


**ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL EN COLOMBIA****CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL IN COLOMBIA****ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO INTENSIVE CARE
PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT TOOL NA COLÔMBIA**

Jhon Fernando Martínez-Ceballos^{1a} , **Laura Estefanía Buitrago-Velandia**² ,
Juan Domingo Palacio-Abello³ 

¹ Universitätsklinikum Münster, Alemania.

² Clínica los Cobos Medical Center, Bogotá, Colombia.

³ Universidad Antonio Nariño, Neiva, Colombia.

^a **Autor de correspondencia:** jhonfermar82@gmail.com 

Como citar: Martínez-Ceballos JF, Buitrago-Velandia LE, Palacio-Abello JD. Adaptación transcultural del instrumento intensive Care Psychological Assessment Tool en Colombia. Rev. chil. enferm. 2023;5(2):33-43. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71649>

Fecha de recepción: 10 de agosto del 2023

Fecha de aceptación: 29 de octubre del 2023

Fecha de publicación: 1 de noviembre del 2023

Editora: María Angélica Saldías Fernández 

RESUMEN

La hospitalización de una persona en unidad de cuidados intensivos (UCI) puede generar alteraciones mentales y físicas post internación; en Colombia existen pocas investigaciones para la detección anticipada de morbilidad psicológica en UCI. Este estudio busca generar una versión al español equivalente al instrumento *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT). Se realizó una traducción directa e inversa del instrumento, previa autorización de los autores se incluyó participación de profesionales lingüistas en las traducciones. Se aplicaron entrevistas a personas de diferentes perfiles sociodemográficos hospitalizadas en UCI, para verificar la adecuación cultural y comparación de la versión colombiana con la versión original. Se encontraron que los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 presentaron comprensibilidad del 100%, los restantes ítems 6, 7, 8 y 9 comprensibilidad del 97,5% y el ítem 10 una comprensibilidad del 90% que requirió modificaciones. Las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, experiencias traumáticas y recuerdos de la hospitalización, han

demonstrado ser factores para desarrollar: Ansiedad depresión y trastorno de estrés postraumático, se espera que este estudio sea un punto de referencia para nuevas investigaciones basadas en adaptaciones transculturales de enfermería en Latinoamérica respecto a morbilidad psicológica. La versión colombiana del instrumento IPAT derivada por la adaptación transcultural es equivalente a la inglesa. El estudio sirve como inicio de nuevas investigaciones que busquen desarrollar un instrumento en español personalizado y verificado, y que pueda ser utilizado de forma habitual por el personal de enfermería en un futuro próximo.

Palabras claves: Pruebas Psicológicas; Morbilidad; Cuidados Críticos; Estrés Psicológico; Trastornos de Estrés Traumático.

ABSTRACT

Hospitalization in the intensive care unit (ICU) can result in mental and physical disturbances post-hospitalization. In Colombia, there is little research exploring the early detection of psychological morbidity in the ICU. This study aimed to develop a version of the Intensive Care Psychology Assessment Tool (IPAT) in Spanish equivalent to the original instrument. Direct and reverse translations of the IPAT instrument were carried out with prior authorization from the authors and the participation of professional linguists. People with different sociodemographic profiles, hospitalized in the ICU, were interviewed to confirm the cultural adequacy of the Colombian version, as well as to compare it with the original version. It was found that items 1, 2, 3, 4, and 5 presented 100% comprehensibility, items 6, 7, 8, and 9 had 97.5% comprehensibility, and item 10 had 90% comprehensibility, requiring modifications. Life support measures such as mechanical ventilation, traumatic experiences, and memories of the hospital stay were detected as factors for the development of anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. It is hoped that this study will be a reference point for new research based on cross-cultural adaptations related to psychological morbidity, in the nursing field in Latin America. The Colombian version of the IPAT instrument derived from this cross-cultural adaptation is equivalent to the English one. This study represents a starting point for new research that aims to develop a personalized and validated instrument in Spanish that can be used regularly by nursing staff in the near future.

Keywords: Psychological Tests; Morbidity; Critical Care; Psychological Stress; Traumatic Stress Disorders.

