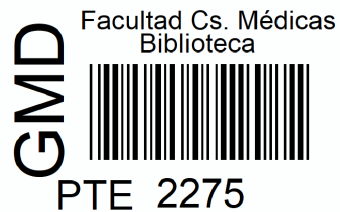


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Los estresores ambientales y la ocurrencia del Síndrome confusional agudo en
paciente internados en una Unidad de Cuidados Críticos de la ciudad
de Rosario.

Autor: Enf. Teisa, Noelia

Director: Lic. Cardella, Stella Maris

Docentes Asesores: Lic. Acosta, Simón

Consultor: Sr. Medina, Omar

Rosario, 17 de noviembre del 2021

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Agradecimientos:

A Dios porque por Él y para Él son todas las cosas.

A mi esposo Esteban por su compañía y ayuda en todo.

A Tiago y Lautaro mis soles.

A mis tutores por ayudar, corregir y acompañar todo el proceso.

A mi directora por su predisposición y gran apoyo.

Resumen

En el ámbito hospitalario, el ambiente físico tiene un papel determinante, ya que puede favorecer o no, la recuperación de los pacientes. Dentro del mismo, se encuentran las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que, por su alto grado de especialización y procedimientos invasivos, se han considerado áreas generadoras de estrés. Esto, sumado a otros factores de riesgo se ha relacionado con la ocurrencia del Delirio o Síndrome Confusional Agudo (SCA). Su incidencia se sitúa entre un 20 a un 80% en pacientes críticos, siendo más alta en adultos mayores. Dicho síndrome se caracteriza por un comienzo abrupto, con alteración en el nivel de conciencia. Se lo relaciona con un incremento de la estancia en UCI, de la mortalidad, mayor tiempo de Ventilación mecánica y deterioro cognitivo a largo plazo.

El objetivo del presente estudio será describir la relación que existe entre los estresores ambientales y la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo, según la edad, en los pacientes internados la UCI de un hospital público, durante el primer semestre del 2022.

Métodos: El estudio será descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se realizará mediante encuesta y observación a 96 pacientes internados en la UCI de un hospital público de la ciudad de Rosario. Se aplicará la Escala de Estresores Ambientales de Ballard y el cuestionario CAM (Confussion Assessment Method) para medir las variables en estudio. Por último, el análisis de los datos se realizará mediante estadística descriptiva bivariada, donde se cruzarán los datos y se establecerán posibles relaciones entre las variables.

Palabras Clave: Estrés (Estresores) ambiental - Síndrome Confusional Agudo – Edad – Paciente.

Índice general

Resumen	3
Índice general	4
Introducción	5
Problema de investigación.	11
Hipótesis.	11
Objetivo general.	11
Objetivos específicos.	11
Marco Teórico	13
Material y método	35
Tipo de estudio.....	35
Sitio y contexto de la investigación.....	35
Población y Muestra	36
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	36
Personal a cargo de la recolección de los datos.	41
Plan de análisis	41
Plan de trabajo	45
Anexos.....	46
Anexo I	46
Guía de convalidación de sitio	46
Anexo II	48
Instrumentos de recolección de datos.....	48
Anexo III	53
Resultados de la Guía de convalidación de sitio	53
Anexo IV.....	55
Resultado de la prueba Piloto	55
Bibliografía.....	57

Introducción

Los médicos y enfermeros que trabajan en espacios hospitalarios, conocen la desorientación y cambios de ánimo, que presentan a menudo, los pacientes internados. Estos estados, dados por la alteración en los ciclos del sueño, la iluminación permanente y hasta la ausencia de ventanas, pueden provocar sensaciones de inseguridad, ansiedad o pánico. Algunos pacientes llegan a creer que los médicos o enfermeras les van a causar daño, que están secuestrados, o que los equipos y voces son fantasmas que los asechan. (Fernandez, 2018)

El hecho de ser internado en un hospital es una situación sumamente estresante, más aún, cuando se trata de ingresar a una unidad de cuidados críticos o intensivos. Estas unidades tienen características específicas, diferentes a otros servicios, como ser la alta tecnología que se utiliza, la limitación de la autonomía del paciente y la misma gravedad médica. También se trata de un ambiente que presenta estímulos sensoriales extraños como luces, ruidos, olores, etc. los cuales pueden ser fuentes importantes de malestar. Esto exige al paciente un reacomodamiento, al verse alterada su dinámica habitual, teniendo que adaptarse a esta nueva realidad, la mayoría de las veces inesperada.

Las personas, a lo largo de la vida, son capaces de adaptarse a diferentes entornos y variables ambientales. Sin embargo, en ocasiones dichas variables o factores como ruido, temperatura, viento o luz, se presentan en forma insidiosa, intensa o persistente, distrayendo la atención, alterando las actividades y generando un conjunto de estrategias de enfrentamiento. Cuando se producen estos fenómenos se habla de estrés ambiental, denominando a los factores del ambiente productores de este estrés, como estresores ambientales.

La Psicología ambiental ha demostrado que los efectos del estrés ambiental, no se deben únicamente a las características de las variables ambientales que se encuentran presentes sino, a la interpretación que la persona haga de la variable en un momento y un contexto determinado, y de la posibilidad de realizar las acciones adecuadas frente a la situación estresante. (Valera, 2021)

En lo que refiere al ambiente hospitalario, se ha evaluado en hospitales tanto públicos como privados, en diferentes países, la satisfacción ambiental de los usuarios,

donde se pudo demostrar la relevancia que posee el ambiente en la prevención y disminución de problemáticas psicológicas en los usuarios.

Por otro lado, se evidencia la situación de vulnerabilidad de los pacientes que, por su estado de salud, son menos resistentes al impacto del ambiente físico y social, por lo que los factores ambientales juegan un papel muy importante. Estos pueden apoyar la recuperación del enfermo o, por el contrario, representar fuentes adicionales de molestia y estrés. (Ortega Andreane & Estrada Rodriguez, 2018)

Dentro del ambiente hospitalario, se encuentran las Unidades de Cuidados Intensivos que, como se mencionó anteriormente, son consideradas áreas generadoras de estrés. Cuando una persona ingresa allí, se enfrenta a estímulos estresores. Por un lado, el ambiente extraño, la instrumentación de los cuidados, la abundancia de elementos tecnológicos, más el uso de fármacos que pueden afectar a lucidez y, por otro lado, la falta de recreación, el ambiente monótono y las rutinas que se repiten. Hay una interrupción del ritmo cotidiano de la persona y del ritmo circadiano, es decir, del sueño y la vigilia, sumado a la separación de las pertenencias personales y de los seres queridos.

En la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), hay también una subordinación frente al propio cuerpo, siendo tangible la pérdida de la autonomía, con adaptación a un rol pasivo y el sometimiento a procedimientos que transgreden la privacidad, como ser, despojarse de la ropa o ser examinado frecuentemente. Esto, sumado a la continua estimulación con sonidos, olores, iluminación artificial y exámenes. (Bernal Ruiz, Gonzalez Consuegra, & Rojas Ruiz, 2018)

Tal como se dijo, las áreas de Cuidados Críticos son generadoras de estrés por el entorno y el enfoque biomédico que allí se practica. En enero del 2014 y enero del 2015 se realizó un estudio en una institución de salud de cuarto nivel, con el objetivo de identificar el nivel de estrés, que las situaciones que ocurren en la UCI, generan sobre los pacientes. Dicho estudio fue observacional, de corte trasversal, con intencionalidad analítica y se estudiaron 353 pacientes de UCI. Para la identificación del estrés se utilizó la Escala de Factores Estresantes Experimentados por los Pacientes en UCI, la cual ha sido validada. Dicho instrumento está compuesto por 45 situaciones estresantes que se evalúan de acuerdo con una escala de Likert, puntuando como 1 si resulta nada estresante, 2 si es poco estresante, 3 cuando es moderadamente estresante y 4 cuando

es muy estresante. Los datos fueron recogidos por los investigadores mediante una entrevista individual estructurada en el momento del alta. Según los resultados que arroja la investigación, la edad de los sujetos del estudio estuvo entre los 19 y 96 años, con una media de 61,8 años. El 13% de los entrevistados expresó un nivel moderado o alto de estrés en contraposición de la mayoría de la población (87%), que consideró la UCI como nada o poco estresante. Las situaciones que resultaron ser más estresantes son las relacionadas con tener preocupaciones por su salud y las repercusiones de esta en su vida diaria (45,9%), no poder ir al baño (45,9%), no poder cumplir con su papel en la familia (41,1%), no tener control de sus actividades (33,4%) y sentir dolor (31,4%). En contraposición, estar hombres y mujeres hospitalizados en el mismo espacio (0,8%), sentir que las personas que lo atienden prestan más atención a las máquinas que hay a su alrededor que a usted (0,8%), ser presionado para aceptar la realización de tratamientos (1,1%), que se utilicen palabras que usted no entiende (1,4%), ver como se realizan tratamientos a otros pacientes (1,4%) y que el personal que lo atiende haga cosas alrededor de su cama constantemente sin informarle (1,4%), se consideraron las menos estresantes. (Bernal Ruiz, Gonzalez Consuegra, & Rojas Ruiz, 2018)

En este contexto los pacientes, suelen presentar alteraciones del estado de conciencia con sintomatología variada, destacándose los síntomas de miedo, ansiedad, depresión, psicosis leve/grave y alteraciones del sueño. Estos síntomas, que se presentan por lo general de forma brusca e inesperada, son lo que denominamos como “Síndrome Confusional Agudo” (SCA). (Beatriz Gi, 2013)

El mismo, llamado también Delirio, es un cuadro clínico que se caracteriza por un cambio agudo y fluctuante en el estado mental, que cursa con desatención y niveles de conciencia alterados. De comienzo en horas o días, hasta tres meses, aunque en ocasiones puede prolongarse por más tiempo. (Perez Perez, Mesa, Nivea, Valiente, & Eloy, 2021)

Según su forma de manifestación, el SCA se denomina hiperactivo o hipoactivo. El primero cursa con agitación, inquietud, estados de hiperalerta y con frecuencia alucinaciones e ideas paranoides. En cuanto al hipoactivo, los pacientes se encuentran letárgicos y somnolientos. Existe un tercer subtipo llamado mixto, que presenta síntomas combinados de las modalidades antes mencionadas. (Ruiz, Mateos, Suarez, & Villaverde, 2019)

Con respecto al origen de este Síndrome desde lo fisiológico, aún no está claro. Se han planteado teorías que lo relacionan con procesos inflamatorios y la movilización de neurotransmisores, concurrentes con la enfermedad que enfrentan las personas internadas. (Fernandez, 2018)

Así mismo el desarrollo del SCA, es a menudo, el primer signo de compromiso de la función cerebral. Puede ser, además, la forma clínica de presentación de una enfermedad física grave o aparecer como complicación seria de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pueden resultar en daño permanente o muerte.

En relación a lo expuesto, puede mencionarse un estudio publicado por la Revista Médica del Uruguay en 2017. Dicho estudio fue descriptivo, observacional, transversal y tuvo como objetivo conocer la prevalencia del SCA y compararla con la descrita en otros hospitales nacionales y extranjeros. Para ello, se utilizó el test CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), validado al idioma español, con el que se evaluaron 160 pacientes. La edad media fue de 62 años y se identificaron 12 pacientes con Delirio, representando el 7,5% del total. Las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron las infecciosas y el SCA fue más frecuente en los mayores de 65 años. En 7 casos (58%) el Delirio no había sido diagnosticado por el equipo médico al momento del estudio. A los 100 días del mismo, la mortalidad global fue de 5,4% (8 pacientes), de los cuales la mitad presentó Delirio al ser evaluado, pero en ninguno de los casos el diagnóstico había sido consignado en la historia clínica. Se concluyó una prevalencia del Delirio, asociado a un riesgo de muerte 16 veces mayor. Estos resultados apuntan a implementar estrategias de detección precoz que puedan incidir en la disminución de la mortalidad del paciente hospitalizado. (Wschebor, 2017)

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) plantea que en SCA está presente en un 10% a un 30% de los pacientes hospitalizados. Se trata de un cuadro clínico que se asocia a un pronóstico adverso, mayor mortalidad e internación prolongada con las complicaciones que esto conlleva, permaneciendo oculto por la dificultad de diagnóstico precoz y adecuado. Esta situación no logra ser identificada entre el 32% y el 67% de los casos y con frecuencia se realiza un abordaje terapéutico tardío. (Inouye, 1998)

Entre los factores de riesgo que pueden dar inicio al SCA se encuentran las enfermedades cerebrales de base como la demencia, accidente cardiovascular, o Parkinson. Así mismo, se describen otros factores tales como la instauración brusca de

insuficiencia cardíaca, post operatorios, pacientes con hipoglicemia, deshidratación o intoxicación por el uso inadecuado de fármacos. También son factores de riesgo la desnutrición, el ambiente hospitalario y la institucionalización. (Jiménez Flores & Fallas, 2018)

El SCA tiene mayor prevalencia en adultos mayores y, aunque es poco frecuente en pacientes jóvenes, puede aparecer en relación a enfermedades graves. En el anciano el umbral de confusión es mucho menor que en el joven, y en los enfermos que ya presentan algún tipo de demencia este umbral es aún más bajo. En palabras de Rodrigo Córdoba, presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (Apal): *“Es más frecuente en personas mayores y se incrementa en relación a los tiempos de hospitalización y los tratamientos”*. (Fernandez, 2018).

