

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA MEDIR PERCEPCIONES Y COMPORTAMIENTOS VINCULADOS AL SARS-COV 2 EN BOLIVIA

INSTRUMENT VALIDATION FOR SARS-COV 2 RELATED PERCEPTION AND BEHAVIOR MEASUREMENT

Carlos Ricardo Vargas-Chiarella¹, Angela Marion Vera-Zambrana²

¹ Médico de consulta externa y sociólogo, Unidad de Sintomático Respiratorio-Área COVID-19, Seguro Social Universitario de Cochabamba-Bolivia.

² Epidemióloga, Seguro Social Universitario de Cochabamba-Bolivia; Docente Investigador Asociado del Instituto de Investigaciones Biomédicas e Investigación Social de la Facultad de Medicina (IIBISMED) de la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba-Bolivia.

Correspondencia a:

Nombre: Vargas-Chiarella Carlos Ricardo

Correo Electronico: carivachi@usal.es

celular: + 591 77936361

ORCID: (<https://orcid.org/0000-0002-0815-0519>)

Nombre: Vera-Zambrana Angela Marion

ORCID: (<https://orcid.org/0000-0002-2921-8586>)

Palabras clave: Estudio de validación, funcionamiento psicosocial, COVID-19.

Keywords: Validation study, psychosocial functioning, COVID-19.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 02 de octubre de 2021

Aceptado para publicación: 19 de noviembre de 2021

Citar como:

Vargas Chiarella CR, Vera Zambrana AM. Valoración de instrumentos para medir percepciones y comportamientos vinculados al SARS-COV 2 en Bolivia. Rev Cien Cienc Med 2022; 25(2): 104-117

RESUMEN

Introducción: La pandemia COVID-19 ha sido un evento misceláneo, que afectó la percepción de los individuos como sujetos y las relaciones intersubjetivas, el estado como referente de representación/identidad se vio trastocado, y las condiciones de salud/enfermedad se externalizaron como resultados de las relaciones sociales, Los trastornos del estado de ánimo, el marcaje social y el miedo son efectos predecibles, por lo que conocer instrumentos validados disponibles para estudiarlos cobra relevancia.

Objetivo principal: Evaluar la validez del DASS-21, FCV-19S y el cuestionario de estigma COVID-19 en el medio urbano boliviano.

Método: Este trabajo examina la validez de tres instrumentos: DASS-21, FCV-19S y una traducción al español del cuestionario COVID-19 Stigma, para el contexto urbano boliviano, en un estudio piloto en la ciudad de Cochabamba compuesto por 30 sujetos aleatorizados, basado en el alfa de Cronbach y el análisis factorial.

Resultados: Después de considerar el contexto, se encontró consistencia interna y validez en el cuestionario DASS-21 y Estigma, bajo condiciones sociodemográficas similares a las del piloto.

Conclusión: los instrumentos validados son aptos para su aplicación en Bolivia, con las consideraciones adecuadas para optimizar su efectividad.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 pandemic has been a miscellaneous event, affecting individuals' perception as subjects and intersubjective relations, the state as a referent of representation/identity was disrupted, and health/disease conditions were externalized as results of social relations, Mood disorders, social marking and fear are predictable effects, which is why knowing available validated instruments to study them becomes relevant.

Main objective: Asses the validity of DASS-21, FCV-19S y the COVID-19 Stigma questionnaire in urban Bolivian setting.

Method: This paper examines the validity of three instruments: DASS-21, FCV-19S and a Spanish translation of the COVID-19 Stigma questionnaire, for urban Bolivian context, on a pilot study in Cochabamba city comprised by 30 randomized subjects, based on Cronbach's alpha and factorial analysis.

Results: After considering context, internal consistency and validity was found on DASS-21 and Stigma questionnaire, under sociodemographic conditions similar to those of the pilot.

Conclusion: the validated instruments are apt to apply in Bolivia, with proper considerations to optimize effectiveness.