RESUMO

A internação de uma pessoa na unidade de terapia intensiva (UTI) pode gerar alterações mentais e físicas pós-internação; na Colômbia há poucas pesquisas para a detecção precoce de morbilidade psicológica na UTI. Este estudo busca gerar uma versão em espanhol equivalente ao instrumento *Intensive Care Psychology Assessment Tool* (IPAT). Foi realizada tradução direta e reversa do instrumento IPAT, com autorização prévia dos autores, foi incluída a participação de linguistas profissionais nas traduções. Serão aplicadas entrevistas com pessoas de diferentes perfis sociodemográficos internadas na UTI, para verificar a adequação cultural e comparação da versão colombiana com a versão original. Verificou-se que os itens 1, 2, 3, 4 e 5 apresentaram 100% de compreensibilidade, os demais itens 6, 7, 8 e 9 tiveram 97,5% de compreensibilidade e o item 10 teve 90% de compreensibilidade que necessitou de modificações. Medidas de suporte à vida, como ventilação mecânica, experiências traumáticas e memórias de hospitalização, demonstraram ser fatores no desenvolvimento de: ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, espera-se que este estudo seja um ponto de referência para novas pesquisas baseadas em estudos cruzados de adaptações culturais da enfermagem na América Latina em relação à morbilidade psicológica. A versão colombiana do instrumento IPAT derivada da adaptação transcultural é equivalente à inglesa. O estudo serve como início de novas pesquisas que buscam desenvolver um instrumento

personalizado e verificado em espanhol, e que possa ser utilizado regularmente pela equipe de enfermagem em um futuro próximo.

Palavras-chave: Testes Psicológicos; Morbidade; Cuidados Intensivos; Estresse Psicológico; Transtornos de Estresse Traumático.

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas, dentro de las cuales se encuentran las de tipo cardiovascular, pulmonar y renal, junto con los hábitos poco saludables de la población han contribuido a aumentar los ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provocando deterioro general e incluso la muerte.¹⁻² La UCI es conocida por proporcionar cuidados a individuos en situaciones críticas de salud y el ingreso a estas unidades implica una experiencia altamente estresante por ser potencialmente mortal. Esta situación expone al individuo a una monitorización continua, a procedimientos invasivos que pueden implicar acontecimientos abrumadores y dolorosos. Además, a contextos que amenazan la estabilidad emocional del individuo como el estrés, ansiedad, preocupación, inquietud, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre.³

En ese sentido, la literatura establece un vínculo entre los ingresos a UCI y el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, al respecto este trastorno se define como una reacción emocional intensa ante un evento traumático, lo que genera alteraciones sensorio-perceptivas alterando el bienestar, por lo tanto, existe una carga psicológica que afecta a las personas que egresan de las unidades de cuidado intensivo.⁴⁻⁷

En respuesta a la carga psicológica posterior al egreso de UCI, se han implementado diversos instrumentos que permiten una interpretación sobre que pacientes pueden llegar a requerir más intervención que otros; un instrumento interesante es el *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT), creado por Wade et al., en una investigación realizada en Inglaterra donde se evidenció que 154 personas que habían sido hospitalizadas en UCI, de ellas el 55% presentó cambios de morbilidad psicológica, entre ellos un 27,1% mostró trastorno de estrés postraumático, un 44,4% ansiedad y un 46,3% mostró depresión.⁸ Dichas circunstancias pueden influir en el nivel de vida durante un período de dos años después del alta y provocar una repercusión psicológica y fisiológica tanto en el paciente como en la familia.⁹

El mismo instrumento se validó en Turquía, donde se descubrió que el IPAT es una herramienta válida y fiable para identificar cambios psicológicos en personas de UCI. Con respecto a la detección de la ansiedad, la herramienta muestra una sensibilidad del 85% y una especificidad del 61%. Además, demuestra una sensibilidad del 74% y una especificidad del 82% para detectar la depresión.¹⁰

Teniendo en cuenta que, en Colombia, existen pocas investigaciones sobre adaptación transcultural de instrumentos que permitan detectar tempranamente morbilidad psicológica futura entre las personas de UCI y con el fin de identificar posibles efectos psicológicos en el futuro para el paciente antes del alta de la UCI, surgió la necesidad de generar una versión al español equivalente al instrumento IPAT, ya que, este cuestionario es una herramienta validada y utilizada a nivel mundial para detectar morbilidad psicológica en personas de UCI.

