

# El significado que tiene para las personas mayores su estancia en una unidad de cuidado intensivo, Medellín, Colombia

---

✉ **Silvana Hincapié-Rodas**

<https://orcid.org/0000-0003-4272-8308>  
Universidad de Antioquia, Colombia  
silvana.hincapie@udea.edu.co

**Luz Estella Varela-Londoño**

<https://orcid.org/0000-0001-7799-2197>  
Universidad de Antioquia, Colombia  
luz.varela@udea.edu.co

Recibido: 10/07/2024  
Enviado a pares: 04/09/2024  
Aceptado por pares: 10/03/2025  
Aprobado: 22/04/2025

**DOI: [10.5294/aqui.2025.25.2.8](https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.2.8)**

**Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo**

Hincapié-Rodas S, Varela-Londoño LE. The Significance of Intensive Care Unit Stays for Older People, Medellín, Colombia. *Aquichan*. 2025;25(2):e2528. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.2.8>

**Temática:** Procesos y prácticas de cuidado.

**Contribución a la disciplina:** el envejecimiento poblacional conlleva una inminente necesidad de profundizar en investigaciones con personas mayores, para fomentar acciones y políticas que contribuyan a garantizar su atención y cuidado integral en diferentes contextos. Desde la disciplina de enfermería, la comprensión del significado que tiene para las personas mayores el haber estado en la UCI permite al profesional de enfermería reconocer oportunamente sus necesidades, a fin de brindar cuidado con enfoque diferencial y humanizado que involucre los cambios asociados a la vejez, favoreciendo su adaptación y los resultados en salud en este entorno, al cual resulta cada vez más probable ingresar.

## Resumen

**Introducción:** el incremento de personas mayores en las unidades de cuidado intensivo (UCI) es un reto para el cuidado, en la medida en que tales pacientes presentan un grado mayor de vulnerabilidad y fragilidad que los hace propensos a tener resultados desfavorables. **Objetivo:** comprender el significado que tiene para las personas mayores haber estado en la UCI. **Metodología:** investigación cualitativa descriptiva con herramientas de etnografía. Previo estudio exploratorio, se realizaron diez entrevistas, se complementó con observación en una UCI y diario de campo. Hubo reflexividad y concurrencia entre la recolección y el análisis, se transcribieron las entrevistas y en la lectura línea por línea se identificaron códigos con los que se configuraron las categorías emergentes. Se conservaron criterios de rigor y principios éticos. **Resultados:** el significado que los participantes dieron al contexto de la UCI fue el de una sala de respeto, encerrada, fría, especial y con atención personalizada para pacientes complejos o graves de salud. Las interacciones se dieron con la familia, el personal de salud y figuras espirituales, con significaciones diversas, mediadas por el trato respetuoso, bueno, especial, cariñoso; no obstante, hubo momentos de trato inhumano, distante e indiferente. El cuidado fue definido como especial, solicitado, oportuno; otras veces como no recibido, no identificado, no oportuno, o con algunas limitaciones al momento de brindarlo. **Conclusión:** el significado de haber estado en la UCI para las personas mayores se asocia con sentirse bien cuidados y agradecidos, a pesar de algunas situaciones no favorables en el ambiente, las interacciones y el cuidado.

### Palabras clave (Fuente DeCS)

Persona mayor; unidades de cuidados intensivos; cuidado crítico; enfermería; relaciones interpersonales; envejecimiento; fragilidad; atención centrada en la persona; etnografía; investigación cualitativa.

## 4 The Significance of Intensive Care Unit Stays for Older People, Medellín, Colombia

---

### Abstract

**Introduction:** The increase in the number of older people in intensive care units (ICUs) poses a challenge for care providers, as these patients are more vulnerable and fragile, making them prone to unfavorable outcomes. **Objective:** To understand the significance of ICU stays for older people. **Methodology:** This is a descriptive qualitative study employing ethnographic tools. Following an exploratory study, ten interviews were conducted and complemented by observation in an ICU and a field diary. There was reflexivity and concurrence between data collection and analysis. The interviews were transcribed, and codes were identified through line-by-line reading, which were used to configure the emerging categories. Rigorous criteria and ethical principles were retained. **Results:** The meaning that participants assigned to the ICU setting was that of a respectful, enclosed, cold, special room with personalized care for complex or seriously sick patients. Interactions occurred with family, healthcare personnel, and spiritual figures, with diverse meanings, mediated by respectful, kind, special, and affectionate treatment; however, there were moments of inhumane, distant, and indifferent treatment. Care was defined as special, requested, and timely; at other times, it was defined as not received, not identified, not timely, or with some limitations when provided. **Conclusion:** The meaning of ICU stay for older adults is associated with being cared for and grateful, despite some unfavorable situations in the environment, interactions, and care.

