

**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL (IPAT) EN BOGOTÁ Y NEIVA**

**LAURA ESTEFANÍA BUITRAGO VELANDIA
JHON FERNANDO MARTÍNEZ CEBALLOS**

Director (a):

Luísa Fernanda Achury Beltrán

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Magíster en Enfermería
en Cuidado Crítico

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTA, COLOMBIA**

2019

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	14
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
3	JUSTIFICACIÓN.....	25
3.1	Relevancia social	25
3.2	Relevancia teórica.....	26
3.3	Relevancia disciplinar.....	27
4	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	30
5	OBJETIVOS.....	31
5.1	Objetivo general	31
5.2	Objetivo específico	31
6	MARCO TEÓRICO	32
6.1	Posturas teóricas	32
6.2	Referentes teóricos en enfermería	32
6.3	Las UCI y sus repercusiones sobre la salud mental de los pacientes	34
6.4	Estrés en la UCI.....	37
6.5	Trastorno de estrés postraumático (TEPT).....	38
6.6	Alucinaciones en UCI.....	40
6.7	Depresión en la UCI.....	41
6.8	Angustia y ansiedad en UCI.....	42

6.9	Escalas disponibles de valoración en pacientes de UCI.....	46
6.10	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD).....	47
6.11	Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	47
6.12	Escala sobre Factores Estresantes en UCI: Adaptación de la Escala de Estresores Hospitalarios.....	48
6.13	Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	48
6.14	Generalized Anxiety Disorder 7-ítem (GAD-7).....	49
6.15	Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	49
6.16	The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ).....	50
6.17	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	50
6.18	El Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión (CES-D).....	51
6.19	Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU).....	51
6.20	Adaptación transcultural de instrumentos en salud.....	53
6.21	Equivalencia.....	54
7	METODOLOGÍA.....	56
7.1	Universo.....	56
7.2	Población.....	56
7.3	Muestra.....	56
7.4	Criterios de inclusión.....	57
7.5	Criterios de exclusión.....	57

7.6	Descripción del instrumento a validar	57
7.7	Recolección de la información	59
7.7.1	Procedimiento.....	59
7.7.2	Pasos de la adaptación transcultural.....	59
7.7.2.1	Etapa I. Traducción inicial.....	59
7.7.2.2	Etapa II. Síntesis de traducciones y solución de discrepancias	60
7.7.2.3	Etapa III. Traducción inversa.....	60
7.7.2.4	Etapa IV. Revisión por el comité de expertos.....	60
7.7.2.5	Etapa V. Prueba de la versión prefinal.....	60
7.7.2.6	Etapa VI. Presentación de documentación a los desarrolladores del cuestionario 61	
7.8	Aspectos éticos	61
8	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	63
8.1	Etapa I y II: Traducción Inicial y síntesis de las traducciones al español	63
8.2	Etapas III y IV: Traducción inversa y revisión por comité de expertos	74
8.3	Etapa V: Prueba de la versión prefinal	83
8.4	Etapa VI: Presentación de documentación a los desarrolladores del instrumento	91
9	DISCUSIÓN.....	92
10	CONCLUSIONES	99

11 UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA O LA INVESTIGACIÓN.....100

12 RECOMENDACIONES101

13 REFERENCIAS102

14 ANEXOS.....121

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Traducción del encabezado del instrumento</i>	64
Tabla 2. <i>Traducción del título</i>	64
Tabla 3. <i>Traducción del instructivo de instrumento</i>	65
Tabla 4. <i>Traducción tipo de respuestas</i>	66
Tabla 5. <i>Traducción de encabezado principal del instrumento</i>	67
Tabla 6. <i>Traducción de la primera pregunta del instrumento</i>	67
Tabla 7. <i>Traducción de la segunda pregunta del instrumento</i>	68
Tabla 8. <i>Traducción de la tercera pregunta del instrumento</i>	69
Tabla 9. <i>Traducción de la cuarta pregunta del instrumento</i>	69
Tabla 10. <i>Traducción de la quinta pregunta del instrumento</i>	70
Tabla 11. <i>Traducción de la sexta pregunta del instrumento</i>	71
Tabla 12. <i>Traducción de la séptima pregunta del instrumento</i>	71
Tabla 13. <i>Traducción de la octava pregunta del instrumento</i>	72
Tabla 14. <i>Traducción de la novena pregunta del instrumento</i>	72
Tabla 15. <i>Traducción de la décima pregunta del instrumento</i>	73
Tabla 16. <i>Retrotraducción encabezado del instrumento</i>	75
Tabla 17. <i>Retrotraducción del título</i>	75
Tabla 18. <i>Traducción del instructivo de instrumento</i>	76
Tabla 19. <i>Retrotraducción tipo de respuestas</i>	77
Tabla 20. <i>Retrotraducción de encabezado principal del instrumento</i>	77
Tabla 21. <i>Retrotraducción de la primera pregunta del instrumento</i>	78
Tabla 22. <i>Retrotraducción de la segunda pregunta del instrumento</i>	78
Tabla 23. <i>Retrotraducción de la tercera pregunta del instrumento</i>	79

Tabla 24. <i>Retrotraducción de la cuarta pregunta del instrumento</i>	79
Tabla 25. <i>Retrotraducción de la quinta pregunta del instrumento</i>	80
Tabla 26. <i>Retrotraducción de la sexta pregunta del instrumento</i>	80
Tabla 27. <i>Retrotraducción de la séptima pregunta del instrumento</i>	81
Tabla 28. <i>Retrotraducción de la octava pregunta del instrumento</i>	81
Tabla 29. <i>Retrotraducción de la novena pregunta del instrumento</i>	82
Tabla 30. <i>Retrotraducción de la décima pregunta del instrumento</i>	82

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diagnóstico de ingreso en las UCI.....	84
<i>Figura 2.</i> Distribución por grupo etario	85
<i>Figura 3.</i> Distribución por género.....	85
<i>Figura 4.</i> Estrato socioeconómico	86
<i>Figura 5.</i> Nivel educativo	87
<i>Figura 6.</i> Forma de diligenciamiento.....	88
<i>Figura 7.</i> Soporte hemodinámico en UCI.....	88
<i>Figura 8.</i> Horas en UCI.....	89
<i>Figura 9.</i> Comprensión de preguntas	90

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Instrumento intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT)	121
Anexo II. Modelo consentimiento informado para los participantes	128
Anexo III. Solicitud de autorización para uso de Tabla IPAT (<i>Intensive Care Psychological Assessment Tool</i>).....	122
Anexo IV. Consenso de la traducción en español.....	130
Anexo V. Consenso de la retrotraducción.....	131
Anexo VI. Autorización para utilizar el instrumento adaptado en Colombia.....	132
Anexo VII. Versión prefinal - Adaptación transcultural instrumento IPAT.....	134
Anexo VIII. Letter to Dorothy	135

RESUMEN

Introducción: El ingreso de una persona a la UCI supone una situación estresante y altamente amenazadora para su vida, que puede desencadenar alteraciones psicológicas; en Colombia no existe una escala adaptada transculturalmente y validada para la detección temprana de morbilidad psicológica en pacientes de UCI. **Objetivo:** Determinar la versión equivalente de la escala IPAT en Colombia. **Metodología:** Estudio de tipo metodológico; previa autorización de los autores del instrumento, se realizan las 6 fases correspondientes para la adaptación transcultural. **Resultados:** Fase 1 y 2 se realizó la traducción y consolidación de la misma; fase 3 y 4 se realizó la retro traducción y síntesis de la misma, esta versión fue enviada a los autores oficiales de la escala IPAT en Inglaterra; fase 5 se aplicó la versión prefinal a 40 pacientes hospitalizados en UCI, según criterios de inclusión. Las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 tuvieron comprensibilidad del 100%, las preguntas 6, 7, 8 y 9 presentaron una comprensibilidad del 97,5% y la pregunta 10 una comprensibilidad del 90%, por lo que requirió ajustes de fondo, fase 6 se presentó la versión pre final de la escala IPAT traducida al español. **Conclusiones:** Este estudio se convertirá en el punto de partida de nuevas investigaciones, orientadas a disponer en mediano plazo de una escala adaptada y validada en el idioma español colombiano, la cual pueda ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería, con el objetivo de detectar morbilidad psicológica en pacientes que han estado hospitalizados en UCI.

Palabras clave:

Instrumento IPAT, Adaptación Transcultural, Estrés Postraumático, Unidad de Cuidado Intensivo, Morbilidad Psicológica.

ABSTRACT

Introduction: The entry of a person to the ICU entails a stressful and highly threatening situation for their life, which can trigger psychological alterations; in Colombia there is no validated scale of a cross-cultural adaptation for the early detection of psychological morbidity in ICU patients.

Objective: To determine the equivalent version of the IPAT scale in Colombia. **Methodology:** Methodological study; prior authorization given by the authors of the instrument. The 6 corresponding stages for the cross-cultural adaptation were conducted. **Outcome:** Stages 1 and 2: the translation and consolidation of the IPAT scale was conducted. Stages 3 and 4: the backtranslation and synthesis of the scale was performed. This version was sent to the official authors of the IPAT scale in England. Stage 5: the prefinal version was applied to 40 patients hospitalized in the ICU, following the inclusion criteria. Questions 1, 2, 3, 4 and 5 were 100% comprehensible; questions 6, 7, 8 and 9 had comprehensibility of 97.5%, and question number 10 comprehensibility of 90%, which therefore required profound adjustments. Stage 6: the pre-final version of the IPAT scale translated into Spanish was presented. **Conclusions:** This study will become the starting point for new research to have available -in the medium term- an adapted and validated scale in Spanish language -Colombian dialect-, which can be applied routinely by nurses in order to detect psychological morbidity in patients who have been hospitalized in the ICU.

Keywords:

IPAT Instrument, Cross-cultural Adaptation, Post-traumatic Stress, Intensive Care Unit, Psychological Morbidity.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a Dios por la oportunidad que me dio de cumplir una meta más en mi vida, a mi hija, mi madre y mi esposo, quienes me han acompañado y aconsejado durante este proceso de formación profesional.

Laura Buitrago

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mi esposa Magda, mis hijos Luisfer y Thiago, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir un sueño más; gracias por estar conmigo.

Jhon Martínez

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por el apoyo, el respaldo y la motivación que nos brindaron durante este proceso.

A nuestros profesores, especialmente a la profesora Luisa Achury, por cada una de las enseñanzas que nos brindó y las recomendaciones que contribuyeron para que este trabajo se pudiera llevar a cabo.

A la doctora Dorothy M. Wade, los traductores y los retrotraductores que participaron en este estudio, quienes nos brindaron su interés, tiempo y ayuda durante la realización de esta investigación.

Al Hospital Universitario Clínica San Rafael y a la Clínica Medilaser, por creer en nosotros y darnos la oportunidad de llevar a cabo nuestro trabajo en su institución.

1 INTRODUCCIÓN

El crecimiento de la morbilidad relacionada con enfermedades de origen cardiovascular, pulmonar, renal, entre otras, sumado a estilos de vida poco saludables de la población, ha contribuido al aumento de la incidencia de enfermar y la necesidad de hospitalización en unidades de cuidado intensivo, incapacidad e incluso la muerte (1).

La UCI se caracteriza por atender personas que padecen de una situación crítica de salud, lo que implica una experiencia altamente estresante y amenazadora. Durante este proceso, la persona necesita de monitoreo continuo, procedimientos invasivos que pueden llegar a suponer acontecimientos agobiantes y generar situaciones que ponen en riesgo su estabilidad emocional, lo cual se evidencia en estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre, entre otras; aspectos que pueden ocasionar demora en la recuperación del paciente y el deterioro de la calidad de vida, incomodidad, estancia prolongada en la UCI, e incluso el empeoramiento de la enfermedad (2).

En ese sentido, un estudio realizado por Wade y colaboradores, en Inglaterra, se encontró que de 154 pacientes que habían estado en la UCI, el 55% presentó morbilidad psicológica, de los cuales el 27,1% tuvo trastorno de estrés postraumático, 44,4% ansiedad y 46,3% depresión (3); situación que puede afectar la calidad de vida hasta 24 meses después del egreso, y generar un impacto psicológico y físico en el paciente y su familia (4).

A partir de ello y debido a que actualmente en Colombia no hay instrumentos validados en unidad de cuidado intensivo, surge la idea de adaptar al idioma español, el cuestionario Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT), una herramienta que se encuentra validada en Inglaterra, que de una forma rápida, sencilla y rutinaria el personal de enfermería puede aplicar en pacientes

críticamente enfermos, con el fin de detectar señales de morbilidad psicológica futura, y así poder implementar estrategias de manejo del paciente antes del egreso de la UCI y evitar complicaciones. Además, el desarrollo de esta investigación fortalecerá la línea de Cuidado y Práctica de la facultad de enfermería y a su vez, el área de Cuidado Crítico, con base en el desarrollo de la investigación metodológica para la validación de instrumentos, que se espera tenga un alto impacto sobre el cuidado de enfermería.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, son diversas las patologías que aquejan a la población mundial; esto ha llevado a incrementar el número de ingresos a las UCI y con ello la creación de unidades con especialidades diversas, respondiendo así a las necesidades de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades crónicas que representan el 30% de las defunciones registradas en el mundo, sin contar el resto de las muertes producidas por accidentes de tránsito, muertes violentas, entre otras (5).

En el estudio llamado “Cuidados de enfermería en situación de enfermedad crónica” se afirmó que el aumento en la morbilidad por enfermedades de origen cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedades pulmonares, enfermedad renal, hipertensión arterial, entre otras, aunado a los estilos de vida poco saludables de la población, la persistencia de la tendencia al consumo de sustancias nocivas, la contaminación ambiental y el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos para las enfermedades crónicas, han contribuido al aumento de su incidencia, al riesgo de enfermar, de sufrir complicaciones asociadas, de requerir hospitalizaciones en UCI, a la incapacidad y a la muerte (1). Por otro lado, un estudio realizado en España en el 2013 refiere que “el motivo de ingreso a una UCI era de origen médico 47,1%, coronario 20%, postoperatorio de cirugía programada 20,2% y urgencias en 12,7%” (6).

Esta problemática no es ajena a la realidad colombiana, pues según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los indicadores de Colombia para el año 2012, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en la población general, asociadas a la enfermedad isquémica en un 83,7% (7). De acuerdo con el estudio piloto realizado por el Ministerio de Salud, para el año 2013 se presentaron 15 hospitalizaciones en UCI por cada mil habitantes, de las 14 EPS del régimen contributivo, teniendo en cuenta todas las edades y los

servicios (8). De acuerdo con el registro de prestadores de servicios de salud, para el año 2013, en Colombia por cada 1 000 habitantes había 1,31 camas de cuidado intensivo (9).

Es de mencionar que las UCI brindan atención especializada a personas que se encuentran en situación crítica de salud, no obstante, su ambiente es altamente tecnológico y en la mayoría de los casos restrictivo. En concordancia con el estudio “La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico”, el ingreso a la UCI trae consigo estrés tanto para el paciente como para su familia, y provoca aislamiento con respecto a su rol social (10); según Palacios Espinosa y colaboradores, la ansiedad y el dolor son variables potenciadoras de morbilidad psicológica que traerá consigo emociones negativas como: miedo, tristeza, ira, ansiedad y depresión (11), entendiendo morbilidad psicológica como, las secuelas psicológicas después de una situación traumática particularmente el trastorno de estrés postraumático (TEPT), estrés agudo, la depresión y la ansiedad (12).

Por otro lado, el estudio de Roa Lizcano, publicado en la revista Critical Care, concluyó que el 55% de los pacientes que salen de las UCI sufren algún efecto psicológico específico. Precisamente, uno de los trastornos más comunes es la depresión con un 46 %, la ansiedad con un 44% y estrés postraumático con un 27% (13), lo cual puede afectar la calidad de vida de las personas, inclusive desde los 18 a 24 meses después del egreso; aspecto que genera un impacto que no solo en el paciente sino también en su familia (4).

Tanto el estrés que la situación puede desencadenar, como la impresión del riesgo a morir, generan sentimientos de angustia, sufrimiento, temor, cansancio, desesperanza e impaciencia; y en algunas ocasiones se asocia a la falta de información con respecto a su pronóstico (14), tales situaciones que podrían complicar el estado de salud emocional y físico del paciente. Igualmente, durante la estadía en la UCI se pueden presentar alteraciones a nivel del sueño que pueden desencadenar

psicosis, conduciendo posiblemente estancias más prolongadas; estas alteraciones del sueño pueden ser causadas por el uso de medicamentos como las benzodiazepinas, los opiáceos y los barbitúricos (15); el dolor, la fiebre, la ansiedad y las preocupaciones sobre su situación actual, la iluminación, el ruido de los dispositivos mecánicos como los ventiladores y los monitores, las conversaciones y los procedimientos (16). Carrera y colaboradores refieren que el sueño en UCI se caracteriza por ser de peor calidad, fragmentado y con interrupciones frecuentes (15). Esto conlleva a que el mismo no sea reparador y genera en los pacientes fatiga, la cual puede causar o empeorar el funcionamiento físico y cognitivo, inestabilidad del estado de ánimo, angustia emocional y amplificación de síntomas simultáneos, que lo llevan a afectar adversamente la recuperación y la supervivencia (16).

Por su parte, Hewitt destacó que la ansiedad, el estrés y la desesperación son los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes críticos ingresados en una UCI (17), lo cual altera su dinámica habitual, teniendo que adaptarse a esta nueva realidad, que la mayoría de las veces resulta ser inesperada (18). Se entiende como ansiedad a la reacción normal de las personas ante situaciones de estrés e incertidumbre; el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas (19) y la desesperación como una alteración extrema del ánimo causada por la consideración de un mal irreparable o por la impotencia de lograr éxito (20).

Vale resaltar que la ansiedad puede generarse por la combinación de dolor y de un ambiente desconocido, lo cual produce manifestaciones psicológicas anormales en el paciente hospitalizado, particularmente en situación crítica de salud. En el caso del paciente con ventilación mecánica que experimenta adicionalmente incapacidad de hablar y expresar el miedo, esta ansiedad puede manifestarse por medio de la agitación, la agresión y el aumento de la actividad motora. Del mismo

modo, procedimientos invasivos como venopunciones, entubaciones, sondas, cirugías, etc., aumentan la ansiedad en este tipo de pacientes (21).

Un estudio realizado en la UCI del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), en Cúcuta-Colombia, encontró que pacientes que habían sido sometidos a ventilación mecánica y estancia de más de siete días en la UCI presentaban situaciones estresantes relacionadas con la restricción de la movilidad, limitación para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, imposibilidad de comunicación; estos procedimientos se les realizaban a diario o por la incomodidad que se les generaba la presencia de equipos para suplir y monitorizar sus funciones vitales, aspectos que favorecían la aparición de alteraciones psicológicas (22). En este sentido, Lindeman (2013) reveló que la vulnerabilidad del paciente mientras se encuentra en UCI está relacionada con la dependencia física y emocional extrema (23).

Entre tanto, la agitación es la manifestación física de un malestar interno, puede ser un signo de trastorno psiquiátrico o estar relacionada con una etiología médica subyacente, los primeros signos incluyen deambulación continua, golpeteo con los dedos y con los pies, suspiros, quejidos, respiración pesada, movimientos inquietos, mantenimiento intenso de la mirada y distracción aparente por estímulos internos. Esta agitación puede amenazar la seguridad del paciente y de otras personas del entorno terapéutico, además de que impide una evaluación y un tratamiento óptimo (24). El control de la ansiedad y la agitación puede ayudar a los pacientes en la reducción de síntomas psicológicos desencadenados por el dolor y las enfermedades que padezcan (15).

Cabe destacar que el contexto de la UCI está influenciado por múltiples factores desfavorables tanto para el paciente como para su familia, dado que aspectos como el ruido, los dispositivos, el dolor, la incomodidad, entre otros, deterioran el nivel de confort (25,26,27). En ese mismo sentido, es preciso mencionar que la comodidad es la “ausencia de sensaciones desagradables, tanto físicas

como emocionales, es algo subjetivo y personal; no obstante, en el paciente dependiente, la comodidad está determinada por lo que el profesional de enfermería perciba y las intervenciones que el realice para poder alcanzarla” (28). Además, el enfermero debe percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, interiorizar el sufrimiento de la otra persona, con el fin de poder satisfacer las necesidades del paciente y brindarle tranquilidad (29).

Según Kolcaba, las intervenciones de comodidad deben estar encaminadas hacia el paciente, sin olvidar a la familia, esto es fundamental para la recuperación física, emocional y espiritual, lo que se espera favorezca el bienestar y mejore la respuesta a los tratamientos y la calidad de vida. Así pues, un estudio realizado en el año 2016 a 160 pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio de cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena evidenció que el paciente que se encuentra en la UCI, junto con la satisfacción de sus necesidades básicas, requiere medidas de comodidad, que por su condición de salud no puede suplir de manera autónoma, y para las cuales requiere de ayuda; sin embargo, ello a su vez dificulta su comodidad por alterar su privacidad, lo que conlleva a que la persona que es sometida a este tipo de unidades aumente el estrés y consigo posibles complicaciones psicológicas que requieren ser evaluadas y monitorizadas de manera constante (30).

De esa forma, se intuye que el ingreso de una persona a una UCI traerá consigo experiencias altamente estresantes y potencialmente traumáticas, pues los pacientes se enfrentan a situaciones que comprometen la vida y se confrontan con la muerte (31). Asimismo, la incertidumbre es otra experiencia que pueden sufrir los pacientes en UCI (32,33). En el estudio realizado por Téllez León y Col. en el 2014 concluyeron que la incertidumbre se encuentra presente en los pacientes de UCI, debido a la falta de información, lenguaje y actitud inadecuada del personal de salud que trabaja en estas (34). Según Merle Mishel, la incertidumbre es la incapacidad para determinar el

significado de los eventos relacionados con su enfermedad, que puede ser por falta de información y conocimiento de su situación (35). También se debe resaltar que la UCI genera un entorno de incertidumbre, dado que puede significar amenaza para la vida del paciente (14).

En concordancia con Wade y colaboradores, los trastornos psicológicos pueden persistir durante semanas o meses después del egreso de la UCI, lo que afecta seriamente la calidad de vida de la persona, incluyendo la capacidad de volver al trabajo (36). Otros estudios demuestran que las personas que han sobrevivido de una estancia en una UCI están en alto riesgo de desarrollar depresión y TEPT (4,37,11).

De la misma manera, una revisión sistemática realizada en la Universidad de Washington, para el año 2009, encontró que las personas que han egresado de una UCI y que estuvieron expuestas a benzodiazepinas, recuerdos de miedo o experiencias psicóticas, presentan factores de riesgo potenciales para desarrollar TEPT después de alta hospitalaria (38). Además, a mayor duración de la estancia en la UCI, mayor duración de la sedación y la duración prolongada de la ventilación mecánica, los cuales se convierten en factores de riesgo potenciales para la psicopatología posterior a la UCI (Davydow) (38).

Por otro lado, Lindeman refirió que los pacientes que se encuentran en una UCI se exponen a situaciones y experiencias con niveles altos de estrés, dolor, entre otras incomodidades las cuales pueden inducir síntomas de stress postraumático (TEPT). Un estudio publicado por Myhren y Col., en el año 2010, mostró una prevalencia de estrés postraumático de hasta 12 meses de 27% y el riesgo no variaba dependiendo de si eran pacientes de trauma, quirúrgicos o médicos, después de haber salido de la UCI. Por otro lado, se debe señalar que la memoria, las alucinaciones, el uso de ciertos medicamentos como las benzodiazepinas y opiáceos durante la estancia en UCI, se correlacionan con la aparición de TEPT; este a su vez tiene una característica especial y es haber

estado enfrentado a un suceso traumático, lo cual se experimenta al encontrarse hospitalizado en una UCI, puesto que el paciente diariamente está expuesto a la muerte, a un ambiente hostil y extraño. En este estudio, Lindeman concluyó que los sobrevivientes de cuidados intensivos presentan menores índices de calidad de vida, mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático (23).

