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica*, 31: 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
- Allieri, S., Amigoni, C., Baldrihi, R., Eliesi, R., Giannetta, N., Manara, D y Rosa, D. (2022). 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*, 19 (15057): 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215057>
- Ángel, J., Benito, L., Delgado, P., Gálvez, M., Heras, G y Velasco, T. (2022). Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19. *Intensive y Critical Care Nursing*, 70 (103206): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103206>
- Angel, S., Højager, A y Kvande, M. (2022). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, 29 (2): 498-510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

- Arab, M., Chegini, Z., Kakemam, E y Reza, M. (2021). Experiences of critical care nurses fighting against COVID-19: A qualitative phenomenological study. *Nurs Forum*, 56 (3): 571-578. <https://doi.org/10.1111%2Fnuf.12583>
- Arnold, R. M., Blanco, D., DeLair, W., Doshi, A., Elmer, J., Kennedy, N., Nigra, K., y Steinberg, A. (2021). Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5): 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Arreciado, A., y Ventura, L. (2021). Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería Clínica*, 31(5): 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
- Avellaneda, S., del Río, I., Fernández, M., Humada, P., Jiménez, A., Martín, A., Maté, A., y Redondo, N. (2021). Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>
- Baptista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education. <https://doi.org/https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Beesley, S., Brown, S., Grow, A., Hajizadeh, M. H y Wilson, M. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23 (32): 1-3. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>
- Betancourt, M., Domínguez, W., Herrera, M., y Peláez, B. (2020). Estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia de COVID 19. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*, 4(3): 41–50. <https://doi.org/10.47230/unesciencias.v4.n1.2021.308>

- Braga, V., Conz, C., de Jesus, M., Machado, F., Merighi, M., y Vasconcelos, R. (2021). Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0194>
- Brito, F., Leitón, Z., Partezani, R., Silva, L., Silva de Araujo, J y Silva-Fhon, J. (2020). Atención hospitalaria al adulto mayor con COVID-19. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28 (3396): 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4649.3396>
- Burdiles, P., y Pommier, A. (2021). El triaje en pandemia: Fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1): 61–74. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.004>
- Camargo, R. (2022). Derechos humanos y dimensión social de personas vulnerables durante la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22(2): 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.007>
- Castro, C., Duarte, I., Pires, L., Rolo, B y Santos, B. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine*, 51 (1): 204. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164>
- Cometto, M., Gómez, P., Monticelli, M., Prado, M y Souza, M. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (23 de Abril de 2020). *La CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos de las personas mayores frente a la pandemia del COVID-19*. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/088.asp>
- Conz, C., Braga, V., Jesus, M., Machado, F., Merighi, M y Vasconcelos, R. (2021). Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Revista da Escola de*

Enfermagem, 55 (20210194): 1-9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>

Cordero, M., Escudero, P., Gómez, I., González, A., Lázaro, N y Leizaola, O. (2021). Age as a limiting factor of admission to an intensive care unit. *Medicina Intensiva*, 45 (8): 47-49. <https://doi.org/10.1016%2Fj.medine.2021.08.012>

Cordova, N., y Núñez, A. (2021). 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*, 8(2): 5–16. <https://doi.org/10.35383/cietna.v8i2.598>

Corona, J y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37 (4): 1-4. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>

Corradi, C., de Castro, U., Perez, C y Salgado, T. (2021). Covid-19 and ageism: ethical assessment of health resources distribution. *Revista Bioética*, 29 (2): 242-250. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292461>

De Granda, J., López, D., Segrelles, G., y Zamora, E. (2020). Limitación terapéutica en pacientes ancianos: reflexiones a propósito del COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*, 56(10), 677–679. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.05.036>

De Lima, F., Partezani, R y Silva, J. (2021). *El cuidado del adulto mayor en la atención primaria en salud em tiempo de COVID-19*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. <https://doi.org/10.51796/978-65-8856-03-0>

Fernández, C., Granero, J y Hernández, J. (2020). *ATLAS.ti para investigación cualitativa en salud*. Universidad de Almería. https://books.google.com.ec/books?id=aybrDwAAQBAJyprintsec=frontcoveryh=esy source=gbs_ge_summary_rycad=0#v=onepageyqyf=false

- Fernández, G., Maza, B y Pérez, L. (2021). 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*, 7 (183): 1-11. <https://doi.org/10.24016/2021.v7.183>
- Franco, J., Mariño, H., Morán, R., y Yugcha, G. (2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, 6(10): 15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9043029>
- Fuerte, J., Mendieta, G., y Ramírez, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33 (3): 435-443. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
- Gómez, E., Martín, C., y Morlans, M. (2020). 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*, 46(3): 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
- Hanke, P., Kucemba, M., Levine, D., Mendez, J., Saad, A., y Stewart, B. (2022). A Qualitative Analysis of Older Adults' Views of Healthcare Provider Attributes and Communication Skills. *Journal of Patient Experience*, 9: 237437352210925. <https://doi.org/10.1177/23743735221092564>
- Insúa, J. (2018). Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Persona y Bioética*, 22 (2): 223-246. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n2/0123-3122-pebi-22-02-00223.pdf>
- Lara, P., y Ruiz, Á. (2021). Cuidados al paciente COVID en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Docente*, 113: 56–61.