#### Keywords (Source: DeCS)

Older adult; intensive care units; critical care; Nursing; interpersonal relations; aging; frailty; patient-centered care; ethnography; qualitative research.

# O significado, para idosos, da permanência em uma unidade de terapia intensiva. Medellín, Colômbia

---

## Resumo

**Introdução:** O aumento do número de idosos em unidades de terapia intensiva (UTI) representa um desafio para o cuidado, pois esses pacientes apresentam maior vulnerabilidade e fragilidade, o que os torna mais propensos a ter desfechos desfavoráveis. **Objetivo:** compreender o significado, para os idosos, de ter estado em uma UTI. **Materiais e métodos:** pesquisa qualitativa descritiva, utilizando métodos etnográficos. Previamente a um estudo exploratório, foram realizadas 10 entrevistas, complementadas por observação em UTI e registros em diário de campo. As etapas de coleta e análise foram conduzidas com reflexividade e coerência metodológica. As entrevistas foram transcritas e, na leitura linha por linha, foram identificados códigos que deram origem às categorias emergentes. Os critérios de rigor e os princípios éticos foram respeitados. **Resultados:** Os participantes atribuíram à UTI o significado de um ambiente respeitoso, isolado, frio, especial e com atendimento personalizado para pacientes em condição grave ou complexa de saúde. As interações ocorreram com a família, com os profissionais de saúde e com figuras espirituais, com significados variados, mediadas por um tratamento respeitoso, bom, especial, afetuoso; contudo, também houve relatos de tratamento desumano, distante e indiferente. O cuidado foi descrito ora como especial, solicitado e oportuno, ora como ausente, não reconhecido, inoportuno ou limitado em determinados momentos. **Conclusão:** Para os idosos, o significado de ter estado na UTI está associado à sensação de ter sido bem cuidado e ao sentimento de gratidão, apesar de algumas experiências desfavoráveis relacionadas ao ambiente, às interações e à assistência recebida.

### Palavras-chave (Fonte DeCS)

Idoso; unidades de terapia intensiva; cuidados intensivos; enfermagem; relações interpessoais; envelhecimento; fragilidade; cuidados centrados na pessoa; etnografia; pesquisa qualitativa.

## Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad a nivel mundial, por lo que los sistemas sociales, culturales y de salud de los países tienen retos para garantizar el cuidado de la población mayor (1). Es importante reconocer que las personas mayores tienen un alto grado de fragilidad que les hace más susceptibles a enfermarse, lo cual puede llevarles a requerir atenciones especializadas en entornos como la UCI para curarse, preservar su funcionalidad y satisfacer sus necesidades, apuntando al goce de la mejor calidad de vida posible, posterior a su egreso (2).

La UCI se considera un lugar altamente tecnificado, con algunas situaciones particulares como las restricciones de las visitas, el uso de dispositivos médicos invasivos, la limitación de la interacción y la comunicación con familiares, la pérdida de la autonomía y el rol, por lo que precisa de profesionales cualificados para brindar el cuidado (3).

Brunker *et al.* (4) y Vincent *et al.* (5) afirman que en la UCI hay una mayor prevalencia de personas mayores, lo que implica un desafío de cuidado mayor para los profesionales de enfermería que realizan el cuidado con enfoque diferencial, pues deben estar capacitados para comprender a las personas mayores, abordando integralmente su cultura, sus necesidades y problemas de salud para propiciar una atención oportuna, eficaz y centrada en la persona (6).

Estas situaciones generaron como objetivo de esta investigación el interés por comprender el significado que tiene para las personas mayores haber estado en una UCI, expresado en sus propias palabras y en los relatos sobre el sentido que dicha estancia tuvo en su vida.

## Metodología

Esta investigación surgió del acercamiento previo de la investigadora principal con personas mayores en cursos de investigación y desde su interés en profundizar cuestiones de la UCI referidas por estos, lo que configuró los supuestos de que allí pasan soledad, incomodidad por el ruido y la luz, y que pierden su independencia. Además, hay poco conocimiento y baja tolerancia para tratarlos, siendo en algunos casos discriminados.

Se realizó una investigación cualitativa con enfoque descriptivo y apoyo de algunas herramientas de la etnografía como la entrevista, la observación, las notas de campo y el dibujo. Los participantes fueron diez personas que cumplieron los criterios de inclusión: tener una edad igual o mayor a los 60 años (7), una estancia en UCI por un periodo no menor a 24 horas (8) y el deseo de participar voluntariamente. Los participantes del estudio presentaron máxima variabilidad en aspectos como el sexo, donde la muestra estuvo conformada equitativamente por cinco mujeres y cinco hombres. La edad del grupo osciló entre los 61 y 89 años, mientras que el nivel educativo abarcó desde la ausencia de escolaridad hasta la forma-

ción de posgrado. El tiempo de estancia hospitalaria varió entre 2 y 105 días, dependiendo del motivo de ingreso, el cual incluyó patologías respiratorias (Covid-19, neumonía), cardiovasculares (reparación valvular), neuroquirúrgicas (clipaje de aneurisma hipofisiario, laminectomía) y quirúrgicas (nefrectomía, hepatectomía y herniorrafía).