De forma similar, un estudio de tipo prospectivo observacional, realizado por Badia y colaboradores, dejó ver que la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a su ingreso en la UCI es significativamente peor que su calidad de vida previa al ingreso (39). Por su parte, Aitkeny y su grupo concluyeron que el trastorno de estrés postraumático es experimentado por una persona que ha sufrido un trauma, se caracteriza por volver a experimentar el evento, a través de recuerdos o pesadillas. Este se puede manifestar en irritabilidad, dificultad para dormir, tendencia a evitar lugares, personas y situaciones asociadas con el trauma, y puede estar presente durante al menos 30 días después del evento traumático. Igualmente, clarifica que el uso de benzodiazepinas, ventilación mecánica, contención física, entre otros, son causas de aparición de TEPT, recuerdos delirantes y estados de agitación (40,41).

De tal modo, en diversos estudios revisados se encontró que los pacientes antes del alta hospitalaria mostraban problemas psicológicos como memorias traumáticas, alucinaciones, delirios y pesadillas, delirios paranoides, así como sentimientos de ansiedad al pasar de un ambiente de UCI altamente monitoreado al ambiente de la casa, por lo que se considera que la recuperación psicológica de un paciente puede ser un proceso largo que se extienda mucho más allá alta hospitalaria (42,43). Los pacientes ingresados a una UCI a menudo experimentan memorias angustiantes durante la recuperación, las cuales se han asociado con resultados psicológicos y

cognitivos deficientes (31); de allí la importancia de realizar un cribado de estos pacientes antes del egreso de la unidad.

En otro estudio se aseveró que los pacientes desarrollaban intenso miedo de dormirse o volverse loco, al igual que presentaron secuelas psicológicas negativas a largo plazo, incluyeron sentirse inquieto, enojado, deprimido, frustrado y llanto, que podían llegar hasta tres meses después del egreso de la UCI (44). Por su parte, Contreras y Palacios plantearon que los pacientes sobrevivientes de las UCI presentan altas tasas de morbilidad psicológica; en su estudio concluyeron que aquellos pacientes que presentan reacciones psicológicas agudas durante su estancia en UCI tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos a su egreso (31).

Cada una de estas situaciones mencionadas y presentadas por los pacientes en estas unidades deben ser identificadas oportunamente, con el objetivo de generar intervenciones apropiadas para evitar que se presenten problemas psicológicos y físicos mayores en los pacientes, tratarlos precoz y eficientemente, y así prevenir complicaciones futuras que alteren su estado de salud; esto teniendo en cuenta que los síntomas pueden durar meses o años, lo cual podría generar incapacidad en el paciente y afectar su calidad de vida. Por lo tanto, es importante disponer de un instrumento adaptado al español, validado y confiable, que permita evaluar la condición psicológica de un paciente en la UCI y con ello detectar de manera simple y rápida, posibles alteraciones psicológicas en el paciente secundarias a la estancia en UCI.

De esta forma, el uso rutinario de una herramienta de valoración psicológica en la UCI ayuda a disminuir la subjetividad en el tratamiento, garantiza y unifica la valoración de estos riesgos en el ambiente investigativo y clínico. En la actualidad no se cuenta con ningún instrumento adaptado y validado al español, que ayude a la detección del riesgo de morbilidad psicológica en pacientes hospitalizados en UCI (36). Por esa razón, el objetivo de la presente investigación fue realizar la

adaptación transcultural para Colombia de la escala de *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT); herramienta de evaluación psicológica de la UCI que busca detectar señales de riesgo y de morbilidad psicológica futura en pacientes críticamente enfermos.

3 JUSTIFICACIÓN

3.1 Relevancia social

Las personas que necesitan ingresar a UCI requieren de gran cuidado y de vigilancia estricta, con el fin de realizar un seguimiento detallado a su evolución; este monitoreo debe hacerse en todo instante mientras se encuentre en este tipo de unidades. Por consiguiente, el usuario se puede ver inmerso en una serie de emociones encontradas y estas, a su vez, pueden agravar su estado de salud físico y psicológico (45).

Durante el ingreso de un paciente a una UCI se pueden manifestar diversas alteraciones emocionales, como estrés o ansiedad, a consecuencia de la adaptación a un nuevo contexto, como es el caso de un ambiente hostil o desconocido, que altera sus interacciones habituales, y proporciona estímulos sensoriales extraños. Por esta razón, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta social, emocional, física y psicológicamente a los pacientes. Del mismo modo, la exposición a medicamentos sedantes desempeña un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación y alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles); además del abandono temporal de sus roles en la familia, el trabajo, el estudio, entre otros, y adaptarse a un rol pasivo y dependiente (17). Cada una de estas situaciones puede desencadenar en el paciente riesgo de morbilidad psicológica, incluso meses después del alta hospitalaria (17).

Ahora bien, la mejoría clínica del paciente en UCI y su traslado a una unidad general se puede ver como algo positivo en el proceso de su enfermedad, pero con ello pueden mostrarse una serie de alteraciones emocionales, causadas por todo el proceso que ha vivido el paciente (17). De allí la importancia de identificar el riesgo de morbilidad Psicológica antes del egreso de la UCI.

Entonces, se espera que con la adaptación transcultural de la escala IPAT se logren evidenciar oportunamente las señales de riesgo de morbilidad Psicológica, y así brindar un manejo integral y multidisciplinario de este tipo de usuarios, bajo el propósito de lograr una recuperación holística del individuo, puesto que no se cuenta con escalas como esta que midan la morbilidad psicológica temprana.

3.2 Relevancia teórica

El estudio realizado en el Hospital de Melbourne- Australia indicó que algunos de los problemas psicológicos experimentados tras el alta de la UCI podrían haberse prevenido con una mejor comunicación entre el equipo de la unidad y los pacientes. El análisis de la información proporcionada por los participantes mostró que mientras algunos pacientes eran capaces de describir sus recuerdos vívidamente, otros presentaban recuerdos distorsionados. Los recuerdos de los pacientes incluían una pobre comunicación, ausencia de intimidad, miedo, dolor, ruido, entre otras, los cuales podrían ser potencialmente causantes de problemas psicológicos después del alta de la UCI (46).

Por su parte, Cuthbertson y colaboradores llevaron a cabo un estudio en pacientes tres meses después del alta de la UCI, quienes completaron la prueba *Davidson Trauma Scale (DTS)*, una escala que incluye la evaluación de los grupos de síntomas principales del trastorno de estrés postraumático (pensamientos intrusivos, evitaciones e hiperactivación). La investigación mostró que 14% de los pacientes cumplían los criterios de este trastorno; además, los autores concluyeron que los resultados obtenidos sugieren que un gran número de pacientes sufren síntomas psicológicos severos y debilitantes tras una enfermedad crítica, los cuales pueden no ser identificados en la práctica clínica rutinaria, y por ende, no se les ofrece una ayuda psicológica

adecuada (17). En la actualidad, el *Gold standard* para diagnóstico de TEPT es la entrevista clínica estructurada y la DTS, con la limitante que solo mide el TEPT (23).

A nivel mundial se habla de que las intervenciones sanitarias no solo se deben medir por tiempo de supervivencia, sino también por la calidad de vida con que se egresa al usuario; la calidad de vida al egreso de la UCI es poco conocida y compleja de evaluar. De acuerdo con lo anterior, es importante evidenciar que hay diversas áreas de conocimiento que podrían aportar datos importantes a enfermería, para evaluar e intervenir sobre los usuarios internados en las UCI y así evitar complicación por morbilidad psicológica. La literatura revisada proporciona las bases para evidenciar el gran interés que existe en investigar acerca de la morbilidad psicológica a la que está expuesta todo paciente quien requiere de una UCI, y así buscar estrategias para evitarla y dar manejo pronto y adecuado (47).

Con esto se puede concluir que la vigilancia en UCI no solo es del funcionamiento fisiológico, farmacológico, bioquímico, sino también la parte emocional, psicología, y todos estos factores determinarán el éxito en el manejo del paciente (48).

3.3 Relevancia disciplinar

En el mundo se considera que la prevención de alteraciones psicológicas del usuario internado en UCI es uno de los ejes principales para lograr el 100% de su recuperación, para de ese modo lograr la integración a su rol social natural. A la vez, esto es un reto para el personal de enfermería quienes están inmersos en esta área e identifican de manera oportuna cualquier señal de alarma de riesgo psicológico posterior a la UCI (49).

Es de mencionar que el cuidado del paciente en UCI debe cambiar el enfoque biologicista y ampliar esa visión, a fin de integrar diferentes elementos que pueden verse alteradas como son: la física, la psicológica, lo social, lo emocional, económica, entre otras (50).

Un estudio realizado en el Hospital Freeman de Inglaterra dio lugar al desarrollo de seis categorías sobre cuestiones de cuidado psicológico como efectos físicos y emocionales de los pacientes durante su estancia en la UCI, que se manifestaron a través de estados de depresión y ansiedad, factores ambientales como el ruido excesivo o repentino y la luz, así como la educación y las actitudes de las enfermeras; las participantes manifestaron que tenían poco entrenamiento para identificar las necesidades psicológicas de los pacientes, dado que tienden a focalizarse en la parte técnica del cuidado, dejando pocas oportunidades para tratar otros tipos de necesidades (51). Por esta razón, los participantes de este estudio consideraron que los métodos de valoración como instrumentos específicos para la inspección de las necesidades psicológicas ayudarían en el tratamiento del estado emocional del paciente (51).

Vale la pena resaltar que la enfermería es una profesión porque tiene su propio cuerpo de conocimiento y lo aplica durante la práctica, de manera que se fundamenta en evidencia científica. Dentro del paradigma cuantitativo, lógico-positivista o empírico-analítico se establece que la “disciplina de enfermería, muestra fenómenos que se pueden expresar en lenguaje común, pero que también son susceptibles de ser llevados a números”, por lo cual la validación de un instrumento es útil para la comprensión de diferentes fenómenos, lo que favorece el crecimiento de la ciencia por medio de la investigación (13).

Asimismo, en un estudio realizado para identificar las intervenciones que realiza la enfermera para aliviar la ansiedad en pacientes críticos, por medio de un instrumento llamado (*Critical Care Nurse Anxiety Identification and Management Survey*), se encontró una gran variedad de indicadores de

ansiedad de carácter físicos, fisiológicos, comportamentales, psicológicos, cognitivos y sociales, lo cual dificultó la realización de una descripción fidedigna de las características de la ansiedad de estos pacientes, argumentando que es probable que tanto la diversidad de manifestaciones de la ansiedad en los pacientes críticos, como la ausencia de un lenguaje común y de instrumentos de medida estandarizados contribuyan a la obtención de estos resultados, por lo que consideran necesaria la adopción y uso consistente de este tipo de herramientas por parte del equipo clínico, así como el desarrollo de nuevas investigaciones que comparen la valoración de ansiedad realizada por enfermería, psicólogos y los propios pacientes; vale aclarar que la escala *Critical Care Nurse Anxiety Identification and Management Survey* solo está diseñada y avalada para medir el nivel de ansiedad de pacientes de UCI (17).

Claramente, el enfoque de la investigación de enfermería debe surgir desde las necesidades y la concepción del saber de la disciplina. De tal manera, la enfermería tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad por medio del cuidado, que es el eje fundamental, una forma de aplicar el conocimiento de enfermería es mediante la aplicación y validación de escalas; para este estudio se realizó la adaptación transcultural de la escala IPAT, que busca detectar alteraciones psicológicas que a futuro causen detrimento en la calidad de vida de los pacientes que han estado hospitalizados en una UCI (52).

Esta escala ha mostrado tener adecuada fiabilidad y validez para identificar la morbilidad psicológica en pacientes que se encuentran en UCI; este cribado puede ser realizado por personal enfermería antes del egreso del paciente de la UCI y busca con ello evidenciar los pacientes que requiere un tratamiento psicológico adecuado antes del egreso de la misma (53).

4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la versión equivalente de la escala IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*), para medir el riesgo de morbilidad psicológica de los pacientes críticamente enfermos, en dos hospitales de alta complejidad de Bogotá y Neiva?

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la versión equivalente de la escala IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*) para el medio colombiano.

5.2 Objetivo específico

Realizar adaptación transcultural de la escala IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*) en español, con el propósito de detectar la morbilidad psicológica en los pacientes del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá y la Clínica Mediláser de Neiva.

6 MARCO TEÓRICO

En este apartado se muestran las posturas teóricas que abordaron el fenómeno de stress postraumático en UCI, posteriormente, el desarrollo de conceptos centrales a partir de la crítica de las piezas de investigación seleccionadas y, por último, el uso de escalas desde el ámbito disciplinar y no disciplinar.

6.1 Posturas teóricas

La profesión de la enfermería como disciplina debe producir y propagar conocimiento y con ello, usarlo en la práctica (54). Por tal motivo, esta investigación utilizó apartes y sustento teórico que permiten analizar el fenómeno de interés con el fin de ayudar al lector a comprender de manera sistemática cada uno de los conceptos que van a estar inmersos en este trabajo (55).

Por tanto, la realización de este trabajo implica la revisión de diferentes posturas teóricas para entender lo que ocurre con el paciente hospitalizado en unidad de cuidado intensivo y, cómo esto puede incurrir en alteraciones psicológicas que afectan no solo su dimensión física, sino también personal y profesional. Todo esto con propósito de comprender cada uno de los fenómenos que están inmersos en el manejo del paciente en cuidado intensivo.

6.2 Referentes teóricos en enfermería

En un principio se expone lo siguiente:

Humphrey y colaboradores (2008) a través de la teoría para el manejo del síntoma reafirman que el fenómeno de los síntomas evoluciona de forma permanente, por lo que se requieren marcos generales para facilitar su comprensión y entendimiento, con el fin de diseñar, generar y probar estrategias que reporten impacto sobre indicadores de interés para los pacientes (56).

Según Humprey y Col, un síntoma es una experiencia subjetiva que puede provocar cambios en el estado funcional biopsicosocial de la persona, esta teoría brinda una conceptualización del manejo del mismo al tener en cuenta su experiencia en la cual interfieren factores como la percepción, evaluación y respuesta y, las intervenciones de enfermería y su resultado (57).

Es así como la teoría del manejo del síntoma se constituye en un marco de referencia que facilita la evaluación de su experiencia en personas que presentan o están en riesgo de padecer alteraciones psicológicas durante su estancia en una UCI y, de esta manera, generar estrategias de manejo y favorecer los resultados de las intervenciones durante el quehacer de enfermería lo cual contribuye al crecimiento y desarrollo de la disciplina y profesión (57).

Por ello, el enfermero debe reconocer aspectos subjetivos y objetivos que demuestren el estado de salud física y psicológica del paciente en situación crítica de salud para luego, poder iniciar un tratamiento efectivo y eficaz y, evitar complicaciones futuras que aumenten las secuelas de toda índole.

Otra teoría que podría explicar la situación del paciente en cuidado intensivo es la teoría de la incertidumbre en la enfermedad desarrollada por la doctora en enfermería, Merle Mishel en 1981, quien fue la primera en identificar el concepto de incertidumbre y el impacto que esta tiene en el individuo ante la enfermedad (58).

Desde entonces, el concepto se retomó en varias teóricas y su aplicación se ajustó a las condiciones de diagnóstico, edad del individuo, entre otras variables relacionadas con las condiciones de salud de la población estudiada. Más tarde, en 1988 la misma autora propuso un modelo para evaluar la incertidumbre basado en modelos ya existentes como el procesamiento de la información de

Warburton y el estudio de la personalidad de Budner. Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman sobre estrés, valoración y afrontamiento, no obstante, la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad es exclusivo de su investigación (59).

[Si bien es cierto la] enfermedad y la hospitalización originan una importante percepción de amenaza, dolor, incomodidad, interrupción súbita de las actividades de la vida diaria y las preocupaciones de un futuro incierto pueden llegar a generar altos niveles de estrés e incertidumbre en el paciente, así mismo altera la dinámica familiar del paciente. (60)

Por consiguiente, la incertidumbre y la ansiedad en el paciente pueden afectar la habilidad de adaptación. Es por eso que los síntomas deben ser detectados y manejados oportunamente por los profesionales de salud para así disminuir situaciones estresantes, tanto para el paciente como para su propia familia a través de intervenciones de enfermería dirigidas a minimizar las alteraciones psicológicas generadas en los pacientes durante su estancia en una UCI (60).

6.3 Las UCI y sus repercusiones sobre la salud mental de los pacientes

En la actualidad, las UCI son lugares donde se cuidan personas que padecen una condición crítica de salud la cual pone en peligro su vida. Estas unidades hacen parte del modelo fundamental de la atención en salud y para proveer atención de alta calidad cuentan con tecnología e infraestructura, así como con personal capacitado y entrenado para satisfacer las necesidades de los pacientes que requieren de cuidado constante y atención las 24 horas del día (61).

De acuerdo a un estudio realizado por Wade en el 2014, en la UCI de un hospital de Inglaterra, con un total de 157 pacientes, el 55% de ellos tenían morbilidad psicológica, de los cuales el 27,1% presentó trastorno de estrés postraumático, 44,4% ansiedad y el 46,3% depresión (3).

De igual forma, Chamorro & Romera (2015) plantearon que las UCI son áreas generadoras de estrés. Así mismo Guttormson en el 2014 manifestó que cuando una persona ingresa a una de estas unidades se enfrenta a diferentes estímulos estresores como la estancia en un lugar desconocido y que supone amenaza para la vida; sentirse cerca de la muerte; encontrarse en un ambiente sofisticado y tecnológico y, el uso de medicamentos que pueden afectar la lucidez y la agudeza mental. Además de ello, las actividades rutinarias, la falta de actividades de distracción, la interrupción del ritmo circadiano, la separación de sus pertenencias personales, de sus seres queridos y familia y, el abandono de sus roles pueden considerarse como factores desencadenantes de estrés (62).

Así pues, durante el proceso de hospitalización en UCI la persona es sometida a monitoreo continuo, reanimación, mantenimiento de signos vitales, procedimientos invasivos y, cuidados específicos de enfermería y de otros profesionales, todo lo anterior, puede ocasionar acontecimientos estresantes que generan en la vida del paciente: inestabilidad en su dinámica emocional, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre, entre otras; estas circunstancias causan: un retardo en la recuperación del paciente, prolongación de la estancia hospitalaria, deterioro en la calidad de vida, incomodidad y empeoramiento de la enfermedad actual (2).

Por otro lado, Achury manifestó que las UCI son lugares hostiles y agresivos ya que las condiciones tecnológicas y científicas hacen que los profesionales desarrollen roles muy avanzados centrados en la patología y valoración integral continua del paciente, lo cual genera vulnerabilidad en los pacientes, así como pérdida del entorno social, emocional y de su independencia (63).

Cierto es que, los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidado intensivo están expuestos a factores estresantes como el dolor, falta de sueño, sed, hambre, disnea, ruido, luz, incapacidad

para comunicarse, aislamiento y miedo a morir; por esta razón, pueden mostrar reacciones emocionales extremas no solo en respuesta a estas situaciones, sino también a las intervenciones relacionadas con la ventilación mecánica, la monitorización invasiva y el soporte cardiovascular, las cuales pueden ser difíciles de tolerar para los pacientes (3). Incluso, desde el momento en que a una persona se le diagnostica una enfermedad y necesita para su tratamiento el ingreso a una unidad de cuidado intensivo, el paciente y su familia manifiestan diversas alteraciones emocionales ya descritas anteriormente (17).

Sin duda alguna, con el paso del tiempo se ha otorgado gran importancia a disminuir las cifras de mortalidad de los pacientes en UCI, en virtud de ello, se ha aumentado los niveles de tecnologías, medicamentos para el manejo de este tipo de pacientes, pese a que, es de gran importancia no obviar el impacto en términos de sufrimiento y afectación emocional que pueden presentar durante la estancia en la unidad. Los factores estresantes asociados a la estancia hospitalaria, las necesidades no satisfechas pueden desencadenar una serie de alteraciones emocionales que podrían continuar hasta meses después del alta (64).

En palabras de Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann “el ingreso de una persona a una UCI promueve pérdida de la autonomía, la adopción de un rol pasivo, el sometimiento a procedimientos que transgreden la privacidad, ser despojado de la ropa, exponer constantemente el cuerpo, tener frecuentemente exámenes físicos y la continua estimulación con sonidos, olores, iluminación artificial, dolor, deprivación del sueño, incapacidad de alimentación y comunicación” (59). Estos factores estresores favorecen a la aparición de respuestas psicofisiológicas perjudiciales que entorpecen la recuperación (62).

En un estudio de cohortes realizado por Wade y colaboradores en el año 2012 se evidenció que los pacientes en la UCI presentan angustia psicológica, la cual a menudo es una consecuencia ante la

exposición a un factor estresante extremo que causa lesiones, amenaza para la vida o la integridad física, de modo que, las personas presentan miedo intenso, impotencia u horror, emociones que pueden dejar de ser normales para convertirse en patológicas. Otros resultados encontrados fueron la depresión la cual se caracteriza por presentar un estado de ánimo bajo y pérdida de interés y, el trastorno de estrés postraumático conformado por tres grupos de síntomas: re experimentación, evasión e hiperexcitación que persisten durante más de un mes y causan angustia o deterioro del funcionamiento después de la salida de la UCI (3).

A continuación, se presentan las alteraciones emocionales más comunes en los pacientes que se encuentran hospitalizados en una UCI a partir la revisión de la literatura.

6.4 Estrés en la UCI

El autor Parrado alude a que el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se genera alteración en el equilibrio emocional, lo cual puede poner en peligro el bienestar. Actualmente, el estrés en el paciente crítico se relaciona con una sobrecarga emocional que experimenta frente al contexto que le rodea, esto le genera nerviosismo y el riesgo de enfermar; existen factores intrínsecos los cuales se vinculan con características propias del individuo como la personalidad y, factores extrínsecos que se asocian con el entorno, la familia y el contextos laboral y, todos estos causan alteraciones en el equilibrio emocional (65).

En efecto, el estrés es un proceso adaptativo de tensión del organismo ante cualquier situación que es evaluada por el individuo como excepcional, amenazante y desbordante de recursos (62). El estrés en la UCI contribuye a una futura morbilidad psicológica, independientemente de problemas psicológicos preexistentes (3).

Bernal y colaboradores en el estudio nombrado anteriormente concluyen que el 13% de los pacientes que se encuentran en UCI presentan algún grado de estrés (66). La mayoría de estos pacientes están inmersos en preocupaciones de toda clase y el no tener el control de sus actividades diarias aumenta estas situaciones estresoras (66). De esta forma, el nivel de estrés del paciente trae consigo alteraciones físicas, mentales y psicológicas como estrés postraumático, el síndrome post-cuidados intensivos que se evidencia en un 30% a 50% de los pacientes egresados en este tipo de unidades (66).

Por ende, algunos síntomas producidos por el estrés son: síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o emocionales (ansiedad, depresión o estrés postraumático); lo anterior también pueden turbar a sus familias al ocasionar problemas sociales (66). Estas consecuencias traen consigo otras complicaciones a mediano y largo plazo que impactan en la calidad de vida de los pacientes y las familias (67).

6.5 Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Se precisa como un “Trastorno ansioso que ocurre tras la exposición a un evento traumático que es percibido por el individuo como una amenaza grave para sí mismo u otros” (68). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un deterioro importante de la salud mental del paciente en relación con las experiencias vividas en la UCI y, ponen en peligro su vida (69).

