

Resultados

Después de analizar los discursos, emergen cinco categorías con sus respectivas subcategorías, las cuales son las siguientes:

1. Vivencia del delirium en la UCI
 - Confusión y desorientación
 - Percepción distorsionada del entorno
 - Emociones predominantes de miedo y angustia
2. Repercusiones emocionales y cognitivas post-UCI
 - Ansiedad y alteraciones del sueño
 - Dificultades de memoria y concentración
 - Sensación de fragilidad y pérdida de control
3. Apoyo familiar y social en la recuperación
 - Sostén emocional de la familia
 - Empatía y comprensión como factores terapéuticos
 - Déficit de apoyo profesional post-alta
4. Estrategias de afrontamiento y reconstrucción personal

Búsqueda de control a través de la rutina

Apertura emocional y reflexión

Resignificación del evento como aprendizaje
5. Transformación del sentido de vida
 - Cambio en la escala de valores

- Agradecimiento y valoración de la vida
- Reconstrucción de identidad y propósito

Para entender los resultados a continuación se desarrollará cada una de las categorías y sus respectivas subcategorías, empezando con la categoría uno:

Vivencia del delirium en la UCI

Esta categoría refleja las percepciones, emociones y distorsiones de la realidad que experimenta el paciente durante el episodio de delirium.

Subcategoría: Confusión y desorientación

La desorientación y confusión post-UCI se refiere a un estado de alteración cognitiva y perceptiva que experimentan los pacientes después de haber sufrido delirium en la unidad de cuidados intensivos. Este fenómeno implica dificultad para distinguir la realidad, pérdida del sentido del tiempo y espacio, así como dificultad para reconocer personas o lugares familiares. Según Girard et al. (2018), el delirium y sus secuelas cognitivas son manifestaciones comunes en pacientes que han permanecido en UCI, afectando su recuperación y calidad de vida posterior.

De manera que se entiende como pérdida del sentido de tiempo, lugar y realidad. Como se ejemplifica en el siguiente diálogo vivo:

“No sabía si estaba vivo o muerto... pensaba que me habían secuestrado.” (Paciente 01)

Subcategoría: Recuerdos confusos y alucinaciones

Los recuerdos confusos y alucinaciones son manifestaciones psicológicas y perceptivas que surgen durante o después del delirium en

pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), caracterizadas por la mezcla de experiencias reales e irreales que el individuo no logra diferenciar con claridad. Estas vivencias pueden incluir imágenes, voces o sensaciones distorsionadas que se perciben como auténticas, generando miedo, angustia y desconcierto. Los recuerdos se fragmentan y se reconfiguran de forma incoherente, dando lugar a narrativas internas donde el paciente revive episodios irreales o los confunde con eventos verdaderos. Desde la perspectiva fenomenológica, estas experiencias representan un intento de la mente por otorgar sentido a un entorno percibido como amenazante y despersonalizado. En el ámbito enfermero, los recuerdos confusos y las alucinaciones se interpretan como una respuesta de desadaptación frente al estrés extremo y la alteración de la conciencia, lo que exige del profesional un abordaje empático, orientador y de contención emocional que facilite la reorientación del paciente hacia la realidad (Pandharipande et al., 2013; Roy, 2009). Como se observa en los siguientes diálogos:

“Recuerdo cosas muy raras... veía sombras y escuchaba voces que me decían que me querían hacer daño. A veces no sabía si estaba dormido o despierto. Sentía que todo era una pesadilla, pero cuando despertaba, todo seguía igual.”

De acuerdo con Pandharipande et al. (2013), el delirium en UCI puede generar experiencias oníricas intensas y confusión entre el sueño y la vigilia, lo que se traduce en alucinaciones visuales o auditivas persistentes después del alta. Estos recuerdos confusos dejan una huella emocional profunda que puede desencadenar ansiedad y estrés postraumático.

Desde la fenomenología, esta vivencia representa una ruptura con la realidad percibida. El paciente experimenta una pérdida del “mundo vivido” ese espacio de sentido cotidiano, donde su conciencia se fragmenta entre lo real y lo imaginario. La experiencia de alucinaciones refleja un intento del sujeto por dotar de significado a un entorno hostil y desconocido.