Un criterio de exclusión fue el de tener dificultad para la comunicación y/o el lenguaje (idioma, disartria). Se aplicó el muestreo intencionado por criterio y bola de nieve (9); ninguna persona se negó a participar, ni abandonó la investigación.

Se realizó un estudio exploratorio posterior al aval de ética universitaria e institucional con actas CEI-FE 2021-38 del 28 de enero de 2022 y DM (02) 002/2022 del 16 de febrero de 2022. La investigadora, enfermera externa a la UCI, con formación en investigación, aplicó la guía de entrevista semiestructurada a tres personas mayores que cumplieron los criterios; no fue necesario modificarla, los datos fueron incluidos.

El acceso al campo se inició en el año 2022, mediante el envío de mensajes de texto en grupos de WhatsApp, socializando una breve descripción de la investigación. Algunas personas mayores y familiares de los mismos manifestaron personalmente el interés de participar, por lo que se estableció contacto telefónico con ellos a través del *rapport* (10), con el propósito de acordar la entrevista, su modalidad, horario y lugar.

Cada participante fue abordado en un único encuentro presencial en su domicilio, a excepción de dos entrevistas que se realizaron, una por WhatsApp, por la distancia, y otra en un centro comercial, por solicitud de la participante. La entrevista se realizó en cuatro momentos: saludo; explicación y firma del consentimiento informado; desarrollo de la entrevista y solicitud del dibujo de la UCI; y finalmente, agradecimiento. En reciprocidad, se brindó educación y cuidados de enfermería, además de un detalle (no económico).

Las entrevistas duraron entre una y tres horas, y se registró el audio; cuatro participantes estuvieron acompañados por sus cuidadores, quienes en algunos casos participaron con su voz. En todo momento se buscó ampliar la información, indagando nuevos datos. Se triangularon tanto técnicas (entrevistas, dibujos, observación) como investigadores, se realizó un análisis cruzado con la asesora y con pares académicos y externos a la universidad, hasta lograr saturar los datos.

Para el acceso de observación a las UCI se designaron como *porteros* (11) al intensivista coordinador y a la enfermera coordinadora. Fueron 30 horas de observación en horarios y días variables, y además el personal de salud aportó espontáneamente información para la comprensión del fenómeno.

Las notas de campo se realizaron en el menor tiempo posible con el fin de no perder datos; se lograron 132 páginas de descripciones concretas del proceso y el contexto de la UCI, que también fueron analizadas. Los participantes dibujaron el espacio de la UCI, dibujos que se incorporaron al análisis como estrategia de la etnografía experimental (12); solo un participante no deseó hacerlo.

Para el análisis se aplicó la reflexividad, cuestionando el efecto que los datos tienen en las investigadoras y sus interacciones con los participantes como sujetos socialmente activos (13). Se realizó la transcripción de las entrevistas, que se relejeron cuidadosa y repetitivamente, captando los patrones concurrentes y las relaciones o diferencias entre ellos como estrategia de codificación.

Esta última se realizó entre la investigadora principal y su asesora de las transcripciones de las entrevistas en formato de Microsoft Word; posteriormente, se reorganizaron en una matriz de Microsoft Excel, así: testimonios, código *emic* y *etic*, que luego se agruparon en las categorías emergentes, las cuales respondieron a los objetivos planteados. La recolección y el análisis fueron concurrentes, de acuerdo a lo propuesto por De la Cuesta-Benjumea (14).

Con la aplicación del muestreo teórico (15) y la comparación constante(11), se llegó a la construcción de las categorías: el contexto de la UCI, las *interacciones* con otros y el *cuidado*. La producción de los datos finalizó con la saturación de los mismos, al no surgir nueva información o ser redundante (16). Se tuvo presente la variabilidad de participantes, como se muestra en la tabla 1.

Se cumplieron los criterios de rigor propuestos por Guba y Lincoln (17), tales como: la transferibilidad, a través de la descripción de los participantes y la presentación del contexto; la credibilidad, con la devolución de resultados a los participantes, quienes se identificaron con los mismos; la confiabilidad, con la elaboración de notas de campo en el menor tiempo posible, la transcripción fiel de las entrevistas y la confirmación por las auditorías en presentaciones a la comunidad académica y los pares evaluadores internos y externos a la universidad.