Vale aclarar que, la presencia de factores de riesgo relacionados con el uso de benzodiazepinas, experiencias espantosas vividas en la UCI, ilusiones paranoides, pesadillas, ansiedad, depresión,

estrés, memorias delirantes, duración de la ventilación mecánica, episodios de agitación y el soporte vasopresor durante la estancia en la UCI se asocian con los síntomas del TEPT (3).

Ahora bien, una de las características de este trastorno es la persistencia de los síntomas durante al menos un mes. Se considera TEPT cuando los síntomas persisten hasta tres meses y TEPT crónico cuando los síntomas persisten más de tres meses (68); en pacientes que han sobrevivido y que regresan a la comunidad tras el alta de la unidad de cuidado intensivo se estima que uno de cada cinco sufrirá sintomatología del mismo (68).

El TEPT se puede diagnosticar si un individuo está expuesto a lesiones graves o muerte (por ejemplo, enfermedad crítica y tratamientos relacionados con la UCI) y, si más adelante muestra síntomas que duran más de un mes y causan angustia o cambios significativos en la funcionalidad, los cuales son: re-experimentar persistentemente el evento, tratar de evitar estímulos relacionados con el trauma, nuevas alteraciones negativas en el estado de ánimo y cognición y, nuevo aumento de la excitación/reactividad (69). Por otra parte, el trastorno de estrés postraumático en la población general se asocia con una mayor incapacidad física (69).

Con base a un metaanálisis realizado en el 2015 se encontró una prevalencia del TEPT entre un 25% y 44% en los primeros 6 meses tras el alta de la UCI y entre un 17% y 34% en los siguientes 7 a 12 meses tras el alta. Los pacientes que sufren este trastorno tienen una recuperación más complicada en relación con los demás. El TEPT se relaciona a tasas más altas de enfermedad cardíaca, dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, debilidad muscular, artritis y peor calidad de vida (69).

Para Hewitt las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes en las UCI pueden continuar meses después del alta hospitalaria, como por ejemplo aparecer cambios en la

personalidad, pérdida de habilidades sociales, disfunciones sexuales, alteraciones en la imagen corporal, pesadillas y privación de sueño (17).

En lo que concierne a estudio realizado por Cuthbertson y colaboradores se evaluaron a 78 pacientes tres meses después del alta de la UCI, allí se encontró que el 14% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático asociado al tiempo de ventilación mecánica, edad y el número de consultas médicas relacionadas con alteraciones psicológicas después del ingreso de la UCI. En este estudio se concluye que un gran número de pacientes sufren síntomas psicológicos severos y debilitantes después de experimentar una enfermedad crítica, los cuales pueden no identificarse en la práctica clínica rutinaria, y, por eso, no se les ofrece una ayuda psicológica adecuada (70).

6.6 Alucinaciones en UCI

Una de las definiciones más conocidas de alucinación según Ball, quien la consideró como "percepciones sin objeto"; para la Real Academia de la Lengua Española las alucinaciones son sensaciones subjetivas que no van precedidas de impresión en los sentidos (71) y, de acuerdo, con Berríos (1994) un sujeto puede tener alucinaciones sin tener un trastorno mental.

En ese orden de ideas, los pacientes en estado crítico manifiestan múltiples factores que contribuyen a generar alucinaciones algunos de ellos son: los trastornos del sueño, la misma severidad de la enfermedad, patologías crónicas exacerbadas, el uso de benzodiazepinas u otros sedantes, la luz, y el ruido (72). En contraste, Iniesta en su trabajo titulado "Problemas psicológicos en el paciente sometido a ventilación mecánica" (2012) concluye que la aparición de alucinaciones en UCI puede también estar asociado a la ventilación mecánica (73).

Al parecer, un elemento común que influencia en que las alucinaciones se presenten es la inestabilidad emocional. A menudo, durante la estancia en la UCI los profesionales de la salud pasan por alto la aparición de alucinaciones y no realizan el reconocimiento temprano en un rango del 66% al 84 % de los pacientes, esto solo se evidencia clínicamente cuando las manifestaciones son intensas y producen agitación y agresividad (74).

6.7 Depresión en la UCI

La depresión es una de las alteraciones psicológicas más frecuentes en los pacientes hospitalizados con prevalencias que oscilan entre el 16% y el 43% (64). El ingreso de una persona a una UCI produce alteraciones emocionales que se vinculan con la exposición a diferentes factores estresores, así como a la influencia de ciertas necesidades no siempre atendidas las cuales contribuyen a que los pacientes experimenten síntomas depresivos (64). En el contexto de una UCI subsisten distintos factores ambientales que producen ansiedad y causan depresión en los pacientes algunos de ellos son: la deprivación sensorial, el ruido, el aislamiento físico y social, la restricción de movilidad, los sentimientos de pérdida de la autonomía, el dolor, la falta de privacidad, la dificultad para dormir y comunicarse, esto acentúa los síntomas de depresión (64).

Es importante mencionar que no todas las personas que ingresan a la UCI manifiestan los mismos síntomas, en tanto que, eso depende de la interpretación que hace cada persona acerca de la experiencia de su enfermedad. “Entre los principales síntomas de depresión que pueden presentar los pacientes de UCI se destacan la tristeza, pena, desesperanza, apatía y pérdida de interés hacia aspectos que antes les resultaban interesantes” (64).

En suma, el paciente con depresión pierde el interés, inclusive, el deseo de vivir sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas a la hospitalización; junto a la tristeza aparecen otra serie de

síntomas como alteraciones del sueño, del apetito, del pensamiento e indicios corporales que interfieren gravemente con la calidad de vida (75). En aquellos que se revelan síntomas depresivos se altera su bienestar, dado que estos síntomas pueden evitar que los sobrevivientes regresen al trabajo, participen en roles sociales y hagan frente a las limitaciones físicas durante la recuperación (76).

En resumidas cuentas, la depresión en los pacientes que están hospitalizados dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación de la persona, altera el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementa el riesgo de mortalidad, aumenta el número de días de hospitalización y, por consiguiente, los costes económicos de la enfermedad (77). Se estima que la prevalencia de depresión en pacientes críticos tras el alta de UCI oscila entre 8% y 57% (64).

Para finalizar, Contreras describe que el estado de ánimo deprimido de un paciente hospitalizado en una UCI está asociado con la disminución de la capacidad cognoscitiva y, en consecuencia, con la habilidad para tomar decisiones. La depresión del paciente en UCI aparece también asociada a factores propios de la enfermedad, del contexto sociodemográficos y farmacológicos al impactar de manera negativa el pronóstico (31).

6.8 Angustia y ansiedad en UCI

Según la Real Academia de la Lengua Española las raíces lingüísticas y el uso idiomático, ansiedad y angustia tienen un mismo significado, donde ansiedad se deriva del latín “*anxietas*” que significa “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” y, angustia procede del latín “*angustia*”, “*ángor*” que incluye significados como “Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo”, por ello se consideran sinónimos.

La ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad. Sentimiento porque refleja una sensación de tensión provocado por estímulos internos al vincular recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas; síntoma que tiene en cuenta el temor, presentimientos y nerviosísimo; como síndrome al ser el conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociados a distintas etiologías y; enfermedad que se exterioriza en un trastorno primario con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento, igualmente, se define como una experiencia emocional desagradable que moviliza las operaciones defensivas del organismo frente a un miedo, peligro, malestar, tensión o aprensión que ocasiona una descarga neurovegetativa cuya causa no está claramente reconocida para la persona y, que los estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas provocan (19).

Desde otra perspectiva, Grau precisa que la ansiedad es una de las alteraciones emocionales más frecuentes en los pacientes que están en una UCI pues se articula con un entorno desconocido y poco familiar (64). Por este motivo, la prevalencia general de ansiedad durante la hospitalización se encuentra entre el 16% y el 30% (64).

Es más, la intensidad de la experiencia que supone pasar por una UCI es innegable; Blanca Gutiérrez y colaboradores puntualizan la angustia como un estado de intranquilidad o inquietud que causa especialmente algo desagradable o la amenaza de una desgracia o un peligro, por esto el paciente desde el ingreso a la UCI experimenta una serie de sensaciones traumáticas: miedo, desamparo, aislamiento, soledad, dolor, angustia (78). En esa misma línea, Valdivia Guillermina aclara que la UCI es un ambiente estresante no solo para el paciente, sino también para la familia lo cual ocasiona ansiedad y angustia, de manera que, el personal de enfermería debe ser capaz de evaluar, actuar y disminuir el nivel de angustia de estas personas (79).

En consonancia con lo anterior, Beltrán expresó que la mayoría de las personas que ingresan a una UCI no reciben preparación para ingresar a ella lo cual hace que la experiencia sea novedosa, inesperada, relevante y dura, en la medida en que perciben un ambiente frío y solo que se relaciona por una parte con la infraestructura y por otra, con la falta de calor humano familiar y del equipo de salud (80). En el medio hospitalario, la ansiedad puede estar desencadenada por el miedo al dolor, a la muerte, temor hacia lo desconocido, sentimientos de indefensión ante la nueva situación y preocupación por el futuro si se deriva una patología grave crónica o invalidante (81).

De ahí que, la respuesta de ansiedad ocasiona tanto estímulos internos al vincularlos con los pensamientos y creencias de las personas, así como los estímulos externos al tener en cuenta el cuidado y el contexto de la unidad. Existen factores estresantes inherentes a la UCI en cuanto al entorno físico como es el caso de la tecnología, distanciamiento de sus seres queridos, observar a otros pacientes gravemente enfermos, cuestiones de gran trascendencia relacionadas con el pronóstico de su enfermedad, la propia muerte y las implicaciones que estas requiera, por ejemplo, la necesidad de procedimientos específicos de la UCI tales como la ventilación mecánica que ocasiona restricción en la movilidad y comunicación, el dolor, la incomodidad que esto implica y, el traslado del paciente de UCI a hospitalización general que desencadena angustia e inseguridad frente al nuevo contexto al que se van a ver enfrentados (64).

Desde luego, las vivencias experimentadas por los pacientes durante su estancia en la UCI pueden exacerbar los sentimientos de ansiedad y acarrear alteraciones psicológicas futuras (17). Ya que como se aclara a continuación:

A pesar de que se reconoce que la ansiedad es una alteración frecuente en los pacientes de UCI, hay pocos estudios que refieran cifras de prevalencia en pacientes ingresados en estas unidades, dada la gran dificultad que se encuentra a la hora de evaluar a los enfermos críticos. (64)

Un estudio realizado por Harvey y colaboradores en el año 2016 descubrió que existen consecuencias físicas, cognitivas y psicológicas de los pacientes con alta hospitalaria asociadas a la estancia en UCI. Entre las consecuencias físicas se incluyen la debilidad física adquirida en la UCI la cual representa entre 25% y 80%; las infecciones pulmonares entre 50% y 75% en pacientes con ventilación mecánica durante más de cuatro días. Referente a las consecuencias cognitivas se demuestra que los problemas de memoria, procesamiento de información, resolución de problemas y conciencia visual-espacial está entre 30% y 80%. En lo que respecta a las consecuencias psicológicas se incluyen síntomas de depresión, ansiedad y trastornos del sueño con un total de 10% hasta 50% los cuales pueden persistir hasta ocho años después del alta hospitalaria. De igual manera, no se debe dejar de lado que estas alteraciones físicas, cognitivas y mentales pueden tener un impacto en el estado socioeconómico del paciente y en su calidad de vida lo que lleva a que un total de 50% de los pacientes requieran asistencia de cuidador hasta por año luego de la salida de la UCI para realizar sus actividades de la vida diaria (82).

Partiendo de un estudio ejecutado por Gil y colaboradores en el 2013 se encontró que los pacientes que ingresan en una UCI tienen alteraciones emocionales que se destacan por malestar general (24,3%), nerviosismo (13,5%), ánimo deprimido (8,1%), experiencias estresantes como tener dolor (62%), estar encamado y/o sentado todo el día (57,6%), estrés general 30%, pensar que le pueda ocurrir algo grave (44,8%), no obtener alivio para el dolor (41,7%), pensar que pueda presentar dolor ante un procedimiento (40,7%) y estar separado de su familia (39,4%) (83). En ese sentido, gran número de estudios coinciden en afirmar que las habilidades para la comunicación que tengan el personal de enfermería mejora la relación interpersonal; aumenta los lazos de confianza y favorece la disminución de angustia en los usuarios (84,85).

Por todo lo anterior, es fundamental contar con herramientas que permitan evaluar alteraciones psicológicas del paciente crítico para poder brindar una atención integral que trate los aspectos físicos de la enfermedad, puesto que es indispensable atender cada una de las alteraciones que puedan alterar el bienestar emocional del mismo.

En definitiva, la detección oportuna de las alteraciones psicológicas del paciente crítico permite implementar estrategias en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes tanto durante su estadía en UCI como después de su egreso, lo cual se puede alcanzar por medio de la generación de programas de movilidad temprana, programas de seguimiento post UCI, intervención psicológica por enfermería, uso de diarios en UCI, promoción de medidas de adecuación del ambiente de la UCI en relación con el ruido, la iluminación; el favorecimiento de la presencia familiar y la participación en el cuidado, y es enfermería quien debe liderar estas intervenciones (82); pues las acciones de cuidado constituyen la esencia de la profesión de enfermería y elemento fundamental de la disciplina (82).

6.9 Escalas disponibles de valoración en pacientes de UCI

Existe una amplia gama de escalas que son utilizadas en la unidad de cuidado intensivo muchas de estas tienen como objetivo identificar diversas alteraciones psicológicas en los pacientes que han estado en estas unidades. A pesar de que estas escalas cuentan con una alta especificidad y consistencia interna; por otro lado no se puede olvidar que las mismas deben ser aplicadas por el profesional en psicología quien se encuentra debidamente entrenado para ejercer funciones de evaluación y diagnóstico psicológico (53); por tal motivo la presente investigación se escogió la escala IPAT para realizar su respectiva adaptación transcultural, debido a que es una herramienta que tiene como finalidad detectar la morbilidad psicológica en los pacientes que han estado allí

internados y enfermería está en la capacidad de realizarla porque la misma es un cribado de evaluación Psicológica, donde se aplica de manera rápida y rutinaria por el personal de enfermería y, así mismo, ha demostrado ser poli funcional al evaluar diferentes estados patológicos en los pacientes que han estado hospitalizados en una UCI y así remitir al personal competente en esta área.

6.10 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression), fue creada en 1983 por Zigmond y Snaith, este instrumento de autoevaluación se ha utilizado mucho para detectar alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión en enfermos físicos, psiquiátricos y personas sanas; esta escala se compone de dos subescalas HADA para ansiedad y HADD para depresión, compuestas por siete ítems cada una. De igual modo, ha sido validada, traducida y utilizada en diversas lenguas (86); la cual presenta una fiabilidad test-retest con coeficientes de correlación por encima de 0,85; un alfa de Cronbach que oscila entre 0,81 y 0,86 para la ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para la depresión (64), esta escala ha demostrado tener buena validez específicamente, para detectar ansiedad y depresión en pacientes que han estado en la UCI.

6.11 Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este instrumento fue creado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en el año 1961. Se adaptó y validó en la población española por Sanz y Vázquez en el año 1998, hoy en día, se utiliza en la práctica clínica para medir únicamente, síntomas depresivos en población común y, en personas con trastornos psicológicos cuantifica su intensidad. Cuenta con 21 ítems los cuales evalúan aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales del estado de ánimo; posee propiedades

psicométricas adecuadas (87), consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (88).

6.12 Escala sobre Factores Estresantes en UCI: Adaptación de la Escala de Estresores Hospitalarios

Este mecanismo permite evaluar el grado de malestar asociado a diferentes estresores durante la hospitalización en pacientes médicos y quirúrgicos, así como también, el grado de estrés que pueden generar distintos factores asociados al ingreso en una UCI, la cual se encuentra adaptada a este contexto. Según Ballester et cols. (2005) está formada por 40 ítems referentes tanto al estrés que pueden generar ciertos aspectos de una UCI como a otras cuestiones más relacionadas con el hecho de estar enfermos; tiene una fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,96 (64).

6.13 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Este instrumento no solo permite hacer la pesquisa de los pacientes con trastorno depresivo, sino que también define la severidad y el seguimiento del tratamiento al separar a los pacientes que cursan por episodios depresivos, lo cual mejora la efectividad de la evaluación clínica psicológica. Consta de nueve ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos. Se emplea como una herramienta de tamizaje donde los puntajes de entre 8 y 11 muestran un caso de depresión mayor. Aun, es ampliamente utilizado en atención primaria en salud (89). Dispone de una consistencia interna aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835 lo que indica que es un instrumento fiable (90).

6.14 Generalized Anxiety Disorder 7-ítem (GAD-7)

Es una herramienta válida y eficiente para detectar particularmente trastorno de ansiedad generalizado y evaluación de su gravedad clínica, cuenta con una sensibilidad (89%) y la especificidad (82%) (91); se divulga como una herramienta de detección en el entorno de atención primaria la cual consta de siete preguntas, requiere aproximadamente de uno a dos minutos para administrarse y es sensible a los cambios al relacionarlo con el tratamiento en adultos con trastorno de ansiedad generalizada (92).

Las escalas e instrumentos que se mencionaran a continuación, fueron los utilizados para que Wade y colaboradores, realizaran la respectiva validación del cuestionario IPAT y con esto brindarle mayor sustento teórico.

6.15 Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

La Escala de Estrés Postraumático (PDS) fue elaborada por Foa (1995), es un instrumento de medida de auto informe que se usa en entornos clínicos o de investigación para medir la gravedad de los síntomas de TEPT al vincularlos con un solo evento traumático identificado. Esta mide la gravedad de los síntomas de TEPT al indagar sobre la experiencia de un evento traumático, la severidad del trastorno y, el nivel de impedimento para funcionar que ocasiona los síntomas (93).

Asimismo, esta escala tiene 49 ítems y se compone de cuatro secciones con tiempo estimado entre 10 y 15 minutos, la cual especifica unas propiedades psicométricas de sensibilidad de 91% y especificidad del 75% (94,95).

6.16 The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ)

El BIPQ fue desarrollada por Broadbent et al (2006), esta proporciona una evaluación rápida de las percepciones de la enfermedad, puede ser particularmente útil en poblaciones enfermas, estudios a gran escala y en diseños de investigación de medidas repetidas. Este estima la representación cognitiva y emocional de la enfermedad mediante una prueba con nueve ítems (consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, coherencia, representación emocional y causas). Los ocho primeros ítems se evalúan mediante una escala de 0 a 10 en función del grado de acuerdo con el enunciado propuesto (96), la última investiga valores causales de la enfermedad por medio de respuesta abierta, la cual pide a los pacientes que enumeren los factores causales más importantes de su enfermedad. Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach del cuestionario es de 0,85 (97).

6.17 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El Cuestionario fue diseñado en el año 1982 por Spielberger, Gorsuch, & Lushene, concretamente para medir la ansiedad. Esta escala mide dos conceptos independientes de la ansiedad-estado la cual es definida por una condición emocional transitoria del organismo se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, esta mide los síntomas ansiosos en el momento actual, mientras que la ansiedad-rasgo señala una propensión ansiosa, relativamente estable que representa a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, los síntomas ansiosos los valora de manera general (64). Este mecanismo está compuesto por 40 ítems, 20 correspondientes a la ansiedad-estado y 20 ítems para la ansiedad-rasgo. La adaptación española cuenta con una consistencia interna entre 0,9 y 0,93 en la ansiedad-estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad-rasgo (98).

6.18 El Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión (CES-D)

Es una herramienta que consta de 20 ítems por medio de la cual los cuidadores califican la frecuencia con la que los pacientes experimentaron síntomas asociados con la depresión en la última semana (99). Esta presenta una consistencia interna de 0,89 para detectar depresión (100).

6.19 Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)

Es un dispositivo de detección de diagnóstico de delirio en pacientes críticamente enfermos (101). El Método de Evaluación de Confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM - ICU) es una herramienta recomendada en la valoración de pacientes críticos y se usa ampliamente en investigación y entornos clínicos, se creó a partir del Método de Evaluación de Confusión (CAM) utilizada en adultos mayores (102).

La CAM - ICU se determina por su rápida administración y no requiere la comunicación verbal del paciente lo que permite su aplicación en pacientes con ventilación mecánica e intubación endotraqueal y puede administrarse por cualquier miembro del personal de salud de la UCI. Tiene un enfoque de evaluación por etapas, la primera etapa estima el nivel de conciencia del paciente en la segunda etapa se calcula el contenido de la conciencia para reconocer la presencia de delirio, alteraciones o fluctuaciones (o ambas) en el estado mental (102).

En conclusión, el equipo de investigación revisó estos cuestionarios los cuales se corroboraron pertinentes para detectar angustia, estrés y depresión en UCI, no obstante, ninguno de estos instrumentos eran adecuados como una herramienta de detección rápida, debido a su extensión, a la inclusión de elementos no relevantes para el fin estudiado, la falta de indagación de síntomas como la experiencia de alucinaciones o recuerdos intrusivos que son fuentes importantes de

angustia para los pacientes críticos y, pueden ser predictores clave de morbilidad psicológica futura.

Por esta razón, la guía NICE CG83 señaló que faltaban herramientas para detectar la angustia aguda y el riesgo de futura morbilidad psicológica en pacientes críticamente enfermos a partir de una herramienta de detección de angustia aguda en cuidados intensivos administrada por el personal de enfermería a los pacientes críticos (36). Igualmente, se afirma que los pacientes deben ser evaluados durante su estancia en la UCI para detectar síntomas agudos como ansiedad, depresión, episodios de pánico, pesadillas, delirios, alucinaciones, recuerdos y trastornos psicológicos subyacentes para determinar el riesgo de morbilidad psicológica futura (36).

Por consiguiente, el equipo investigador de la University College London exhibió un cuestionario para aplicar al equipo de enfermería de cuidados intensivos como una herramienta clínica de rutina con un doble propósito: primero, detectar la angustia aguda en pacientes críticamente enfermos y, segundo, predecir que pacientes están en riesgo de una futura morbilidad psicológica. La herramienta de evaluación psicológica de cuidados intensivos (IPAT) se asocia significativamente con la ansiedad concurrente, la depresión y la angustia general, y con futuros TEPT, depresión, ansiedad o morbilidad psicológica general a los 3 meses (36).

Durante la revisión exhaustiva de la literatura en Colombia no se encontró evidencia de una escala sencilla, validada y confiable de uso rutinario que se pueda aplicar a la enfermería en la detección de alteraciones psicológicas del paciente durante la estancia en UCI, en patologías como ansiedad, depresión, alucinaciones, recuerdos intrusivos y riesgo de morbilidad futura después del egreso de la UCI. Por lo cual se decidió realizar la adaptación transcultural de la escala IPAT (Intensive Care Psychological Assessment Tool).

6.20 Adaptación transcultural de instrumentos en salud

Con el paso de los días es más frecuente que los profesionales de enfermería usen instrumentos de medida para valorar de forma objetiva los diferentes aspectos en salud, por lo tanto, se deben utilizar instrumentos que hayan demostrado fiabilidad y validez dentro de su contexto de aplicación, y que además se hayan adaptado al lenguaje de cada cultura (103). En efecto, el proceso de traducción de un cuestionario es clave para asegurar la validez de un instrumento en distintas culturas, y no puede limitarse a la traducción del cuestionario, sino que se debe seguir una metodología que asegure esa equivalencia (104).

Ahora bien, un gran número de instrumentos utilizados en el área de salud han sido creados en idiomas distintos al español, por lo que la adaptación de esas versiones es fundamental para que puedan utilizarse de manera fiable en el entorno cultural de quienes hablan este idioma. Lo anterior requiere de un proceso metodológico estricto que asegure la equivalencia conceptual con el instrumento original, y también es preciso garantizar su aplicabilidad transcultural. En síntesis, la adaptación de un instrumento incluye, por supuesto, su traducción y su adaptación cultural e idiomática (105).