Cuando se analiza utilizando el Modelo de Adaptación de Callista Roy (2009), el paciente se encuentra en el modo cognitivo-adaptativo, enfrentando estímulos focales (delirium y desorientación) y contextuales (ambiente hospitalario, medicación, aislamiento). La enfermería debe intervenir como un agente modulador, favoreciendo la readaptación cognitiva mediante estrategias de orientación en la realidad, estimulación sensorial adecuada y apoyo emocional.

El profesional de enfermería en UCI reconoce que estos episodios no solo son clínicos, sino también humanos. El acompañamiento empático, la vigilancia continua del estado neurológico y la comunicación terapéutica permiten mitigar la ansiedad del paciente. Es crucial implementar medidas preventivas del delirium, como la reorientación frecuente, el control del sueño y la reducción de estímulos nocivos (Ruiz et al., 2020).

Subcategoría: Pérdida del sentido del tiempo y del espacio

La pérdida del sentido del tiempo y del espacio es una alteración de la percepción y la orientación que se manifiesta cuando el individuo no logra reconocer con claridad dónde se encuentra, qué día o momento del día es, o cuánto tiempo ha transcurrido.

En el contexto clínico, especialmente en pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que han experimentado delirium, esta pérdida se asocia a una disfunción cognitiva transitoria o persistente provocada por múltiples factores como la sedación, el aislamiento, la privación del sueño y la exposición prolongada a un entorno artificial (Ely et al., 2016). Como se ejemplifica en el siguiente código vivo:

“No sabía si era de día o de noche. Veía luces todo el tiempo y no entendía dónde estaba. Pensaba que me habían llevado a otro lugar, no recordaba cómo llegué ahí.”

Ely et al. (2016) señalan que la pérdida del sentido temporal y espacial es una característica común del delirium, atribuida a la privación del sueño, sedación prolongada y ausencia de estímulos naturales. Esta desorientación temporal afecta la recuperación psicológica y puede perpetuar un estado de ansiedad o miedo persistente, en la presente investigación el sujeto de estudio presenta la misma pérdida comprobando lo que manifiestan los autores.

Al realizar un análisis desde la perspectiva fenomenológica, la alteración del tiempo vívido rompe la continuidad de la experiencia. El sujeto deja de habitar su temporalidad ordinaria para sumergirse en un “tiempo suspendido”, donde la conciencia del ahora se diluye. Esta pérdida del horizonte temporal genera vulnerabilidad existencial, al sentirse desconectado del mundo y de sí mismo.

En esta investigación se eligió realizar un análisis desde la perspectiva e Callista Roy, desde el modo de autoconcepto e identidad grupal, el paciente intenta reconstruir su percepción de sí mismo tras la alteración cognitiva. La

enfermera, como agente adaptativo, debe facilitar la reorientación progresiva, recordando al paciente la fecha, el lugar y la razón de su hospitalización, ayudando a restablecer la coherencia entre cuerpo, mente y entorno.

Así mismo, el rol del enfermero especialista implica intervenir no solo desde la vigilancia médica, sino también desde la contención emocional. Facilitar la presencia familiar, el uso de relojes o calendarios visibles y un ambiente de iluminación natural contribuyen al restablecimiento del sentido del tiempo y espacio. Además, la comunicación constante y el tono calmado ayudan a reducir la sensación de aislamiento y temor.

El delirium post-UCI representa una alteración compleja en la esfera cognitiva y emocional del paciente, que trasciende el plano fisiológico. La desorientación y confusión reflejan una crisis adaptativa frente a la pérdida del control sobre el cuerpo y la realidad. Desde la teoría de Callista Roy, la enfermería cumple un papel esencial al promover la adaptación mediante intervenciones orientadas a la recuperación del equilibrio cognitivo y emocional. El acompañamiento empático, la educación al paciente y familia, y la creación de un ambiente terapéutico constituyen estrategias fundamentales para la readaptación post-UCI.

Referencias

- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., ... & Dittus, R. S. (2016). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291(14), 1753–1762.
<https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>

- Girard, T. D., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Thompson, J. L., Shintani, A. K., ... & Ely, E. W. (2018). Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1513–1520. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1>
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... & Ely, E. W. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). Pearson Education.
- Ruiz, L., González, A., & Herrera, C. (2020). Estrategias de enfermería para la prevención y manejo del delirium en pacientes críticos. *Revista de Enfermería Intensiva*, 31(2), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.07.005>