Respecto a la incidencia en adultos mayores, este es uno de los síndromes geriátricos de mayor significación. Es una manifestación clínica frecuente de numerosas enfermedades agudas, de toxicidad por fármacos o de otras cuestiones de la esfera psicosocial del anciano, que guarda relación con la menor reserva funcional, expresada en una función cerebral disminuida, y que se asocia a elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Cabe añadir que este síndrome neuroconductual, está infradiagnosticado e infratratado, aunque es potencialmente reversible y prevenible. Es confundido en muchas ocasiones en los gerontes, con afecciones neuropsiquiátricas.

Se ha demostrado que la prevalencia en los mayores de 85 años es de hasta un 14% en los pacientes hospitalizados. Así mismo, se registran cifras de un 10 a un 56% de los adultos mayores en situaciones especiales como postoperatorios o en el ingreso a cuidados intensivos. En los institucionalizados se estima que esta cifra es de un 22 a 76%. El SCA se incluye entonces entre las tres enfermedades más importantes de los gerontes, junto con la diabetes mellitus y las caídas. (Perez Perez, Mesa, Nivea, Valiente, & Eloy, 2021)

Se realizó en el año 2014, entre los meses abril y mayo un estudio observacional y descriptivo en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira, con el objetivo de conocer la prevalencia del Delirio y los casos subdiagnosticados. Se utilizó la herramienta diagnóstica el Confusión Assessment Method Instrument (CAM) aplicado sobre una población de 102 pacientes con una edad promedio de 70 años. Se diagnosticó Delirio en 19 pacientes, resultando una tasa de prevalencia del 18,6 %; siendo 31,5% de ellos del tipo hipoactivo y el 36,8% del tipo hiperactivo. También se

observó que en 8 pacientes (42,1%) se cumplían criterios diagnósticos, pero no estaban siendo tratados lo cual se consideró subdiagnostico. (González Pezoa, Carrillo Venezian, & Castillo Rojas, 2015)

Cabe mencionar también, un estudio realizado en 2018, el cual fue observacional, analítico y prospectivo de cohorte única. En el mismo se reclutaron 50 adultos mayores ingresados en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, candidatos a cirugía, durante un período de 4 meses. Se evaluaron en el momento previo a la cirugía, y en las primeras 24 y 48 horas del postoperatorio. La edad media fue de 83 años. La frecuencia de delirium fue de 42%, 28% previo a la cirugía y 14% en el postoperatorio. La frecuencia de delirium en los mayores de 80 años o más fue del 53,3%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad mayor de 80 años, el estado funcional basal y el desarrollo de delirium. Dicho dato coincide con estudios internacionales. (Arotce, Barbosa, & Sosa, 2018)

Retomando lo dicho anteriormente, existen factores factores que favorecen que los pacientes de las unidades de cuidados intensivos desarrollen SCA. Según su etiología pueden clasificarse como propios del paciente, farmacológicos y externos o del ambiente. Estos últimos, pueden ser identificados y controlados. (Gomez Tovar, Diaz Suarez, & Cortes Muñoz, 2016)

El servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Txagorritu (Victoria, España), realizó en 2007, un estudio descriptivo y transversal que tuvo como objetivo, por una parte, conocer los factores ambientales desencadenantes de estrés, percibidos así por los mismos pacientes y, por otra establecer diferencias entre el grupo de pacientes diagnosticado con delirio y el grupo que no lo padeció. Se entrevistó 91 pacientes de los cuales 33 desarrollaron SCA y 58 no. Para la valoración de las situaciones más estresantes se utilizó la Escala de estresores ambientales de Ballard (1981) que conta de 43 ítems. También se realizó una entrevista abierta donde el paciente podía narrar sus experiencias. Como resultado, los factores considerados como más estresantes fueron: tener sed (62,6%), dificultad/imposibilidad para dormir (42,9%), Tubos en nariz o boca (35,2%), no saber la hora (34,1%), tener pesadillas (31,9%), no poder hablar (30,8%), tener limitada la movilidad (28,6%), la ausencia de familiar cercano y horario de visita limitado (26,4). Por otro lado, los pacientes que desarrollaron delirio percibieron como estresores la desorientación y alucinaciones. En los pacientes que no

padecieron delirio, las necesidades físicas son las que más estrés generaron. (Ayllón Garrido, Alvarez Gonzalez, & Gonzalez Garcia, 2007)

El conocimiento de los factores, situaciones o intervenciones que actúan como estresores en el paciente crítico, es fundamental para elaborar planes de cuidado con el objetivo de minimizarlos o eliminarlos.

El presente estudio tiene como propósito, en primera medida, elevar los resultados de la investigación a las autoridades de la institución, para que puedan conocer lo que ocurre a los pacientes internados en la UCI de dicha institución. Luego, contribuir al desarrollo de un protocolo de enfermería para el tratamiento y control de los factores estresantes en el paciente crítico. El mismo estará destinado proporcionar cuidados de enfermería orientados a disminuir el impacto de los estresores, tales como: control del ruido ambiental, control de la temperatura, control del dolor, flexibilización del horario de visita, fomento de la interacción social del paciente y de los estímulos positivos, entre otros.

Problema de investigación.

¿Qué relación existe entre los estresores ambientales y la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo, según la edad, en los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos, de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante los meses de enero a julio del 2022?

Hipótesis.

- A mayor intensidad de los estresores ambientales mayor será la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo en los pacientes internados.
- A mayor edad mayor será la ocurrencia del SCA en pacientes internados.

Objetivo general.

Describir la relación que existe entre los estresores ambientales y la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo según la edad, en los pacientes internados en una UCI de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022.

Objetivos específicos.

- Identificar los estresores relacionados con la inmovilización y pérdida del autocontrol.
- Identificar el aislamiento como estresor ambiental.

- Describir la privación del sueño como estresor dentro de la UCI.
- Analizar la desorientación temporoespacial como estresor en la UCI.
- Identificar los estresores ambientales relacionados a la privación o sobreestimulación sensorial.
- Identificar la relación entre la edad de los pacientes y la aparición del SCA.
- Analizar el comienzo abrupto y curso fluctuante del SCA.
- Describir la disminución de la atención en los pacientes internados.
- Identificar las alteraciones cognitivas de los pacientes internados.
- Identificar las alteraciones de la conciencia en los pacientes internados.

La teoría del Entorno fue desarrollada por Florence Nightingale, una de las principales teóricas de enfermería, considerada mundialmente como la madre de la enfermería moderna. En 1852 describe dicha teoría en su libro “Notas de enfermería”, la cual se centra en el medio ambiente, ya que sostenía que un entorno saludable era necesario para los cuidados de enfermería.

Podemos definir como entorno a: *“Las influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte”* (Tomey & Aligood, 2008). Nightingale explicó los conceptos de ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, todos estos elementos del entorno. La misma incluye en su teoría los aspectos sociales, pero se centra en los físicos.

La ventilación se aplicaba para que los pacientes respiraran aire puro, cuidando de que no se resfriaran.

En cuanto a la iluminación, para conseguir los efectos beneficiosos de la luz solar, se les enseñaba a las enfermeras a poner al paciente en contacto con la luz del sol.

Con respecto a la higiene, Nightingale bañaba a sus pacientes a diario, como también exigía a las enfermeras que se bañaran diariamente, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran con frecuencia las manos. Así también, la adecuada eliminación de la excreciones corporales y aguas residuales para evitar a contaminación.

Según la misma teoría, la enfermera debía evitar el ruido y mantener un ambiente tranquilo, utilizando por ejemplo carteles de silencio y zapatos con suela de goma. Nightingale se preocupó por la dieta de los pacientes, porque pensaba que los que padecían enfermedades crónicas podían morir de inanición.

La teoría de Florence Nightingale reposa sobre 4 supuestos bien definidos; enfermería, persona, salud y entorno. Publico su libro “Notas de enfermera” con el fin de dar instrucciones a las mujeres de como proporcionar cuidados, ya que consideraba que toda mujer ejercía enfermería de algún modo al hacerse responsable de la salud de otro.

Con respecto a la salud, la define como sensación de sentirse bien y capacidad de utilizar al máximo las facultades de la persona. Contemplaba la enfermedad como proceso reparador impuesto por la naturaleza, y concebía el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades mediante el control del entorno.

En cuanto a la persona, la referencia como paciente. Establecía una relación entre enfermera y paciente en la cual el paciente era pasivo, pero creía en el autocuidado cuando fuera posible. Se veía a cada paciente como individuo, respetando sus preferencias y sin emitir juicios sobre su nivel social.

Finalmente, el entorno hace referencia todos los elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermas, desde las comidas hasta las interacciones con el paciente. Los enfermos se benefician física y mentalmente de las mejoras en el entorno, según esta teoría (Tomey & Aligood, 2008).

En conclusión, podemos decir que el entorno puede beneficiar o perjudicar la salud de las personas y en este supuesto radica la importancia de la teoría de Florence Nightingale, que es aplicable en la actualidad. La enfermera tiene por tanto la capacidad de manipular el entorno hospitalario en busca de la recuperación del paciente. Esta teoría enfermera, por lo tanto, nutre y da sentido al estudio del ambiente hospitalario y de todos los factores que actúan como fuentes de malestar o estrés en el paciente hospitalizado.

Siendo uno de los objetivos del presente estudio, investigar los factores ambientales que son fuentes de malestar o estrés en el paciente hospitalizado, la **teoría del entorno** sirve como fundamento y da sentido al análisis propuesto. Así mismo, se seleccionaron otras teorías provenientes de la Psicología ambiental, que se detallan a continuación. Estas constituyen el marco teórico para el estudio del ambiente hospitalario y los principales factores estresores dicho ambiente.

Los seres humanos a lo largo de la vida, son capaces de adaptarse a diferentes entornos y variables ambientales. Ahora bien, en ocasiones dichas variables como ruido, temperatura, viento o luz, se presentan de forma insidiosa, intensa o persistente, distrayendo la atención, alterando las actividades y generando un conjunto de estrategias de enfrentamiento ante la situación más o menos exitosas. Cuando se producen estos fenómenos se habla de **estrés ambiental**.

La psicología ambiental ha demostrado que los efectos del estrés ambiental no se deben únicamente a las características de las variables ambientales que definen la

situación sino, a la interpretación que la persona hace de la variable o situación en un momento y un contexto determinados, y de la posibilidad de llevar a cabo las acciones adecuadas frente a la situación estresante. (Valera, 2021)

En cuanto al concepto de estrés, no hay una única definición para este. Existen tres formas para entender el estrés: como estímulo, como respuesta, y como interacción. Cada una de estas formas dio origen a diferentes teorías.

En el marco del presente estudio, se adhiere a la teoría formulada por Hans Selye, a la que llamo Síndrome General de Adaptación (SGA). Esta teoría indica una **respuesta** fisiológica que se produce ante estímulos estresantes y que ayuda al organismo a adaptarse para pelear o huir. Estrés, reacción general de alarma y SGA se utilizan como sinónimos. (Camargo, 2010)

La ausencia o el exceso de estrés son perjudiciales para el organismo; mientras que la cantidad óptima es esencial para la vida, el crecimiento y la supervivencia.