Teniendo en cuenta esta necesidad, la Comisión Internacional de Test creó un proyecto de elaboración de directrices para la traducción y adaptación de test y cuestionarios, desde un punto de vista psicométrico y metodológico, las cuales ofrecen un marco integral por medio del estudio de las fases previas a la adaptación y análisis, justificación técnica, evaluación e interpretación de las puntuaciones, y de la elaboración del documento final. Dichas directrices conforman veinte reglas agrupadas en seis categorías que ayudan en el proceso de adaptación y desarrollo del test en la medida en que garantizan los factores lingüísticos y culturales. Asimismo, buscan implementar un procedimiento iterativo que inicia con varias traducciones independientes que luego serán

revisadas por el comité, el cual debe incluir traductores con conocimientos de los idiomas y culturas, y especialistas en el lenguaje (106).

Por otra parte, según Beatón referente teórico usado en la presente investigación para la realización de la adaptación transcultural del instrumento, debido a las diferencias culturales, la adaptación de cuestionarios necesariamente tiene que considerar el idioma, el contexto cultural y el estilo de vida, con el fin de obtener instrumentos de medida comparables a nivel internacional. Por ende, es importante seguir una metodología rigurosa que incluya lo semántico, para así mantener las cualidades del instrumento que ha sido adaptado, producir uno similar al original, y facilitar su aplicabilidad a la nueva cultura. En esa medida, cabe resaltar que la adaptación de un instrumento a otro idioma requiere de una metodología compleja (107).

6.21 Equivalencia

Es un proceso riguroso que consiste en la traducción y adaptación cultural de la versión original a la versión adaptada, con el fin de lograr la equivalencia entre la fuente y la versión de destino en cuatro áreas (107), estas se describen a continuación:

- **Equivalencia semántica:** asegura que el significado de cada ítem sea el mismo en cada cultura después de la traducción (107).
- **Equivalencia conceptual:** corresponde a aquellas palabras cuyo significado puede variar o implicar conceptos más amplios de acuerdo con la cultura (108).
- **Equivalencia idiomática:** corresponde a expresiones coloquiales propias de la cultura original, cuya dificultad en la traducción implica un cambio a expresiones y palabras más apropiadas y naturales al contexto de la lengua destino (108).

- **Equivalencia experiencial:** representa aquellas expresiones que designan situaciones de la vida diaria y experiencias propias de la cultura, por lo que es necesario reformular y adecuar la oración a la comprensión de la población objeto (108).

Por último, es preciso decir que este trabajo permite obtener una herramienta adaptada al idioma español, la cual podría utilizarse en la enfermería para realizar el cribado de riesgo de alteraciones psicológicas del paciente hospitalizado en las unidades de cuidado intensivo, y desarrollar estrategias para disminuir el riesgo de desarrollar dichas alteraciones graves a futuro. Asimismo, se puede decir que aportará nuevos conocimientos para la profesión de enfermería.

7 METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo metodológico, es decir, se trata de una investigación controlada respecto a la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Los estudios metodológicos abordan el desarrollo, la validación y la evaluación de instrumentos (107). Para este estudio se realizó la adaptación transcultural de la escala IPAT (Intensive Care Psychological Assessment Tool) con el fin de identificar morbilidad psicológica futura en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto, por lo tanto, se toma como referencia la metodología planteada por Beatón (105).

7.1 Universo

- Pacientes hospitalizados en UCI de Colombia.

7.2 Población

Pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de la Clínica Mediláser de la ciudad de Neiva y de la Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá.

7.3 Muestra

De acuerdo con Beatón, para llevar acabo el desarrollo de la prueba de la versión prefinal, de la adaptación transcultural de un instrumento, se requiere un número estándar entre 30 y 40 pacientes adultos (edad igual o superior a 18 años). Por lo tanto, esta muestra correspondió a 40 pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo de instituciones seleccionadas en Bogotá y Neiva seleccionadas (105).

7.4 Criterios de inclusión

- Pacientes con estancia de por lo menos 48 horas en la UCI.
- Pacientes que durante la hospitalización hubieran recibido dos o más soportes (Reemplazo renal, ventilatorio o requerimiento de vasoactivo).
- Pacientes conscientes, alerta y orientados.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes cuyo idioma nativo fuera español.

7.5 Criterios de exclusión

- Se excluyeron pacientes que hubieran estado en delirium, que estuvieran recibiendo ventilación mecánica invasiva o sedación, en el momento de aplicar el instrumento.

7.6 Descripción del instrumento a validar

El cuestionario IPAT fue diseñado con el fin de detectar riesgo de morbilidad psicológica futura en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, a partir de la revisión de las siguientes escalas, las cuales permitieron brindarle un mejor sustento teórico al instrumento: Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), The Brief Illnes Perception Questionnaire (BIPQ), Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), Centro de estudios Epidemiológicos – Depresión (CES.D), Confusion Assesment Method for the ICU (CAM-ICU), las cuales fueron descritas en el marco teórico.

Dicho cuestionario consta de 10 preguntas de respuesta tipo Likert (A: No, B: Sí un poco, C: no mucho); donde A: equivale a 0 puntos, B a un punto y C a dos puntos, para un puntaje total de 20

puntos. Así, un puntaje mayor o igual a siete indica que el paciente se encuentra en riesgo y requiere manejo psicológico (ver Anexo I).

En otras palabras, se puede decir que el IPAT fue desarrollado como una herramienta de cribado rápido y sencillo de uso rutinario para el personal asistencial de cuidados intensivos, con el fin de detectar oportunamente morbilidad psicológica futura (ansiedad, estado de ánimo bajo y predictor de estrés postraumático). Este instrumento fue aplicado inicialmente a 166 pacientes que habían estado hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo en un hospital de Londres. En cuanto a sus resultados, en el estudio original del IPAT se evidenció que las preguntas eran claras para todas las enfermeras y pacientes participantes del estudio, hasta el punto en que ningún paciente encontró alguna pregunta difícil de contestar. Adicionalmente, las pruebas psicométricas del cuestionario IPAT muestran:

- Una sensibilidad del 82% (95% IC 70, 91), especificidad del 65% (95% CI 55, 75) para detectar la ansiedad en pacientes de cuidados críticos.
- 80% de sensibilidad (95% IC 68, 89) y 66% de especificidad (95% IC 55, 75) para detectar el estado de ánimo bajo en pacientes con cuidados críticos.
- 71% de sensibilidad (95% CI 49, 87) y 48% de especificidad (95% CI 37, 59) como predictor de trastorno de estrés postraumático a los 3 meses.

En consecuencia, se confirmó que el cuestionario IPAT presenta adecuada sensibilidad, especificidad y confiabilidad para ansiedad, estado de ánimo bajo y predictor de estrés postraumático. En pacientes que han estado en unidades de cuidado intensivo (35).

7.7 Recolección de la información

7.7.1 Procedimiento

1. Obtención de la autorización por parte de los autores de la escala original para la realización del estudio que comprende la adaptación transcultural de la escala IPAT en Colombia. (ver Anexo II) (109).
2. Se aplicó el método de adaptación transcultural, según las recomendaciones de Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures, con el fin de alcanzar la equivalencia entre el instrumento original y el adaptado, puesto que los ítems no solo deben ser lingüísticamente traducidos, sino adaptados de acuerdo con la cultura del país. A su vez, estas guías se utilizan para abarcar un proceso que examina tanto el lenguaje por medio de la traducción y retro traducción, así como las cuestiones de adaptación cultural en el proceso de preparación de un cuestionario para su uso en otro entorno, con el objetivo de generar equivalencia entre el cuestionario de origen y la versión de destino (107).

7.7.2 Pasos de la adaptación transcultural

7.7.2.1 Etapa I. Traducción inicial

Teniendo como referente el autor Beatón, se realizaron dos traducciones independientes del instrumento, del idioma original a la lengua de destino, en este caso el español; las cuales fueron realizadas cada una por un traductor diferente, quienes tuvieron que ser bilingües certificados y contar con el español como lengua nativa. Cada traductor tubo que elaborar un informe escrito por separado (107). Las características de los traductores fueron las siguientes:

- **Traductor 1.** Tenía conocimiento en temas de salud evaluados con el instrumento.

- **Traductor 2.** No tenía conocimientos en el área de la salud, según la literatura se llamaba traductor ingenuo, con el fin de que no se viera influenciado por un objetivo académico.

7.7.2.2 Etapa II. Síntesis de traducciones y solución de discrepancias

Para llevar a cabo esta etapa los dos traductores, más un observador, compararon los resultados y buscaron la concordancia de cada una de las traducciones realizadas, con el fin de realizar las modificaciones necesarias y llegar a una versión unificada que asegurara un lenguaje comprensible para las personas y preservara la equivalencia técnica, semántica y de contenido.

7.7.2.3 Etapa III. Traducción inversa

De la versión unificada en español fue necesario crear dos traducciones inversas, los traductores no conocían el instrumento original por anticipado, ni tenían formación en el área de la salud.

7.7.2.4 Etapa IV. Revisión por el comité de expertos

El comité estuvo conformado por profesionales de la salud, profesionales con conocimiento del lenguaje y traductores. Durante esta etapa se consolidaron todas las versiones del cuestionario y se elaboró una versión preliminar de la escala IPAT traducida, luego esta fue enviada a los autores por medio electrónico, con el fin de obtener la respectiva autorización que permitió utilizar la adaptación en Colombia, específicamente en las pruebas de campo.

7.7.2.5 Etapa V. Prueba de la versión prefinal

Fue en la prueba de campo, en donde se llevó a cabo la versión prefinal del cuestionario IPAT, con personas que contaban con las características reales de los destinatarios del instrumento. En este caso fueron 40 pacientes internados en las UCI que cumplieron con los criterios de inclusión

propuestos. Para llevar a cabo este procedimiento, se contó con la autorización previa de los comités de ética de las instituciones participantes en la investigación, además de la autorización de los autores del instrumento original. (Ver Anexo III y IV).

Previa autorización de los participantes de la investigación por medio de la firma del consentimiento informado, en presencia de los testigos, los pacientes completaron el cuestionario, y adicionalmente fueron entrevistados para analizar la claridad de las preguntas del mismo. En este diálogo se exploró el significado de los ítems y la comprensibilidad de las preguntas, lo que facilitó verificar que la versión adaptada mantenía su equivalencia.

7.7.2.6 Etapa VI. Presentación de documentación a los desarrolladores del cuestionario

Fue la etapa final del proceso de adaptación en donde se presentaron los informes a los desarrolladores principales del instrumento y al Comité que mantiene el seguimiento de la versión traducida, ellos, a su vez, revisaron los informes para asegurarse de que las etapas recomendadas fueron seguidas (107).

7.8 Aspectos éticos

El desarrollo de la presente investigación se fundamentó en las consideraciones éticas internacionales –como la declaración de Helsinki– y nacionales contempladas en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por las cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Asimismo, según el artículo 11 de la mencionada resolución, esta investigación se considera de riesgo mínimo, pues es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, no

se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participen en el estudio, y solo se utilizará el cuestionario (Intensive Care Psychological Assessment Tool).

Cabe destacar que los investigadores tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos que guían la profesión de la enfermería, enmarcados en la Ley 911 del 2004, como son beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Al considerar estos principios, se garantizará el derecho de los pacientes a decidir su participación en la investigación, para lo cual se hará uso del consentimiento informado (ver Anexo V).

Finalmente, el investigador explicó e informó a los participantes sobre las características de la investigación y el fin de la misma. Los datos se manejaron de forma confidencial, sin perder de vista que el objetivo del trabajo es académico. En cuanto a los resultados, estos se presentarán en la institución y luego serán difundidos por medio de un artículo.

8 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Etapa I y II: Traducción Inicial y síntesis de las traducciones al español

Llevar a cabo el desarrollo de la traducción inicial implicó seleccionar los traductores nativos para el idioma español y certificados para el idioma inglés, a partir de una lista de traductores certificados emitida por la Universidad Nacional. Los traductores fueron contactados por vía electrónica, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y los resultados esperados de la primera etapa.

Una vez se obtuvo su aceptación para participar en el estudio, por medio del acuerdo de confidencialidad, se solicitó el certificado de competencia en lengua extranjera y se procedió al envío del instrumento para su traducción. Cada uno de los traductores, de manera individual, realizó la traducción del instrumento y posteriormente, se efectuó una reunión con el fin de solucionar discrepancias y generar la síntesis de las traducciones al español, lo que se consignó en un único documento.

Traductores

1. Psicólogo profesional, intérprete, bilingüe inglés-español certificado con un BULATS C2. Traductor oficial.
2. Economista, con maestría en Economía, bilingüe, traductora oficial inglés-español.

Así, una vez recibidas las traducciones, los traductores fueron citados con el objetivo de realizar la síntesis a partir de las dos traducciones de los ítems del cuestionario IPAT, para generar la primera versión en español del instrumento de medición. A la reunión asistieron los traductores oficiales y los investigadores.

A continuación, se presentan los ítems de las dos traducciones y la síntesis realizada de las diferentes partes del instrumento, incluido el título, la introducción de la escala y la forma de evaluar los resultados de la misma.

Tabla 1. *Traducción del encabezado del instrumento*

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<ul style="list-style-type: none"> • Date and time. • Patient's hospital number. • Patient's name. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora. • Número de hospital del paciente. • Nombre del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora. • Número hospitalario del paciente. • Nombre del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora. • Número de historia clínica del paciente. • Nombre del paciente.

Fuente: elaboración propia

En el encabezado del instrumento se encuentran los datos generales del paciente, la fecha y la hora de realización del instrumento. En este punto los traductores y los investigadores llegaron a la conclusión de que la mejor forma de describir este ítem en el idioma español es: "Número de historia clínica del paciente". En los otros dos ítems no se presentó ningún cambio.

Tabla 2. *Traducción del título*

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Intensive Care Psychological Assessment Tool.	Herramienta de evaluación psicológica para cuidado intensivo.	Instrumento para la evaluación psicológica en cuidados intensivos.	Instrumento para la evaluación psicológica de pacientes en cuidados intensivos.

Fuente: elaboración propia

Al realizar el análisis de las dos traducciones, se encuentra diferencia en los términos: herramienta o instrumento; al revisar el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) (110), se encontró que la palabra instrumento da mayor claridad sobre el fin que tiene la escala, puesto que lo define como un “conjunto de pruebas mediante las que se valoran en términos cuantitativos, las características psicológicas o los conocimientos de una persona”. Además de que los traductores coinciden en la traducción y sugieren dejar la frase de la siguiente manera “Instrumento para la evaluación psicológica en cuidados intensivos”, para los investigadores fue importante con el fin de orientar al lector, dejar la traducción de la siguiente manera:” Instrumento para la evaluación psicológica de pacientes en cuidados intensivos”.

Tabla 3. Traducción del instructivo de instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>I would like to ask you some questions about your stay in Intensive care, and how you’ve been feeling in yourself.</p> <p>These feelings can be an important part of your recovery. To answer, please circle the answer that is closest to how you feel, or answer in any way you are able to (e.g. by speaking or pointing.)</p>	<p>Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su estadía en cuidados intensivos, y sobre cómo se ha estado sintiendo en su ser.</p> <p>Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para contestar, por favor circule la respuesta que más se acerca a cómo usted se siente, o conteste en cualquier manera</p>	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en cuidados intensivos y sobre cómo se ha sentido consigo mismo.</p> <p>Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, marque con un círculo la respuesta que más se aproxima a cómo se siente, o responda de la manera que le sea posible (por ejemplo,</p>	<p>Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidado intensivo y sobre cómo usted se ha sentido.</p> <p>Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta que mejor refleje cómo se siente, o responda de la manera que le sea posible (ejemplo: hablando o señalando).</p>

	que pueda o señalando.	hablando o señalando).	
--	------------------------	------------------------	--

Fuente: elaboración propia

Durante el análisis de las dos traducciones, se aprecia diferencia entre las palabras pasadía y permanencia. Según la RAE se debe dejar la palabra permanecía, puesto que hace referencia a la estancia en un lugar, mientras pasadía se relaciona con la renta. Además, las frases “sintiendo en su ser” y “consigo mismo”, se reemplazan por: “cómo usted se ha sentido”, dado que es una expresión más común en la lengua española, a pesar de que se quiera decir lo mismo.

Asimismo, la palabra circule, según la RAE, se refiere al movimiento alrededor de algo, y la palabra marque hace referencia al señalamiento o simbolización de algo, aunque son términos usados, para este trabajo se decide dejar “encierre en un círculo”, debido a que esta frase conserva la acción de encerrar algo, para este caso palabras, y es más sencillo de entender teniendo en cuenta el contexto donde se encuentra el participante. Por otro lado, “la frase que mejor refleje cómo se siente” o “responda de la manera que le sea posible” se comprende mejor que “conteste en cualquier manera que pueda”, pues en la adaptación transcultural no se busca la traducción literal de los textos, sino garantizar la equivalencia.

Por lo tanto, se decide dejar en común acuerdo “me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidado intensivo y sobre cómo usted se ha sentido. Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta más apropiada, o responda de la manera que le sea posible, ejemplo: (hablando o señalando)”.

Tabla 4. Traducción tipo de respuestas

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
----------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

1. No.	1. No.	1. No.	1. No.
2. Yes, a bit.	2. Sí, un poco.	2. Sí, un poco.	2. Sí, un poco.
3. Yes, a lot.	3. Sí, bastante.	3. Sí, bastante.	3. Sí, bastante.

Fuente: elaboración propia

En esta traducción, se observa que no hay diferencia en la interpretación de los dos traductores, las cuales conservan la naturalidad del instrumento y son de fácil comprensión para el público en general.

Tabla 5. Traducción de encabezado principal del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Since you've been in intensive care.	Desde que ha estado en cuidado intensivo.	Durante su permanencia en cuidados intensivos.	Durante su permanencia en la unidad de cuidado intensivo.

Fuente: elaboración propia

Si bien las dos traducciones reflejan la intencionalidad del enunciado, en la traducción número 1 “desde” y “estado” se refieren a la situación especial en que alguien se encuentra, mientras que la palabra permanencia hace referencia a la estancia en un lugar, para este caso, cada uno de los días que una persona está en el hospital (110). En consecuencia, se llegó al consenso de adoptar la segunda traducción, se considera que esta facilita la comprensión por parte del usuario final, puesto que las palabras “durante” y “permanencia” enfatizan en que las preguntas deben responderse a partir de las vivencias del paciente durante su estadía en cuidados intensivos.

Tabla 6. Traducción de la primera pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
----------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

Has it been hard to communicate?	¿Ha sido difícil comunicarse?	¿Ha sido difícil para usted comunicarse?	¿Ha sido difícil para usted comunicarse o que le entiendan?
----------------------------------	-------------------------------	--	---

Fuente: elaboración propia

A partir de la oración planteada por los dos traductores, se llegó al consenso de que la traducción número 2 está más cercana a la realidad, a causa de que la palabra “usted” es más directa al usuario e incluye al destinatario, como expone la RAE (110), quien define usted como “persona a la que se dirige quien habla o escribe”, mientras que en la primera traducción no se enfatiza a quién se encuentra dirigida la pregunta. Por otro lado, se le añadió la frase “o que le entiendan”, con el fin de mejorar la comprensión del término “comunicarse” en los pacientes que estuvieron entubados o que no se podían expresar fácilmente.

Tabla 7. Traducción de la segunda pregunta del instrumento

Texto Original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Has it been difficult to sleep?	¿Ha sido difícil dormir?	¿Ha tenido dificultades para dormir?	¿Ha tenido dificultades para dormir?

Fuente: elaboración propia

En ambas traducciones se conserva el inicio de la oración, “ha”, pues esta palabra denota exactamente lo que se pretende evaluar. En cuanto a la segunda parte de la traducción, en las palabras “been difficult”, la traducción de la palabra “tenido” es más acorde, dado que la RAE (109), lo define como “la experiencia a algo”, en cambio, la palabra “sido” se define así: “ser capaz de algo”. Por tal motivo se eligió la traducción número 2, y al realizar el compuesto gramatical se evidenció que la palabra “dificultades”, se ajusta mejor semánticamente a la frase, pues según la

RAE la palabra dificultad hace referencia a los impedimentos para ejecutar algo bien y pronto (110).

Tabla 8. Traducción de la tercera pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you been feeling tense?	¿Se ha estado sintiendo tenso/a?	¿Se ha estado sintiendo tenso/a?	¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?

Fuente: elaboración propia

En las dos traducciones la oración resultante es la misma, y a pesar de que los traductores consideran que esta sería de fácil comprensión por parte de los usuarios finales del instrumento, se analizó la definición de la palabra tenso, la cual, según la RAE (110), corresponde a una “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”, definición que se ajusta de forma precisa a esta escala.

No obstante, al buscar una mejor comprensión de la pregunta por parte de los usuarios, se consideró incluir la palabra estresado como una segunda opción, para ello se revisó la definición de la RAE (109), esta indica “que implica estrés”, y estrés a su vez está definido como una “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”, es decir, que estrés comparte el significado con la palabra tenso. En consecuencia, se decide incluir la palabra estresado, la cual en el lenguaje colombiano suele ser más frecuente.

Tabla 9. Traducción de la cuarta pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you been feeling sad?	¿Se ha estado sintiendo triste?	¿Se ha estado sintiendo triste?	¿Se ha estado sintiendo triste?

Fuente: elaboración propia

Ambas traducciones coinciden en la construcción y sentido de la pregunta. Cuando se realizó el análisis en la reunión, se concertó que no se haría ninguna modificación a la misma dado que es de clara comprensión para el público.

Tabla 10. *Traducción de la quinta pregunta del instrumento*

Texto Original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you been feeling panicky?	¿Se ha estado sintiendo con pánico?	¿Se ha estado experimentando sentimientos de pánico?	¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?

Fuente: elaboración propia

En esta pregunta ambos traductores concuerdan en la primera parte de la frase “se ha estado”, lo cual hace referencia a la situación en que alguien se ha encontrado; al mismo tiempo, la palabra “experimentando” hace referencia a examinar y probar las propiedades de algo, por lo cual se retira de la traducción, puesto que no va a fin con el estudio. Además, la palabra sintiendo alude a la experiencia de apreciar sensaciones, esta se ajusta mejor al lenguaje cotidiano de los colombianos, y al significado de la palabra pánico que hace referencia, según la RAE, al miedo o terror muy intenso.

Con el fin de mejorar la comprensión de la pregunta, se planteó dejar la pregunta de la siguiente manera: “¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?” (110).

Tabla 11. Traducción de la sexta pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you been feeling hopeless?	¿Ha estado sintiendo desesperanza?	¿Ha estado experimentando sentimientos de desesperanza?	¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?

Fuente: elaboración propia

Para los dos traductores la palabra “desesperanza” se relaciona con la traducción textual de “hopeless”, sin embargo, se encontró controversia con esta palabra por parte de los investigadores, al pensar que la misma podría generar confusión al público al que va dirigido el instrumento.

Por este motivo, se consideró como mejor opción usar la frase “pérdida de la esperanza”, pues según la RAE esperanza se define como estado de ánimo que surge cuando se presenta alcanzable algo que se desea, y pérdida es no conseguir lo que se espera o desea.

Tabla 12. Traducción de la séptima pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?	¿Se ha sentido desorientado (no muy seguro de dónde está)?	¿Se ha sentido desorientado (no saber con certeza dónde se encuentra)?	¿Se ha sentido desorientado (que no sepa dónde se encuentra)?