INTRODUCCIÓN

Ante la brusca irrupción de la COVID-19 (enfermedad provocada por el SARS-CoV-2 en el escenario social, la cotidianidad misma se vio trastornada desde sus espacios más íntimos hasta los característicamente racionales¹⁻³. Como la gama de cambios esperables de un proceso de enfermedad que se disemina tan rápido supera con creces a la mortalidad aislada, o a sus efectos económicos, es preciso e imperativo realizar un estudio para validar instrumentos que sean capaces de indicar las repercusiones sociales identificables

por los propios infectados.

Asimismo, el efecto agregado de la información socialmente disponible acerca de incidencia, disponibilidad de insumos, ambientes o tratamientos, posee su propio significado en la suma de factores que resulta en el comportamiento adoptado por individuos y estructuras sociales⁴⁻⁶, por lo cual conocer el contexto demográfico y epidemiológico de la población en estudio es necesario a la hora de elegir tales instrumentos.

Desde la perspectiva que este trabajo pretende

abordar, sobre la relevancia del actor en tanto sujeto dentro de redes sociales y las condiciones externas fuera de su control (en que tiene lugar la intersubjetividad), han sido importantes para el análisis previo de los reactivos a utilizar. Son relevantes los instrumentos que permitan valorar el efecto de un contexto específico sobre la realidad percibida y reproducida por los sujetos, por lo cual este trabajo aporta con la validación para el contexto boliviano de instrumentos de tipo cuestionario para medir el impacto de la COVID-19 en cinco aspectos miedo, estrés, depresión, ansiedad, y estigma.

Objetivo general

Evaluar la validez del DASS-21, el FCV-19S y el cuestionario de estigma para COVID-19 en el contexto urbano boliviano.

Objetivos específicos

Identificar el contexto social bajo las condiciones propias de la pandemia de COVID-19 en el medio urbano boliviano.

Determinar las tendencias del comportamiento epidemiológico de la COVID-19 en Bolivia.

Comprobar la consistencia interna del DASS-21, el FCV-19S y el cuestionario de estigma para COVID-19.

publicados entre 2020 y 2021; además se sumaron insumos teóricos, de difusión informativa y técnicos disponibles en la base de datos bibliográficos de los autores. Posteriormente se seleccionaron aquellos de accesos libre, coherencia teórica con este trabajo y se excluyeron aquellos que carecían de fuentes documentadas de información.

Fuentes de datos epidemiológicos

Dada la carencia de información desagregada en portales del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), se obtuvieron a partir de las bases de datos disponibles en el portal web del gobierno autónomo municipal de La Paz (GAM-LP), remitido de los sistemas informáticos institucionales del MSD, en formato de base de datos separada por comas sobre el número de casos acumulados. Se procesó la información para crear tablas de incidencia diaria con sus correspondientes gráficas en forma de curva epidemiológica. La comparación de las curvas epidemiológicas elaboradas a partir de las bases de datos son parte integral del estudio contextual durante el análisis e interpretación de las interacciones intersubjetivas, para delimitar las condiciones en que se estudiaron la consistencia y validez de los instrumentos.

Las encuestas fueron realizadas sobre un universo infinito a fines estadísticos entre sujetos que padecieron COVID-19 en el periodo junio 2020-junio 2021, se tomó la muestra aleatorizada del Seguro Social Universitario-Cochabamba para construir el grupo piloto. Durante la elaboración de las encuestas se orientaron las preguntas acordes al interés investigativo por los indicadores para las patologías más frecuentes asociadas a situaciones adversas: estrés, depresión y ansiedad a través del DASS- 21 ^{8,9}, marcación social en forma de estigma ¹⁰, miedo a la enfermedad con la FCV-19S ^{11,12}, además de indicadores demográficos y socioeconómicos que permitan identificar las condiciones en que se validaron estos instrumentos.

Los resultados del grupo piloto de 30 individuos fueron evaluados mediante alfa de Cronbach para ítem y correlación ítem-total, así como alfa en caso de eliminación de ítems, a partir de los resultados del grupo piloto para los instrumentos mencionados, mediante el programa IBM SPSS®.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio tiene tres vertientes metodológicas, por una parte se tiene un diagnóstico sociológico del contexto de pandemia en Bolivia, desde los enfoques funcional-institucional y cultural-intersubjetivo; por otra parte el acercamiento ecológico de poblaciones (en este caso de Cochabamba) tomando a Moore et al. ⁷ como referencia conceptual para interpretar las tendencias de comportamiento epidemiológico observado en Cochabamba. Finalmente se utilizan los insumos de información obtenidos de las anteriores para dar sentido completo a la vertiente estadística, comprendida en la validación de instrumentos técnicos para valoración psicoemocional del impacto de la COVID-19 en los sujetos en un estudio transversal a partir de grupo piloto.