Se siguieron los principios éticos de respeto, beneficencia y justicia para asegurar el bienestar de los participantes y no hacer daño. Se aplicó la Resolución colombiana 8430 de 1993 (18), que establece los mínimos para investigación en personas, prevaleciendo la seguridad y privacidad, mediante el conocimiento suficiente de la investigación, junto con la firma voluntaria y autónoma del consentimiento informado.

## Resultados

Se presenta la caracterización sociodemográfica (tabla 1) y la descripción de los participantes.

**Tabla 1.** Caracterización sociodemográfica de los participantes

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<b>Sexo</b>	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>Edad (años)</b>	63	89	70	63	78	62	77	61	68	71
<b>Residencia</b>	Caucasia	Bello	Medellín	Medellín	Abejorral	Medellín	Medellín	Medellín	Medellín	Medellín
<b>Estrato</b>	3	3	2	2	1	5	5	2	3	2
<b>Escolaridad</b>	Posgrado	Primaria incompleta	No estudió	Primaria completa	Primaria incompleta	Posgrado	Posgrado	No estudió	Posgrado	Primaria completa
<b>Ocupación</b>	Enfermero activo y pensionado	Costurera	Tapicero	Ama de casa y confección	Constructor y oficios varios	Médico y pensionado	Maestra y pensionado	Ama de casa y pensionada	Ingeniero eléctrico y pensionado	Cocinera y pensionada
<b>Asegurador</b>	SURA	SURA	Savia salud	SURA	Salud Total	SURA	Red vital	SURA	SURA y prepagada	SURA
<b>Religión</b>	Católico	Católica	Cristiano	Católica	Católico	Católica	Católico	Católica	Católico	Católica
<b>Estancia en UCI (días)</b>	9	2	105	5	4	15	2	42	8	60
<b>Motivo de ingreso</b>	COVID 19	Neumonía	Reparación válvula cardíaca	Nefrectomía derecha	Hepatectomía parcial	COVID 19	Laminectomía	COVID 19	Clipaje de aneurisma hipofisario	COVID 19 + herniorrafía + peritonitis
<b>Año de ingreso a UCI</b>	2020	2019	2021	2021	2021	2021	2022	2021	2022	2022

Fuente: elaboración propia, trabajo de campo, 2022.

- *La ambivalencia de sentirse o no persona mayor*: por ser un grupo etario con características particulares, se indagó acerca de su autopercepción y la que tenían de otros pares. Algunos se autopercebieron como mayores, pero con características propias de jóvenes como: joven en el alma, en el cuerpo, la energía, la fuerza, la independencia y el goce de buena salud, todo lo cual se refleja en los siguientes testimonios, identificados con códigos alfanuméricos para proteger la identidad: E para entrevista, además del sexo y edad. Para el diario de campo los códigos fueron: DC, acompañado de la sigla UCI.

Yo me considero un adulto mayor, pero con alma, cuerpo y vida de joven [...] porque a mí no me duele nada, a mí no me molesta nada, [...] lo único es pues, esto que me dio: que uso gafas, pero cualquiera las usa, [...] yo nunca he sido operado de nada, gracias a Dios, yo soy una persona muy sana. (E1-H63)

Yo sí me siento persona mayor, pero muy fuerte... hm... yo me considero una persona de la tercera edad. (E5- H78)

Otros refieren no identificarse como mayores, porque no lo sienten o no lo reflejan:

Yo no me considero adulto, ni me considero viejo, yo me considero joven todavía, porque [...] no, es que yo no estoy viejo, [...] y yo he sido un hombre muy alegre. (E6- H62)

[P: ¿Se siente adulta mayor?] Todavía no [...] porque imagínate que [...] para ir a reclamar los medicamentos, dice que a partir de los 60 años, [...] yo muchas veces cogí el ficho preferencial, y las personas se quedaron mirándome, ¿y esta por qué está cogiendo este ficho? (E4- M63)

- *Actividades y prioridades de la persona mayor*: en su día a día se dedican a realizar solo lo necesario que se presenta y priorizan lo que consideran realmente importante:

Ya estoy en una etapa de la vida donde no me importan muchas cosas, ya hay prioridades y cosas que son importantes y otras no, y lo que no me importa, no me importa. (E7- M77)

No, yo no pienso en nada, que el tiempo, que el tiempo pase, pa' que me voy a devolver, o pa' que me voy adelantar [...] lo que está pasando, de ahí para allá, ni pa' tras ni para adelante. (E10- M71)

- *Percepción de otros mayores*: la percepción que tienen de otros mayores es que son personas de edad avanzada, con enfermedades, que terminaron su etapa laboral y con energía reducida:

Un adulto mayor es una persona que ya cumplió más de 60 años, y que digamos que ya para la vida laboral ha terminado su ciclo, [...] se enferma más pues, digamos que ha reducido su, su energía y su capacidad de moverse rápido, de pensar más rápido. (E9- H68)