Fuente: elaboración propia

En este caso se preserva la expresión “se ha sentido desorientado”, pues denota de manera exacta lo que se pretende evaluar, y los dos traductores coincidieron en esta frase. Del mismo modo, se

ajusta la pregunta con apartes tomados de cada traducción, con el fin de darle más sentido a la misma y para que en el lenguaje español colombiano sea de mejor comprensión, sin perder de vista a las personas a quienes va dirigido este instrumento.

Tabla 13. *Traducción de la octava pregunta del instrumento*

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you had hallucinations (seen or heard things you suspect were not really there)?	¿Ha tenido alucinaciones (visto o escuchado cosas que sospecha que no estaban ahí en realidad)?	¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o escuchado cosas que usted sospecha que realmente no estaban allí)?	¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o escuchado cosas que usted cree que no estaban allí)?

Fuente: elaboración propia

Existe para este enunciado similitud en las traducciones, pero se decide escoger la traducción número 2, puesto que en ella se ven plasmados: el orden gramatical, finalidad y sencillez de la pregunta. Pese a ello, se decide cambiar la palabra “sospecha”, la cual, según la RAE, implica imaginar algo fundado en apariencias o indicios, por la palabra “cree”, debido a que esta se refiere a la manera directa de expresar algo que esté o no comprobado o demostrado, es decir, atribuir mentalmente a alguien o algo una determinada característica, situación o estado. Por ende, es más sencilla de aplicar en el instrumento teniendo en cuenta la finalidad de este estudio (110).

Tabla 14. *Traducción de la novena pregunta del instrumento*

Texto Original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Have you felt that people were deliberately	¿Ha sentido que las personas han estado deliberadamente	¿Ha sentido que las personas estaban tratando de lastimarlo/a o de	¿Ha sentido que las personas han tratado de lastimarlo/a o de

trying to harm or hurt you?	intentando hacerle daño o lastimarlo/a?	hacerle daño intencionalmente?	hacerle daño intencionalmente?
-----------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------

Fuente: elaboración propia

En ambas traducciones se encabeza la oración con la frase “ha sentido que las personas” y con el objeto de darle el grado de pregunta que se requiere. En la segunda parte el traductor 1 describe “han estado deliberadamente intentando hacerle daño o lastimarlo/o” y el traductor 2 dice “estaban tratando de lastimarlo/a o de hacerle daño intencionalmente”, frente a ello, al realizar el análisis se escogió en consenso la traducción número 2; según la RAE, la palabra “deliberadamente” significa “intencionalmente”, es decir, hacer daño a propósito, y para efectos de la comprensión por parte de la población a quien se dirige el instrumento, se considera que la palabra intencionalmente es más clara.

Tabla 15. Traducción de la décima pregunta del instrumento

Texto original	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Do upsetting memories of intensive care keep coming into your mind?	¿Las memorias molestas de cuidados intensivos se mantienen entrando a su mente?	¿Los recuerdos desagradables sobre los cuidados intensivos aparecen una y otra vez en su mente?	¿Los recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo, se repiten una y otra vez en su mente?

Fuente: elaboración propia

Para este apartado, en la primera parte de la pregunta “do upsetting memories of intensive care”, aunque la traducción 1 es textual, incluye el término memoria, el cual no conserva el significado que se requiere; por tal motivo, se tomó la frase de la traducción 2, debido a que, según la RAE, el recuerdo es una memoria que se conserva para recordar a una persona, circunstancia o un suceso

ocurrido en el pasado, lo cual conserva el contexto del estudio (110). Se incluye además la palabra “unidad”, pues esta comprende la sección hospitalaria donde se encuentran los dispositivos necesarios para la vigilancia de enfermos muy graves, que requieren cuidado las 24 horas (110).

(Ver Anexo VI).

8.2 Etapas III y IV: Traducción inversa y revisión por comité de expertos

Para la traducción inversa o retro traducción se seleccionaron dos traductores de origen inglés y con dominio del idioma español, así como, sin conocimiento de las ciencias de la salud, a partir de la lista de traductores enviada por la Facultad de Lenguas de la Universidad Nacional. Los traductores fueron contactados por correo electrónico y una vez aceptaron participar en la traducción, les fue enviada la versión en español resultante de la síntesis de las etapas anteriores. Posteriormente, la retro traducción se llevó a cabo de manera individual por parte de cada uno de los traductores con el objetivo de generar la versión en inglés del instrumento de medición.

Retro traductores

1. Traductor oficial, nacionalidad británica.
2. Solista de trompeta, traductor oficial, nacionalidad estadounidense
3. Licenciada en Filología e Idiomas (inglés), especialista en traducción, traductora certificada, IELTS:C1.

Previa exposición del objetivo de la reunión y firma del acuerdo de confidencialidad, la Licenciada en Filología inglesa e idiomas hace un análisis de cada una de las traducciones realizadas con el propósito de llegar a un consenso final sobre el instrumento, como se describe a continuación.

Tabla 16. *Retro traducción encabezado del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
<ul style="list-style-type: none"> • Fecha y hora. • Nombre del paciente • Número de historia clínica del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Date and time. • Patient name. • Clinical record of the patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Date and time. • Name of patient. • Patient's medical history number. 	<ul style="list-style-type: none"> • Date and time. • Patient's name. • Patient's hospital number.

Fuente: elaboración propia

En el encabezado del instrumento se encuentran los datos generales del paciente, la fecha y la hora de elaboración del instrumento.

En este punto los traductores oficiales expertos en el idioma inglés y los investigadores llegaron a la conclusión de que no existían diferencias significativas en cada una de las traducciones, por lo cual los dos primeros ítems no presentaron ningún cambio. Con respecto al último “número de historia clínica del paciente” se consideró de esta manera para lograr la facilidad y sencillez en el momento de contestar el instrumento por parte de la población de estudio, teniendo en cuenta su contexto.

Tabla 17. *Retro traducción del título*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
Instrumento para la evaluación psicológica en cuidados intensivos.	Instrument for psychological evaluation in intensive care.	Instrument for psychological evaluation in intensive care.	Intensive Care Psychological Assessment Tool.

Fuente: elaboración propia

Al realizar el análisis de las dos retro traducciones, no se encuentra diferencia en los términos, las dos son claras y coinciden claramente en la retro traducción “Instrument for psychological evaluation in intensive care”; sin embargo, al realizar el consenso de expertos se ajustó la terminología más exacta al entendimiento de la lengua inglesa, por ende, quedó como “Intensive Care Psychological Assessment Tool”.

Tabla 18. *Retro traducción del instructivo de instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidado intensivo y sobre cómo usted se ha sentido. Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta más apropiada, o responda de la manera de que le sea posible (ejemplo: hablando o señalando).	I would like to ask you some questions about your stay in the intensive care unit and about how you have felt. These feelings could be an important part of your recovery. To answer, circle the most appropriate answer, or answer as best you can (for example: speaking or pointing).	I would like to ask you some questions about your stay in the intensive care unit and how you have felt. These feelings may play a key role in your recovery. To answer, please circle the most suitable response, or answer the way you feel more comfortable (for example, by speaking or pointing)	I would like to ask you some questions about your stay in the intensive care unit and how you have felt. These feelings may play a key role in your recovery. To answer, please circle the most suitable response, or answer the way you feel more comfortable (for example, by speaking or pointing.)

Fuente: elaboración propia

Al realizar el análisis de las dos retro traducciones, se evidencia que no hay mayor diferencia entre ellas, sin embargo, se realizaron algunos cambios teniendo en cuenta las observaciones de la licenciada en lenguas, con el fin de lograr mejor la comprensibilidad y sencillez del texto.

Tabla 19. *Retro traducción tipo de respuestas*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
4. No. 5. Sí, un poco. 6. Sí, bastante.	4. No. 5. Yes, a little. 6. Yes, a lot.	4. No. 5. Yes, a little. 6. Yes, quite a bit.	7. No. 8. Just a little. 9. Quite a lot.

Fuente: elaboración propia

Análisis: al realizar el análisis de las dos retro traducciones, se evidencia que no hay mayor diferencia entre ellas, no obstante, la filóloga en inglés sugirió que se realizara un cambio medianamente sustancial, debido a que las respuestas deberían ser lo más claras y concisas posibles para los usuarios finales de la prueba; por tal motivo, los cambios fueron “Just a little” cuya traducción al español es “Un poquito” y la frase “Quite a lot” que equivale a “bastante”.

Tabla 20. *Retro traducción de encabezado principal del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
Durante su permanencia en la unidad de cuidado intensivo.	During your stay in the intensive care unit.	During your stay in the intensive care unit.	During your stay in the intensive care unit.

Fuente: elaboración propia

Al revisar las dos retro traducciones se pudo notar que no hay diferencia entre ellas; de forma similar, la filóloga en lengua inglesa refirió que no había necesidad de realizar cambios a esta

traducción debido a que la intencionalidad era correcta. Respecto a las versiones se conservaba la naturalidad de la frase y por tal razón la oración final de esta retrotraducción fue “During your stay in the intensive care unit”.

Tabla 21. *Retrotraducción de la primera pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Ha sido difícil para usted comunicarse o que le entiendan?	Has it been difficult for you to communicate or be understood?	Has it been difficult for you to communicate or make yourself understood?	¿Has it been difficult for you to communicate or be understood?

Fuente: elaboración propia

En las preguntas planteadas por los dos traductores oficiales nativos, se evidencia que la traducción número uno “Has it been difficult for you to communicate or be understood?” es más textual, y la del traductor número dos “Has it been difficult for you to communicate or make yourself understood?” es más semántica. Al realizar el consenso con la filóloga en lengua inglesa, se llegó a la conclusión de que según la población a quien va dirigido el instrumento, se elige la traducción 1 debido a que conserva la idea principal y garantiza tanto su claridad como sencillez.

Tabla 22. *Retro traducción de la segunda pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Ha tenido dificultades para dormir?	Have you had difficulty sleeping?	Have you had difficulty sleeping?	Have you had difficulty sleeping?

Fuente: elaboración propia

Al revisar las retro traducciones, se concluyó que las dos coinciden perfectamente en toda la frase. A su vez, cuando se hizo el consenso con la filóloga de inglés, se acordó que la traducción refleja el fin textual de la pregunta, por ende, se decidió no realizar cambio alguno a este ítem.

Tabla 23. *Retro traducción de la tercera pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?	Have you been feeling stressed or tense?	Have you been feeling stressed or tense?	Have you been feeling stressed or tense?

Fuente: elaboración propia

En las dos retro traducciones la oración resultante es la misma, además, al realizar la revisión gramatical con la profesional en lengua inglesa, al principio se planteó retirar la palabra “tense”, sin embargo, se concluyó que esta hace parte de la idea principal. Adicionalmente, el tiempo gramatical es correcto, por eso se determinó dejar la frase planteada por los traductores nativos y la frase final no tuvo cambios.

Tabla 24. *Retro traducción de la cuarta pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Se ha estado sintiendo triste?	Have you been feeling sad?	Have you been feeling sad?	Have you been feeling sad?

Fuente: elaboración propia

En ambas traducciones los traductores coinciden en la construcción y sentido de la pregunta. Cuando se analizó la traducción en la reunión con la filóloga de lengua inglesa, se concertó que no se realizaría ninguna modificación a la misma, dado que la pregunta es clara, corta y concisa.

Tabla 25. *Retro traducción de la quinta pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo	Have you been feeling very afraid?	Have you been feeling very afraid?	Have you been feeling panicky?

Fuente: elaboración propia

En esta pregunta ambos traductores concuerdan en toda la frase de la oración, pero al momento del consenso final se dejó la palabra “panicky”, puesto que, a pesar de que es sinónimo de “very afraid”, es una palabra que se utiliza con mayor frecuencia en el Reino Unido. La pregunta final quedó de la siguiente manera: ¿Have you been feeling panicky?

Tabla 26. *Retro traducción de la sexta pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?	Have you felt loss of hope?	Have you been feeling a loss of hope?	Have you been feeling hopeless?

Fuente: elaboración propia

Es claro que para los dos traductores la traducción fue idéntica y textual, pero al realizar la reunión de concertación, la filóloga de lengua inglesa refirió que la traducción estaba muy textual sin evidenciar el contexto, en consecuencia, se adicionó “feeling hopeless”, con el fin de ayudar el

entendimiento por parte de los participantes. Además, dicho término es más común en Reino Unido.

Tabla 27. *Retro traducción de la séptima pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Se ha sentido desorientado (que no sepa dónde se encuentra)?	Have you felt disoriented (not knowing where you are)?	Have you felt disoriented (not knowing where you are)?	Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?

Fuente: elaboración propia

En este caso las dos traducciones son idénticas y no hay cambio alguno en la terminología; sin embargo, al hacer el consenso con la filóloga de lengua inglesa, se concluyó que las palabras “not knowing” tienen un registro más oral y menos escrito, es decir, menos formal en el lenguaje inglés, por esa razón, en la retro traducción se cambió a “not quite” la pregunta final.

Tabla 28. *Retro traducción de la octava pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o escuchado cosas que usted cree que no estaban allí)?	Have you had hallucinations (have you seen or heard things that you think weren't there)?	Have you had hallucinations (have you seen or heard things that you think were not actually there)?	Have you had hallucinations (have you seen or heard things you think were not actually there)?

Fuente: elaboración propia

En su mayoría las dos traducciones son muy similares, si se exceptúa que el traductor número uno termina la oración con “things that you think weren't there)?” y el traductor número dos termina la pregunta con “things that you think were not actually there)?”. Así, al realizar la síntesis con la

filóloga de lengua inglesa, se concluyó que, por el uso de la segunda oración, y debido a que el inglés es en ocasiones expresivo, se requiere el uso de este tipo de adverbios, en ese sentido, la síntesis final de la pregunta debería ser: “Have you had hallucinations (have you seen or heard things you think were not actually there)?”.

Tabla 29. *Retro traducción de la novena pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones
¿Ha sentido que las personas han tratado de lastimarlo/a o de hacerle daño intencionalmente?	Have you felt that people have tried to hurt you or cause you harm intentionally?	Have you felt that people were trying to hurt you or intentionally trying to harm you?	Have you felt that people have tried to hurt or harm you intentionally?

Fuente: elaboración propia

Durante el consenso con la filóloga de lengua inglesa, se observa que el primer traductor conservó el tiempo gramatical de la oración, y el segundo tiene en cuenta un tiempo progresivo. De igual modo, no se encontró ninguna diferencia en cuanto al fin de la pregunta y las dos querían expresar lo mismo, de acuerdo con la población a quien va dirigida. Por último, se escogió la traducción más corta, por lo cual se deja la pregunta de la siguiente manera: “Have you felt that people have tried to hurt or harm you intentionally?”.

Tabla 30. *Retro traducción de la décima pregunta del instrumento*

Instrumento versión en español	Retro traducción 1	Retro traducción 2	Síntesis de las retro traducciones

¿Los recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo, se repiten una y otra vez en su mente?	Are the unpleasant memories of the intensive care unit repeated again and again in your mind?	Are the disagreeable memories from the intensive care unit repeating themselves over and over again in your mind?	Do unpleasant memories of intensive care keep coming into your mind?
--	---	---	--

Fuente: elaboración propia

Durante el consenso realizado, se determinó que la traducción número dos es muy larga, lo cual dificultaría la aceptabilidad del participante al contestar la pregunta (111). Por otro lado, se discutió que la palabra “unpleasant” es más utilizada en el Reino Unido, para realizar más amena la lectura. También se cambió el tiempo gramatical utilizado, un presente continuo por un presente simple, para simplificar la oración sin perder el objetivo de la misma, en síntesis, la oración final quedó así: “Do unpleasant memories of intensive care keep coming into your mind?” (ver Anexo VII).

Una vez obtenido el acuerdo en torno a la retro traducción al idioma inglés, esta fue enviada de vuelta a los autores del instrumento original, con el propósito de solicitar el aval para poder utilizar la escala traducida al español, la cual fue autorizada previamente por el comité ético de cada institución mencionada y por los autores originales de la escala (ver Anexo VIII).

8.3 Etapa V: Prueba de la versión prefinal

La prueba de la versión prefinal del instrumento se realizó con 40 pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de la clínica Clínica Mediláser de Neiva y el Hospital Clínica San Rafael de la ciudad de Bogotá, quienes cumplieron los criterios de inclusión. A continuación, se

describen las variables sociodemográficas de los sujetos evaluados y el análisis de la comprensibilidad de los ítems.

Caracterización de la población

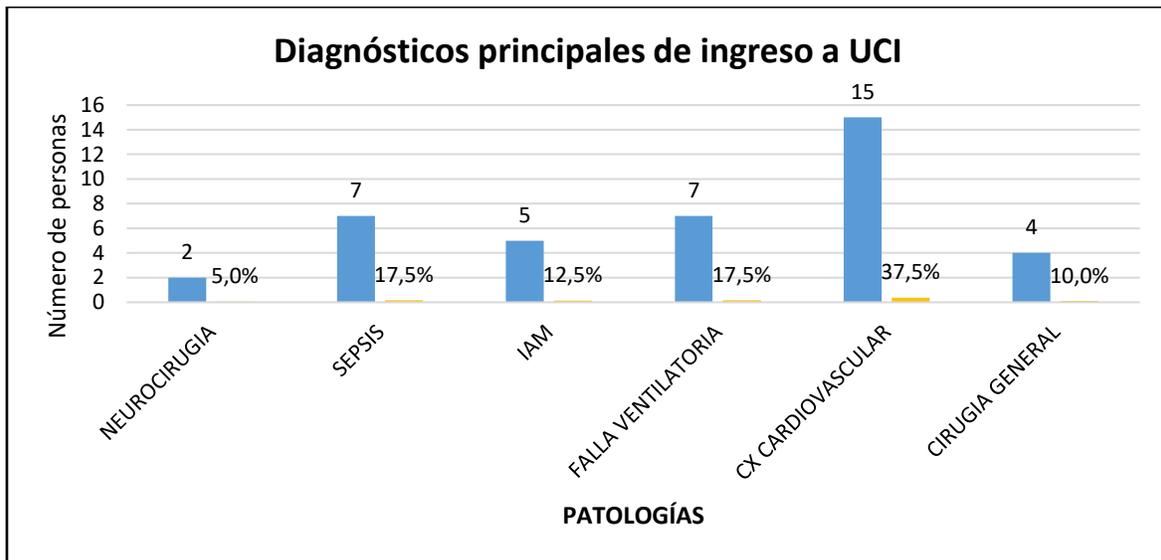


Figura 1. Diagnóstico de ingreso en las UCI

Fuente: elaboración propia

Los diagnósticos principales de ingreso a las unidades de cuidado intensivo, en adultos que participaron en la prueba, fueron en mayor porcentaje postoperatorios de cirugías cardiovasculares (37.5%), falla ventilatoria (17,5%), dada por neumonías complicadas, EPOC sobre infectado y trombo embolismo pulmonar, seguido de sepsis y posoperatorios de cirugía general.

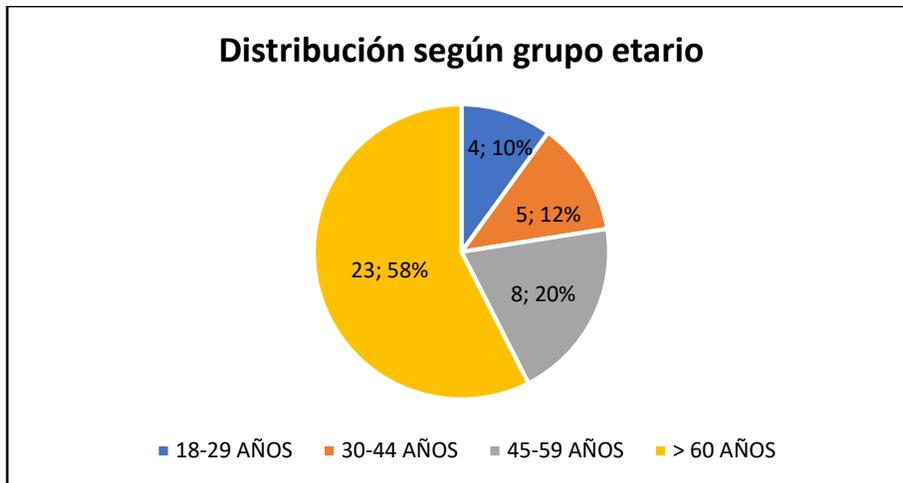


Figura 2. Distribución por grupo etario

Fuente: elaboración propia

De los 40 participantes del estudio, en las unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Bogotá y Neiva, el grupo etario más significativo al momento del ingreso a la UCI fue el de las personas mayores de 60 años con un 58%, seguido por las personas que se encuentran en el rango de edad de 45 a 59 años.

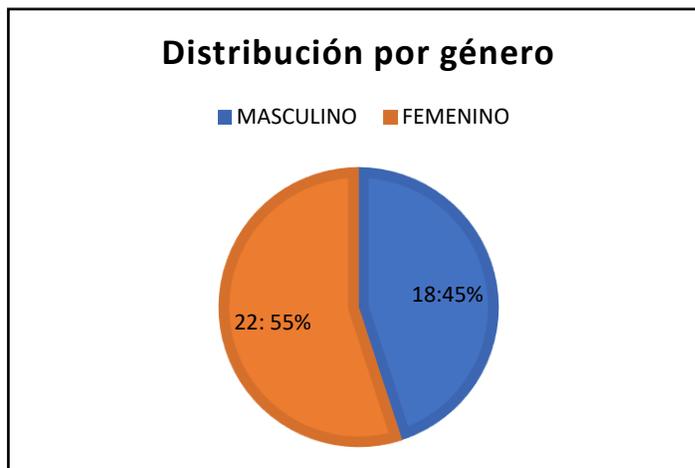


Figura 3. Distribución por género

Fuente: elaboración propia

De las 40 personas con quienes se realizó la prueba de la versión prefinal de la escala IPAT en las unidades de cuidado intensivo, adultos de la ciudad de Bogotá y Neiva, el sexo predominante en el estudio fue el femenino con un total de 22 pacientes, el cual representa un 55% de la muestra.

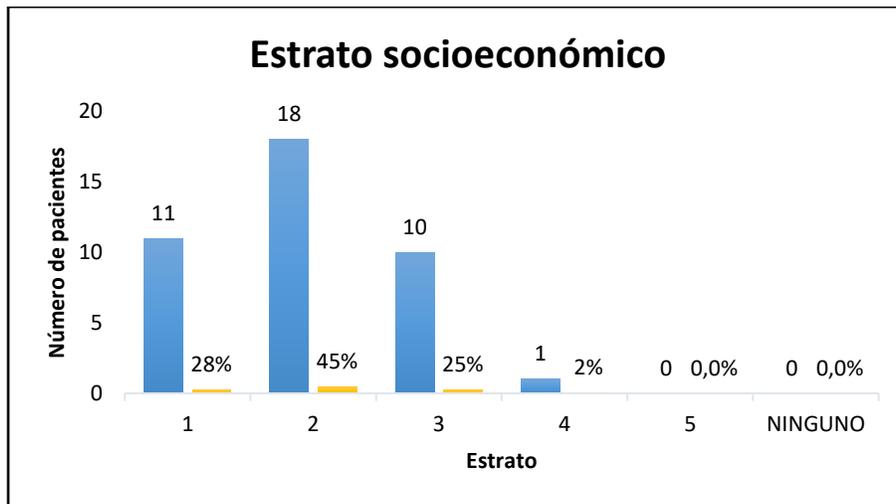


Figura 4. Estrato socioeconómico

Fuente: elaboración propia

Con relación al estrato socioeconómico, se puede evidenciar que el estrato número 2 es el que más prevalece en el total de la población encuestada con un 45%, seguido del estrato número 1 con el 28%, y en tercer lugar aparece el estrato número 3 con un 25%. En conclusión, la mayoría de la población que ingresa a una UCI, para este estudio, corresponde a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, mientras que los estratos 4 y 5 no tuvieron representación importante.