Dentro del análisis sociológico se empleó el buscador Google Scholar con las palabras clave "COVID-19", "contexto sociocultural", "intersubjetividad", "análisis institucional", "análisis funcional" y "psicoemocional";

RESULTADOS

Contexto social de Bolivia para la COVID-19

El abordaje de los comportamientos sociales fue precoz en la vivencia de la pandemia, desde abril de 2020, a pocas semanas de iniciado el primer periodo de confinamiento y tomando en cuenta las condiciones de los países que afrontaron antes este proceso, ya se habían señalado los elementos de interés para la acción y gestión social. El cambio de contexto profundo que significó dejar el contacto físico, los espacios de encuentro habitual y las formas de interacción intersubjetivas presenciales, tan profundamente arraigadas en el quehacer cultural boliviano, han supuesto un azote agregado a la magnitud del impacto sanitario de las altas cifras de mortalidad en el país (de las que se tienen constancia) y especialmente en Cochabamba. Sin embargo, no todo el efecto es negativo, la capacidad de adaptación de los diversos sectores ante sus realidades ha provisto ocasión al desarrollo de nuevas formas de enlazar vivencias y afecto, no obstante el reto administrativo y discursivo que supuso lidiar con los cambios impuestos en plena crisis sociopolítica.

Desde la perspectiva oficial en Bolivia la salud es un proceso complejo, que comprende aspectos biológicos sobre la base de pilares socioculturales¹³, por lo cual no solamente se precisa de una atención al componente físico-patológico de la enfermedad, es necesaria la composición multidisciplinaria de los equipos de atención, como se recoge en las normas subsecuentes al DS 29601. En tal contexto la principal preocupación del Estado debiera ser la implementación de interdisciplinariedad en todos los niveles de salud, aplicando la intersectorialidad y participación comunitaria para incidir en los actores sociales de manera más eficiente, la interculturalidad para que la acción social vaya de la mano de la política pública y la integralidad para dar respuesta a las problemáticas percibidas como de interés desde la población beneficiaria del sistema público de salud¹⁴. Sin embargo, las primeras experiencias de la pandemia incluyeron un conflicto heredado de la gestión política y la arena discursiva que significó una pérdida de adherencia popular a las medidas sanitarias¹⁵, a lo cual se sumó el pánico tendiente a procurar soluciones de cualquier índole. Como corolario

debe señalarse que ya existían previsiones bastante robustas sobre el comportamiento estadístico de la COVID en Bolivia, sin que esto supusiera un conocimiento profundo de la extensión social de tal evento¹⁶.

Como resultado de las condiciones socioculturales, la ivermectina primero y luego el dióxido de cloro surgieron como alternativas no reguladas de resolución de COVID, adicionalmente a planes y medidas de contingencia ante una realidad extremadamente exigente desde carencias importantes de insumos, organización e infraestructura^{1,17-19}. Estos aspectos contribuyeron a una situación doblemente conflictiva. Por un lado, la población general polarizada y con confianza mermada en las instituciones estatales, expuso escaso apego a las medidas iniciales de contención. Por el otro una pandemia de ingreso súbito y diseminación ágil, que sobrecargó el ya saturado sistema de salud, recientemente extendido a más del doble de su población asegurada con las mismas condiciones de infraestructura, personal y recursos²⁰⁻²³. De marzo a mayo las regulaciones fueron más cautelosas y escasas desde el ejecutivo nacional, limitándose a guías y restricciones generales²⁴⁻²⁶, destinadas a proteger a los ciudadanos desde un Estado paternalista, reducir las alternativas de comportamientos y marcar pautas de acción para los agentes institucionales; sin dar cuenta de las desiguales relaciones inherentes a nuestra sociedad en cuanto al acceso a la salud^{27,28}.