Se reconocen tres fases del SGA: alarma, resistencia y agotamiento. Durante estas fases se ponen en funcionamiento tres ejes fisiológicos secuencialmente. El eje neural que se caracteriza por el aumento del tono muscular, la paralización, la descarga del simpático y la reacción de alerta cortical. El eje neuroendocrino que consiste en la secreción de adrenalina y noradrenalina con sus consecuencias corporales. El eje endocrino caracterizado por la activación del eje funcional hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal-cortisol.

El cortisol es la hormona principal del estrés cuya acción es esencial para la vida, pero su exceso a largo plazo es dañino porque produce una falla total del organismo, disminuyendo la capacidad de resistencia. (Camargo, 2010)

En el caso del estrés ambiental, se trata de una reacción ante una situación en la que se presentan un conjunto de variables ambientales de modo tal que su disposición o intensidad hacen que sean percibidas como aversivas para la persona. En esta reacción están implicados componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales.

Existe claramente una relación entre las cualidades del estímulo ambiental y sus efectos, pero no hay una correlación directa entre intensidad y afectación.

La presencia de estímulos ambientales intensos provoca reacciones a nivel fisiológico en las personas. Aunque también existen reacciones a nivel psicológico, la relación entre variable y comportamiento es compleja. El verdadero impacto psicológico no depende tanto de la intensidad de la variable, sino de la interpretación que la persona hace del estímulo, así como del contexto sociocultural donde se produce la situación de estrés.

Las principales alteraciones psicológicas del estrés ambiental son en principio percepción de molestia, malestar y síntomas de ansiedad, desviación de la atención y falta de concentración, déficit comportamentales y alteración en las relaciones interpersonales.

Los estudios en entornos reales demuestran una variabilidad importante puesto que, las variables ambientales se presentan en conjunto y se relacionan en forma compleja. También el contexto físico-social-cultural tanto como las características psicológicas definen configuraciones complejas donde es difícil aislar factores. Al mismo tiempo la actitud hacia una variable ambiental puede afectar la percepción del resto de las variables. (Valera, 2021)

Respecto al ambiente físico, de acuerdo con algunos teóricos, tiene un papel determinante en el ámbito hospitalario ya que puede potenciar, facilitar o promover la recuperación de los pacientes, brindando una estancia confortable, segura y bien atendida para los diversos tipos de usuarios.

Para que las características ambientales funcionen como auxiliares del trabajo terapéutico y no en su contra, hay que atender no solo a los principios del diseño arquitectónico, sino también a las intervenciones psicológicas que, de no tomarse en cuenta, pueden producir la diferencia entre un ambiente positivo y uno negativo. En este sentido se han realizado diversas investigaciones que han generado información sustancial para el mejoramiento del ambiente físico de los hospitales. Estas investigaciones analizan la interacción del comportamiento humano con su ambiente.

Es importante señalar que la organización ambiental y diseño de un hospital pueden afectar la recuperación de la salud de los pacientes y el bienestar de los usuarios de muchas formas. Se destaca en primer lugar, desde la perspectiva del paciente, la dificultad para una recepción inmediata de la atención de la salud debido a una complicada orientación y desplazamiento en el escenario hospitalario, sumada a

características físicas como iluminación insuficiente, ruido, mala ubicación del equipo médico que puedan impedir de manera directa la atención inmediata del paciente; en segundo lugar, la existencia de un ambiente estresante debido a las características físicas del hospital que pueden impedir el logro de una meta en lugar de facilitarla, como lo haría un ambiente positivo que favoreciera el bienestar de los usuarios.

En efecto, el estrés, desde una perspectiva psicológica, responde a cualquier amenaza que desafía las capacidades adaptativas del individuo y la percepción del organismo de daños potenciales provocados por variables ambientales objetivas. Cuando tales demandas ambientales superan las habilidades de afrontamiento, los individuos las identifican como estresantes y tienen una respuesta emocional negativa.

Se han desarrollado investigaciones sistemáticas sobre la interacción del ambiente hospitalario con el comportamiento humano y existe un aspecto fundamental que obliga a ajustarlos. Se trata de las características sociales, culturales, temporales y psicológicas de los pacientes, que ponen en entredicho la importancia de modelos y tecnologías que funcionan de manera óptima en su lugar de origen, pero no pueden trasladarse a otro contexto sin tomar en cuenta la posibilidad de alterar su efectividad.

En hospitales generales tanto públicos como privados, se ha evaluado en diferentes países la satisfacción ambiental de los usuarios. Se demostró la relevancia del ambiente físico en la prevención y disminución de la problemática psicológica de los usuarios. Los factores físicos incrementan el estrés generado en el ambiente hospitalario como pueden ser la mala iluminación, el ruido, la falta de ventilación, entre otros.

El enfoque holístico para la promoción de la salud reconoce que el entorno no es neutral, sino que facilita u obstaculiza la prestación de los servicios de salud; es decir, puede contribuir a reducir o aumentar el estrés experimentado por los pacientes como por los acompañantes o familiares. Se observa que el diseño físico de los hospitales, así como los sistemas de organización, los convierten en ambientes extraños y con frecuencia amenazantes para los usuarios. En las instituciones públicas, a su vez, la demanda excesiva de atención hace que la calidad de los servicios no sea siempre la mejor.

Por otra parte, se evidencia la situación de vulnerabilidad de los pacientes que, por su estado de salud, son menos resistentes a impacto del ambiente físico y social, por lo que los factores ambientales juegan un papel importante. Estos pueden tranquilizar,

hacer agradable, incluso ayudar a la recuperación del enfermo o, al contrario, pueden ser fuentes de molestia y estrés, lo que cobra especial relevancia en pacientes que sufren una enfermedad terminal, requiriendo mayor atención y confort en su ambiente. (Ortega Andreane & Estrada Rodriguez, 2018)

Retomando lo dicho anteriormente, ya desde fines del siglo pasado, se ha entendido al ámbito médico como un entorno holístico, donde existen distintas necesidades, además de las médicas, que están relacionadas con la situación de enfermedad de las personas. Desde la psicología ambiental, como área que estudia la relación entre las personas y su entorno construido y natural, una de las aplicaciones han sido las “intervenciones ambientales”, que consisten en cualquier cambio en las estructuras físicas del lugar, que provoque en forma directa o indirecta, una alteración en el ecosistema, en la estructura social o en la interacción entre las personas.

Cuando se trata de hacer una intervención en un ambiente al cuidado de la salud, podemos mencionar que, si un ambiente tiene características de diseño pobres, esto traerá como consecuencia en la persona que se encuentra allí. Alteración en los niveles de tensión arterial, incremento de la ingesta de analgésicos y en lo psicológico podrá producir distintos niveles de ansiedad y sobre todo estrés. Vale decir que el ambiente que fue diseñado para el cuidado, tiene efectos en contra de los procesos de curación.

Por tanto, las instituciones al cuidado de la salud deberían tener características físicas de diseño y situaciones sociales que disminuyan el estrés, así como realizar cambios en base a las opiniones de los pacientes, acompañantes y equipo de salud.

En este sentido el ambiente hospitalario debe estar diseñado para fomentar como primer punto la percepción de control por parte del paciente. Tener el control sobre la situación y el ambiente que lo rodea es una necesidad humana, que se define como el sentimiento de poder transformar o modificar el ambiente de acuerdo a las propias necesidades, ya sea de manera real o percibida por parte de la persona. Otro aspecto importante es el acceso al apoyo social, ya que el paciente siente que su grupo de pertenencia (familia, amigos), lo cuidan y pueden ayudar en caso de necesitarlo. El ambiente físico promover la posibilidad de establecer una red de apoyo social. Por ejemplo, si en un cuarto de hospital no hay una silla en que los allegados puedan hacer compañía al paciente, esto dificulta que haya contacto social entre el paciente y sus acompañantes u otros pacientes. Debe prestarse atención también, al acceso a la distracción positiva.

El ambiente físico tiene la habilidad de generar emociones positivas y disminuir el estrés. Es importante utilizar estímulos ambientales para mejorar la experiencia del paciente en el escenario hospitalario, como ser, plantas en la habitación o una pecera que atrae la atención de las personas, distrae y puede producir un estado de relajación, lo cual no ocurriría en una habitación vacía.

En conclusión, unión de diferentes áreas de conocimiento como la psicología ambiental y la arquitectura, son fundamentales para dar solución a situaciones cada vez más complejas, ya que el abordaje es multidisciplinario. Es así como, desde la evaluación psicológica-ambiental y la planificación arquitectónica. (Birones Villegas, 2018)

Es posible entender el fenómeno del estrés ambiental, como esa sensación percibida como desagradable, que se genera por la frecuencia e intensidad de los estímulos ambientales, que puede producirse por el grado de estimulación, la pérdida de percepción de control, los ofrecimientos ambientales y los escenarios conductuales. Pueden mencionarse algunos de los elementos físicos que pueden actuar como generadores de estrés o estresores ambientales. Se ha situado a la iluminación entre los elementos físicos cruciales en este tema, aunque la hay de dos tipos; por un lado, la iluminación que se encuentra en cualquier edificación, es decir, la iluminación artificial y por otro la natural. Se hace referencia al uso de lámparas o cualquier dispositivo que proporcionen la primera y el uso de ventanas que permitan el acceso a la segunda. El mal uso de la iluminación, tiene una repercusión sobre todo en la rutina del sueño del paciente. Además, podría no ser un buen recurso de atención positiva, porque pudiera generar incomodidad en el usuario.

Otro elemento importante en el ambiente físico es el ruido. Puede ser definido como sonido no deseado, caracterizado por su intensidad, frecuencia y duración, con lo que a través de la interpretación que la persona haga de él, se puede considerar como algo desagradable tanto cognitiva como emocionalmente. Además, el grado en que el estímulo es percibido como predecible o controlable influye en el nivel de estrés que produce.

En cuanto a la temperatura, está en relación con la temperatura corporal y la ambiental, así que si la segunda aumenta habrá un incremento directo en la primera. Si se genera un aumento de la temperatura corporal por encima de los 35 °C, el cuerpo comenzará a manifestar regulaciones fisiológicas para controlar el estímulo exterior, empezado con inquietud, debilidad, náuseas y dolor de cabeza, donde el extremo es un

golpe de calor. También se generan cambios como falta de atención, inapetencia, fatiga, irritabilidad e insomnio. Finalmente, si la persona percibe falta de control sobre el cambio de la temperatura, esto afectará su nivel de estrés ambiental.

Otro aspecto a tener en cuenta es el espacio y el mobiliario. Es pertinente hablar de los cinco factores de habitabilidad que son funcionalidad, confort, seguridad, privacidad y significancia, los cuales están íntimamente relacionados. La funcionalidad hace referencia a la señalización, la privacidad, cualquier material que permita el control visual y auditivo, y se pueden considerar las ventanas de una habitación, las puertas o las cortinas. El confort tiene que ver con el tipo de mobiliario o equipamiento en un sala o habitación hospitalarios. En conclusión, podemos decir que la habitabilidad se fundamenta en muchos aspectos, más allá de los elementos arquitectónicos. (Briones Villegas, 2020)

Dentro del ambiente hospitalario se encuentran las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estas son áreas consideradas como generadoras de estrés. Cuando una persona ingresa allí es susceptible de estresarse, pues se enfrenta a estímulos estresores tales como la admisión a un lugar que supone una amenaza vital y sentir la cercanía de la muerte. Por otro lado, la elevada instrumentación de los cuidados, el ambiente extraño, la abundancia de elementos tecnológicos y el uso de fármacos que pueden afectar la lucidez. También la falta de recreación o distracción, el ambiente monótono y las rutinas que se repiten cada día. Hay una interrupción del ritmo cotidiano de la persona y del ritmo circadiano, es decir, el sueño y la vigilia. Los nuevos horarios y la separación de las pertenencias personales y de los seres queridos, sumado al abandono de las tareas cotidianas como el trabajo y las actividades en el hogar.