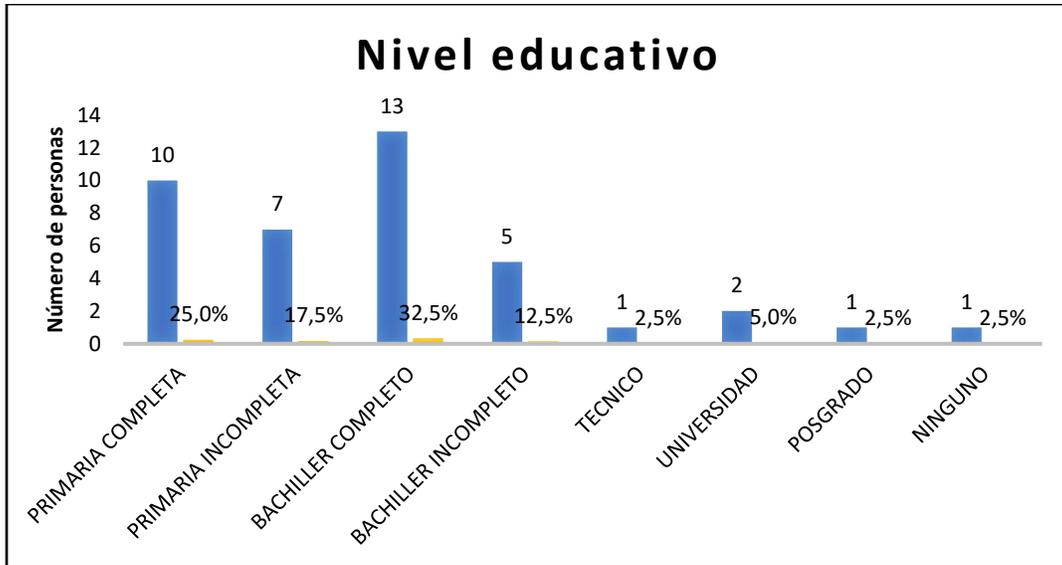


Figura 5. Nivel educativo

Fuente: elaboración propia

El 33% de la población de estudio contaban con bachillerato completo, seguido por el 25% que refieren tener primaria completa.

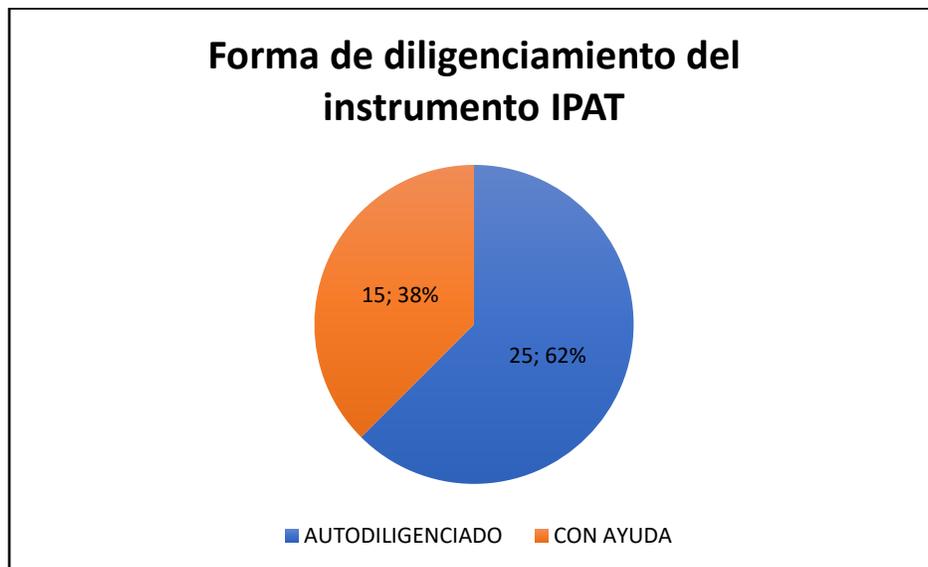


Figura 6. Forma de diligenciamiento

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la forma de diligenciamiento del instrumento IPAT, se evidenció que el 62.5% de las personas encuestadas en este estudio pudieron realizar el diligenciamiento de este instrumento por sus propios medios, y el resto de la población, que fue el 37,5%, requirió de alguna ayuda, debido a factores como desacomodamiento físico y disminución de la agudeza visual, esta ayuda la recibieron por parte de los investigadores y sus familiares.

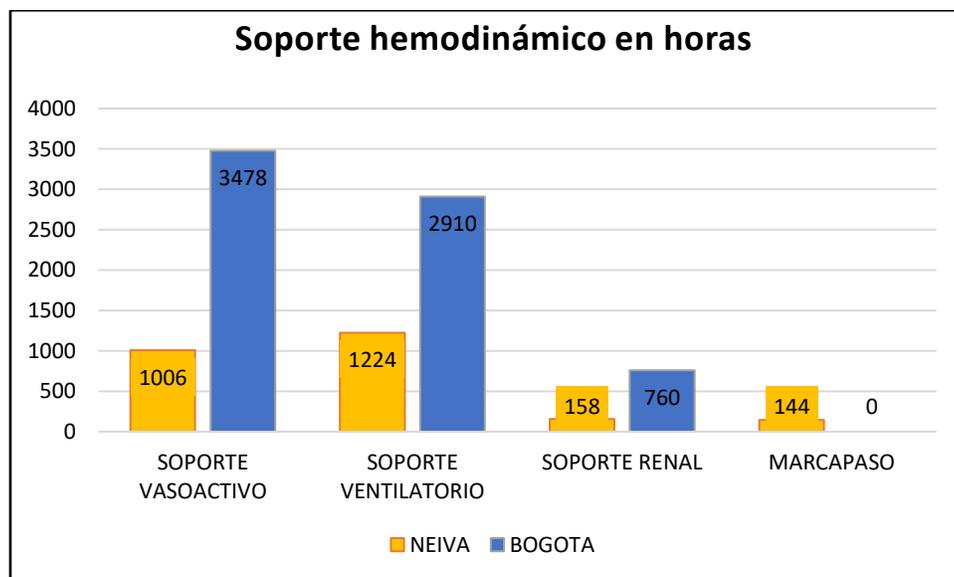


Figura 7. Soporte hemodinámico en UCI

Fuente: elaboración propia

Dentro de los soportes hemodinámicos de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo de las ciudades de Bogotá y Neiva, el soporte vasoactivo se entenderá como cualquier medicamento con actividad vasopresora, vasodilatadora, inotrópica y cronotrópica, y el soporte ventilatorio como el

requerimiento de ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Respecto al soporte renal, en este ítem se identificó la necesidad de terapia de reemplazo renal lento o Inter diaria, y en cuanto al marcapaso, en esta clasificación se colocaron los usuarios que requirieron soporte con dispositivo externo cardiaco.

El soporte más predominante fue el vasoactivo con un total de 3478 horas en la ciudad de Bogotá y 1006 horas en Neiva de los 40 participantes del estudio, un promedio por paciente de 112 horas. Entre los medicamentos más utilizados se encontró noradrenalina, dopamina, dobutamina, levosimendán y nitroglicerina. En segundo lugar, se halló el soporte ventilatorio con un total de 2910 horas en Bogotá y 1224 horas en los participantes de Neiva, con un promedio por paciente de 103 horas, y en tercer lugar el reemplazo renal con un total de 760 horas en Bogotá y en Neiva 158 horas con un promedio de 23 horas por paciente.

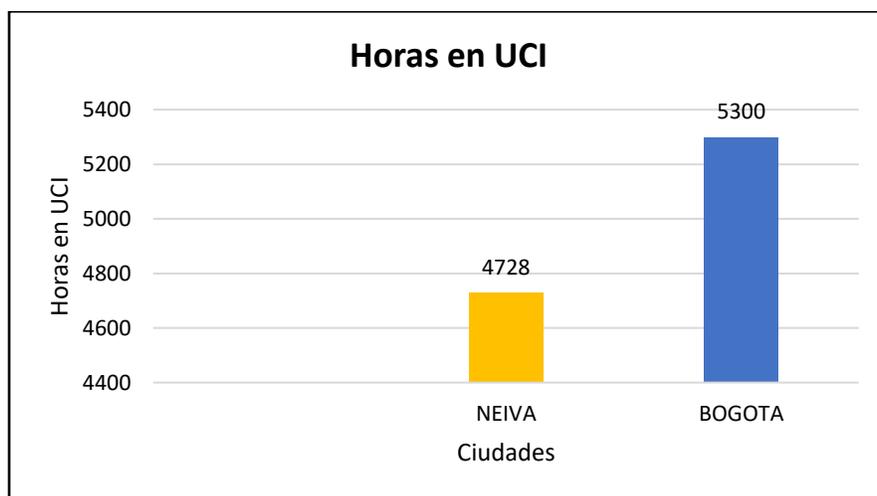
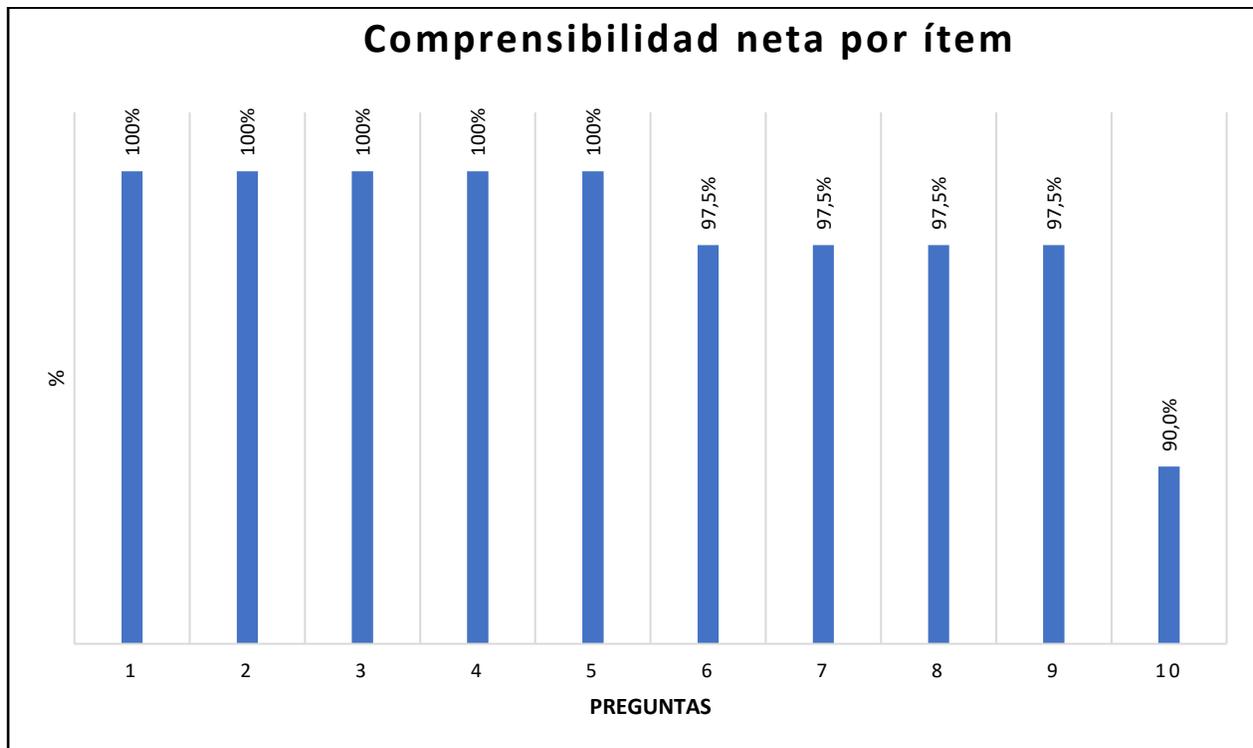


Figura 8. Horas en UCI

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las horas de estancia en UCI, esta figura representa el total de los encuestados en Bogotá y Neiva, donde se obtuvieron un total de 10 028 horas en UCI, de las cuales 5300 horas de

estancia en UCI fueron en Bogotá y 4728 horas en Neiva con un promedio por paciente de 250,7 horas equivalente a 10 días.



Criterios para evaluar la comprensibilidad neta por ítem

> 95%	No requiere ajustes.
90 - 95%	Requiere de ajustes menores.
< o igual 90%	Requiere de ajustes de fondo

Figura 9. Comprensión de preguntas

Fuente: elaboración propia

El cálculo de la comprensibilidad neta por ítem se refiere al grado de comprensión de cada una de las preguntas por parte de los pacientes, este análisis arrojó que las preguntas 1 a la 5 obtuvieron el

100% de comprensibilidad, seguido de las preguntas 6, 7, 8, 9 que tienen un porcentaje de comprensibilidad del 97.5%. Siguiendo los protocolos establecidos en el estudio estas nueve preguntas no requerirán de ajustes en su redacción. Por otro lado, la pregunta 10 obtuvo el 90% de comprensibilidad, por tal motivo esta pregunta deberá ser evaluada y replanteada en busca del entendimiento de la misma. Las razones más comunes de incomprensibilidad que los participantes refirieron fue que la pregunta es larga y que no se puede contestar debido a que ellos todavía siguen en la UCI, por lo tanto y en común acuerdo se realiza un ajuste a la pregunta número 10 dejándola de esta manera: ¿Tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo?, una vez realizado este ajuste y a partir de estos resultados se definió la versión final del instrumento. (Ver Anexo IX)

8.4 Etapa VI: Presentación de documentación a los desarrolladores del instrumento

Teniendo en cuenta los resultados de la adaptación transcultural aplicada a los 40 pacientes de las dos instituciones nombradas anteriormente, la pregunta número 10 de la escala IPAT se reformuló la pregunta y se envió la versión prefinal en idioma español a los autores del instrumento. (ver Anexo X).

9 DISCUSIÓN

La necesidad mundial de contar con instrumentos que permitan detectar alteraciones en el estado de salud de las personas ha permitido que se generen avances en la adaptación de instrumentos, con el fin de asegurar adecuadas características psicométricas en diferentes países y culturas. Para esta investigación se utilizaron las guías de adaptación transcultural de Beatón, las cuales fueron aplicadas en la escala IPAT, teniendo en cuenta la metodología propuesta y las características sociodemográficas de la población de estudio.

Las características sociodemográficas que se pueden apreciar en este estudio corresponden a una muestra de 40 pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo de dos instituciones prestadoras de servicios de salud de las ciudades de Bogotá y Neiva durante un periodo de 2 meses, con quienes se realizó la prueba de la versión prefinal del instrumento como parte del proceso de adaptación transcultural del cuestionario IPAT.

Al respecto, se puede apreciar que el 50% de los participantes presentan alteraciones de tipo cardiovascular, lo cual coincide con el estudio realizado por Quezada Vera y colaboradores, quienes evidencian que las enfermedades respiratorias y cardiovasculares son los diagnósticos más frecuentes en las UCI (112). El estudio Olaechea y col, encontró un 47,1% de enfermedades no coronarias versus el 20% con diagnósticos coronarios, información coherente con los hallazgos en el presente estudio, en donde el mayor porcentaje se presentó en el postoperatorio de cirugía cardiovascular, lo cual se relaciona con los datos encontrados en la literatura (113), además en la revisión realizada por Amador se resalta que el 70% de los pacientes en posoperatorio de cirugía cardiovascular presentan ansiedad relacionada con su estado de salud (114), en el estudio realizado por JiYeon Choi presenta que el diagnóstico de ingreso más común en la UCI se encontraba relacionado con afecciones respiratorias 55%, con un promedio de hospitalización en UCI de 3

semanas, encontrando que hasta los 2 o los 4 meses de egreso de la UCI , las mujeres presentaban valores significativamente altos para depresión y ansiedad (115). Lo cual coincide con el estudio de Betancourt, donde concluyen que los pacientes que presentaron comorbilidades de tipo cardiovascular y respiratorio, alcanzaron mayor puntaje en la escala de ansiedad (116).

En cuanto a la sepsis, según el estudio realizado por Valestegui, refleja que los pacientes que sobreviven a una enfermedad crítica por sepsis con frecuencia sufren cambios psicológicos prolongados, el riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas después del alta de UCI oscila entre el 1 y 62% en forma de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT), los pacientes que sobreviven a la sepsis presentan una menor calidad de vida, solo el 43% de los pacientes volvieron a trabajar al año de sufrir choque séptico y el 33% regresaron a la vida independiente a los 6 meses del alta (117). Por lo tanto, la diversidad de estas condiciones clínicas son factores que pueden predisponer al paciente a desarrollar morbilidad psicológica, lo cual permite fortalecer el proceso de adaptación de la escala IPAT, debido a que se garantiza su aplicación en la población general que requiere hospitalización en la unidad de cuidado intensivo.

En cuanto a la edad de los participantes, se evidencia una mínima de 20 años y máxima de 81 años, con un promedio de 56 años. El 55% de los pacientes de la presente investigación corresponde al sexo femenino, cabe resaltar que el 58% de la población de este estudio perteneció a mayores de 60 años, resultados que se relacionan con el estudio realizado por Badell, el cual evidencio que el 71% de la población que ingreso a la UCI correspondió a los adultos entre 60-74años y el 9% a pacientes mayores de 85 años (118).

En el estudio realizado por Prieto se reportó que el 50% de los adultos mayores de 60 años, que se encontraban hospitalizados tenían depresión, en su mayoría eran mujeres (119). Lo que coincide con el estudio de Calderón quien presenta que, en Latinoamérica los datos de morbilidad

psicológica en el adulto mayor son variados, en México un estudio en población marginal reportó depresión en el 60% de la población, en Perú se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados, en Colombia, un estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en adultos mayores hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó del 49 a 60% de depresión en adultos mayores, especialmente se presenta en mujeres, además el 50% de los pacientes con depresión presentaban también ansiedad (120). Por lo tanto, se puede concluir que, en los pacientes adultos mayores hospitalizados, con frecuencia se presentan alteraciones psicológicas, lo cual puede afectar su calidad de vida.

Por otro lado, el amplio rango de edad de la población adulta incluida en la prueba de la versión prefinal permitió al investigador asegurarse de la claridad de los ítems, facilitando así su comprensión, independientemente de la diversidad de las variables sociodemográficas.

En cuanto al estrato socioeconómico de la población de estudio se puede evidenciar que el 98% corresponde a niveles 1, 2 y 3, lo cual coincide con el estudio realizado por González en la ciudad de Cartagena, donde concluyeron que los estratos socioeconómicos 1-2-3 correspondían al mayor número de ingresos en las UCI con un porcentaje total de 94.5% (30), coincidiendo también con el estudio realizado por Flórez, donde evidenciaron este mismo fenómeno con un porcentaje del 91.2% en los mismos estratos socioeconómicos (35). Según la revisión realizada por Jiménez, los adultos mayores que se encuentran en estratos socioeconómicos bajos presentan mayor prevalencia de morbilidad psicológica durante la hospitalización (121), lo cual coincide con el estudio de Calderón quien menciona que el bajo nivel socioeconómico en el adulto mayor se relaciona con morbilidad psicológica (120). No obstante, también se debe considerar la población objeto de las instituciones prestadoras de salud en Bogotá y Neiva en donde se aplicó el instrumento, puesto que estas son consideradas centros de referencia.

Con relación a la escolaridad de los participantes, se encontró que el 32.5% corresponde a la población con bachillerato completo (entendido como secundaria básica y media), el 25% cuenta con primaria completa y el 10% de la población tiene algún nivel de educación superior, sea técnico, universitario o con postgrado, encontrando estos datos como los más relevantes del estudio IPAT, lo cual se contrasta con las estadísticas del DANE; en Colombia para el año 2018, se matricularon 7 564 343 alumnos en instituciones educativas ubicadas en zonas urbanas, de las cuales el 48% correspondió a básica primaria y el 52% correspondió a secundaria completa (122).

Con relación a la educación superior, se puede apreciar que en los últimos 25 años el acceso ha venido en aumento, pasó del 24% en el año 2000 al 49% al 2015. En el estudio realizado Gil, muestra que a mayor nivel de estudios, mayor percepción de estado de ánimo deprimido (64).

Se podría decir que a pesar de que el acceso a la educación superior ha aumentado, todavía es muy limitado el ingreso, especialmente para los niveles profesionales, lo cual se refleja en la presente investigación por lo tanto no se ve reflejado en este estudio que el nivel de escolaridad se relacione con morbilidad psicológica (123).

La realización de la prueba piloto del instrumento contó con la participación de diferentes estratos socioeconómicos y distintos niveles educativos, y permitió asegurar la comprensibilidad de los ítems de la versión prefinal del documento en español.

El diligenciamiento del instrumento se puede sustentar con el estudio realizado por Enciso Olivera (2016), quien establece que el paciente ingresado a la UCI presenta riesgo de síndrome de desacondicionamiento físico dado por el reposo prolongado, medicamentos y otros factores que provocan atrofia muscular, generando daño en la placa neuromuscular, lo que ocasiona alteraciones metabólicas y sistémicas que le impiden realizar a la persona tareas básicas como escribir (124).

De manera similar, Ocampo concluye que el paciente hospitalizado en unidad de cuidado intensivo presenta consecuencias leves, moderadas o severas de su condición física que degradan su calidad de vida al egreso de esas unidades (125), por lo tanto se puede evidenciar que en la presente investigación el 37.5% de la población requirió de ayuda tanto de los investigadores como de los familiares para diligenciar el instrumento presentado, la mayoría de las veces por el desacondicionamiento físico y la disminución de la agudeza visual.

Por otro lado, la ventilación mecánica, la estancia prolongada en la UCI, las medidas de soporte vital, las múltiples experiencias traumáticas y los recuerdos durante la estadía, son de particular importancia patogénica, para depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Esta morbilidad psicológica a menudo se caracteriza por una persistencia a largo plazo incluso hasta 1 o 2 años después (126).

En el presente estudio los soportes a los diferentes sistemas más predominantes fueron el vasoactivo con un total de 3478 horas en la ciudad de Bogotá y 1006 horas en Neiva y el respiratorio con un total de 2910 horas en Bogotá y 1224 horas en Neiva; lo cual concuerda con los resultados del estudio de Deza y colaboradores, quienes concluyen que la gran mayoría de los usuarios admitidos en la UCI requirieron de medicamentos inotrópicos y vasoactivos ya que ellos son el primer escalón en el tratamiento (127), así mismo, en el estudio de García se evidenció que la mayoría de los usuarios ingresados a este tipo de servicios, requerían ventilación mecánica (128).

El estudio realizado por Rose, resalta que los pacientes con ventilación mecánica prolongada se encuentran en riesgo de morbilidad psicológica debido a la dificultad para comunicarse, la ansiedad y la disnea afectando su calidad de vida, así mismo, al igual que en el estudio realizado por Jubran y sus colaboradores, se encontró que el 42% de los 336 pacientes con ventilación mecánica

invasiva, tenían trastornos depresivos y el 12% cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático (129).

Del mismo modo en el estudio realizado por Wade y colaboradores, de 157 pacientes a quienes se les realizó seguimiento el 55% de los pacientes tenían morbilidad psicológica, el 27.1% tenían TEPT probable; 46.3% depresión y 44.4% ansiedad, así mismo se encontró asociación entre el tiempo de sedación por intubación prolongada y depresión, así mismo asociación entre uso de inotrópicos y vasopresores con ansiedad (3), de la misma manera en la revisión realizada por Gerogianni resalta la relación entre los pacientes con tristeza, ansiedad, depresión y el soporte renal (130).