En cuanto a salud, se aplicaron políticas de protección laboral, recuperación económica, y planificación del periodo post confinamiento. Empezando por viabilizar bajas y permisos especiales para los trabajadores con COVID²⁹, luego normativa sobre diferimientos que alivien las cargas de consumo, inversión o deuda sobre la población general³⁰. Aunque tendieron a dar mayor margen de acción al pequeño productor/consumidor y aliviar el peso de las restricciones impuestas, no permitió la toma de ciudadanía activa ni responsabilidad por el estado sanitario del individuo. Resultó un juego de paternalismo y déficit operativo institucional, pues se confrontaron las políticas sociales desde arriba, la carencia de representatividad, la disidencia política de sectores afines al gobierno depuesto en noviembre del 2019 y la lógica de sopesar

la viabilidad de acatar las normas emanadas del Estado, respecto al potencial beneficio personal de ignorarlas ^{15,31-33}.

La coexistencia de factores predisponentes, las condiciones institucionales adversas, la dehiscencia ciudadano-institucional, y las características de patogenia y virulencia propias del SARS CoV 2, coincidieron en un ambiente propicio para una crisis sanitaria que, asentada sobre la crisis política, supuso un cataclismo para los comportamientos sociales del boliviano. Acostumbrados al contacto físico, a la reunión interterritorial y a las interacciones colectivas en general, el volver a abrazarnos es un deseo que corre en nuestro ego social, inscrito en una cultura que percibe en las texturas y en los roces su relación con el entorno, a la que se le privó de todo medio de expresión propio ³⁴. Se volcó el medio de relación a las plataformas de redes sociales, haciendo sensible la desigualdad en acceso y uso de medios de telecomunicación, presente pero silente desde hacía mucho; ambiente hiperindividualizado y de personalidades diluidas en las plataformas de redes sociales que sobrecarga las interacciones y percepciones, con mayor o menor disolución/sustitución forzada de configuraciones sociales.

La construcción del ciudadano boliviano en la post pandemia, debe reconocer su pasado inmediato, los cambios que el SARS-CoV-2, su manejo y que consecuencias trajo sobre el diario vivir. Es necesaria la reflexión del individuo sobre su comportamiento, para la acción consciente, agregando las experiencias individuales de convivir se puede alcanzar una mejor comprensión del colectivo ^{35,36}. El desgaste del estigma sobre los lazos y circuitos sociales ha sido sensible y notorio en el personal de salud ³⁷, sin que esto reduzca el valor e importancia de conocer el impacto en la población general.

Curvas epidemiológicas como insumo de análisis ecológico-contextual

Para el departamento de Cochabamba el impacto de la pandemia fue consecuente al aumento rápido de casos en forma de olas, que caracteriza al periodo de incursión de un nuevo agente infeccioso en una comunidad; también se observan periodos cortos durante los cuales la incidencia se mantiene alta, las mesetas; y otros de duración variable que evidencian tanto descenso como ausencia de casos nuevos –los valles entre ondas. Estas tres características habitualmente se identifican de acuerdo

al modelo de Moore et al. ⁷ que considera tres escenarios probables del futuro de la pandemia en el hemisferio norte, sin embargo, aparentemente son aplicables a los eventos en Bolivia también tras comparar el modelo con las curvas reales (Figura 1).

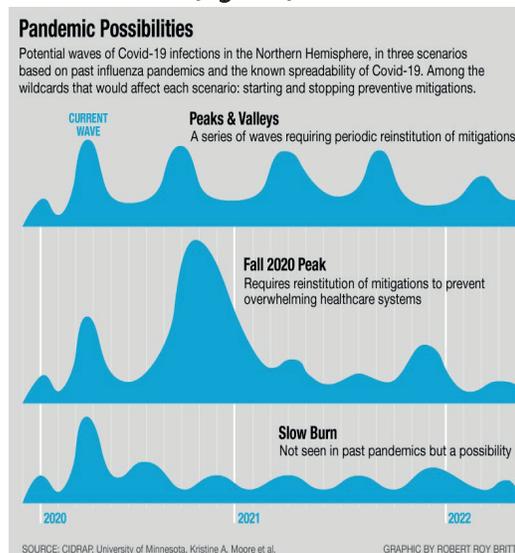


Figura 1. Tipos de olas pandémicas

Fuente: Moore et al. 2020

En el caso de Cochabamba se pueden observar patrones similares en las tres oleadas que tuvieron lugar en el periodo de este estudio, que nos aproximan al escenario 2 de Moore. A partir de las semanas epidemiológicas de acuerdo al calendario epidemiológico del MSD ³⁸ y los datos disponibles en la página web del observatorio para COVID-19 del GAM-LP ³⁹ se identifican tres picos hasta junio de 2021, uno en el periodo invierno 2020, otro en la superposición de lluvias y verano en 2021 y el ultimo en la transición otoño-invierno 2021.