En UCI hay una subordinación frente al propio cuerpo, las actividades y las necesidades básicas. Es tangible la pérdida de la autonomía, con la adaptación a un rol pasivo y el sometimiento a procedimientos que transgreden la privacidad, como ser, tener que despojarse de la ropa, exponer el cuerpo, ser examinado frecuentemente. Esto sumado a la continua estimulación con sonidos, olores, iluminación artificial y exámenes puede provocar dolor, alterar el sueño, la movilidad, la comunicación y la alimentación.

Se ha demostrado que estresores y estrés ponen en riesgo el bienestar y confort de las personas, a la vez que favorecen la aparición de respuestas psicofisiológicas perjudiciales para la recuperación. Es importante identificar la percepción y el nivel de estrés que generan sobre los pacientes las situaciones ambientales, emocionales,

sensoriales y de comunicación que ocurren dentro de las UCI. Así como determinar las características sociodemográficas influyentes. (Bernal Ruiz, Gonzalez Consuegra, & Rojas Ruiz, 2018)

Como se mencionó anteriormente las Unidades de Cuidados Intensivos tienen características particulares diferentes a otros servicios. Cuentan con una tecnología altamente especializada y compleja, que proporciona un monitoreo continuo del estado de salud del paciente, lo hace posible la supervivencia de pacientes con un cuadro crítico e inestable. Sin embargo, aumenta los factores desencadenantes de estrés en los pacientes hospitalizados y sus familias.

La respuesta al estrés por parte del paciente está en relación directa con el tipo, intensidad y duración de los factores desencadenantes. Estos pueden producir alteraciones psicológicas como miedo, depresión y ansiedad, así como reacciones fisiológicas que pueden predisponer a infecciones, retardo de cicatrización de heridas, entre otros. Los factores estresantes se acentúan cuando los pacientes son hospitalizados de urgencia, puesto que la mayoría de las veces no están preparados para el proceso de hospitalización, enfermedad y el aislamiento social que conlleva.

Entre los factores citados por los pacientes de UCI, se destacan aspectos estructurales, como la cantidad de equipamiento tecnológico que se usa para el paciente; aspectos organizacionales, como el control riguroso y la atención continua del paciente; sociales, ocasionados por distanciamiento de la familia, trabajo y la pérdida de las actividades diarias y del ambiente habitual; y, los factores psicológicos como el riesgo de muerte o incapacidad.

En este contexto, el equipo de enfermería, tiene el importante papel de diagnosticar e intervenir para buscar soluciones ante los factores estresantes, ya que uno de sus objetivos es el cuidado integral. De esta manera atenuar los sentimientos desagradables de los individuos y sus familias e impulsar el establecimiento de vínculos afectivos.

Se revela entonces, la necesidad de identificar los factores estresantes bajo la perspectiva del paciente hospitalizado en UCI. Como también los factores que desencadenan el estrés, con el propósito de planificar cuidados de enfermería pertinentes, viabilizando el proceso de recuperación y rehabilitación durante la hospitalización en UCI.

En base a diferentes estudios realizados en Unidades de Cuidados Intensivos, pueden señalarse 4 categorías de factores estresantes desde la perspectiva de los pacientes, las cuales son ambiental, fisiológica, psicológica-emocional y social.

Dentro de la categoría ambiental, un punto importante es el estándar del sueño, la cual se ve perturbado no solo por la rutina diaria dentro de la UCI, sino por el hecho de ser una unidad cerrada y de alta complejidad, lo cual trae situaciones nuevas de enfrentamiento para el paciente.

La influencia del ambiente lleva a una mayor dificultad para dormir. Los relatos de los pacientes hacen referencia los ruidos desconocidos de los equipos, la luminosidad excesiva y constante, la realización de procedimientos, la manipulación constante de los equipos al borde de la cama.

Debido a que durante el sueño ocurren diferentes procesos fisiológicos y metabólicos ligados a las funciones orgánicas, las cuales ayudan a la recuperación del cuadro clínico del paciente, corresponde que enfermería haga intervenciones para proporcionar patrones habituales de sueño y descanso de calidad. Se deben transformar los factores, por ejemplo, reduciendo las luces durante la noche, concentrando los procedimientos en el día, acondicionando el lecho del paciente de modo que este se sienta cómodo, evitando el ruido y el movimiento innecesario cerca de las camas por parte de los profesionales.

En UCI la temperatura suele ser extrema, siendo muy fría o caliente. Los pacientes se vuelven más sensibles a estas temperaturas por la limitación del movimiento y las propias condiciones de salud.

En la categoría fisiológica, los pacientes afirman que es un factor estresante tener alterada la movilidad, además de estar en cama, porque se encuentran atrapados por dispositivos invasivos o no. La sensación de estar amarrado que evidencian los pacientes, produce una sensación de impotencia, y de pérdida de control sobre la situación. Para minimizar esta sensación corresponde a los enfermeros y demás profesionales de la salud, evaluar periódicamente la cantidad de dispositivos y equipamiento utilizados, ya que la exposición a estos factores en forma prolongada provocará estrés en diferentes niveles.

Otro factor fisiológico es el dolor agudo, asociado a los dispositivos, que a su vez altera los sistemas nervioso, cardiovascular y respiratorio. El dolor agudo o crónico en el

paciente puede comprometer su estado emocional, induciendo a la ansiedad y agitación, pudiendo generar que este se quite los dispositivos y equipos necesarios para la monitorización, lo cual causa más perjuicios a su salud.

El dolor es considerado el quinto signo vital y no puede ser ignorado por los profesionales de la salud, pues se comportará como factor estresante, y tendrá repercusión en lo psicológico, emocional y fisiológico. Así, independientemente del cuadro clínico del paciente, el dolor debe ser evaluado sistemáticamente.

Dentro de la categoría fisiológica, otro factor es la comunicación verbal. Esta se ve alterada en los pacientes que presentan algún compromiso específico o el uso de tubos orotraqueales y/o sondas enterales. En la perspectiva de los pacientes, la perturbación de la comunicación verbal, es percibida como un factor de estrés, principalmente cuando implica la imposibilidad de tomar decisiones por parte del paciente, la cual recae sobre la familia. Es importante que el equipo de salud esté atento a señales y síntomas con el objeto de encontrar métodos de comunicación no verbal, pudiendo utilizar cuadernos, grabados u otros.

Uno de los factores estresantes citados por los pacientes es la dificultad para expresar sed. Uno de los cuidados de enfermería es mantener húmedos los labios y a boca del paciente, utilizar algún hidratante labial, y evaluar frecuentemente la necesidad de permanencia de tubos o sondas, mejorando también la autonomía en la cama y la calidad del sueño.

Se destaca entre los aspectos sociales, la ruptura del paciente con su contexto familiar y su cotidianeidad. Se cree que esta ruptura se debe al aspecto fisiológico que impide al paciente la toma de decisiones, como por el aspecto ambiental en virtud del espacio físico de la UCI.

Según expresan los pacientes lúcidos que pueden comunicarse, un factor estresante es la restricción en los horarios de visita, porque no tienen tiempo suficiente para tener información sobre su familia y como se encuentran sin su presencia física. Así una de las estrategias a ser utilizadas por el equipo de salud es flexibilizar y extender los horarios de visitas, pues la presencia del familiar puede transmitir tranquilidad al paciente.

La inestabilidad ante el proceso de salud y enfermedad hace que el paciente reflexione sobre su estado de salud, su futuro y su familia. Estos pensamientos hacen

que se despierten factores psicológicos como la ansiedad y el miedo. Este puede ser hacia el dolor o la muerte, hacia los procedimientos o incluso a las consecuencias de su proceso y enfermedad.

El miedo también puede estar asociado al riesgo de contraer VIH o alguna otra enfermedad por la manipulación de otros pacientes en el mismo ambiente. Si bien se sabe que los cuidados actuales y el uso de insumos descartables reducen la propagación de enfermedades, es tarea de enfermería orientar y dar seguridad a sobre los procedimientos y los tratamientos, propiciando la confianza entre el paciente y los profesionales de la salud.

En cuanto a la pérdida de autonomía en el ambiente de UCI que es un factor generador de estrés de la categoría emocional y psicológica, tiene que ver con el nivel de dependencia. También se asocia a la falta de privacidad, falta de control sobre el cuerpo y la falta de información de los cuidados a realizar.

Los aspectos psicológicos y emocionales pueden ser despertados por la falta de actividades recreativas, que hace al paciente más sensible al sufrimiento y la preocupación por los demás pacientes internados allí. Esto se suma a la desvinculación con el ambiente externo, el aislamiento social y el distanciamiento de la familia. Debido a esto, el enfermero puede posibilitar acciones de interacción social como acceso a una radio o música, evitando también que el paciente se estrese por falta de estímulos. (Lana, Mittmann, & Moszkowicz, 2018)

A la hora de identificar los principales factores, percibidos por los pacientes como estresantes de mayor o menor intensidad, dentro de una UCI, es de mucha utilidad la aplicación de una escala. Para el presente protocolo de investigación, se seleccionó **La escala de estresores ambientales de Ballard**, formulada en 1981. La misma consta de 43 ítems que hacen referencia a los distintos estresores ambientales. Es de fácil de utilizar por parte del personal médico como de enfermería, y no se requiere de otro personal especializado. Para su aplicación se utiliza una encuesta con preguntas cerradas, en la que el paciente responde a cada ítem, mencionando cuan estresante le parece el factor mencionado. De esta manera, se pueden identificar los factores ambientales que generan mayor estrés en el grupo de pacientes donde se aplica la escala. Teniendo como fin, desarrollar cuidados de enfermería y estrategias para el tratamiento y control dichos factores. (Ayllón Garrido, Alvarez Gonzalez, & Gonzalez Garcia, 2007)

Como se dijo anteriormente, las Unidades de Cuidados Intensivos, por su alto grado de especialización y procedimientos invasivos, se han considerado áreas generadoras de estrés, lo que junto a otros factores de riesgo se ha relacionado con la ocurrencia del Delirio o Síndrome Confusional Agudo, también llamado Síndrome de UCI. Su incidencia se sitúa entre un 20 y un 80% en pacientes críticos, siendo más alta en adultos mayores. Está asociada a un incremento de la estancia en la UCI, de la mortalidad, del deterioro cognitivo a largo plazo, un aumento del tiempo recibiendo ventilación mecánica y mayores gastos en la atención de la salud. (Font Mulet, 2015)

El Síndrome Confusional Agudo (SCA), es un síndrome y como tal puede estar formado por signos y síntomas variados, siendo muchas las formas de presentación. Se diferencian tres tipos de Delirio, el delirio hiperactivo que cursa con agitación, inquietud y labilidad emocional; delirio hipoactivo, donde el paciente está apático, aletargado y hay disminución de la respuesta a estímulos; y la combinación de estos dos tipos que se denomina mixto.

La característica fundamental del SCA es la alteración en el nivel de conciencia y de atención, siendo difícil para el individuo responder a estímulos externos. Se acompaña de una disfunción de las funciones cognoscitivas, tales como, memoria, percepción, orientación y razonamiento; pudiendo presentarse alteraciones emocionales como ansiedad o agresividad, cambios autonómicos como la sudoración, o frialdad, y cambios conductuales. Todos estos se instauran de forma aguda, progresiva y fluctuante a lo largo del día.

El SCA o Delirio no es una enfermedad en sí mismo, sino que puede ser la complicación de otra enfermedad subyacente, que puede pasar desapercibida, por lo que debe ser descubierta y tratada, siendo el diagnóstico etiológico del delirio una urgencia médica.

La importancia del cuadro clínico se basa en la elevada mortalidad e incidencia en pacientes hospitalizados, siendo muy bajo el porcentaje de diagnóstico y tratamiento.

En cuanto a la fisiopatología del SCA se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder a determinados estímulos, siendo consecuencia de un daño cerebral fundamentalmente neuroquímico, con alteraciones metabólicas, hormonales y de neurotransmisores, más que anatómico.

En el delirio existen alteraciones de neurotransmisores, que son responsables de la parte clínica de este. La afectación principal parece ser un déficit colinérgico, que causa las alteraciones cognitivas y perceptivas. También hay déficits mnésicos que producen alteraciones emocionales y la desregulación del ciclo sueño-vigilia. De modo contrario la acetilcolina y la dopamina están aumentadas, produciendo la incapacidad de mantener la atención. La serotonina puede estar disminuida o aumentada. Por último, hay una hiperactividad de las endorfinas, lo que causa el grado de anestesia que se da durante el cuadro y explica la frecuencia de las autolesiones.