Con lo anterior se evidencia que la literatura se asemeja al presente estudio, lo que en términos de la adaptación transcultural se traduce, es que los pacientes que han estado en la UCI, y que han recibido cualquier soporte sea vasopresor, respiratorio, renal y asistencia cardiaca externa, pueden contestar el cuestionario siempre y cuando tengan un nivel de conciencia adecuado, es decir con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno (131).

Por último, se puede evidenciar que en la presente investigación se reveló una estancia hospitalaria en UCI de 10 días, la cual presenta cifras superiores de hospitalización por la literatura donde define estancia prolongada mayor a 48 horas de hospitalización. En el estudio realizado por Mora, identifica que los días de permanencia en el hospital se relacionan con el diagnóstico del paciente y en el caso de los pacientes mayores de 65 años con alteración cognitiva (126).

El estudio multiinstitucional realizado en la Universidad Johns Hopkins con 700 personas que habían tenido estancia prolongada en UCI; a los 6 meses de egreso de la UCI, el 36% de los

participantes presento signos de depresión, el 42% ansiedad y el 24% TEPT. A los 12 meses, la prevalencia de estos síntomas fue casi la misma: 36%, 42% y 23% respectivamente (132).

La estancia prolongada en la UCI se relaciona con morbilidad psicológica tanto en el paciente como en el cuidador, además de altos costos y problemas en la eficiencia de la atención de las instituciones (133). Por lo tanto, teniendo en cuenta que para este estudio el mayor porcentaje de la población se encontraban adultos mayores de 60 años, con estancias prolongadas superiores a lo descrito por la literatura, se garantiza la comprensibilidad de los ítems.

El proceso de adaptación transcultural de la escala IPAT dio como resultado un instrumento de 10 ítems, experiencial, conceptual, idiomática y semánticamente equivalentes en el idioma español colombiano, a través de un seguimiento riguroso de los lineamientos establecidos por los referentes teóricos que sustentan dicha metodología.

10 CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las conclusiones principales sobre el alcance obtenido en el presente estudio.

- Se obtuvo la adaptación transcultural de la escala IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*) para el medio colombiano, conservando la equivalencia experiencial, conceptual, idiomática y semántica del instrumento original diseñado en un hospital de Inglaterra.
- Este estudio se convertirá en el punto de partida de nuevas investigaciones para disponer de una escala en el idioma español, la cual pueda ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería para detectar señales de morbilidad psicológica en pacientes que han estado en UCI.

11 UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA O LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación permite disponer de un instrumento adaptado transculturalmente al idioma español, que en el mediano plazo puede ser validado en Colombia y posteriormente aplicado por el profesional de enfermería que se desempeña en las UCI, con el fin de valorar el riesgo de morbilidad psicológica, reduciendo así las repercusiones que los pacientes pueden experimentar tras su hospitalización. Para concluir, esto generará un impacto positivo sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

12 RECOMENDACIONES

De acuerdo con todo lo expuesto, es preciso realizar el proceso de validación facial, de contenido y de constructo del instrumento IPAT en el medio colombiano, con el objetivo de asegurar la disponibilidad del mismo para su aplicación en la práctica clínica.

13 REFERENCIAS

1. Barrera L, Mabel G, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
2. Bernal D, González R. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(2).
3. Wade D, Howell D, Weinman J, Hardy R, Mythen M, Brewin C, et al. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Critical Care*. 2012; 16(5).
4. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, Karaiskos D, Ilias I, Kokras N. Increased comorbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014; 18(1).
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [Online].; 2018 [cited 2018 mayo 10]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es.
6. Estebáñez M. Seguimiento hospitalario de pacientes críticos al alta de una UCI polivalente. [Tesis de grado]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud. [Online].; 2001. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135.

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resultados en ingresos hospitalarios a las Unidades de Cuidado Intensivo UCI, Cuidado Intermedio y Quemados. Bogotá, D.C.: MinSalud; 2015.
9. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS) con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud del Caquetá. Florencia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
- 10 Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: . beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2012; 23(4): p. 179-188.
- 11 Palacios X, Pulido J, Ramos D. Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en . Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2017; 49(2): p. 380-390.
- 12 Kendrick D, Kellezi B, Coupland C, Maula A, Beckett K, Morriss R, et al. Psychological . morbidity and health-related quality of life after injury: multicentre cohort study. *Quality of Life Research*. 2017; 26(5): p. 1233-1250.
- 13 Roa K. Construcción de un instrumento de medición a partir de la "escala de factores . estresantes experimentados por los pacientes en la unidad de cuidados intensivos". [Tesis de grado]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
- 14 Zambrano G, Ferreira J, Lindarte A, Niño C, Ramírez N, Rojas L. Entre la incertidumbre y la . esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*. 2010; 7(1): p. 52-60.

- 15 Szokol J, Vender J. Anxiety, delirium, and pain in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2001; 17(4): p. 821-842.
- 16 Hashmi A, Han J, Demla V. Intensive Care and its Discontents: Psychiatric Illness in the Critically Ill. *Psychiatr Clin North Am.* 2017; 40(3): p. 487-500.
- 17 Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva.* 2007; 31(6).
- 18 Flórez I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, Zambrano D, Reyes Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2011; 11(1): p. 23-39.
- 19 Reyes-Ticas J. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca Virtual en Salud; 2010.
- 20 Universidad de las Américas Puebla. Los Sentimientos. Puebla: Universidad de las Américas Puebla; s.f.
- 21 Hernández N. La sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos. [Tesis de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2018.
- 22 Bohórquez A, Ramírez A, Polentino C, Rodríguez E, Medina M, Zureth M. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio. *Revista Ciencia y Cuidado.* 2011; 8(1): p. 61-69.

- 23 Lindeman Y. Estrés postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en unidad de . cuidados intensivos: revisión de la literatura. Psimonart. 2013; 5(1-2): p. 53-68.
- 24 Prager L, Ivkovic A. Psiquiatría de urgencias Massachusetts General Hospital. Tratado de . Psiquiatría Clínica. ; 88: p. 937-949.
- 25 Basco L, Fariñas S, Hidalgo M. Características del sueño de los pacientes en una unidad de . cuidados intensivos. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 6(2): p. 44-51.
- 26 Garrido A, Camargo Y, Vélez A. Nivel de ruido en la unidad de cuidado intensivo adulto: . Medición, estándares internacionales e implicancias sanitarias. Universidad y Salud. 2015; 17(2): p. 163 - 169.
- 27 Achury D, Delgado A, Ruiz M. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores . del sueño. Investigación en Enfermería. 2013; 15(1): p. 51-63.
- 28 Madrigal M, Forero C, Escobar C. La comunicación, piedra angular en el cuidado de . enfermería. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2013; 15(2): p. 49-63.
- 29 Tejada I. “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una . unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2017; 17(4): p. 380-389.
- 30 González A, Montalvo A, Herrera A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades . de cuidado. Enfermería Global. 2017;(45): p. 266-280.

- 31 Contreras A, Palacios X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del . paciente en UNidad de Cuidados Intensivos (UCI). Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2013; 46(1).
- 32 Santiago E. La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos . Coronarios de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla. [Tesis de grado]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
- 33 Schandl A, Bottai M, Hellgren E, Sundin O, Sackey PV. Developing an early screening . instrument for predicting psychological morbidity after critical illness. Crit Care. 2013; 17(5).
- 34 Téllez D, Castaño J, Henao H. Experiencia de las redes de apoyo familiar de los pacientes . hospitalizados en UCI. Hospitium. 2014.
- 35 Romero E, Flórez I, Montalvo A. Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes . hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo. 2018; 20(1).
- 36 Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DC, et al. Detecting acute . distress and risk of future psychological morbidity in critically ill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool. Crit Care. 2014; 18(5).
- 37 González E, Morales H. Validez de la escala de valoración del dolor en la unidad de cuidados . intensivos de un hospital nacional durante el período 2017. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.

- 38 Davydow D, Katon W, Zatzick D. Psychiatric Morbidity and Functional Impairments in . Survivors of Burns, Traumatic Injuries, and ICU Stays for Other Critical Illnesses: A Review of the Literature. *Int Rev Psychiatry*. 2009; 21(6): p. 531-539.
- 39 Badia M, Trujillano J, Serviá L, Marcha J, Rodríguez A. Cambios en la calidad de vida tras . UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. *Medicina Intensiva*. 2008; 32(5): p. 203-215.
- 40 Warlan H, Howland L. Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive . care unit: importance of nurses' involvement. *Crit Care Nurse*. 2015; 35(3): p. 44-52.
- 41 Aitken LM, Castillo MI, Ullman A, Engström Å, Cunningham K, Rattray J. What is the . relationship between elements of ICU treatment and memories after discharge in adult ICU survivors? *Aust Crit Care*. 2016; 29(1): p. 5-14.
- 42 Adamson H, Elliot D. Quality of life after a critical illness: A review of general ICU studies . 1998–2003. *Australian Critical Care*. 2005; 18(2): p. 50-60.
- 43 Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI. Psychological distress and . delusional memories after critical care: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2010; 57(3): p. 288-296.
- 44 Alonso A. Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las . visitas abiertas en la UCI = Intensive care nursing professional's perspectives about ICU open visits. [Tesis de grado]. León: Escuela UNiversitaria de Ciencias de la Salud; 2018.

- 45 McKinley S, Aitken L, Alison J, King M, Leslie G, Burmeister E, et al. Sleep and other factors . associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Medicine*. 2012; 38(4): p. 627-633.
- 46 Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an . intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1999; 29(4): p. 783-791.
- 47 Kowalczyk M, Nestorowicz A, Fijałkowska A, Kwiatosz-Muc M. Emotional sequelae among . survivors of critical illness: A long-term retrospective study. *European Journal of Anaesthesiology*. 2013; 30(3): p. 111-118.
- 48 Jónasdóttir RJ, Jónsdóttir H, Gudmundsdóttir B, Sigurdsson GH. Psychological recovery after . intensive care: Outcomes of a long-term quasi-experimental study of structured nurse-led follow-up. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2018;(44): p. 59-66.
- 49 Pouwer F, Beekman ATF, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of . depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*. 2006; 60(2): p. 235-240.
- 50 Juan B, Natera S. La familia: Sujeto olvidado como unidad de cuidado en el contexto de la . UCI. *Salud y Administración*. 2015; 2(5): p. 3-9.
- 51 Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. . *Nurs Crit Care*. 2004; 9(2): p. 72-79.
- 52 Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*. . 2005; 11(1): p. 17-24.

- 53 Código Ético del Psicólogo Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2000; 32(1): p. 209-225.
- 54 Williams JC. Nurses' organizational commitment, job satisfaction, and perception of their managers' leadership style as predictors of perception of patient safety culture. Capella University; 2014.
- 55 Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*. 2007; 7(2).
- 56 Carrillo G. Grupos de síntomas en adultos con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía. [Tesis de grado]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
- 57 Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001; 33(5): p. 668-676.
- 58 Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 1981; 30(5): p. 258-263.
- 59 Zolezzi Francis A. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista De Gastroenterología Del Perú*. 2007; 27(2): p. 129-130.
- 60 Urrutia IB, Garrido PS. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista chilena de medicina intensiva*. 2011; 26(1): p. 27-34.

- 61 Fajardo J, Cruz M, Mora Y, Torres L. Facial validation of Nursing Activities Score in three . intensive care units in Bogota, Colombia. *Enfermería Global*. 2017;(45): p. 116-129.
- 62 Bernal D, González R, Rojas I. Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado . intensivo adulto. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018; 9(16).
- 63 Achury-Saldaña DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en . la unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2010; 12(1).
- 64 Gil B. Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. [Tesis . de grado]. Universitat Jaume I ; 2012.
- 65 Parrado D. Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la UCI: una . revisión integrativa. [Tesis de grado]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
- 66 Heras La Calle G, Cruz Martin M, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Revista . Brasileira De Terapia Intensiva*. 2017; 29(1): p. 9-13.
- 67 Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care . Med*. 2014; 42(11): p. 2418-2428.
- 68 Piquero M. Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados . Intensivos. [Tesis de grado]. Universidad de Cantabria; 2017.

- 69 Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM.
. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med.* 2015;
43(5): p. 1121-1129.
- 70 Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical
. illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med.* 2004; 30(3): p. 450-455.
- 71 Real Academia Española. *Diiccionario de la Lengua Española* Madrid: Real Academia
. Española; 1992.
- 72 Tobar E, Parada R. Trastornos del sueño en los pacientes críticos. *Rev Hosp Clín Univ Chile.*
. 2012; 23(1): p. 21-30.
- 73 Iniesta Sánchez J, Martín Lozano R, Carrión Tortosa F, Ruíz Morales MT, Parra Dormal F,
. López Amorós A. Problemas psicológicos en pacientes sometidos a ventilación mecánica.
Enfermería Global. 2002;(1): p. 1-7.
- 74 Amaya Rey McdP, Henao Castaño ÁM. Nursing and patients with delirium: A literature
. review. *Investigación Y Educación En Enfermería.* 2014; 32(1): p. 148-156.
- 75 Von Mühlenbrock F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, von Mühlenbrock C.
. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de
Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2011;
49(4): p. 331-337.

- 76 Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ, et al. Depressive . symptoms after critical illness: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2016; 44(9): p. 1744-1753.
- 77 Costas M, Prado V, Crespo J. Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el . complejo hospitalario de Ferrol. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2017;(107).
- 78 Gutiérrez JJB, Blanco Alvariño AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, . percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global. 2008; 7(1): p. 1-14.
- 79 Valdivia Arce G. Los de adentro y los de afuera: La comunicación en UCI. Revista peruana, . Humanizando la vida y la salud. 2014;(25).
- 80 De Castro ES. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario . de Barranquilla. Avances en Enfermería. 2015; 33(3): p. 381-390.
- 81 Romero de San Pío E, González Sánchez S, Romero San Pío M. Estrés y ansiedad en el entorno . de cuidados intensivos. 2014; 8(3).
- 82 Harvey MA, Davidson JE. Postintensive care syndrome: right care, right now... and later. Crit . Care Med. 2016; 44(2): p. 381-385.
- 83 Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados . en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de psicopatología y psicología clínica. 2013; 18(2): p. 129-138.

- 84 Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU—patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22(3): p. 167-180.
- 85 Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015; 12(3): p. 134-143.
- 86 Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2015; 31(2): p. 494-503.
- 87 Valdés C, Morales-Reyes I, Pérez JC, Medellín A, Rojas G, Krause M. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de Chile*. 2017; 145(8): p. 1005-1012.
- 88 Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*. 2003; 14(3): p. 249-280.
- 89 Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista médica de Chile*. 2019; 147(1): p. 53-60.
- 90 Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2012; 50(1): p. 10-22.

- 91 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166(10): p. 1092-1097.
- 92 Jordan P, Shedden-Mora MC, Löwe B. Psychometric analysis of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory. *PloS one.* 2017; 12(8).
- 93 Foa, Cashman, Jaycox, & Perry. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). PTSD: National Center for PTSD. US Department of Veterans Affairs; 2018.
- 94 Sanz J. Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica. Inventario de Ansiedad de Beck. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; s.f.
- 95 Crespo M, Gómez M. Development and validation of the Global Assessment of Post-traumatic Stress scale. *Journal of Victimology.* 2015; 1(2): p. 55-71.
- 96 Arrieta A. Percepción de enfermedad y de cuidados recibidos por el paciente crónico. Universidad Pública de Navarra; 2017.
- 97 Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S. Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing.* 2017; 4(1).
- 98 Del Río F, Santamaría F, Cabello M, Vela J. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica.* 2018; 17(1): p. 1-10.

- 99 González-Forteza C, Wagner Echeagaray FA, Jiménez Tapia A. Escala de Depresión del . Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Ment.* 2012; 35(1).
- 10 Villalobos-Galvis FH, Ortiz-Delgado L. Características psicométricas de la escala CES-D en 0. adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en psicología latinoamericana.* 2012; 30(2): p. 328-340.
- 10 Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhub RÁ, Quarantini LC. The confusion assessment method 1. for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Clinical care.* 2012; 16(4).
- 10 Miranda F, Arevalo-Rodriguez I, Díaz G, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, et al.. Confusion 2. Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;(9).
- 10 García-Molina P, Balaguer-López E, Verdú J, García F. Adaptación transcultural y validación 3. de instrumentos de medida. *Investigación y Cuidados.* 2014.
- 10 Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sánza Á. ¿Cómo validar un instrumento de 4. medida de la salud?. *Anales del sistema sanitario de Navarra.* 2011; 34(1).
- 10 Escobar M. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. 5. *Enfermería clínica.* 2004; 14(2): p. 102-106.

- 10 Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: 6. segunda edición. *Psicothema*. 2013; 25(2): p. 151-157.
- 10 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-7. cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24): p. 3186-3191.
- 10 Salamanca L, Naranjo M, González A. Traducción al español del cuestionario para diagnóstico 8. de trastorno del desarrollo de la coordinación. *Revista Ciencias de la Salud*. 2012; 10(2): p. 31-42.
- 10 Calvo JM, Pedraza RS, Solano D. Traducción y adaptación de la escala SQLS para medir 9. calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. *Rfm*. 2012; 60(2).
- 11 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª edición. [Online].; 2018. 0. Available from: <http://www.rae.es/rae.html>.
- 11 Martín Arribas M. Diseño y Validación de Cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004; 5(17): p. 1. 23-29.
- 11 Quezada S, Rojas D, Chavarro D, Riaño I. Mortalidad en pacientes mayores de 65 años 2. ingresados en Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Ignacio en el 2014. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2019; 19(2): p. 61-68.
- 11 Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de 3. pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Medicina Intensiva*. 2015; 39(5): p. 279-289.

- 11 Castillero Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. Avances en psicología latinoamericana. 2010; 25(1): p. 52-63.
- 11 Choi J, Tate JA, Rogers MA, Donahoe MP, Hoffman LA. Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. Heart & Lung. 2016; 45(2): p. 140-146.
- 11 Cardozo R, Betancourt L, Medina M, Sirit I. Niveles de ansiedad en pacientes durante la evaluación preanestésica para cirugía electiva. Valencia, Venezuela. Mayo-Agosto 2016. Vitae: Academia Biomédica Digital. 2018;(73): p. 1-10.
- 11 Almache W, Velasteguí J. Severidad de las disfunciones orgánicas como predictores de síndrome post-cuidado intensivo a 90 días, en sobrevivientes a la sepsis del Hospital Carlos Andrade Marín, en el periodo de junio de 2018 a junio de 2019 [tesis de grado]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019.
- 11 Barragán-Becerra J, Moreno-Mojica C, Hernández-Bernal N. Nivel de independencia funcional tras el alta de cuidados intensivos. Medicina interna de México. 2018; 34(5): p. 683-691.
- 11 Prieto S, Villanueva E, Arias N, Jiménez C. Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. Medicina Interna de México. 2016;(4): p. 388-395.
- 12 Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. 2018; 29(3): p. 182-191.

- 12 Jiménez M, Gálvez N, Esteban R. Depresión y ansiedad. Tratado de GERIATRÍA para
1. residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2010;; p. 243-249.
- 12 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Educación Formal (EDUC). Bogotá,
2. D.C.: DANE; 2018.
- 12 Melo-Becerra L, RFJ, Hernández-Santamaría P. La educación superior en Colombia: situación
3. actual y análisis de eficiencia. Revista Desarrollo y sociedad. 2017;(78): p. 59-111.
- 12 Enciso C, Galvis J, De la Torre E, Devia A, Camargo D. Efectos cardiovasculares de un
4. protocolo de reacondicionamiento físico en pacientes críticos de tres centros asistenciales en
Bogotá, Colombia. Revista Médica UIS. 2016; 29(2).
- 12 Ocampo J, Reyes C. Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos
5. hospitalizados. Revista Médica de Risaralda. 2016; 22(1).
- 12 Kapfhammer H. Depressive, Angst-und posttraumatische Belastungsstörungen als
6. Konsequenzen intensivmedizinischer Behandlung. Nervenarzt. 2016; 87(3): p. 253-263.
- 12 Deza E. Importancia de los cuidados de enfermería en la administración de los medicamentos
7. inotrópicos y vasoactivos en la unidad de cuidados intensivos puno. [Tesis de grado]. Puno,
Perú: Universidad Nacional del Altiplano ; 2019.
- 12 García A, Leal O, Martínez Y, Sanabria O, Coca J. Morbi - mortalidad del paciente adulto
8. mayor en una sala de cuidados intensivos. Revista Cubana de Medicina Militar. 2015; 44(4).

- 12 Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014; 30(3): p. 145-151.
- 13 Gerogianni SK, Babatsikou FP. Psychological aspects in chronic renal failure. *Health science journal*. 2014; 8(2): p. 205-214.
- 13 Padilla-Zambrano HS, Ramos-Villegas Y, de Jesús Manjarrez-Sulbaran J, Pereira-Cabeza J, Pájaro-Mojica RA, Andrade-López A, et al.. Coma y alteraciones del estado de conciencia: revisión y enfoque para el médico de urgencias. *Rev.Chil.Neurocirugía*. ; 44: p. 89-97.
- 13 Hopkings J. Patients at High Risk for Psychiatric Symptoms After a Stay in the Intensive Care Unit. [Online].; 2016. Available from: https://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/patients_at_high_risk_for_psychiatric_symptoms_after_a_stay_in_the_intensive_care_unit.
- 13 Mora S, Barreto C, García L. Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá DC Colombia. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2015; 24(4): p. 284-293.
- 13 Carrera L, Aizpitarte E, Zugazagoitia N, Goñi R. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2018; 29(2): p. 53-63.
- 13 Sanz J, Gutiérrez S, García-Vera MP. Propiedades psicométricas de la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): una revisión. *Ansiedad y estrés*. 2014; 20(1).

- 13 Polit D, Hungler B, Paacios Martínez R, Feher de la Torre G. Investigación científica en ciencias de la salud México: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
- 13 Cerón L, Pratz M. Caracterización de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos adultos. Jóvenes en la Ciencia. 2018; 4(1): p. 328-333.
- 13 Prieto AM, Torres IF, Massa ER. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. Avances en Enfermería. 2018; 36(3): p. 283-291.
- 13 Ferretti-Rebustini REL, Nogueira LS, Silva RCG, Poveda VB, Machado SP, Oliveira EM, et al. Aging as a predictor of nursing workload in intensive care unit: results from a Brazilian Sample. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51.
- 14 Hernández A, Camargo M, Fátima O, Zandonani G, Hernández M. Características epidemiológicas y causas de muerte en pacientes internados en terapia intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016; 69(2).
- 14 Torres G, Toctaquiza G, García G. Trauma Cráneo-encefálico Grave en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Andrade Marín. Rev Med HJCA. 2016; 8(2): p. 161-164.

14 ANEXOS

Anexo I. Instrumento intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT): Escala original

Date and time: _____ Patient's hospital number: _____
 Patient's name: _____

Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT)
© University College London Hospitals NHS Foundation Trust

I would like to ask you some questions about your stay in Intensive care, and how you've been feeling in yourself. These feelings can be an important part of your recovery. To answer, please circle the answer that is closest to how you feel, or answer in any way you are able to (e.g. by speaking or pointing.)

	Since you've been in intensive care:	A	B	C
1	Has it been hard to communicate?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
2	Has it been difficult to sleep?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
3	Have you been feeling tense?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
4	Have you been feeling sad?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
5	Have you been feeling panicky?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
6	Have you been feeling hopeless?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
7	Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
8	Have you had hallucinations (seen or heard things you suspect were not really there)?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
9	Have you felt that people were <i>deliberately</i> trying to harm or hurt you?	No	Yes, a bit	Yes, a lot
10	Do upsetting memories of intensive care keep coming into your mind?	No	Yes, a bit	Yes, a lot

Do you have any comments to add in relation to any of the answers?