METODOLOGIA

El diseño se ciñó a procedimientos metodológicos de adaptación transcultural y lingüística, bajo seis fases consistentes en: Traducción inicial, síntesis de traducciones resolución de discrepancias,

traducción del idioma destino al idioma de origen, verificación por comité de expertos, experiencia de la versión pre final y entrega de documentación a los autores del instrumento.

Se realizó un estudio controlado para determinar la mejor estrategia de recopilación, ordenación y análisis de los datos. La planificación, desarrollo, certificación, validación y la estimación de instrumentos son temas que se tratan en las investigaciones metodológicas.¹¹ Como se puede apreciar a continuación se tomó como referencia la metodología planteada por Beatón et al.,¹² que de manera sistemática permitió controlar el riesgo de sesgo relacionado con la equivalencia y en ese proceso el periodo de tiempo empleado fue un año.¹³

Etapa I. Traducción inicial

Se realizaron dos traducciones distintas del instrumento, en las que el idioma original (inglés) se tradujo al idioma de destino (español). Estas traducciones fueron realizadas por traductores divergentes, cada uno de los cuales dio fe de su bilingüismo y de que el español era su lengua materna. Además, cada traductor elaboró un informe escrito individual.

En cuanto al instrumento está compuesto por 10 preguntas tipo Likert 3 (A: No, B: Si un poco, C: No mucho) donde A corresponde a 0 puntos, B a 1 punto y C a 2 puntos, para un total de 20 puntos. Donde un puntaje superior o igual a 7 muestra que el paciente se encuentra en riesgo y demanda manejo psicológico, el diligenciamiento de la prueba conlleva un tiempo no mayor a 10 minutos.

Etapa II. Síntesis de traducciones y resolución de discrepancias

Se consideró necesario contar con la experiencia de traductores anteriores y de un observador, con el objetivo de realizar una comparación meticulosa de los resultados, a fin de determinar el grado de concordancia entre las traducciones. Posteriormente, se realizaron las modificaciones necesarias con el objetivo de garantizar que el idioma utilizado en el texto traducido fuera comprensible para el público destinatario y, al mismo tiempo, mantener los principios de la equivalencia semántica, conceptual, idiomática y experiencial con respecto al texto fuente.

Etapa III. Traducción del idioma destino al idioma de origen

De la versión unificada en español, traductores certificados que no conocían el instrumento original realizaron dos traducciones inversas al inglés. En cuanto al panel de traductores, se recurrió a cinco traductores autorizados, dos de los cuales poseían capacidades bilingües, y se encargaron de la traducción inicial del documento del inglés al español. A los tres traductores restantes, de origen británico, estadounidense y colombiano, se les encomendó la tarea de realizar la retrotraducción.

Etapa IV. Verificación por comité de expertos

El comité estaba formado por tres profesionales de la salud, una persona con experiencia en el idioma (específicamente, un filólogo en inglés) y dos traductores certificados en inglés. Durante la reunión, se concretó la versión inicial de la IPAT traducida. Posteriormente, el documento se transmitió electrónicamente a los autores originales con el fin de obtener la autorización necesaria para su utilización entre la muestra del estudio.

Etapa V. Experiencia de la versión pre final

La investigación se realizó en el 2019 en las ciudades de Bogotá y Neiva en las instalaciones de cuidados intensivos de diferentes hospitales.

En esta fase, durante la prueba de campo se administró la penúltima versión del cuestionario del IPAT a la población objetivo. En este caso, la cohorte estaba formada por 40 personas hospitalizadas en UCI que cumplían los criterios de inclusión.