Con la enfermedad, con la enfermedad que me dieron, sí, me siento viejo porque soy incapaz de hacer las cosas. (E3-H70)

## El contexto de la UCI

- *Caracterización general de la UCI*: los participantes definieron la UCI como una sala de respeto, con tratamiento especial y atención muy personalizada, llena de muchos “aparatos”, donde las visitas son controladas, reciben pacientes graves, pierden la independencia y hay mucha soledad; no obstante, se pueden obtener aprendizajes:

Una sala de mucho respeto y mucha soledad, y un tratamiento muy especial. (E2-M89)

Las visitas de allá son muy controladas. (E4- M63)

Uno aprende a valorar más las personas. (E6- H62)

- *Sentimientos en la UCI*: los sentimientos en la UCI fueron diversos, tales como: soledad, deseo de salir, miedo, angustia, tristeza y cercanía a la muerte:

Como lo más maluco allá, fue como la soledad. (E2-M89)

Yo creo que es que... que uno ya está más allá que acá... más cerca de la muerte. (E4-M63)

Yo en ese sistema me sentía como, a ver, cómo le dijera yo, como, como inútil. (E3-H70)

- *Personal de salud en la UCI*: el personal de salud de la UCI que reconocieron fue el intensivista, la enfermera y la auxiliar, el terapeuta respiratorio, las personas de servicios generales e interconsultantes. Asimismo, reconocieron un estándar de pacientes diferente a otros servicios, pues allí los profesionales trabajan en equipo, con rutinas establecidas y turnos rotativos, siendo difícil diferenciarlos porque usan un uniforme similar.

La *ratio* es de tres pacientes por auxiliar de enfermería, nueve pacientes por enfermera y terapeuta respiratoria. El intensivista debe estar para pacientes de especiales y de intensivos. (DC1- UCI)

Porque [...] a las siete de la mañana una entraba y otra salía. (E8- M61)

[Las enfermeras] iban sino a hacerme lo que necesitaban. (E5- H78)

No te podés poner... eh, sentarte sin el permiso de ellas, o sin la supervisión de ellas, entonces, ellas [las enfermeras] en ese sentido son muy, son muy radicales. (Eg- H68)

- *Contexto físico, normativo, político y cultural de la UCI:* en este aspecto, la UCI se caracterizó por tener aire acondicionado, iluminación natural y artificial, como un lugar frío, silencioso y limpio. Además, está compuesto por cubículos, referidos por algunos como pequeños, y cuenta con: cama hospitalaria, monitor, bombas de infusión, silla, mesa auxiliar de alimentación, entre otros.

Dentro de este espacio, hubo algunas *cosas permitidas*: visita controlada, ingreso de objetos personales y celular, uso de radio y televisor, mientras que otras fueron *prohibidas*, como bajarse de la cama, retirarse dispositivos médicos, fumar, grabar o tomar fotos del paciente sedado y usar redes sociales; no obstante, algunos usaron estrategias para saltarse esas normas.

El personal de salud tiene directrices y comportamientos que rigen su quehacer, como son: usar un uniforme, realizar el baño del paciente en la noche o madrugada, ejecutar dos rondas médicas en el día, entregar turno al finalizar la jornada, inmovilizar los sedados, vestirlos con bata y pañal.

[Es] un espacio muy reducido, [...] tiene aire central. (E1-H63)

Era silencioso el lugar; [el familiar] entró por la rosca de mi sobrino que trabaja allá. (E7- M77)

Las entregas de turno de enfermería son enfermera-enfermera. (DC4- UCI)

¿Cuatro o cinco? A mí me llegaron a bañar hasta a las dos de la mañana. (E8- M61)

## Las interacciones con otros en la UCI

- *Interacciones con el personal de salud:* las percepciones fueron diversas, mediadas por el trato respetuoso, bueno, especial, cariñoso; no obstante, hubo momentos de trato inhumano, distante e indiferente.

Todas muy queridas [las enfermeras] y los médicos también. (E8- M61)

No hay nada de humanidad entre las enfermeras que lo cuidan a uno, ni de cuidados intensivos, y menos del hospital. (E7- M77)

- *Relación con la familia y lo espiritual:* las interacciones no solo se dieron con el personal de salud, sino también con figuras espirituales y con la familia. En este proceso, las personas mayores algunas veces deciden callar sus necesidades, mientras que el personal dice cosas que para ellos son difíciles.

Le pedí mucho a mi Dios y a la Santísima Virgen que me ayudaran. (E8- M61)

Yo me aguantaba [el dolor de las venas], con tal de que me colocaran los medicamentos, pero yo nunca se lo manifesté al intensivista. (E1-H63)

“Tiene solamente la posibilidad de 10 % de vida” y él pensó que yo no había escuchado. (E1-H63)

- *El cuidado en la UCI*: los pacientes definieron el cuidado como: atención y apoyo con amor en las actividades de la vida diaria, al estar pendiente de ellos y conocer sus necesidades. Describieron cuidados que fueron especiales, solicitados y oportunos, aunque también hubo cuidados no recibidos, no identificados o no oportunos.