Los aumentos estacionales pueden, como en el caso de la primera ola, ser mermados por políticas sociales de restricción, sin embargo, el efecto sobre el sujeto al percibir su entorno, asimismo, a la enfermedad, y las relaciones entre estos conceptos son especialmente susceptibles durante estos periodos ^{9,33}, por lo cual deben ser medidas excepcionales y no la regla. Sin embargo, es evidente la diferencia de periodos similares en condiciones naturales según la aplicación de estas medidas –al observar la tercera ola.

Validación de instrumentos de investigación

y descriptores de comportamiento

FCV-19S

El miedo al coronavirus fue evaluado desde la Escala de Miedo al COVID -19 (FCV-19) con siete reactivos 11,12 y Alfa de Cronbach de 0.72, lo cual si bien supera el umbral de 0.7 para aceptar la consistencia de la escala y su utilidad, está muy próxima al margen, analizando los datos se pueden identificar dos reactivos que sería recomendable corregir en caso de desear aplicar la escala con mayor consistencia en nuestro medio, el primero y el quinto, como se puede observar en la tabla a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Reactivos de FCV-19S

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación Corregida Ítem-Total	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Durante su enfermedad, tuvo miedo al COVID-19	3.55	3.189	.256	.727
Durante su enfermedad, incomodidad al pensar en el COVID-19	3.52	2.791	.601	.651
Durante su enfermedad, las manos se pusieron húmedas o sudorosas cuando piensa en el COVID-19	4.10	3.090	.327	.711
Durante su enfermedad, miedo de perder la vida por el COVID-19	3.71	2.746	.468	.678
Cuando vio noticias e historias sobre COVID-19 durante su enfermedad, se puso nervioso o ansioso	3.52	3.325	.186	.739

DASS 21 aplicado en COVID-19

El estrés, la ansiedad y la depresión fueron valorados con la escala DASS 21 de uso corriente en la psicología y la psiquiatría para realizar diagnóstico de estos estados patológicos^{8,40,41}, aplicado sobre el periodo de enfermedad de la COVID-19 de los sujetos. Se obtuvo un Alfa de Cronbach 0.929 que evidencia el alto grado de consistencia interna de esta escala, como era de esperar para una validez en numerosas ocasiones sobre otros contextos, sin que ningún ítem vario significativamente respecto del total (Tabla 2).

Durante su enfermedad, tuvo insomnio porque le preocupaba el COVID-19	3.74	2.465	.662	.622
Durante su enfermedad, el corazón se aceleraba o palpitaba cuando pensaba en el COVID-19	3.81	2.628	.530	.661

Nota: elaboración propia. Programa IBM SPSS Statistics 22®, Alfa de Cronbach corregida Ítem-Total (valores <0.3 sugieren revisar el reactivo para mejorar consistencia), y supuesto de eliminación de ítem sobre Alfa de la escala restante

Tabla 2. Reactivos DASS-21

Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación Corregida Ítem-Total	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	
Mientras padecí COVID-19, me costó mucho relajarme	17.68	158.359	.720	.923
Mientras padecí COVID-19, me di cuenta que tenía la boca seca	18.19	168.161	.324	.930
Mientras padecí COVID-19, no podía sentir ningún sentimiento positivo	18.48	161.391	.669	.924
Mientras padecí COVID-19, se me hizo difícil respirar	18.03	163.232	.488	.928
Mientras padecí COVID-19, se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	18.03	158.099	.611	.925