Se lleva a cabo la investigación con personas hospitalizadas en UCI, seleccionadas de manera intencional, que cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad: se encontraban alerta, conscientes, orientadas y cuyo idioma nativo fue el español. Además, debían ser mayores de 18 años, con más de 48 horas de ingreso y con dos o más soportes hemodinámicos. Se necesitaron 40 personas hospitalizadas en UCI de las ciudades anteriormente nombradas para probar la traducción pre final de la adaptación transcultural del instrumento.¹⁴

Respecto a la recolección y análisis de datos, los datos se recolectaron a través de cuestionarios escritos aplicados por los investigadores en las diferentes unidades de cuidado intensivo, al obtener el consentimiento de los autores de la IPAT inglesa original. Posteriormente, se continuó con el proceso para establecer la equivalencia entre el cuestionario adaptado y el original, siguiendo las *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures* garantizando la equivalencia idiomática al idioma español, igualmente, se garantizó la equivalencia conceptual gracias al consenso entre expertos (profesionales de la salud y profesionales lingüísticos) que ajustaron términos para que se entendieran las preguntas en el lenguaje español, finalmente, la equivalencia experiencial permitió a los participantes comprender el instrumento a través de representaciones de la vida cotidiana y experiencias culturalmente relevantes donde se incluyeron preguntas sociodemográficas para caracterizar a la población, analizándose con frecuencias y porcentajes.¹²

Al completar el instrumento IPAT en las 40 personas, se realizó una entrevista para analizar si cada pregunta era comprensible, se codificaron como 1 si la pregunta no era comprensible y 2 si esta lo era, posteriormente la información fue tabulada, generando frecuencias por pregunta el cual fue llevado a porcentajes. Luego, para poder analizar la comprensibilidad y ajuste de las preguntas, se llegó a un acuerdo entre los investigadores de la siguiente manera: si el nivel de comprensibilidad era de > al 96% no se realizaban ajustes, si el valor arrojaba entre el 90 - 95% se requerían ajustes menores y si el valor arrojaba < o igual al 89% se debían realizar ajustes de fondo.

Etapa VI. Entrega de documentación a los autores del instrumento

En esta fase final del estudio de adaptación, se entregó el informe a los autores principales del instrumento y al comité que realiza la revisión de la versión transcrita al idioma español.

Dentro de las consideraciones éticas, se obtuvo permiso para la adaptación del instrumento directamente de los autores originales, posteriormente el estudio fue revisado y aprobado por los comités de bioética de las instituciones bajo las actas número CEI-013-2019 y 045/18, finalmente para la aplicación se tuvo en cuenta principios éticos de la profesión y consideraciones internacionales en donde siempre se garantizó que los sujetos de la investigación dieran su consentimiento informado.

RESULTADOS

En cuanto a los diagnósticos de ingreso a UCI el 37,5% de personas se encontraban en posoperatorio de cirugía cardiovascular, 17,5% presentó alteraciones pulmonares, seguido con un 5% que presentó sepsis en posoperatorio de cirugía general y neurocirugía. El 58% de los participantes fueron personas mayores de 60 años, seguido por un 42% de personas entre 45 a 59 años. La distribución por sexos de la muestra fue de un 55% de mujeres. En cuanto a los grupos socioeconómicos, el 73% de la población afectaba a los estratos 1 y 2, el 25% a los estratos 3, y los estratos 4 y 5 tenían una representación insignificante.

Respecto a la escolaridad de los participantes del presente estudio el 33% tenía bachillerato completo (entendido como secundaria), el 25% primaria completa, el 18% primaria incompleta, el 13% bachillerato incompleto, 3% carrera técnica y sólo un 8% estudios universitarios, factor que facilitó la comprensión de las preguntas.

Por otro lado, el soporte más predominante de las personas en UCI fue el vasoactivo con un 45%, seguido por el requerimiento de soporte ventilatorio con un 41% y en tercer lugar el uso de terapias de reemplazo renal con un 9%. El promedio de estancia en UCI de los participantes de este estudio fue de 10 días.

En cuanto a la forma de responder el instrumento: El 62% de la población lo desarrolló por sus propios medios y el 38% de la población necesitaba algún tipo de asistencia debido al descondicionamiento físico o al deterioro de la visión.