La atención que le ponen a uno en las comidas, [...] el cuidado [...] para vestirse, para ir al baño, [...] el amor que le ponen a uno. (E6- H62)

Pues, para mí el cuidado es estar pendiente de una persona sin dejar de ver qué quiere, qué necesita. (E7- M7)

Me mandaban las coladas, y esas cosas iban rotuladas, [...] me conocían, sabían mis gustos. (E1-H63, empleado de la institución, que estuvo en UCI)

Yo le decía a cualquiera que entrara acá: quíteme este dolor que tengo tan horrible, y así todo el tiempo. (E4- M63)

Me sentaba a llorar, [...] entonces me decían [las enfermeras]: “No, tranquilícese [...] que aquí la quieren mucho, [...] están muy pendientes de usted”. (E8- M61)

Yo le dije a la enfermera: “¿Me hace el favor y me cambia el pañal?”, [...] eran las once de la noche y me dijo: “Sí, ya vengo”. Se fue, y eran las dos de la mañana, ya tenía yo tres orinadas cuando me quitaron ese pañal, eso escurría. (E7- M77)

- *Limitaciones para el cuidado*: las limitaciones que percibieron del personal de salud para brindar el cuidado fueron: la sobrecarga laboral, la falta de destreza, no apersonarse del cuidado y el uso del celular: “Obviamente ese celular se volvió una manera de comunicarse, pero no me parece el hecho que viera a las enfermeras, sobre todo a las más jóvenes, [...] con video llamada del novio en la UCI” (E3-H70).

## Discusión

En la ambivalencia de sentirse o no persona mayor se evidencia una concepción negativa del envejecimiento, tipificado por la Organización Mundial de la Salud como edadismo (19), que hace referencia a los conceptos negativos relacionados con la edad y que pueden traer consecuencias como menor esperanza de vida y afectación física y mental. También aparece la paradoja del bienestar (20), cuando las personas mayores se adaptan a las situaciones que se presentan y dan importancia a lo vital.

### El contexto de la UCI

Las descripciones del personal de la UCI, así como de su contexto físico, normativo, político y cultural, concuerdan con los mínimos de habilitación de servicios de salud definidos en la Resolución 3100 de 2019 de Colombia (21), según la cual las instituciones son autónomas para definir la *ratio* acorde a la complejidad de sus servicios. Además, el personal debe contar con certificación en competencias específicas para laborar allí.

Llama la atención que los participantes consideraron la UCI como un lugar silencioso, cuando la literatura reporta que es un sitio ruidoso (60 y 70 decibeles, siendo lo normal menor a 30 decibeles) (22); esto puede estar relacionado con el proceso fisiológico de la vejez, en el que se disminuye la capacidad auditiva con el avance de la edad (23).

Adicionalmente, la UCI configura características de la institución total propuesta por Goffman (24), donde las personas están en condiciones similares por un periodo de tiempo, con restricción de visita y despojados de sus pertenencias, con rutinas preestablecidas y supervisadas por una autoridad, para este caso el personal de salud; todo ello en contraste con el cuidado humanizado (25), como estrategia para mejorar el cuidado de las personas. Similar a lo encontrado por Kentish-Barnes *et al.* (26), se identificó que los pacientes en la UCI tienen preocupaciones de tipo espiritual, sienten miedo, así como la angustia ante la muerte y lo que esta conlleva, requiriendo una comunicación efectiva y apoyo especial por el personal de salud.

## Las interacciones en la UCI

Las interacciones, en tanto acciones de comunicación mutua entre dos o más personas (27), se dieron con el personal de salud, la familia y figuras espirituales, facilitando la comunicación y la toma de decisiones para la recuperación.

También las interacciones tuvieron contrastes: de un lado, el logro de relaciones terapéuticas de respeto, trato especial, cariñoso y amable, que permitieron la expresión de la subcultura, tanto del cuidador como del sujeto cuidado; de otro lado, aunque como excepciones, el trato fue referido en ocasiones como indiferente, inhumano y distante, desdibujando el proceso de humanización de la persona como centro del cuidado (25).

La interacción referida con figuras espirituales puso de manifiesto la espiritualidad como elemento de trascendencia para la búsqueda de mejoría frente al dolor y la enfermedad (28). A su vez, la familia fue considerada fuente de apoyo y acompañamiento para minimizar las alteraciones fisiológicas y emocionales, conducente a una mejor adaptación y afrontamiento de la situación, tal como lo describen Duque *et al.* (29).