Para que se produzca el SCA deber ocurrir dos cosas, por un lado, los factores precipitantes y por otro lado la susceptibilidad del individuo. (Ruiz, Mateos, Suarez, & Villaverde, 2019)

Los principales factores de vulnerabilidad o predisponentes, que son inherentes al paciente son: edad, deterioro cognitivo previo, alteraciones sensoriales en oído y/o vista, enfermedad orgánica severa o intervención quirúrgica, deshidratación y dependencia funcional. En cuanto a los factores desencadenantes, podemos mencionar el uso de catéteres, uso de fármacos anticolinérgicos o psicótropos, la introducción de medicamentos nuevos, el estrés o dolor, la inmovilización o restricción mecánica. También se destacan la retención aguda de orina y la impactación fecal; factores ambientales como el ruido y factores iatrogénicos como el uso de horarios inadecuados.

En cuanto a la edad, cabe mencionar que el SCA es uno de los problemas mentales más frecuentes en el adulto mayor hospitalizado. Esto obedece a que, en el anciano, hay una mayor disminución de la reserva cerebral. Siendo muchas veces infradiagnosticado y asociado a una mayor estancia hospitalaria, elevada mortalidad, institucionalización y deterioro funcional. (Cataldi Amatriain, Iriso, Santos, & Gonzales, 2021)

Al ser el SCA plurietiológico, una enfermedad o intervención grave puede desencadenarlo en una persona susceptible, por ello hay que considerarlo un signo de alarma. En la práctica cualquier patología moderadamente grave puede ser responsable de un cuadro de delirio, bien sea una infección, una alteración iónica, endócrina, una patología cardíaca, pulmonar, neurológica o neoplásica, como también la toma de fármacos (incluso en dosis adecuadas), la abstinencia de los mismos (en especial opioides y benzodiacepinas) y el consumo o abstinencia de tóxicos como alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, opiáceos, sedantes o hipnóticos, entre otros.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del SCA, la instauración de los síntomas suele ser rápida, en general en horas o días. Siendo característico que haya fluctuaciones a lo largo del día. Esta combinación de comienzo agudo y curso fluctuante, junto con un nivel de conciencia alterado, es típica de este síndrome y facilita su distinción de otras entidades, como la demencia.

El síntoma cardinal, es el trastorno de la atención. El paciente se distrae con facilidad, las respuestas verbales suelen ser incoherentes y hay una alteración del juicio crítico y del razonamiento. El paciente hiperactivo responde a todos los estímulos externos sin discriminación alguna, mientras que en el hipoactivo hay una respuesta al medio muy reducida.

La memoria se encuentra alterada en cuanto al registro, retención y recuerdo. Es característico que, luego de la recuperación, haya cierto grado de amnesia del episodio. Esta dificultad para recordar hace que muchas veces el paciente busque llenar sus lagunas con información errónea (confabulación).

La orientación también se ve afectada en SCA. Primero se afecta la orientación temporal y, si el cuadro evoluciona, se afectará la orientación espacial.

Son frecuentes los trastornos perceptivos, bien sea como ilusiones simples o, en casos más serios, como alucinaciones. Existe además una interrupción del ritmo sueño-vigilia; durante el día es común la somnolencia y, al contrario, durante la noche aparece insomnio, comúnmente acompañado de agitación y confusión.

En el tipo de delirio hiperactivo suele haber signos de hiperactividad simpática, tales como sudoración, taquicardia, midriasis e hipertensión arterial. Esto es llamativo en casos de alcoholismo crónico en abstinencia, o luego de la supresión de tranquilizantes o hipnóticos tomados en forma crónica.

El SCA suele ser un trastorno transitorio. El pronóstico y la mortalidad, están en relación a la gravedad de las enfermedades subyacentes y el tratamiento oportuno. Si se corrige la causa primaria, la evolución del síndrome en general es hacia remisión en un período que va de días a semanas. En otras ocasiones, en especial en pacientes añosos y con deterioro cognitivo previo, la recuperación no es completa y el paciente sale del delirio evolucionando posteriormente a una demencia. (Ruiz, Mateos, Suarez, & Villaverde, 2019)

En la actualidad el SCA es una entidad infradiagnosticada en los hospitales y posiblemente infravalorada, por ende, no estudiada con profundidad e incorrectamente tratada. El diagnóstico deberá ser establecido por los profesionales responsables de paciente, es decir, médicos y enfermeras, consultando a los servicios necesarios en función de la etiología sospechada.

Dicho diagnóstico sigue siendo esencialmente clínico, pero el estudio de Electroencefalograma (EEG) permite ver un patrón y ondas lentas que expresa el daño metabólico cerebral. Esta prueba es sensible pero poco específica.

Se deberá hacer un diagnóstico en dos tiempos; el primero destinado a reconocer el Síndrome Confusional, y el segundo a identificar la causa o causas potencialmente responsables del mismo. Primero, es de suma importancia el diagnóstico neuropsicológico, a fin de constatar alteraciones en la atención y la concentración. En segundo lugar, el diagnóstico clínico, es decir, la exploración general guiada a encontrar patologías subyacentes. También es importante realizar estudios complementarios, tales como, análisis de sangre, de orina, estudios radiológicos, punción lumbar en todo paciente con signos meníngeos, Tomografía Craneal para descartar patología estructural, y Electroencefalograma que puede ser de utilidad.

Se han utilizado muchos métodos para establecer el diagnóstico del SCA, desde algunos muy sencillos y prácticos que están al alcance del personal médico y de enfermería, hasta otros con una complejidad que requiere de personal más especializado. Un método muy utilizado por los profesionales en las salas de internación, que no requiere de personal especializado es el CAM (Confusión Assessment Method). Dicho método es el elegido para el diagnóstico de SCA en el presente estudio. Tiene la ventaja de ser fácil de manejar, con una especificidad del 90-95% y una sensibilidad de 95 a 100%. Es un algoritmo para establecer el diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental, que avalúa el inicio agudo, curso fluctuante y alteraciones en la atención, más una de estas dos características presentes: pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado.

A la hora de establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas, la presentación aguda y el curso fluctuante son determinantes.

En el caso de la demencia, se presentan alteraciones cognitivas y de la memoria como en el SCA, sin embargo, en la demencia el paciente se encuentra alerta y no hay alteración de la conciencia.

Un delirio hipoactivo, por otro lado, puede confundirse con depresión. Pero, la disminución en el nivel de conciencia y la fluctuación de los síntomas a lo largo del día, no son característicos de la depresión.

En cuanto a el Episodio Psicótico Agudo, predomina la ideación y el delirio. En general mantiene un curso estable, sin alteración de la conciencia. Hay una alteración parcial en la atención, tendiente a la hipervigilancia.

Además del diagnóstico diferencial, es fundamental la prevención del síndrome y la detección precoz para realizar las intervenciones pertinentes. Un primer paso son las medidas preventivas que pueden ayudar a disminuir la frecuencia, intensidad y efectos del SCA sobre el paciente, como la morbilidad, la prolongación de la hospitalización, la realización de más intervenciones, etc.

Algunos trabajos realizados en ancianos hospitalizados, demuestran la importancia de tener protocolos de intervención sobre los factores de vulnerabilidad y precipitantes. Es fundamental detectar a los pacientes en riesgo, teniendo en cuenta la historia de los mismos, en cuanto a, pacientes ancianos con deterioro de funciones, deshidratación o déficit en audición o visión. Si hubo cuadros de delirio previos, consumo activo de alcohol, consumo activo de benzodiacepinas, enfermedad grave o terminal, lesión cerebral. También se deben tener en cuenta cirugías mayores como cadera, trasplantes, cardiotorácicos, etc.

Por otro lado, es importante en la prevención, tomar en cuenta los factores ambientales y farmacológicos. La inmovilidad del paciente o actividad disminuida, por un lado, el uso de catéteres y otras medidas invasivas, el aislamiento social, la privación del sueño y, como resultado el cuadro de estrés intenso. Así mismo, los tratamientos con más de tres fármacos que se agregan a los que el paciente tenía al ingreso, pueden causar problemas, como el ajuste farmacológico tras la sedación en el paciente crítico.

Como ya se dijo, el delirio o SCA es un cuadro grave, cuyo pronóstico está en relación con la causa y la rapidez con la que se instaure el tratamiento adecuado. Se debe valorar el estado físico diariamente, ya que la sintomatología es fluctuante, así como, tratar los factores etiológicos específicos y las complicaciones si la hubiera. Como

medidas generales se sugiere retirar las medicaciones que no sean imprescindibles, teniendo en cuenta los efectos de retirada; proporcionar un aporte adecuado de líquidos y alimentos, garantizar el control del dolor con los métodos adecuados. En caso de dificultad respiratoria en el paciente, hay que aportar suplemento de oxígeno para evitar el efecto de la hipoxemia sobre el Sistema Nervioso Central.

En lo referente al bordaje Ambiental, diferentes estudios han constatado la relación entre las intervenciones ambientales y la prevención del SCA, así como, la mejoría en la sintomatología.

La estimulación ambiental adecuada consta de, un entorno sencillo sin objetos innecesarios, teniendo en cuenta la seguridad del paciente en cuanto a situaciones que puedan facilitar accidentes o autoagresiones. Valorar el uso de habitación individual y evitar juntar pacientes con delirio. Se debe evitar el uso de términos médicos en presencia del paciente que puedan favorecer ideas paranoides. La adecuada luminosidad es muy importante, abriendo cortinas y persianas durante el día luz y oscureciendo lo más posible por la noche; así como, mantener una temperatura estable. Controlar la sobreestimulación por excesivo ruido, actividad del personal o visitas. En caso de que el paciente malinterprete el entorno, hay que corregirlo, pero no contradecir a los pacientes con un delirio instalado. (Ruiz, Mateos, Suarez, & Villaverde, 2019)

Además de las intervenciones ambientales, hay otras actuaciones en la prevención y tratamiento de SCA. Es importante que se unifiquen criterios y establecer una estrategia común e interdisciplinaria. En coordinación con el equipo de salud, se planificarán cuidados orientados a: Tener un buen control el dolor, retirar precozmente las sondas o catéteres, ajustar los horarios de medicación para evitar pautas nocturnas y facilitar el sueño. También vigilar factores precipitantes habituales como retención aguda de orina, impactación fecal, hipoglucemias, hipoxia o desequilibrio hidroelectrolítico.

En cuanto a las estrategias de comunicación con el paciente, es importante en primer lugar, que cada miembro del equipo de salud se presente y se identifique. Se requiere llamar al paciente por su nombre y utilizar un tono de voz adecuado, escuchándolo siempre y no hablando como si el paciente no estuviera. Es menester utilizar lenguaje sencillo y claro, evitando infantilismos y familiaridades excesivas. Al realizar alguna técnica o cuidado específico, explicárselo previamente y dialogar sobre los beneficios; sin intentar imponerse ni discutir.

La movilización, por otro lado, ocupa un lugar importante en la prevención y tratamiento del SCA. Se debe estimular el autocuidado y la movilización precoz del paciente. Procurar que el paciente se mantenga activo, de ser posible, pidiendo la colaboración de la familia.

En todo momento es fundamental reorientar al paciente proporcionando información sobre su estancia, motivo de ingreso y ubicación. Recordarle la fecha y hacer referencia a festividades próximas, para lo cual pueden ser de utilidad los periódicos, relojes y calendarios. Resulta conveniente que la familia traiga objetos personales como fotos u otros y, evitar los traslados de habitación.

Si el paciente tuviera alteraciones sensoriales, se debe facilitar que utilice gafas, audífonos y prótesis dentales, si precisa. Como también favorecer el ciclo sueño/vigilia, para lo cual no es aconsejable que el paciente duerma durante el día, para favorecer el descanso nocturno; revisando los horarios de medicación para evitar que el paciente se despierte.

Es importante fomentar y controlar la ingesta hídrica y estar alerta frente a signos de depleción de volumen. Se requiere implicar a los familiares en los cuidados y la reorientación del paciente, así como, facilitar que el paciente se encuentre acompañado el mayor tiempo posible, sobre todo en las primeras 48hs y durante la noche.