En relación con la claridad de los ítems, las 5 primeras preguntas alcanzaron un 100% de comprensibilidad, mientras que de las preguntas 6 a 9 presentaron un 97.5% de comprensibilidad. Así pues, según los protocolos determinados de la investigación, los ítems no requirieron ajustes, pero la pregunta número 10 obtuvo un 90% de comprensibilidad, por lo que fue necesario ajustarla en razón a la extensión de la pregunta, pues la incomprendibilidad fue afectada por la dimensión, ya que la pregunta se refería a experiencias posteriores al egreso de UCI y las personas del estudio aún se encontraban hospitalizadas, es decir, la pregunta 10 inicial fue: ¿Los recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo se repiten una y otra vez en su mente? Una vez ajustada quedó así: ¿tiene repetitivamente recuerdos desagradables de la unidad de cuidado intensivo? Al realizar todos los cambios se puede apreciar la versión final del IPAT (Anexo).

DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció que el 50% de la muestra exhibió alteraciones cardiovasculares lo que concordó con lo realizado por Quezada Vera et al., autores que destacan que las condiciones cardiovasculares y respiratorias son las más diagnosticadas en UCI.¹⁵ En la publicación de Mas et al., se encontró que un 47,1% de la población mostraba alteraciones de tipo cardiovascular.¹⁶ Por otro lado, en la investigación elaborada por Castellero sobresalta que el 70% de las personas en postoperatorio de intervención cardiovascular exteriorizaron ansiedad conexas al estado de salud, lo cual es coherente con la presente investigación.¹⁷

En cuanto a la sepsis, el estudio realizado por Velasteguí et al., da a conocer que las personas sobrevivientes a una condición crítica relacionada a una infección sistémica con frecuencia presentan alteraciones prolongadas en la esfera mental, estos hallazgos demuestran que las personas que se someten a un proceso de infección mientras residen en la UCI presentan una calidad de vida reducida; en el mismo estudio, se aplicó el instrumento EuroQol-5D, el cual mide calidad de vida relacionada con la salud y es equivalente al síndrome post-cuidado intensivo según los autores.¹⁸ En contraste, el IPAT es más específico para la esfera mental, sin embargo, siempre se debe tener en cuenta la diversidad en cuanto a las condiciones clínicas de las personas, ya que son factores que predisponen a desarrollar morbilidad psicológica antes y después del alta hospitalaria.

En cuanto a la edad, la muestra tenía un promedio 56 años, de los cuales el 55% de las personas correspondió al sexo femenino y de los mismos el 58% correspondió a una edad superior a 60 años, resultados asociados a la investigación realizada por Romero et al., Donde la media de edad de las personas enfermas del estudio fue 59 años, aunque un 67,5% de la muestra fue conformada por hombres y el 32,5% por mujeres, donde, además, concluyen que es necesario valorar la presencia de depresión previa para poder optimizar el tratamiento del paciente críticamente enfermo.¹⁹

En el presente estudio, la incorporación de una amplia gama de grupos de edad en el grupo de participantes adultos de la prueba de la versión previa a la final facilitó garantizar la claridad de los elementos y la comprensión de las variables sociodemográficas. Por último, la estancia prolongada de una persona en UCI, sumado a las medidas de soporte vital como la ventilación mecánica, diferentes experiencias traumáticas, recuerdos de la hospitalización, han demostrado ser grandes

factores para desarrollar depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, lo cual se caracteriza por la persistencia de los síntomas a largo plazo incluso de 1 a 2 años después del egreso de UCI.²⁰⁻²² Además, cabe destacar que existe una correlación entre la angustia mental que experimenta el cuidador y los gastos, así como las cuestiones relacionadas con la eficacia de la atención institucionalizada.²³⁻²⁴

Teniendo en cuenta todos los factores antes mencionados, se puede afirmar que se garantizó la comprensibilidad de los ítems. Este estudio en particular ha demostrado que el grupo demográfico con mayor representación estaba conformado por personas de más de 60 años, que también tenían estancias prolongadas que superaban las descritas anteriormente en la literatura, lo que justifica la comprensibilidad del instrumento.

Una de las posibles limitaciones para la realización de este estudio, es la escasez de publicaciones en Colombia que adapten y validen el cuestionario IPAT, por lo cual, se espera que este estudio sea un punto de referencia para nuevas investigaciones basadas en adaptaciones transculturales de enfermería en Latinoamérica respecto a personas con morbilidad psicológica.