Mientras padecí COVID-19, reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	18.32	166.426	.380	.930
Mientras padecí COVID-19, sentí que mis manos temblaban	18.35	158.170	.603	.926
Mientras padecí COVID-19, sentí que tenía muchos nervios	18.10	153.224	.782	.921
Mientras padecí COVID-19, estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	18.77	164.981	.564	.926
Mientras padecí COVID-19, sentí que no tenía nada por que vivir	18.97	169.099	.531	.927
Mientras padecí COVID-19, noté que me agitaba	17.68	158.026	.663	.924
Mientras padecí COVID-19, se me hizo difícil terminar las cosas	18.13	160.383	.601	.925
Mientras padecí COVID-19, me sentí triste y deprimido	17.65	155.703	.779	.922



Mientras padecí COVID-19, no toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	18.32	164.359	.501	.927
Mientras padecí COVID-19, sentí que estaba al punto de pánico	18.45	157.923	.742	.923
Mientras padecí COVID-19, no me pude entusiasmar por nada	18.52	162.925	.523	.927
Mientras padecí COVID-19, sentí que valía muy poco como persona	18.87	168.183	.560	.927
Mientras padecí COVID-19, sentí que estaba muy irritable	18.32	160.426	.580	.926
Mientras padecí COVID-19, sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico (y cuando ya tuve mi saturación de oxígeno en valores mayores a 90%)	18.29	161.346	.572	.926
Mientras padecí COVID-19, tuve miedo sin razón aparente	18.58	156.652	.869	.921

Mientras padecí COVID-19, sentí que la vida no tenía ningún sentido	18.77	163.647	.569	.926
---	-------	---------	------	------

Nota: elaboración propia. Programa IBM SPSS Statistics 22 ®

Estigma en COVID-19.

Para evaluar el estigma que había provocado la COVID-19 en los sujetos se tradujo la escala propuesta en Egipto ¹⁰ del inglés al español latinoamericano, con resultados bastante satisfactorios al observar un Alfa de Cronbach de 0.897 y sin ítems cuya eliminación suponga un cambio significativo en la misma (**Tabla 3**).

Características demográficas y sanitarias del grupo de estudio para la validación

- Varones [41.9%]; mujeres [58.1%].
- Edad: 18 a 34 [32.3%], 35 y 59 años [54.8%], mayores de 60 [12.9%].
- Último nivel educativo alcanzado, pregrado concluidos [41.9%] y postgrado concluido [32.3%].
- Tamaño de la unidad familiar: cuatro, cinco y más de seis miembros idéntica [26.2% cada uno], tres miembros [29%], dos miembros [3.2%].
- Desempleo declarado [41.9%], desocupación efectiva (restando autoempleo, comercio e independientes) [29%]
- [86.7%] padeció COVID-19 en única ocasión, [13.3%] reinfección.
- Primoinfección: [48.4%] junio-agosto 2020, [19.4%] septiembre-diciembre 2020, [6.5%] enero 2021, [25.8%] mayo-junio 2021
- [9.7%] Requirió internación

Se asemeja bastante a la distribución de la población boliviana ⁴²⁻⁴³.

- Persistencia de diagnóstico: dos a tres semanas [46.7%], tres semanas a un mes [23.3%], más de un mes [30%]. A matizar respecto a normativa de bajas vigente en cada periodo de pico de incidencia, distinto al criterio epidemiológico actual⁴³.

Tabla 3. Reactivos de estigma para COVID-19

	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación Corregida Ítem-Total	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Me he sentido lastimado por como reaccionaron las personas al enterarse que tenía COVID-19	13.23	75.314	.754	.882
Dejé de socializar con algunas personas por sus reacciones al enterarse que tenía COVID-19	13.29	74.080	.734	.883
He perdido amistades porque yo tenía COVID-19	14.10	86.557	.364	.897

Soy muy cuidadoso respecto a quien le digo que tenía COVID-19	13.32	84.159	.332	.900
Me preocupaba que las personas que sabían que tenía COVID-19 les dijeran a otros sobre mí.	13.74	84.998	.381	.897
Sentí que no estaba a la altura de otras personas porque tenía COVID-19	14.06	86.396	.370	.897
Tener COVID-19 me hizo sentir que era mala persona	14.29	89.346	.472	.898
Me sentí culpable por tener COVID-19	13.48	79.591	.602	.889
La mayoría de la gente piensa que alguien con COVID-19 es desagradable	13.42	74.852	.753	.882
La mayoría de la gente tiene miedo de una persona que tiene COVID-19	12.16	81.673	.555	.891
La mayoría de la gente que tiene COVID-19 es rechazada cuando otros se enteran	12.61	78.978	.632	.888
Gente que conozco trataría a alguien con COVID-19 como un paria (lo excluirían de sus círculos sociales)	13.39	75.512	.706	.884