## El cuidado en la UCI

El cuidado es considerado la esencia de la disciplina enfermera y abarca las acciones que se brindan a las personas para mantener sus funciones físicas, mentales y espirituales, teniendo presentes sus experiencias, valores y comportamientos (30).

El cuidado perdido ha sido definido Chaboyer *et al.* (31) como aquel que se retrasa, se realiza parcialmente o no se realiza. Esta

condición en los entornos hospitalarios puede estar relacionado con sobrecarga laboral, falta de competencias o conocimientos, recursos insuficientes, delegación del cuidado, alta rotación del personal, entre otros, que limitan un cuidado integral e individualizado (32). Estas condiciones deben ser identificadas e intervenidas para favorecer el cuidado oportuno de los pacientes.

El cuidado invisible es considerado por Gimenez (33) como aquellas tareas no documentadas que hacen parte de la gestión del cuidado. Constituyen una realidad que afecta a la enfermería, ya que son actividades múltiples, que se deben cumplir sin que el paciente las identifique a su favor, consumiendo tiempo en el que se limita el cuidado directo, por lo que para el paciente y su familia son de poco valor y se hacen invisibles.

Finalmente, el uso prolongado del celular por parte del personal, que relatan los participantes, resalta la urgencia de tener colaboradores con roles, como propone Swanson (34), “sanadores competentes y compasivos”, es decir, con competencias científicas y técnicas, pero también con empatía y compasión frente a los sujetos de cuidado.

## Conclusiones

Los estereotipos sobre la vejez afectan a las personas mayores, con consecuencias negativas para su salud, el bienestar y el ejercicio de sus derechos. El significado que tuvo para las personas mayores haber estado en la UCI tuvo que ver con el contexto de la propia UCI, las interacciones con otros y el cuidado recibido o no. La UCI fue considerada un lugar agreste, respaldado por normas y políticas, similar a una institución que genera sentimientos negativos contrarios a los que propicia la atención humanizada centrada en el paciente. Las interacciones fueron tanto positivas como negativas; no estuvieron limitadas al personal de salud, sino que trascendieron a la familia y figuras espirituales como pilares de apoyo y acompañamiento en la enfermedad. Los participantes definieron el cuidado como el acto de apoyar con amor las necesidades de las personas y reconocieron las limitaciones del personal de salud para brindarlo. Dichos resultados instan a resaltar la importancia de brindar cuidado específico y diferencial, que priorice las necesidades, valores, preferencias y autonomías de las personas mayores en la UCI y la humanización en su atención.

Agradecimientos a las personas mayores que tuvieron el interés y disposición para participar voluntariamente en esta investigación, *abriendo sus corazones*, para dar a conocer por medio del diálogo y el dibujo una experiencia importante de sus vidas. Asimismo, a la institución de salud y su personal por la acogida y disposición que facilitaron el trabajo de campo.

La investigación se financió a través de recursos propios de la investigadora principal.

**Conflicto de interés:** existió conflicto de interés, por relación directa de la investigadora principal, en calidad de empleada de la institución donde se realizó la observación participante, el cual fue subsanado por no laborar ni haber laborado en la UCI. El trabajo de campo fue en horarios extralaborales, se usó uniforme no institucional y existe declaración escrita de que los derechos pertenecen a la investigadora.