<https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/113-10-ES->

[Cuidados%20al%20paciente%20COVID%20en%20una%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20.pdf](https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/113-10-ES-Cuidados%20al%20paciente%20COVID%20en%20una%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20.pdf)

- Lara, G., Urdapilleta, E., y Ruiz, C. (2021). Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 80(2), 100–104. <https://doi.org/10.35366/100990>
- Martinez, G., Sevilla, S., y Zabalegui, A. (2021). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 31: S12–S17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
- Millán, T. (2018). Investigación cualitativa en el campo de la salud: un paradigma comprensivo. *Revista Chilena de Pediatría*, 89 (4): 427-429. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000710>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La COVID-19 y adultos mayores*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores>
- Pasay-an, E. (2020). Exploring the vulnerability of frontline nurses to COVID-19 and its impact on perceived stress. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15 (5): 404-409. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.07.003>
- Raile, M. (2023). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier. <https://books.google.com.ec/books?id=ekqGEAAAQBAJylpg=PP1ypg=PP1#v=onepageyqyf=false>
- Rodríguez, M., Román, P y Roper, C. (2021). *Metodología de la investigación: de lector a divulgador*. Universidad de Almería. <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/197128/9788413511023%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Secretaría Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025*.
https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf
- Watson, J. (1999). *Nursing. Human Science and Human Care. A theory of nursing*. Jones and Bartlett Publishers.
<https://books.google.com.ec/books?id=J1yWpFKQd3oCyprintsec=frontcover#v=onepageyqyf=false>
- Wu, Z., y McGoogan, J. (2020). 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*, 323 (13): 1239-1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>

8. ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

"DIGNIDAD Y RESPETO A LAS PERSONAS MAYORES CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA ENFERMERO"

I. Introducción

Reciba usted un cordial saludo, a la vez agradecemos la predisposición de estar en esta entrevista, la cual tiene como finalidad de recolectar información acerca de la percepción del profesional enfermero sobre "DIGNIDAD Y RESPETO A LAS PERSONAS MAYORES CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS". Los datos que sean proporcionados, serán mantenidos en reserva mediante el anonimato. Agradecemos de antemano su colaboración.

II. Datos generales

A) Edad _____ años cumplidos.

B) Formación académica Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()

1.- ¿Cómo consideras que fue la atención brindada al adulto mayor durante la pandemia?

2.- ¿Cuáles dilemas éticos se te presentaron al cuidar, al adulto mayor con COVID-19?

- ¿Qué desafíos o problemáticas se presentaron al atender al adulto mayor?
- ¿Qué principios bioéticos (Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía) se ven vulnerados durante la atención al adulto mayor? ¿Por qué?

3.- ¿Consideras tú que el cuidado, que brindaste y que tus compañeros brindaron promovieron el respeto y dignidad del adulto mayor? ¿Cómo?

4.- ¿Consideras que el cuidado brindado al adulto mayor durante la pandemia, fue humanizado? ¿Por qué?

Anexo 2. Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto de tesis: “DIGNIDAD Y RESPETO AL ADULTO MAYOR CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERSPECTIVA ENFERMERO”,

Yo _____ con C.I. acepto participar del proyecto de investigación después de conocer en qué consiste el procedimiento, proporciono mi autorización a los investigadores de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo de la Maestría de Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, para realizar la entrevista misma que será grabada y fotografiada, asegurándose que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación.

F. _____

NOMBRES: _____

C.I. _____

DATOS DE LOS INVESTIGADORES:

GAIBOR GARCIA ADRIANA DENIS

C.I. 1722282058

MACIAS DELGADO LUCIA SOCORRO

C.I. 1722608237

Anexo 3. Matriz de codificación colorimétrica

Número de código	Color	Significado
C1	Rojo	Limitación terapéutica al adulto mayor durante la pandemia.
C2	Azul	Reflexión sobre el cuidado integral en tiempos de COVID-19.
C3	Amarillo	Separación del vínculo familiar al paciente crítico durante la emergencia sanitaria.
C4	Verde	Déficit de recursos y vulneración de la gestión del cuidado durante el Coronavirus.
C5	Celeste	Aspectos del cuidado enfermero – paciente durante la crisis sanitaria.
C6	Rosado	Principios éticos y bioéticos vulnerados durante el cuidado al adulto mayor en la crisis sanitaria.
C7	Plomo	Carencia de la comunicación asertiva en las relaciones interpersonales durante el proceso salud - enfermedad.
C8	Violeta	Efectos negativos en la salud mental del personal de enfermería de servicios críticos.
C9	Oliva	Cuidado digno y humanizado en el contexto de la crisis del COVID-19.

Fuente: Adriana Gaibor y Lucía Macías

Anexo 4. Matriz de categorías y subcategorías

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

Fuente: Adriana Gaibor y Lucía Macías