De forma general, se debe procurar individualizar los cuidados a cada paciente en particular, tratando de ser flexibles con las normas del hospital. (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2012)

En cuanto al tratamiento sintomático del síndrome confusional agudo, se administra medicación psicoactiva, solo en el caso de ser estrictamente necesario, si el delirio estuviese asociado a insomnio, ansiedad o trastornos de la conducta que supongan un riesgo para el paciente u otros, cuando las medidas la dosis mínima que se requiera, y se debe vigilar el nivel de conciencia, la función respiratoria y las constantes vitales.

Teniendo en cuenta la relación entre los sistemas de neurotransmisores frecuentemente implicados, dopaminérgico y colinérgico, los neurolépticos son los fármacos de elección. Dentro de estos, el Haloperidol es el fármaco más utilizado por su corta vida media, sus escasos efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y sobre la función respiratoria, además de la disponibilidad por vía parenteral. Puede administrarse por vía oral, intramuscular, endovenosa e incluso subcutánea en pacientes terminales.

Es el doble de potente si se administra por vía endovenosa e intramuscular, teniendo por esta última vía una acción más prolongada. Si se administra por vía endovenosa es recomendable el monitoreo cardíaco. Los efectos secundarios más frecuentes son los extrapiramidales, siendo los más graves los cardiovasculares y el síndrome neuroléptico maligno, potencialmente mortales. Así mismo disminuye el umbral convulsivo.

Se utilizan también otros fármacos como el Tiapride, siendo un neuroléptico con débil potencia antipsicótica; recomendado en casos de hepatopatía o insuficiencia respiratoria.

Los neurolépticos atípicos, por otro lado, que favorecen la liberación de dopamina, ocasionando la mejoría de los síntomas cognitivos y extrapiramidales.

La Risperidona, es otro fármaco de elección dentro de los neurolépticos, y el único que se acepta en el tratamiento de alteraciones conductuales en mayores de 75 años, por su rapidez de acción, ausencia de efectos anticolinérgicos y poca incidencia de efectos secundarios.

La Olanzapina podría utilizarse en pacientes neoplásicos, por sus efectos sobre el apetito e incremento de peso, sobre el estado de ánimo; teniendo menor respuesta en mayores de 70 años, con antecedentes de demencia, hipoxia y delirio hipoactivo.

En cuanto a la Quetiapina, se indica en los cuadros de delirio y agitación, asociados a enfermedades subcorticales y demencia, por tener escasos síntomas extrapiramidales.

Las Benzodiacepinas por otro lado, solo estarían indicadas en casos de delirio relacionado a cuadros de abstinencia al alcohol u otros sedantes, por sus efectos negativos sobre la cognición.

El Diazepam es utilizado cuando interese elevar el umbral convulsivo, o como adyuvante de los neurolépticos cuando se quiera incrementar la acción ansiolítica o sedativa.

Por otro lado, el Lorazepam, suele usarse en los cuadros de ansiedad intensa, a dosis bajas, teniendo en cuenta que puede agravar el deterioro cognitivo en personas con demencia y producir agitación y desinhibición.

El Midazolam es otro fármaco de elección para el control de la agitación aguda, especialmente en pacientes neurológicos. De acción rápida, puede ser útil cuando es necesario realizar algún estudio diagnóstico que implique la movilización del paciente,

debiendo administrarse durante un corto periodo de tiempo ya que sus metabolitos pueden acumularse y causar toxicidad.

En cuanto al Clonazepam se utiliza en caso de haber posible etiología neurológica o crisis epilépticas, también en cuadros de abstinencia de alcohol o benzodiacepinas.

Otros fármacos utilizados en el tratamiento del SCA o delirio son el Clometiazol, utilizado mayormente el Delirium Tremens; como los B-bloqueantes, cuando hay hiperactividad simpática, comenzando con dosis bajas. (Ruiz, Mateos, Suarez, & Villaverde, 2019)

Mas allá de los tratamientos médicos, los estudios de investigación han evolucionado, incluyendo los relacionados con los cuidados no farmacológicos en el delirio del paciente crítico. Se van presentando nuevos modelos de actuación basados en la evidencia y totalmente aplicables por parte del equipo de salud. Se necesita tiempo, persistencia y paciencia para aplicar estos cuidados, ya que algunos resultados tardan en obtenerse y el paciente no puede denominarse colaborador, ya que su estado no se lo permite.

Este tema es de gran interés para el cuidado del paciente crítico, ya que cada día más autores coinciden en que, la atención para prevenir el SCA o Delirio, debe ser lo más temprana posible, incluso desde el ingreso a cuidados críticos.

Los estudios realizados se centran en el control de estresores, mediante cuidados no farmacológicos, y en la prevención del delirio en el paciente crítico. Según las guías publicadas y recientemente actualizadas, ya se incide claramente en estos aspectos. Pero siendo realista y revisando la práctica clínica, todavía falta mucho para avanza en la prevención y la detección precoz del SCA, a pesar de existir escalas para ello. También hay falencias en cuanto a su atención y la aplicación programada del tratamiento no farmacológico, que debería utilizarse principalmente cuando ya está presente la sintomatología del delirio.

En un estudio realizado por la Sociedad española de Enfermería Intensiva, se obtuvieron resultados bajos de implementación de las escalas de detección y diagnóstico del SCA en las UCI españolas, y es por ello que se debe retomar el tema, implementando los instrumentos accesibles, aplicando intervenciones enfermeras de calidad y basadas en la evidencia.

Los resultados de diversos estudios, evidencian que es posible prevenir el delirio en UCI a través del control de estresores del entorno. Se propone por tal motivo, la conveniencia de aplicar cuidados de enfermería para prevenir el SCA, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes. Es necesario seguir realizando investigaciones donde enfermería haga sus aportes, con más intervenciones en cuidados no farmacológicos, que minimicen las variables nocivas y otros factores desencadenantes. (Gomez Tovar, Diaz Suarez, & Cortes Muñoz, 2016).

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizará será observacional, porque las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación alguna por parte del investigador. Descriptivo ya que tendrá por objetivo determinar la situación de las variables en estudio, en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, en quienes se presentan y con qué frecuencia, pudiendo sugerir la asociación entre variables. Será un estudio transversal porque se realizará una única medición de las variables en estudio. Y será prospectivo, ya que se recolectarán datos primarios, a través del contacto directo con los sujetos de estudio, es decir, la recolección de los datos será a medida que los hechos vayan ocurriendo.

Sitio y contexto de la investigación.

Para la elección del sitio donde se realizará el estudio, se aplicó una guía de convalidación de sitio (Ver Anexo I). El Lugar seleccionado es un hospital público de tercer nivel, de dependencia provincial, ubicado en zona céntrica de la ciudad de Rosario. El mismo cuenta con 183 camas y presta servicios al norte y noreste de la ciudad, y a localidades vecinas del Gran Rosario, siendo hospital base de 9 Centros de Atención Primaria. Además de tener tres salas generales de internación, cuenta con maternidad, sala de neonatología, sala de pediatría, oncología pediátrica y sala de aislados. En cuanto al área crítica para adultos, se divide en tres servicios: Unidad coronaria (UCO), Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La recolección de datos para el presente estudio, se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos antes mencionada. Se trata de una unidad polivalente, que ofrece atención a pacientes críticos de ambos sexos, mayores de 16 años. Contando con 16 camas en total; 12 en régimen abierto, separadas por biombos, y 4 boxes cerrados preparados para aislamiento respiratorio. La sala está dispuesta en forma semicircular, encontrándose en el centro el office médico y los offices de enfermería.

Tras los resultados del estudio exploratorio (Ver Anexo III), se pudo constatar que el sitio seleccionado cuenta con la autorización de las autoridades del lugar, para la investigación que se pretende realizar. Tanto el problema en estudio, como la población

y las variables a investigar, se encuentren presentes. No se realizó comparación con otra/s instituciones, ya que el sitio seleccionado reúne todos los criterios de elegibilidad; y, por otro lado, es del interés del investigador realizar el estudio en dicho sitio.

Población y Muestra

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer semestre del 2022.

La unidad de análisis será a cada uno de los pacientes internados en la UCI, mayores de 18 años, que cursen internación por más de 48 horas en la unidad y se encuentren en los boxes abiertos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en situación de coma, con sedo analgesia o que presenten una situación médica que impida la comunicación verbal (como intubación o alteración cognitiva).
- Pacientes con diagnóstico previo de algún trastorno psiquiátrico.
- Pacientes con diagnóstico de “Delirium Tremens”
- Pacientes encefalopáticos.
- Pacientes que presenten cuadro clínico, por el cual se encuentre afectada su capacidad cognitiva. Tales como TEC, ACV, infecciones del SNC o consumo de sustancias.

Tamaño de la Población

La población será aproximadamente de 96 pacientes, según datos aportado por los resultados del estudio exploratorio, ante ello, no se realizará muestreo, ya que el tamaño de la población es reducida y factible de ser abordada en su totalidad.

En cuanto a la Validez Externa sus resultados podrán ser generalizables solo a la población de estudio. El mismo posee limitaciones para generalizar los hallazgos debido a que se realizará en una sola institución, no se realizará muestreo probabilístico y a su vez, debido a la multifactoricidad en la ocurrencia del SCA.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la medición de la variable **Estresores Ambientales** se utilizará la técnica de encuesta, utilizando como instrumento de recolección de los datos un cuestionario validado denominado “Escala de estresores ambientales de Ballard” (Ayllón Garrido,

Alvarez Gonzalez, & Gonzalez Garcia, 2007) (Ver Anexo II). Esta, agrupa a los estresores en cinco dimensiones o categorías: los que tienen que ver con inmovilización y pérdida del autocontrol; los relacionados con aislamiento; privación del sueño; desorientación temporoespacial; y por último sobreestimulación sensorial. El mismo es constituido por 28 ítems, distribuidos por cada categoría a evaluar, con preguntas cerradas, donde el paciente responderá a cada ítem, mediante una escala de tipo Likert, si el estresor mencionado lo considera nada estresante, poco estresante, bastante estresante o muy estresante.

En cuanto a la variable dependiente ocurrencia del **Síndrome Confusional Agudo**, se utilizará la técnica de Observación y como instrumento el “Confussion Assessment method” (CAM) diseñado por Inouye et al. En 1990. (Velásquez Gaviria, 2016) (Anexo II), el cual consta de 4 dimensiones. La primera es el comienzo agudo y fluctuante, luego la alteración en la atención, el pensamiento desorganizado y por último la alteración en el nivel de conciencia. Se observará al paciente y se registrará en una lista de cotejo en donde consten los 4 puntos de la escala, por si o por no, según se encuentre presente en el paciente. El instrumento tendrá un apartado para observaciones por cualquier eventualidad que resulte de interés aclarar.

Para la variable independiente **edad**, se recolectará el dato según sea referido en la encuesta.

La elección de las técnicas e instrumentos a utilizar, se realizó en función de las variables en estudio y de la población que se abordará.

En el caso de la encuesta, se utilizará como instrumento un cuestionario. Algunas de sus ventajas son: su costo es relativamente bajo, proporciona información sobre un número mayor de personas en un tiempo breve. También, la facilidad para obtener, analizar, cuantificar, analizar e interpretar los datos; menos requerimiento de personal porque no se necesita adiestrar encuestadores. Brinda mayor posibilidad de mantener el anonimato de los participantes y se eliminan los sesgos del encuestador.

En cuanto a las limitaciones de este método se encuentran las siguientes: es poco flexible, la información no puede profundizarse. No puede utilizarse con personas que no saben leer o escribir. Por otro lado, si el cuestionario se envía por correo en lugar de aplicarlo personalmente, se corre el riesgo de que no llegue o no se obtenga repuesta. Tampoco permite la aclaración de dudas o comprobación de respuestas.

En cuanto a la técnica de observación que contará con una lista de cotejo como instrumento, fue elegida por las siguientes ventajas: es un método que permite obtener datos cuantitativos y cualitativos, tiene un campo de acción muy amplio, y permite recabar información que sería imposible obtener de otra manera. Además, no depende de terceros o de registros, lo que disminuye los sesgos de los informantes. Se observan los hechos tal como ocurren.