## Referencias

- Lutz M. Ethical challenges in research regarding aging population. *Medwave*. 2023;23(8):e2714. DOI: <https://doi.org/10.5867/medwave.2023.08.2714>
- Vásquez Revilla HR, Revilla Rodríguez E. Fragilidad en el adulto mayor ingresado a la unidad de cuidados intensivos. *Med Crítica*. 2023;37(5):434–8. DOI: <https://doi.org/10.35366/113055>
- Font R, Quintana S, Monistrol O. Impact of family restrictions during COVID-19 pandemic on the use of physical restraint in an acute hospital: An observational study. *J Healthc Qual Res*. 2021;36(5):263–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.005>
- Brunker LB, Boncyk CS, Rengel KF, Hughes CG. Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges. *Clin Interv Aging*. 2023;18:93–112. DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S365968>
- Vincent J-L, Creteur J. Appropriate care for the elderly in the ICU. *J Intern Med*. 2022;291(4):458–68. DOI: <https://doi.org/10.1111/joim.13371>
- Coltters C, Güell M, Belmar A. Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizado. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020;31(1):65–75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.009>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Adulto mayor en Colombia [Internet]. Información para todos. 2021; p. 29. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf>
- González Mayorga MA, Hurtado Sepúlveda El, Díaz Ramírez DM, Puentes Baquero KM, Rios Romero D, Espinoza Sierra SN, et al. Consenso de recomendaciones sobre criterios de ingreso y egreso de pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedio de Bogotá [Internet]. Bogotá D.C.; 2020. p. 29. <https://www.subredsur.gov.co/wp-content/uploads/2023/07/Consenso-de-Recomendaciones-Sobre-Criterios-de-Ingreso-Egreso-UCI.pdf>
- Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications; 2007.
- Galeano Marín ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004. p. 89.
- Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía. Métodos de investigación* [Internet]. 2ª ed. Barcelona: Paidós; 2006. [http://webdel-profesor.ula.ve/humanidades/franco/Materiales de apoyo didactico/Etnografía. Metodos de Investig - Hammersley, Martyn y Atkinson, .pdf.pdf](http://webdel-profesor.ula.ve/humanidades/franco/Materiales de apoyo didactico/Etnografia. Metodos de Investig - Hammersley, Martyn y Atkinson, .pdf.pdf)
- Landy II, Loaiza SE. Experimentos y posibilidades del dibujo en el trabajo etnográfico. *Tsantsa Rev Investig artísticas* [Internet]. 2022;(13):183–202. DOI: <https://doi.org/10.18537/tria.13.01.14>
- Brittain S, Ibbett H, de Lange E, Dorward L, Hoyte S, Marino A, et al. Ethical considerations when conservation research involves people. *Conserv Biol*. 2020;34(4):925–33. DOI: <https://doi.org/10.1111/cobi.13464>
- De la Cuesta-Benjumea C, Arredondo-González CP. Analizar cualitativamente: De las consideraciones generales al pensamiento reflexivo. *Index Enferm*. 2015;24(3). DOI: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200008>
- Barreto MDS, Simon BS, Marquete VF, de Souza RR, Girardon-Perlini NMO, Marcon SS. Theoretical sampling process in a Straussian Grounded Theory study. *Rev da Esc Enferm*. 2021;55:1–9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0212>
- Ortega J. ¿Cómo Saturamos Los Datos? Una Propuesta Analítica “Desde” Y “Para” La Investigación Cualitativa. *Interciencia* [Internet]. 2020;45(6):293–9. <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/>
- Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *Eval Model*. 2005;30(4):363–81. DOI: [https://doi.org/10.1007/s0-306-47559-6\\_19](https://doi.org/10.1007/s0-306-47559-6_19)
- Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Bogotá D.C.; 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo [Internet]. Washington, D.C.; 2021. 116 p. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55871>
- Red Latinoamericana de Gerontología - RLG. Argentina: Consecuencias de la discriminación de las personas en la vejez fueron tratadas en su día mundial;2021. <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2021-consecuencias-discriminacion-personas-vejez-fueron-tratadas-su-dia-mundial>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 [Internet]. 2019 p. 230. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf)
- Ornelas-Aguirre JM, Zárate-Coronado O, Gaxiola-González F, Neyoy-Sombra V. Environmental noise levels in 2 intensive care units in a tertiary care centre. *Arch Cardiol Mex*. 2018;88(4):253–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2017.02.007>
- Organización Mundial de la Salud. Sordera y pérdida de la audición [Internet]; 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Goffman E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2009.
- Martínez Zubieta R, Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crítica* [Internet]. 2021;35(3):144–7. DOI: <https://doi.org/10.35366/100003>
- Kentish-Barnes N, Poujol AL, Banse E, Deltour V, Goulenok C, Garret C, et al. Giving a voice to patients at high risk of dying

- in the intensive care unit: a multiple source approach. *Intensive Care Med* [Internet]. 2023;49(7):808–19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07112-w>
27. Julca-Chilcon MS, Diaz-Manchay RJ, Guzman-Tello SM, Mesta-Delgado RP. Nurse-Patient Interaction in View of a Successful Surgical Process | Interacción enfermera-paciente para el éxito del proceso quirúrgico. *Rev Cubana Enferm*. 2022;38(2):1–16.
  28. De Haro Honrubia A. El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional. *Cult los Cuid*. 2021;25(61):151–70. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.61.10>
  29. Duque L, Rincón E, León V. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos : revisión bibliográfica. *Ene*. 2020;14(3):25. DOI: <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2020000300008>
  30. Flores KY, Rivas Riveros E. Ética del cuidado y cuidado de enfermería2021;10(1). DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
  31. Chaboyer W, Harbeck E, Lee B-O, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci*. 2021 Feb;37(2):82–91. DOI: <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
  32. Bolado J, Blanco Fraile C. Los Cuidados Perdidos de la Enfermería [Internet]. Tesis de grado. Universidad de Cantabria; 2021. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22152/BOLADO%20PONTIGO%2C%20JANA.pdf?sequence=1>
  33. Gimenez FN. El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería. *Notas enferm (Córdoba)* [Internet]. 2021;43–53. DOI: <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v21.n38.35475>
  34. Berstain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L,. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *SANUS* [Internet]. 2022;7(18):e212. DOI: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>