Gente que conozco se sentiría incomoda cerca de alguien que tuvo COVID-19	13.32	79.292	.625	.888
Gente que conozco rechazaría o evadiría a alguien que tuvo COVID-19	13.48	79.391	.664	.887
Gente que conozco no querría que alguien que tuvo COVID-19 este cerca de sus hijos	13.06	76.062	.664	.887

Nota: elaboración propia. Programa IBM SPSS Statistics 22 ®

DISCUSIÓN

Con el estudio de instrumentos se deja ver la importancia de la redacción de estos, aun editando la sintaxis, a fin de que el significado de cada reactivo alcance a la interpretación del sujeto de estudio de manera adecuada. La traducción al español desde Dar et al.¹⁰ no supuso problemas, pero la FCV-19S si los encontró, a pesar de haber sido validada para hispanohablantes de otras formaciones sociales^{11,12}, lo que resalta que, dentro de la misma lengua, pero distintos contextos, las distancias idiomáticas pueden ser más significativas de lo que supone la traducción realizada directamente por un miembro de la formación social en que se realizara el estudio. Estas dificultades deben ser necesariamente abordadas de forma interdisciplinaria.

El DASS-21 no halló mayores dificultades, lo que es compatible con su amplio uso de validación en poblaciones hispanohablantes de diversos contextos sociales y su uso habitual en las valoraciones iniciales de la psicología^{8,9,40,41}. Como era esperable mostro alta consistencia en su alfa de Cronbach, lo que resulta alentador al momento de darle aplicación clínica o exploratoria.

En cuanto a las curvas epidemiológicas si bien el estudio de Moore corresponde a contextos biológicos y sociales distintos al boliviano⁷ la similitud de las curvas

observadas en la realidad en Bolivia permite dar una aproximación entre modelo teórico de estaciones y los sucesos de la pandemia de COVID-19 en este país, ajustando el hecho que en los meses de Julio y Diciembre se observan variaciones térmicas importantes entre mínimas y máximas que se podrían asociar a un doble pico de incidencia estacional⁴².

CONCLUSIÓN

Para poblaciones demográficamente similares y epidemiológicamente comparables con Bolivia, los instrumentos propuestos son válidos y consistentes, sin embargo, se puede mejorar la redacción de las siguientes preguntas a partir de un nuevo estudio con la colaboración de psicólogos y/o lingüistas: "Durante su enfermedad, tuvo miedo al COVID-19" y "Cuando vio noticias e historias sobre COVID-19 durante su enfermedad, se puso nervioso o ansioso". Dado que la falta de correlación interna y los beneficios para el alfa de Cronbach al remover estos ítems revelan fallas en su comprensión de parte del sujeto evaluado, con riesgo de sesgo de información acumulado en estudios de gran envergadura. Por lo que instamos a su revisión con paneles de expertos antes de aplicar el FCV-19S en Bolivia. La mayor consistencia del cuestionario de estigma y del DASS 21 nos permite denotar que la población se halla sensibilizada en cuanto a las patologías psicosociales y la marcación social

asociadas al COVID-19, por lo cual son líneas de investigación de especial interés para trabajos interdisciplinarios.