Hay desventajas en la observación, como ser, que se requiere de habilidad para ser objetivo a la hora de observar. Este debe ser un acto consiente e intencionado, ya que existe el riesgo de distorsionar los hechos en el momento de la interpretación. (Pineda, de Alvarado, & de Canales, 1994)

Operacionalización de las variables

Variable Estresores ambientales - **Función** independiente - **Tipo** cualitativa compleja - **Escala de medición** Ordinal.

Definición conceptual:

Se define a los estresores ambientales, como un conjunto de variables o factores presentes en el ambiente, cuya disposición o intensidad hace que sean percibidas como aversivas para las personas.

Dimensión 1: Inmovilización y pérdida del autocontrol

Indicadores:

- Tener limitada la movilidad por la presencia de tubos
- Tener las manos y/o pies atados en algún momento
- No poder pararse o sentarse.
- Que le realicen pruebas o manipulaciones dolorosas.

Dimensión 2: Aislamiento

Indicadores:

- Horario de visita limitado
- No tener compañía de familiar
- No tener timbre para llamar a la enfermera

Dimensión 3: Deprivación del sueño

Indicadores:

- Dificultad para conciliar el sueño
- Pesadillas

- Oír las alarmas
- Oír ruidos desconocidos (oxígeno, burbujeo, etc.)
- Oír hablar alto a los médicos o enfermeros
- Tener las luce encendidas frecuentemente
- Cama incomoda
- Ser despertado por las enfermeras

Dimensión 4: Desorientación temporoespacial

Indicadores:

- No saber dónde esta
- No saber qué hora es
- No saber si es de día o de noche
- Sentirse en un lugar peligroso

Dimensión 5: Deprivación o sobreestimulación sensorial

Indicadores:

- Tener sed
- Tener dolor
- Tener frio o calor
- Toma frecuente de T/A
- Tener maquina a su alrededor
- Presencia de olores extraños
- Oír o ver tratamientos a otros pacientes
- Oír muchos ruidos a su alrededor

Variable Edad - **Función** independiente - **Tipo** cuantitativa simple - **Escala de medición** de razón.

Indicador: será la edad en años según conste en la Historia Clínica del paciente.

Variable: Ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo - **Función** dependiente - **Tipo** cualitativa compleja - **Escala de medición** Ordinal.

Definición conceptual:

El Síndrome Confusional agudo (SCA) es una alteración brusca de la atención y el nivel de conciencia, fluctuante a lo largo del día. Es un cuadro frecuente, de origen multifactorial.

Dimensión 1: Comienzo agudo o curso fluctuante

Indicadores:

- Evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente con respecto a la situación basal.
- Cambio de la conducta del paciente en las últimas 24 horas.

Dimensión 2: Alteración de la atención

Indicadores:

- El paciente se distrae con facilidad.
- El paciente tiene dificultad para seguir una conversación.

Dimensión 3: pensamiento desorganizado

Indicadores:

- El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes.
- El paciente confunde a las personas que lo rodean.

Dimensión 4: alteraciones del nivel de conciencia.

Indicadores:

- El paciente esta alerta o hipervigilante.
- El paciente esta letárgico o estuporoso

La Prueba Piloto

Se realizó una Prueba piloto a los instrumentos (Ver Anexo IV) en el mismo sitio de la investigación, previo a la ejecución del presente Proyecto, aplicada a una población de similares características y que no será parte de la población en estudio.

El instrumento de medición tiene que alcanzar los requisitos de validez, confiabilidad y precisión. Por tanto, consideraron estos ítems a modo de establecerlos.

- ✓ ¿Hay alguna pregunta de la encuesta o ítem de observación mal formulado?
- ✓ ¿Cuáles resultan incomprensibles?
- ✓ Los ítems o preguntas son susceptibles de ser aplicados/observados?
- ✓ ¿Cuáles podrían molestar a los sujetos de estudio?
- ✓ ¿Los ítems y preguntas responden a las variables en estudio?
- ✓ ¿Es correcto el ordenamiento de las preguntas y los ítems?
- ✓ ¿El tiempo de recolección de datos es suficiente para la aplicación de los instrumentos?
- ✓ ¿Resulta alguno de los instrumentos demasiado extenso?

Principios Bioéticos

En cuanto a los principios de bioética, estos deben ser tenidos en cuenta y respetados a lo largo de todo el proceso. Tanto en la etapa de planificación, como en la ejecución. Desde la elección del tema a investigar, el abordaje metodológico y las actividades que planificamos para realizar el proyecto de investigación.

Respondiendo al principio de **Beneficencia**, se buscará en todo momento “no dañar”. Los sujetos de estudio no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos. Se asegurará la confidencialidad a los participantes; y los beneficios superarán a los efectos indeseables o adversos.

En cuanto a la **Autonomía** y el respeto por la dignidad humana, los sujetos participantes tendrán derecho a la autodeterminación y a la información completa, para lo cual, se contará con un “Consentimiento Informado” (Anexo II). En el mismo se expresarán los objetivos de la investigación, su propósito, el derecho a participar o no del estudio, y que puede abandonarlo en el momento que lo desee. También se informará que puede negarse a responder las preguntas cuando considere que invade su intimidad, sin que esto conlleve ningún tipo de reprimenda.

El principio de **Justicia** será resguardado, dando a todos los participantes, un trato justo, preservando su intimidad y respetando la confidencialidad de los datos. El reclutamiento de los participantes se hará de manera equitativa y se distribuirán por igual los riesgos y beneficios de la participación en el estudio. En ningún momento, se pondrá en riesgo a un grupo de personas para beneficiar a otros.

Personal a cargo de la recolección de los datos.

La recolección de los datos se realizará en los meses de enero a julio del 2022. La misma será llevada a cabo por la autora del presente proyecto, ante ello, no se necesitará adiestrar colaboradores. Se realizará cuatro veces por semana, los días lunes, miércoles, jueves y viernes en el horario de 12 a 13 horas. Se eligió este horario ya que es un momento en el que no se interfiere con las rutinas de los pacientes, ni con las tareas de enfermería.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Este proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico Excel. Se contará, además, con la

colaboración de un profesional estadista, para el análisis de los datos y pruebas estadísticas a implementar.

Para la variable independiente “estresores ambientales”, se utilizará una escala de medición ordinal. Se codificarán las respuestas asignando un valor a cada una de ellas, quedando determinadas de la siguiente manera: cada ítem del cuestionario se puntuará de 1 a 4, correspondiendo nada = 1, poco = 2, bastante = 3 y muy estresante = 4. Luego se establecerá una escala por cada dimensión y su posterior reconstrucción de la variable para evaluar la intensidad de los factores ambientales quedando de la siguiente manera; para la dimensión Inmovilización y pérdida del autocontrol, constituida por cuatro indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 4 y un máximo de 16 puntos. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

De 4 a 7 = estresores ambientales poco estresantes.

De 8 a 12 = estresores ambientales estresantes.

De 13 a 16 = estresores ambientales muy estresantes.

Para la dimensión aislamiento, constituida por 3 indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 12. Por ello se establecerá la siguiente escala:

De 3 a 6 = estresores ambientales poco estresantes.

De 7 a 9 = estresores ambientales estresantes.

De 10 a 12 = estresores ambientales muy estresantes.

Para la dimensión privación del sueño, constituida por 8 indicadores, se obtendrá un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 32. Ante ello se establecerá la siguiente escala:

De 8 a 16 = estresores ambientales poco estresantes.

De 17 a 24 = estresores ambientales estresantes.

De 25 a 32 = estresores ambientales muy estresantes.

Para la dimensión desorientación temporoespacial, constituida por 4 indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 16. Por ello se establecerá la siguiente escala:

De 4 a 7 = estresores ambientales poco estresantes.

De 8 a 12 = estresores ambientales estresantes.

De 13 a 16 = estresores ambientales muy estresantes.

Para la dimensión deprivación o sobreestimulación sensorial, la cual está constituida por 8 indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 8 y un máximo de 32. Por ello se establecerá la siguiente escala:

De 8 a 16 = estresores ambientales poco estresantes.

De 17 a 24 = estresores ambientales estresantes.

De 25 a 32 = estresores ambientales muy estresantes.

Luego, para reconstruir la variable estresores ambientales, conformada por 27 indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 27 y un valor máximo de 108. Por tal, se establece la siguiente escala:

De 27 a 54 = estresores ambientales poco estresantes.

De 55 a 81 = estresores ambientales estresantes.

De 82 a 108 = estresores ambientales muy estresantes.

Se utilizará para el análisis, estadística descriptiva univariada, realizando estudio de frecuencias y porcentajes. Se podrán representar gráficamente mediante gráfico de barras simples para las frecuencias y gráfico de torta para los porcentajes.

En cuanto a la variable dependiente ocurrencia del síndrome confusional agudo que consta de 4 dimensiones, se utilizará una escala de medición ordinal. Se codificarán las respuestas a través del número 1 (afirmativo) y 0 (negativo), según corresponda para cada dimensión. Quedando de la siguiente manera:

Dimensión 1. Comienzo agudo o Curso Fluctuante = 0 o 1

Dimensión 2: Alteración de la atención = 0 o 1

Dimensión 3: pensamiento desorganizado = 0 o 1

Dimensión 4: alteraciones del nivel de conciencia = 0 o 1

La suma afirmativa de las dos primeras dimensiones más una de las otras dos, confirman el diagnóstico positivo de SCA.

Para el análisis se realizarán estadística descriptiva univariada analizando frecuencias y porcentajes. Serán representadas en histograma y grafico circular o de torta para los porcentajes

Para la variable edad, se recolectará el dato según el encuestado refiera, para aplicar las medidas de tendencia central que serán: modo, mediana y media. Luego se cualificará en rangos etarios, según la clasificación de grupos etarios de la OMS (Franco, 2021) quedando de la siguiente manera:

De 18 a 65 años = joven.

De 66 a 79 años = edad media

De 80 a 99 años = Ancianos

De 100 años o más = mayores de larga vida

Luego se realizará estadística descriptiva bivariada, para establecer relación entre la variable edad y la variable aparición del Síndrome Confusional Agudo, pudiendo ser representarla en gráfico de barras de doble entrada.

Plan de trabajo

Fecha	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
recolección de datos									
Procesamiento y análisis de los datos									
Conclusión y redacción del informe final									
Difusión de los resultados									

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

PREGUNTAS

- ✓ ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
- ✓ ¿Pueden publicarse los resultados obtenidos de la investigación?
- ✓ ¿Se trata de un hospital de tercer nivel? ¿Cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos?
- ✓ ¿La sala atiende a pacientes adultos? A partir de que edad
- ✓ ¿Presentan elementos como PAM, swan ganz, sondas nasogástricas, sonda vesical, drenaje, vía central?
- ✓ ¿Se encuentran los pacientes bajo algún tipo de sedación y/o analgesia?
- ✓ ¿Hay pacientes con restricción mecánica?
- ✓ ¿Las luces se encuentran encendidas durante el día y la noche?
- ✓ ¿Hay ventanas hacia el exterior?
- ✓ ¿La sala cuenta con equipo de aire acondicionado?
- ✓ ¿Cuentan los pacientes con cama automática?
- ✓ ¿Hay relojes e la sala que sean visibles para todos los pacientes?
- ✓ ¿Las alarmas de los monitores y ventiladores, tienen volumen alto?
- ✓ ¿Los enfermeros y médicos hablan en vos baja?
- ✓ ¿La sala cuenta con protocolo de actuación para el tratamiento y control de los factores estresantes del ambiente?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de
Rosario, certifica que Nidia Susana Teisa es estudiante de la
carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su
proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo
contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de
Santa Fe, a los 4 de noviembre de 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Anexo II

Instrumentos de recolección de datos

Instrumento para medir los estresores ambientales. Encuesta

La presente encuesta tiene como propósito analizar los distintos estresores o factores de estrés presentes en el ambiente de esta Unidad de Cuidados Intensivos. Lea atentamente cada punto, que corresponde a un estresor, y marque con una cruz según lo considere: nada, poco, bastante o muy estresante. Recuerde que la encuesta es anónima.