Dentro de las implicaciones para futuras investigaciones, se considera que se requieren pruebas psicométricas empleando el IPAT traducido al español en una muestra estadísticamente significativa con el fin de evaluar consistencia interna, además de validez de constructo comparando el instrumento con otros y un análisis factorial empleando otro tipo de pruebas estadísticas.²⁵

La herramienta IPAT ha sido utilizada para evaluar los síntomas mentales en pacientes de UCI, traducida y validada en diferentes idiomas, entre ellos el persa, el alemán y el turco, puede ser empleada en una fase aguda y solo tiene en cuenta la dimensión psicológica.²⁶⁻²⁸ Al respecto, es importante mencionar que recientemente fue validada la escala *Healthy Aging Brain-Care Monitor* (HABC-M) la cual muestra buenas propiedades psicométricas para detectar el síndrome post cuidado intensivo, no obstante, hasta el momento se desconoce la sensibilidad y especificidad de estas pruebas en el contexto latinoamericano, por lo cual se requieren más estudios que puedan indicar cuál prueba puede ser más indicada para valorar el estrés postraumático de la unidad de cuidado intensivo.²⁹

CONCLUSIONES

La adaptación transcultural de la IPAT se llevó a cabo para su implementación en el contexto colombiano, manteniendo la equivalencia conceptual, experiencial, semántica e idiomática del instrumento original desarrollado inicialmente en un hospital de Inglaterra.

Este esfuerzo de investigación tiene un potencial significativo para fortalecer el ámbito de los cuidados intensivos y servir como plataforma de partida fundamental para futuras investigaciones que tengan como objetivo construir un instrumento en español o validar el IPAT en contextos latinoamericanos. Una vez desarrollada, el personal de enfermería puede administrar esta escala de forma rutinaria para descubrir indicios de morbilidad psicológica en las personas que se han sometido a hospitalización en UCI y se pueda intervenir tempranamente este grupo de pacientes priorizados.

Finalmente, la aplicabilidad y replicabilidad del estudio se extienden más allá del contexto colombiano para abarcar otros países de habla hispana donde actualmente no se dispone de ninguna herramienta para evaluar el estrés postraumático.

CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores no declaran tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

MCJF, BVLE, PAJD: Concepción, análisis formal de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, validación y aprobación de su versión final.

MCJF, BVLE: Recolección/obtención de resultados, investigación, metodología y recursos.

REFERENCIAS

1. Serra VMÁ. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Rev. Finlay Finlay.* 2020;10(2):78-8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078&lng=es
2. Barrera L, Mabel G, Chaparro L, Sánchez B. Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2014. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/82737/9789587617641.pdf?sequence=2>
3. Bernal-Ruiz D. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del Environmental Stress Questionnaire. *Revista Cubana de Enfermería.* 2016;32(2):182-195. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/774>
4. Leah, Hughes., Joanne, McPeake. Intensive care nurses should seek to identify those patients at risk of developing post-traumatic stress syndrome. *Evidence-Based Nursing,* 2021. <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103360>
5. Bermúdez Durán LV, Barrantes Martínez MM, Bonilla Álvarez G. Trastorno por estrés postrauma. *Rev.méd.sinerg.* 2020;5(9):1-10. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
6. Ramona O, Hopkins. Emotional Processing/Psychological Morbidity in the ICU. 2018:31-47. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-94337-4_4
7. Deffner T, Michels G, Nojack A, Röbler I, Stierle D, Sydlik M, Wicklein K. Psychological care in the intensive care unit: Task areas, responsibilities, requirements, and infrastructure. *Medizinische Klinik.* 2020;115:205-212. <http://dx.doi.org/10.1007/S00063-018-0503-1>
8. Deffner, T., Michels, G., Nojack, A., Röbler, I., Stierle, D., Sydlik, M., ... & Wicklein, K.. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2012;16(5):R192. <https://doi.org/10.1186/cc11677>
9. 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):25-31. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.855793>
10. Duman B, Kotan, Z, Kotan VO, Mutlu NM, Erdoğan BD, Akaslan DS, & Kumbasar H. Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT): Turkish validity and reliability study. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2019;49(4):1236-1242. <https://doi.org/10.3906/sag-1812-164>
11. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra.* 2011;34(1):63-72. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, & Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
13. Escobar Bravo, M. Á. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería Clínica.* 2004;14(2):102-106. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(04\)73863-2](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(04)73863-2)
14. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de Instrumentos de evaluación en salud: Historia y Reflexiones del Por Qué, Cómo y Cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2020;31(1):85-94. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
15. Quezada S, Rojas D, Chavarro D, Riaño I. Mortalidad en pacientes mayores de 65 años ingresados en Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Ignacio en el 2014. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2019;19(2):61-68. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.11.002>
16. Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y