SCORING

Any answer in column A = 0 points
 Any answer in column B = 1 point
 Any answer in column C = 2 points

Sum up the scores of each item for a total I-PAT score out of 20
 Cut-off point ≥ 7 - indicates patient at risk

Anexo II. Solicitud de autorización para uso de Tabla IPAT (*Intensive Care Psychological Assessment Tool*)

Bogotá D.C., April of 2018

Dr.
Dorothy M Wade
Chartered Health Psychologist
Critical Care Department
University College Hospital

Subject: Authorization for the use of scale Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT)

Doctor receive a cordial greeting. Laura Estefania Buitrago and Jhon Fernando Martínez, we are students of the Master of Care critical nursing of the Pontificia Universidad Javeriana in Bogotá - Colombia headquarters. As degree are interested in conducting cross-cultural adaptation and validation of the scale IPAT in the Spanish language, reason why, we respectfully request you the authorization for the use of the scale.

Thank you for your attention and cooperation,
We are attentive to the response

AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA TABLA IPAT (Intensive Care Psychological Assessment Tool)

Dear Jhon, that would be wonderful. If you google my webpage at UCLH there is a link to questionnaire there. Only thing we ask is that you use version with UCLH copyright sign on, let me know how you get on, bw **Dorothy**

...

From: Jhon Fernando Martinez Ceballos <martinezc-jhon@javeriana.edu.co>
Sent: 07 April 2018 21:19:18
To: WADE, Dorothy (UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITALS NHS FOUNDATION TRUST)
Cc: Laura Estefania Buitrago Velandia; Jhon Fernando Martinez Ceballos; Luisa Fernanda Achury Beltrán
Subject: authorization request

Anexo III. Autorización comité de ética Hospital Universitario Clínica San Rafael.



**Hospital Universitario
Clínica San Rafael**

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bogotá, 1 de Marzo de 2019 CEI-013-2019

Investigadores
Laura Estefanía Buitrago Velandía, John Fernando Martínez Ceballos.
Hospital Universitario Clínica San Rafael

ADAPTACION TRANSCULTURAL DE LA ESCALA IPAT (INTENSIVE CARE PSYCHOLOGICAL ASSESMENTE TOOL) EN BOGOTA Y NEIVA.

Respetados Investigadores:

Cordialmente le informamos que en sesión realizada el **15 de Febrero de 2019** y de acuerdo al **acta # 2 de 2019**, el Comité de Ética de la Investigación (CEI) estando presentes el Dr. Calos Augusto Yepes Cortés (Presidente), la Dra. Edith Rocio Morales (Secretaria), la Dra. Lina Soledad Garzón (miembro Científico), el Dr. Edwin Leonardo Rojas (Miembro Científico), el Dr. Javier Cristo Colmenares (Miembro Científico), la Dra. Johana Arteaga Sierra (Miembro Científico) y la Dra. María Fernanda Pérez (Suplente Representante de la comunidad); revisó la siguiente información:

Los investigadores presentan respuesta a cada una de las sugerencias realizadas por este CEI en carta CEI-221-2018, así:

- En el consentimiento informado de los participantes se incluyó el parentesco de los 2 testigos y la dirección de residencia de los testigos.
- Se retiró Consentimiento informado para los traductores y se anexa acuerdo de confidencialidad para los traductores certificados que participarán en la traducción de la escala IPAT
- Se anexó copia de acta de aprobación del Comité Nacional Científico de Ética e Investigación de la clínica Medilaser S.A., de Neiva, correspondiente al investigador Jhon Fernando Martínez.

Decisión: Una vez aclaradas las dudas, el Comité de Ética de la Investigación (CEI) **APRUEBA** el protocolo listado arriba y su consentimiento informado porque considera que es un estudio factible, bien fundamentado en su marco teórico y viable desde el punto de vista ético. Es un estudio pertinente principalmente porque va a brindar una escala adaptada al idioma español para detectar alteraciones psicológicas de los pacientes que se encuentran en la UCI, lo cual podrá impactar en la disminución de la morbilidad psicológica del paciente hospitalizado en UCI.

De acuerdo al numeral 9.1.3 del "Protocolo de Recepción de Proyectos de Investigación y otros documentos EI-PT-06" (disponible en la intranet), el CEI solicita se envíe un informe de cierre o conclusión de la investigación, tan pronto como se haya completado la obtención de los datos y el análisis de los mismos.

El CEI se permite observar que HC es un documento **privado**, con carácter de **reservado**, por lo tanto, el uso autorizado por el CEI se enfoca en la obtención de datos para el caso del estudio de la referencia y el compromiso de los investigadores es a no divulgar fuera del área de esta investigación la información obtenida. Se resalta el compromiso de seguir las normas internacionales de protección de datos respetando la integridad del paciente manteniendo la información anónima.

El CEI enfatiza en la necesidad de la retroalimentación de los resultados internamente con el Departamento antes de cualquier publicación de los resultados del estudio.

El Comité de ética de la Investigación (CEI) del Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), es una organización independiente, autónoma para deliberar y decidir sobre las implicaciones bioéticas de los estudios de Investigación. El CEI fue formalizado en la Resolución Normativa 179 de 2009 firmada por el Director General del HUCSR el 17Nov2009, la cual fue modificada de acuerdo a Circular Normativa 056 de 2017 firmada por el Director General del HUCSR el 10Ago2017.

**INTEGRANTES
COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN**

CARLOS AUGUSTO YEPES
EPIDEMIOLOGO
PRESIDENTE

EDITH ROCÍO MORALES BARRETO
BIOÉTICISTA
SECRETARIA

LINA SOLEDAD GÁRZON PULIDO
GINECÓLOGA
MIEMBRO CIENTÍFICO

JOHANA ARTEAGA SIERRA
QUIMICA FARMACEUTICA
MIEMBRO CIENTÍFICO

JAVIER CRISTO COLMENARES
MEDICO PEDIATRA
ESP. EN NEONATOLOGIA
MIEMBRO CIENTÍFICO

MARIA CRISTINA GENEY MONTES
GINECÓLOGA
MIEMBRO CIENTÍFICO

EDWIN LEONARDO ROJAS
CIRUJANO PLÁSTICO
MIEMBRO CIENTÍFICO

JAIIME MIGUEL PANTOJA RODRIGUEZ
ABOGADO
REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD

MARIA FERNANDA PEREZ SALAZAR
ABOGADO - REPRESENTANTE DE LA
COMUNIDAD
MIEMBRO SUPLENTE

*Estatutos Artículo 14. Quórum
Deliberatorio. "El CEI podrá sesionar,
deliberar y decidir, cuando esté
presente la mitad más uno de la
totalidad de los miembros con voz y
voto"*

Carreña 8 No. 17 – 45 Sur Piso 8 - 3282300 Ext. 2185
Bogotá D C, Colombia



Hospital Universitario Clínica San Rafael

En alianza con

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité de ética de la Investigación (CEI) del Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), es una organización independiente, autónoma para deliberar y decidir sobre las implicaciones bioéticas de los estudios de investigación. El CEI fue formalizado en la Resolución Normativa 179 de 2009 firmada por el Director General del HUCSR el 17 Nov 2009, la cual fue modificada de acuerdo a Circular Normativa 056 de 2017 firmada por el Director General del HUCSR el 10 Ago 2017.

INTEGRANTES COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

CARLOS AUGUSTO YEPES
EPIDEMIOLOGO
PRESIDENTE

EDITH ROCÍO MORALES BARRETO
BIOÉTICISTA
SECRETARIA

LINA SOLEDAD GÁRZON PULIDO
GINECÓLOGA
MIEMBRO CIENTÍFICO

JOHANA ARTEAGA SIERRA
QUÍMICA FARMACÉUTICA
MIEMBRO CIENTÍFICO

JAVIER CRISTO COLMENARES
MÉDICO PEDIATRA
ESP. EN NEONATOLOGÍA
MIEMBRO CIENTÍFICO

MARIA CRISTINA GENEY MONTES
GINECÓLOGA
MIEMBRO CIENTÍFICO

EDWIN LEONARDO ROJAS
CIRUJANO PLÁSTICO
MIEMBRO CIENTÍFICO

JAIME MIGUEL PANTOJA RODRIGUEZ
ABOGADO
REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD

MARIA FERNANDA PEREZ SALAZAR
ABOGADO - REPRESENTANTE DE LA
COMUNIDAD
MIEMBRO SUPLENTE

**Estatutos Artículo 14. Quórum
Deliberatorio.** "El CEI podrá sesionar,
deliberar y decidir, cuando esté
presente la mitad más uno de la
totalidad de los miembros con voz y
voto"

Se anexa Consentimiento Informado y Acuerdo de Confidencialidad aprobados con firma y sello del CEI, para su utilización con los participantes y los traductores certificados respectivamente.

Lo anterior se emite dentro del marco del análisis del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Clínica San Rafael; el cual se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del Ministerio de Protección social. Igualmente se siguen las normas contempladas en la declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013) y de la Conferencia Mundial de Armonización para las Buenas Prácticas Clínicas.

Cordial Saludo,

Hospital Universitario Clínica San Rafael
COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN

Carlos Augusto Yepes Cortés

Presidente Comité de Ética de la Investigación

considera sin riesgo para las personas que participan, la investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

3. El Comité Nacional Científico de Ética e Investigación considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El Comité Nacional Científico de Ética e Investigación asignará un usuario para la recolección de la información solicitada, su uso será de exclusiva responsabilidad del investigador principal.
5. El área habilitada para la recolección de la información será el aula virtual ubicada en el cuarto piso de la torre principal de la Clínica.
6. El Comité Nacional Científico de Ética e Investigación por unanimidad avala el desarrollo de la investigación.
7. Atendiendo a lo anteriormente mencionado, el Investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de bioética e investigación de la institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Comunicar cualquier situación imprevista que considera que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva y/o importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador principal se compromete a entregar informes escrito trimestrales respecto a los avances y estado de la investigación.
 - f. El investigador se compromete a que una vez terminado su proyecto realizar retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.

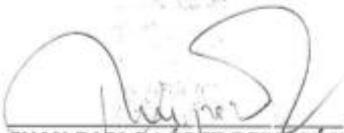
- g. El informe final de la investigación se debe entregar al comité en un plazo máximo de un mes después de finalizada la investigación.
- h. Si el producto final es un artículo publicado en una revista indexada, se debe referir al Grupo de Investigación Clínica Medilaser como afiliación y entidad participante, patrocinadora de la investigación.
- i. El comité puede ser convocado de manera extraordinaria para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

En constancia a lo anteriormente expuesto se firma la presente Acta a los 16 días del mes de Enero de 2019, por medio de la cual se aceptan las condiciones mencionadas por el Comité Científico de Ética e Investigación de la Clínica Medilaser Neiva.



Jhon Fernando Martínez C.
ENFERMERO
UDEC - USCO
C.C. 11 227 898

JHON FERNANDO MARTÍNEZ
Investigador Principal



JUAN PABLO LÓPEZ REBELÓN
Presidente Comité Científico de Ética
e Investigación

Anexo V. Modelo consentimiento informado para los participantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES EN LA ADAPTACION DE ESCALA IPAT (intensive care psychological assessment tool) PROGRAMA DE MAESTRIA ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO

Título del Estudio: Adaptación transcultural de la escala IPAT (intensive care psychological assessment tool) en Bogotá y Neiva.

Investigadores: Laura Estefanía Buitrago Velandía. Estudiante de Maestría Enfermería en Cuidado Critico, Universidad Pontificia Javeriana, sede Bogotá Y Jhon Fernando Martínez Ceballos. Estudiante de Maestría Enfermería en Cuidado Critico, Universidad Pontificia Javeriana, sede Bogotá.

Objetivo Del Estudio: Determinar la versión equivalente y valida de la escala IPAT (Intensive Care Psychological Assessment Tool), para el medio colombiano.

Lo invitamos a participar en la investigación mencionada. Antes de que usted tome la decisión de participar es necesario que lea cuidadosamente la información aquí contenida con el fin de que conozca cómo se desarrollará la investigación y cuál es su finalidad. Si tiene alguna duda, puede manifestarla a las personas encargadas del estudio. El beneficio a corto plazo de participar en este estudio no va más allá de expresar su juicio para tomar decisiones frente al cuidado de la salud en pacientes críticamente enfermas.

Los beneficios a largo plazo incluyen los conocimientos que se pueden generar en esta investigación y apoya al personal de enfermería en fortalecer el cuidado de pacientes en estas condiciones críticas. Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Por su participación en esta investigación usted no recibirá ningún tipo de remuneración económica. Su participación consiste en leer y diligenciar el formato para la evaluación del instrumento IPAT "Herramienta de evaluación Psicológica en Cuidados intensivos" el cual consta de 10 preguntas para responder en una escala con opciones de respuestas. La duración de su participación es aproximada de 10 minutos. El instrumento y el diligenciamiento serán explicados por el investigador.

La información del estudio se manejará a través del número consecutivo interno de la base de datos para evitar riesgo de identidad de los participantes, por lo cual, se garantiza el anonimato e identidad, la información personal no será publicada antes, durante y después de terminado el estudio. Toda la información del estudio será recopilada por el investigador y no será compartida con nadie sin su previa autorización.

Los resultados de este estudio serán conocidos por usted, antes de ser publicados en una revista especializada. Además, el investigador protegerá los formatos en un lugar seguro por un tiempo aproximado de 1 año y después se eliminarán.

Este estudio tiene el aval del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Javeriana de Colombia. Los datos de contactos de los investigadores están a su disposición. Email: laura-buitrago@javeriana.edu.co, Número celular: 3209638163, martinezc-jhon@javeriana.edu.co, Número celular: 3118416795;. Estas personas serán quienes tomarán la información y brindara el instrumento para su diligenciamiento, ofreciendo comodidad y privacidad.

Yo _____ He leído y entiendo el contenido del consentimiento informado y he podido hablar sobre mi participación en el estudio con los investigadores, Laura Estefanía Buitrago, Jhon Fernando Martínez Ceballos Velandía. He recibido suficiente información sobre el estudio, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones. Por tanto, voluntariamente, doy consentimiento para participar en este estudio.

Firma de la persona participante

Fecha

Firma de testigo _____

Fecha

Firma de testigo _____

Fecha



Scanned with
CamScanner

Anexo III. Consenso de la traducción en español

Fecha y hora: _____ Numero de historia clínica del paciente: _____
 Nombre del paciente: _____

Instrumento para la evaluación psicológica de pacientes en cuidados intensivos
 © University College London Hospitals NHS Foundation Trust

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidado intensivo y sobre cómo usted se ha sentido. Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta más apropiada, o responda de la manera de que le sea posible (ejemplo: hablando o señalando).

	Durante su permanencia en la unidad de cuidado intensivo:	A	B	C
1	¿Ha sido difícil para usted comunicarse o que le entiendan?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
2	¿Ha tenido dificultades para dormir?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
3	¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
4	¿Se ha estado sintiendo triste?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
5	¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
6	¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
7	¿Se ha sentido desorientado (que no sepa donde se encuentra)?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
8	¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o escuchado cosas que usted cree que no estaban allí)?	No	Si, un poco	Si, bastante
9	¿Ha sentido que las personas han tratado de lastimarlo(a) o de hacerlo daño intencionalmente?	No	Si, un poco	Si, bastante
10	¿Tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo?	No	Si, un poco	Si, bastante

¿Tiene algún comentario adicional con respecto a alguna de las respuestas?

PUNTAJE:
 Cualquier respuesta en la columna A= 0 puntos
 Cualquier respuesta en la columna B= 1 punto
 Cualquier respuesta en la columna C= 2 puntos

Sume el puntaje de cada uno de los ítems para obtener un puntaje. El puntaje máximo es de 20.
 Un puntaje > o igual a 7, indica un (a) paciente con riesgo.

Anexo IIII. Consenso de la retro traducción

Date and time: _____

Patient's hospital number: _____

Patient's name: _____

Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT) © University College London Hospitals NHS Foundation Trust

I would like to ask you some questions about your stay in the intensive care unit and how you have felt. These feelings may play a key role in your recovery. To answer, please circle the most suitable response, or answer the way you feel more comfortable (for example, by speaking or pointing.)

	During your stay in the intensive care unit:	A	B	C
1	Has it been difficult for you to communicate or be understood?	No	Just a little	Quite, a lot
2	Have you had difficulty sleeping?	No	Just a little	Quite, a lot
3	Have you been feeling stressed or tense?	No	Just a little	Quite, a lot
4	Have you been feeling sad?	No	Just a little	Quite, a lot
5	Have you been feeling panicky?	No	Just a little	Quite, a lot
6	Have you been feeling hopeless?	No	Just a little	Quite, a lot
7	Have you felt disorientated (not quite sure where you are)?	No	Just a little	Quite, a lot
8	Have you had hallucinations (have you seen or heard things you think were not actually there)?	No	Just a little	Quite, a lot
9	Have you felt that people have tried to hurt or harm you intentionally?	No	Just a little	Quite, a lot
10	Do unpleasant memories of intensive care keep coming into your mind?	No	Just a little	Quite, a lot

Do you have any additional comments regarding any of the answers?

SCORE

Any answer in column A = 0 points

Any answer in column B = 1 point

Any answer in column C = 2 points

Add the scores of each item to obtain the total result, being 20 the maximum score.

Cut-off point ≥ 7 indicates patient at risk.

Anexo IVII. Autorización para utilizar el instrumento adaptado en Colombia

Bogotá D.C. Colombia.

June, 2019

Dr. Dorothy M Wade
Chartered Health Psychologist
Critical Care Department
University College Hospital

Subject: Transcultural adaptation of the IPAT

Dear Dr. Wade:

We are writing you this letter –mainly- to thank you for your support and help throughout this process which, for us, is very important.

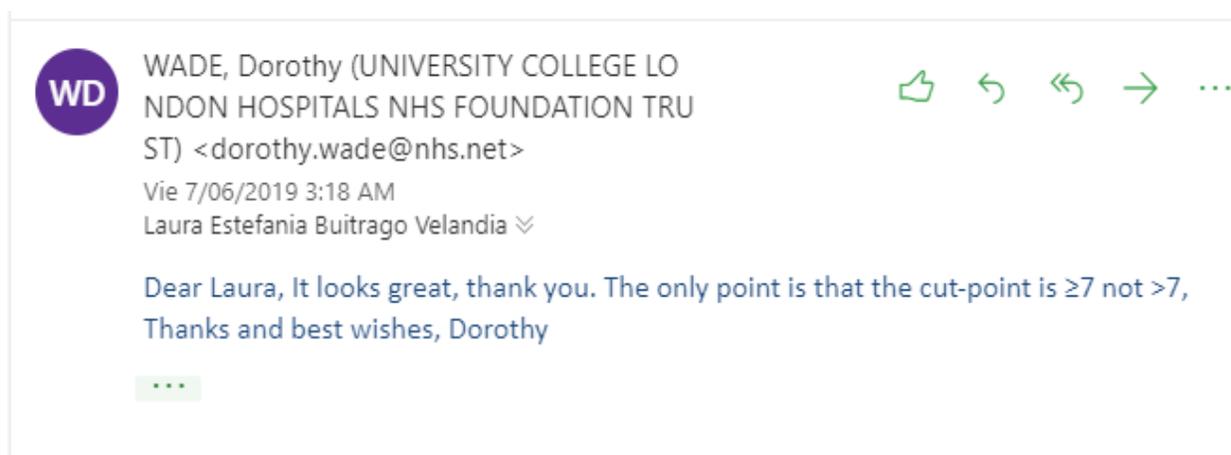
During this time, we have been working on the transcultural adaptation of the IPAT, which is of your authorship, in order to develop a Spanish – Colombian version that corresponds to the research effort we have been doing and for which we had previously gotten your permission. Until now, the IPAT has been translated into Spanish, adapted to a more Colombian dialect, and then translated back into English (retro-translation). This task was done by specialists of the English language, based on the international guidelines about adaptation of tools.

In this letter we would like to let you know about the progress we have made so we can obtain your concept regarding the tool translated back into English. Once we have gotten your concept, we will be able to proceed with the execution of the tool, which is making use of the Spanish version with patients at intensive care units.

We are also attaching the IPAT adaptation into Spanish and its retro-translation into English so you might let us know if the adaptation translated into your language reflects the very same aspects you intended to communicate with the original tool.

We are so grateful. Best regards,

Laura Estefanía Buitrago Velandia
John Fernando Martínez Ceballos
Master's students in Critical Care Nursing
Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá, Colombia.



The image shows a screenshot of an email interface. On the left is a purple circular profile picture with the initials 'WD'. To its right is the sender's name and affiliation: 'WADE, Dorothy (UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITALS NHS FOUNDATION TRUST) <dorothy.wade@nhs.net>'. Below this is the date and time: 'Tue 7/06/2019 3:18 AM' and the recipient's name: 'Laura Estefania Buitrago Velandia' with a small downward arrow. The main body of the email contains the text: 'Dear Laura, It looks great, thank you. The only point is that the cut-point is ≥ 7 not >7 , Thanks and best wishes, Dorothy'. At the bottom left of the email content is a small green box with three dots. On the right side of the email header, there are five green icons: a thumbs up, a curved arrow pointing left, a double curved arrow pointing left, a single arrow pointing right, and an ellipsis.

Anexo IX. Versión prefinal - Adaptación transcultural instrumento IPAT

Fecha y hora: _____ Numero de historia clínica del paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Instrumento para la evaluación psicológica de pacientes en cuidados intensivos
© University College London Hospitals NHS Foundation Trust

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidado intensivo y sobre cómo usted se ha sentido. Estos sentimientos pueden ser una parte importante de su recuperación. Para responder, encierre con un círculo la respuesta más apropiada, o responda de la manera de que le sea posible (ejemplo: hablando o señalando).

	Durante su permanencia en la unidad de cuidado intensivo:	A	B	C
1	¿Ha sido difícil para usted comunicarse o que le entiendan?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
2	¿Ha tenido dificultades para dormir?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
3	¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
4	¿Se ha estado sintiendo triste?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
5	¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
6	¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
7	¿Se ha sentido desorientado (que no sepa donde se encuentra)?	No	Si, un poco	Si, bastante lot
8	¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o escuchado cosas que usted cree que no estaban allí)?	No	Si, un poco	Si, bastante
9	¿Ha sentido que las personas han tratado de lastimarlo(a) o de hacerlo daño intencionalmente?	No	Si, un poco	Si, bastante
10	¿Tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo?	No	Si, un poco	Si, bastante

¿Tiene algún comentario adicional con respecto a alguna de las respuestas?

PUNTAJE:

Cualquier respuesta en la columna A= 0 puntos
 Cualquier respuesta en la columna B= 1 punto
 Cualquier respuesta en la columna C= 2 puntos

Suma el puntaje de cada uno de los ítems para obtener un puntaje. El puntaje máximo es de 20.
 Un puntaje > o igual a 7, indica un (a) paciente con riesgo.

Anexo X. Letter to Dorothy

Bogotá D.C., Colombia. September, 2019

Dr.

Dorothy M. Wade

Chartered Health Psychologist

Critical Care Department

University College Hospital

Receive our cordial greetings.

We are writing you in order to thank you for your willingness and help during this process, which has been very important to us.

As we had previously mentioned, during this time we have been developing the cross-cultural adaptation of the IPAT scale for Colombia; we want to inform you of the results we obtained when performing the cross-cultural adaptation and testing of the pre-final version of the IPAT scale in the Spanish language, Colombian dialect.

We are attaching the scale in Spanish, which corresponds to the cross-cultural adaptation to Spanish, Colombian dialect. For future studies, it is suggested the execution of the facial, content

and construct validation tests in our environment in order to apply the scale to the Colombian population.

We appreciate your cooperation.

Sincerely,

Laura Estefania Buitrago Velandia

John Fernando Martínez Ceballos

Master's students in Critical Care Nursing

Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, Colombia.