Edad:

E s t r e s o r a m b i e n t a l	N a d a	P o c o	B a s t a n t e	Muy estresante
No poder pararse o sentarse.				
Que le realicen pruebas y manipulaciones dolorosas.				
Tener horario de visita limitado.				
No tener timbre para llamar a la enfermera.				
Dificultad o imposibilidad para conciliar el sueño.				
Estar en una cama incomoda.				
Ser despertado por las enfermeras.				
Tener limitada la movilidad por la presencia de tubos u otros.				
Tener las manos y/o pies atados en algún momento.				
Tener sed.				
Tener dolor.				
Tener mucho frío o calor.				
Oír ruidos desconocidos				

Oír las alarmas.				
Tener las luces encendidas frecuentemente.				
Oír hablar demasiado alto a médicos y enfermeros.				
Tener pesadillas.				
No tener compañía de familiar.				
No poder hablar.				
No saber dónde está.				
No saber qué hora es.				
No saber si es de día o de noche.				
Sentirse en un lugar peligroso o secuestrado.				
Tener maquinas a su alrededor.				
Presencia de olores extraños.				
Toma frecuente de tensión arterial.				
Oír muchos ruidos a su alrededor.				
Ver tratamientos a otros pacientes.				

Instrumento para medir la presencia del Síndrome Confucional Agudo (SCA).
Lista de cotejo.

#	Características	SI	NO	Observaciones
1	Comienzo agudo o curso fluctuante. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente con respecto a su situación basal?			
2	Alteración de la atención. ¿El paciente se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?			
3	Pensamiento desorganizado. ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que lo rodean?			
4	Alteración del nivel de conciencia. ¿Esta alterado el nivel de conciencia del paciente? ¿Se encuentra hipervigilante, letárgico, o estuporoso?			

Consentimiento informado

La presente investigación tiene como objetivo estudiar y analizar los factores ambientales productores de estrés en el paciente crítico, también llamados estresores ambientales. Así como su relación con la aparición de un síndrome clínico, denominado Síndrome Confusional Agudo, caracterizado por una alteración en el nivel de conciencia y un cambio en el comportamiento del paciente. Siendo éste de comienzo brusco y curso fluctuante.

El propósito de este estudio es desarrollar un protocolo de tratamiento y control de estresores ambientales, que contribuya a minimizar dichos factores estresantes.

La participación en el estudio es esencialmente voluntaria. El participante tendrá derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que haya ningún tipo de sanción o represalia. El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo. Tampoco se dará ninguna compensación económica por participar. Todo el proceso será estrictamente confidencial y anónimo. Su nombre no aparecerá en ningún informe, cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La recolección de datos será a través de una encuesta anónima, en la que el participante negarse a responder, si considera que la pregunta invade su privacidad. También se observará a los participantes, no interfiriendo en las actividades cotidianas.

Con respecto a los principios de Bioética, el reclutamiento y la selección de los participantes se hace de manera equitativa, preservando su intimidad. Se asegura que la población en estudio no se expondrá a daños físicos ni psicológicos. Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Se tienen en cuenta los derechos a la autodeterminación y a la información completa; al consentimiento informado y a que sea libre de coerción.

Yo _____ D.N.I. _____ declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He recibido información sobre el estudio y he podido hacer preguntas.
- He hablado con _____ quien me ha aclarado las dudas.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera.
- Presto libremente mi conformidad para participar del estudio.
- Firmo por duplicado quedándome con una copia impresa.

Firma

Anexo III

Resultados de la Guía de convalidación de sitio

Con la aplicación de la guía de convalidación de sitio se pudo corroborar que las autoridades de la institución autorizan que se realice la investigación, así como, la difusión de los resultados. Se trata de un hospital público, de tercer nivel, que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos. Las variables en estudio se encuentren presentes, así como, la población que se pretende estudiar. Hay pacientes críticos adultos, vinculados a Asistencia Mecánica Respiratoria (AMR) y con sedoanalgesia, que permanecen 48 horas o más en la sala luego de ser extubados, además de otros no vinculados a AMR.

Cuenta con 16 camas, 12 en régimen abierto separadas por biombos, y 4 en boxes cerrados preparadas para aislamientos respiratorios. La sala cuenta con ventanas, 6 en total, por donde ingresa luz natural. También tiene sistema de aire acondicionado. Cada unidad del paciente cuenta con cama automática, panel con oxígeno, aire comprimido y sistema de aspiración. Los pacientes se encuentran conectados las 24 horas a monitores multiparamétricos, registrándose los controles cada 2 horas. La medicación se administra con la misma frecuencia. En cuanto al personal a cargo de los pacientes, hay un enfermero cada dos pacientes, el cual se ocupa de la atención integral. Hay dos offices de enfermería, uno al ingreso de la sala y otro al final, los cuales están dispuestos en forma de isla.

Los pacientes permanecen acostados, sin la posibilidad de pararse y/o sentarse. Algunos de ellos se encuentran restringidos mecánicamente por su seguridad. No cuentan con ningún elemento personal durante su internación en la sala y no se permite el uso de celulares.

Todos pacientes están conectados a monitores multiparamétricos, la gran mayoría tiene sonda nasogástrica, sonda vesical y vía central. Algunos también presentan drenajes de diversos tipos, PAM y/o SWAN GANZ. Los controles y la administración de la medicación es cada dos horas. Las luces permanecen encendidas la mayor parte del tiempo, incluso por la noche. En cuanto a la luz natural, la sala cuenta con ventanas que permiten que esta ingrese.

Hay dos relojes analógicos que se encuentran ubicados en la entrada de la sala y sobre el final, pero debido a la presencia de biombos, no todos los pacientes pueden

verlos. Los médicos y enfermeros hablan en un tono elevado la mayor parte del tiempo y, las alarmas de monitores y respiradores tienen un sonido alto.

En cuanto a las visitas, se permite la presencia de acompañantes en los horarios en que se realizan las ingestas, pudiendo pasar una sola persona durante 20 minutos. Además, hay un horario de visita de una hora, en donde los pacientes pueden ser visitados como máximo por dos personas que ingresan de forma individual.

Por último, la sala no cuenta con protocolo de actuación para el tratamiento y control de los factores ambientales generadores de estrés en el paciente crítico.

Anexo IV

Resultado de la prueba Piloto

Para la prueba piloto se utilizaron los mismos instrumentos que para la recolección de datos, sin modificación alguna. Dicha prueba, realizó en el sitio seleccionado para la investigación, pero en otro momento. A su vez, se aplicó en una población distinta a la que será objeto del estudio, con similares características.

Se pudo evaluar la comprensión del instrumento y se encontró que las preguntas de la encuesta, tanto como los ítems de observación, resultan claras y comprensibles. No se encontraron preguntas o ítems mal formulados, o que pudieran molestar de alguna manera a los participantes. Así mismo, se observó que el orden y presentación de las preguntas o ítems es correcto.

Por otro lado, se constató que los instrumentos miden las variables en estudio y son susceptibles de ser aplicados. No se encontró que ninguno de los instrumentos fuera demasiado largo. La aplicación de los instrumentos llevo aproximadamente una hora, y tanto el momento como el horario establecido para la aplicación, fue el indicado.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Nidia Susana Teisa es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 4 de noviembre de 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Bibliografía

- Arotce, C., Barbosa, A., & Sosa, M. y. (2018). Delirium en el perioperatorio de cirugía de cadera en el adulto mayor. *Anfamed [online]*, 5(2), 75-85. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200075
- Ayllón Garrido, N., Alvarez Gonzalez, M., & Gonzalez Garcia, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 18(4), 159-167. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-factores-ambientales-estresantes-percibidos-por-13113135>
- Beatriz Gi, R. B. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de psicología y psicopatología clínica*. Vol 18, 18(2), 130-132. doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12769>
- Bernal Ruiz, D., Gonzalez Consuegra, R., & Rojas Ruiz, I. (2018). Factores estresores en pacientes en unidades de cuidados intensivos adultos. (E. s. Coimbra, Ed.) *Referência*, 63-72. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3882/388256613007/388256613007.pdf>
- Birones Villegas, D. (26 de julio de 2018). Diseño ambiental al cuidado de la salud. *ARQmedyca*. Obtenido de <http://www.arqmedyca.com/blog-arquitectura/ejemplos-estres-ambiental-en-hospitales-2/>
- Briones Villegas, D. (2020). Estresores ambientales en hospitales. Como reducir o eliminar el estrés ambiental de hospitales. *Entornos saludables ARQmedyca*. Obtenido de <http://www.arqmedyca.com/blog-arquitectura/ejemplos-estres-ambiental-en-hospitales/>
- Camargo, B. (2010). Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico científica*, 17(2). Obtenido de <https://WWW.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/103>
- Cataldi Amatriain, R. M., Iriso, S. A., Santos, J. A., & Gonzales, A. (agosto de 2021). Manejo del delirium en el anciano. *Revista de la sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*, 4(1). Obtenido de https://smiba.org.ar/revista/vol_04/04_01.index.htm
- Dr. Jiménez Flores, B., & Dr. Fallas, M. (febrero de 2018). Síndrome Confusional Agudo. *Revista Médica Sinergia*, 3(2), 7-11. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms182b.pdf>
- Fernandez, C. F. (17 de 02 de 2018). La psicosis hospitalaria: delirio en cuatro paredes. *El tiempo*, 2-4. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/trastornos-emocionales-asociados-a-la-hospitalizacion-184112#:~:text=Esta%20psicosis%20del%20hospitalizado%20es,con%20la%20personalidad%20del%20enfermo.>
- Font Mulet, J. (2015). *El Síndrome Confusional Agudo en la uci: multienfoque para su mejor manejo*. Universitat de les Illes Balears. Obtenido de <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4454>

- Franco, V. (17 de noviembre de 2021). OMS reclasifica las edades, la terapia a base de inductores una gran ayuda para sentirse joven. *Notiexpres de Mexico*. Obtenido de <https://notiexpressdemexico.com/oms-reclasifica-las-edades-la-terapia-a-base-de-inductores-una-gran-ayuda-para-sentirse-joven/>
- Gomez Tovar, L. O., Diaz Suarez, L., & Cortes Muñoz, F. (2016). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 15(41), 49-63. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100004
- González Pezoa, A. C., Carrillo Venezian, B. C., & Castillo Rojas, S. (Noviembre de 2015). Prevalencia del delirium en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna. *Med Wave Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 15(10). Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6311.act>
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (marzo de 2012). Cuidados de enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo en el paciente hospitalizado. *Salud Madrid*, 1-11. Obtenido de https://cdn.website-editor.net/8d49aa8ce9b7407db29db26cb166f480/files/uploaded/gu%25C3%25A4-sindrome-confusional-agudo-en-pacientes-hospitalizados_gz1nSPeFQTSocjbmTmSh.pdf
- Inouye, S. K. (1998). Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, 11(3), 118. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9894730/>
- Lana, L. D., Mittmann, P. S., & Moszkowicz, C. I. (1 de octubre de 2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 17(52). Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/1695-6141-eg-17-52-580.pdf>
- Ortega Andreane, P., & Estrada Rodriguez, C. (2018). *Ambientes Hospitalarios y estres*. Mexico: Facultad de psicología UNAM. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/332105691_Ambientes_Hospitalarios_y_Estres
- Perez Perez, Y., Mesa, T., Nivea, L., Valiente, M., & Eloy, R. y. (5 de octubre de 2021). Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. *Medisan*, 543-550. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500012&lng=es&lng=pt.
- Pineda, E. B., de Alvarado, E. L., & de Canales, F. H. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. Paltex. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Ruiz, M. I., Mateos, V., Suarez, H., & Villaverde, P. (2019). *Síndrome Confusional Agudo. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento*. Hospital Universitario central de Asturias Oviedo, Asturias. Obtenido de

<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROM E%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>

- Tomey, A. M., & Aligood, M. R. (2008). *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. 9). España, España: Elsevier. Obtenido de <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=modelos+y+teorias+de+enfermeria&ots=6qZsqs0t4M&sig=HrVucCPhxo bHoKDPFBIn6aqz0ok#v=onepage&q&f=false>
- Valera, S. (2021). *Elementos básicos de psicología ambiental*. Iniversitat de Barcelona, Departamento de psicología social y psicología cuantitativa, Barelona. Obtenido de http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4
- Velásquez Gaviria, L. M. (2016). Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. *Medicina U.P.B.*, 35(2), 100-110. Recuperado el 15 de Noviembre de 2021, de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=159049704004>
- Wschebor, M. A. (2017). Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. . *Revista Médica del Uruguay*, 33(1), 16-45. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100016&lng=es&tlng=es.