- quirúrgica. *Medicina Intensiva.* 2015;39(5):279-289. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.07.006>
17. Castellero A. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2007;25(1):52-63. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902506>
 18. Velasteguí J, Almache W, 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. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16850/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20SINDROME%20POST%20CUIDADO%20INTENSIVO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Romero de San Pío, María Jesús; Romero de San Pío, Emilia; Vallina Riopedre, Amparo; Wensell Fernández, Ana; Linares Gutiérrez, María Begoña; Rodríguez Villanueva, Lara María; Fernández Ordóñez, Beatriz; González Fernández, Adrián; Clavero Ballester, Natividad. Estudio de la influencia de la presencia de depresión previa en el aumento de la morbilidad del paciente crítico. *Enfermería Docente.* 2020; (112): 4-0. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ed/11204ed>
 20. 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):683-691. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i5.2027>
 21. Kapfhammer H. Depressive, Angst-und posttraumatische Belastungsstörungen als Konsequenzen intensivmedizinischer Behandlung. *Nervenarzt.* 2016;87(3):253-263. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0070-8>
 22. 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):145-151. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.11.002>
 23. 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). <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0519-8>
 24. 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):284-293. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v24.n4.2015.603>
 25. G. Efstathiou. Translation, Adaptation and Validation Process of Research Instruments. In: *Individualized Care: Theory, Measurement, Research and Practice.* Cham: Springer International Publishing; 2019. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-89899-5_7
 26. Baughcum AE, Clark OE, Lassen S, Fortney CA, Rausch JA, Dunnells ZD, ... & Gerhardt CA. Preliminary Validation of the Psychosocial Assessment Tool in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology.* 2023;48(6):503-511. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac081>
 27. Ghafouri S, Jahani S, Maraghi E, Biparva Haghighi S. Psychometrics and Validation of the Intensive Care Unit Memory Assessment Tool in the Iranian Population. *Caspian Journal of Neurological Sciences.* 2023;9(1):30-38. <https://doi.org/10.32598/cjns.9.32.391.1>
 28. Vincelette C, Rochefort CM. Adapting the Healthy Work Environment Assessment Tool for French-Canadian Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care.* 2023; 32(1):62-70. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023298>

29. Narváez Martínez MA, Henao Castaño Ángela M. Validation into Spanish of a Scale to Detect the Post-intensive Care Syndrome. *Invest. Educ. Enferm.* 2023;41(1):e09. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e09>

ANEXO:

Versión final de Instrumento para la Evaluación Psicológica en Unidades de Cuidado Intensivo (IPAT)

Fecha y hora: _____

Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____

Instrumento para la evaluación psicológica en unidades de cuidado intensivo

© *University College London Hospitals NHS Foundation Trust*

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su permanencia en la unidad de cuidados intensivos 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
2 ¿Ha sentido dificultades para dormir?	No	Si, un poco	Si, bastante
3 ¿Se ha estado sintiendo estresado o tenso?	No	Si, un poco	Si, bastante
4 ¿Se ha estado sintiendo triste?	No	Si, un poco	Si, bastante
5 ¿Se ha estado sintiendo con mucho miedo?	No	Si, un poco	Si, bastante
6 ¿Ha estado sintiendo pérdida de la esperanza?	No	Si, un poco	Si, bastante
7 ¿Se ha sentido desorientado (que no sepa dónde se encuentra)?	No	Si, un poco	Si, bastante
8 ¿Ha tenido alucinaciones (ha visto o ha 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 hacerle 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 preguntas?

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.