REFERENCIAS

1. Molina F. **Cuando se debe enfrentar la epidemia «sin Estado»: Bolivia ante el coronavirus.** Análisis Carolina [Internet]. 2020;(15):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7439262.pdf>
2. Campos-Macías P. **El coronavirus en los pinceles de Pieter Brueghel Coronavirus in the brushes of Pieter Brueghel** [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93369>
3. Ortega Martell JA. **Pandemia por coronavirus SARS-CoV-2/ COVID-19: un enfoque inmunológico.** Medigraphic [Internet]. 2020 [citado el 20 de julio de 2020];29:3–4. Disponible en: www.medigraphic.org.mx/www.medigraphic.com/alergia
4. Dipaola EM. **Individualismo y pandemia: consecuencias y riesgos globales.** CONICET [Internet] 2020 [citado el 21 de julio de 2020]; Disponible en: <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/108170>
5. Ribeiro MTA, Cabral CH de PL. **A dignidade humana frente às medidas sanitárias restritivas da oms e dos estados em tempos de pandemia.** Cad Eletrônicos Direito Int sem Front [Internet]. 2020 [citado el 21 de julio de 2020];2(1 SE-Artigos):e20200102. Disponible en: <https://www.cadernoseletronicosdisf.com.br/cedisf/article/view/60>
6. CEPAL. **Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).** [Internet] 2020 [citado el 13 de julio de 2020]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45602#.XwwZQFRhizRw.mendeley>
7. Moore KA, Lipsitch M, Barry JM. **COVID-19: The CIDRAP Viewpoint Part 1: The Future of the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from Pandemic Influenza.** [Internet] 2020 [citado el 12 de julio de 2021]; Disponible en: www.cidrap.umn.edu.
8. Montenegro Bolaños BF, Yumiseva Marin SG. **Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades eugenio espejo en los meses de julio-agosto del 2016.** PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR [Internet]. 2016 [citado el 2 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13926>
9. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoaga-Mondragon N. **Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain.** Cad Saude Publica [Internet]. 2020 [citado el 2 de junio de 2021];36(4). Disponible en: <https://www.ibm.com/>
10. Dar SA, Khurshid SQ, Wani ZA, Khanam A, Haq I, Shah NN, et al. **Stigma in coronavirus disease-19 survivors in Kashmir, India: A cross-sectional exploratory study.** Menezes RG, editor. PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 2 de junio de 2021];15(11):e0240152. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240152>
11. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros AM. **Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru.** Int J Ment Health Addict [Internet]. 2020 [citado el 2 de junio de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
12. Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. **Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.** MedUNAB [Internet]. 2020 [citado el 1 de junio de 2021];23(2):195–213. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>
13. Morales Ayma E. **Consejo de Ministros. Decreto Supremo 29601.** La Paz, Bolivia; 2008.
14. Ledo C, Soria R. **Sistema de salud de Bolivia Salud Publica de Mexico** [Internet]. 2011 [citado el 13 de julio de 2020]; 1;53 suppl 2:S109-S119. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Molina Monasterios S. **Bolivia en medio de la pandemia, la corrupción y los Avengers.** Question/ Cuestión [Internet]. 2020 [citado el 13 de julio de 2020]; 1:e389. Disponible en: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/6132>
16. Roberto Carlos CS, Alejandra OT. **Proyección y evolución del COVID-19 en Bolivia mediante un modelo SEIR modificado *.** [Internet] 2020 [citado el 13 de julio de 2020];1–14. Disponible en: https://www.udape.gob.bo/portales_fitml/ReporteCOVID/Macro/PAPER_COV19_LATEX.pdf
17. Alanoca J. **Ministerio de Salud improvisa con dos hospitales móviles para enfrentar el efecto del paro médico indefinido.** [Internet]. 2019. [citado el 17

- de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.javieralanoca.com/ministerio-de-salud-improvisa-con-dos-hospitales-moviles-para-enfrentar-el-efecto-el-paro-medico-indefinido/>
18. **Ministerio de Obras Públicas Servicios y Vivienda. Ministro Arias pide a las clínicas privadas no lucrar con la salud de la ciudadanía por atención de casos COVID-19** [Internet]. 2020 [citado el 6 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.oopp.gob.bo/index.php/noticias/MINISTRO-ARIAS-PIDE-A-LAS-CLINICAS-PRIVADAS-NO-LUCRAR-CON-LA-SALUD-DE-LA-CIUDADANA-POR-ATENCIÓN-DE-CASOS-COVID-19,3029.html>
 19. **Portal del Ministerio de Salud de Bolivia. Ministerio de Salud autoriza uso de ivermectina contra el COVID-19 bajo protocolo** [Internet]. 2020 [citado el 13 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/4157-ministerio-de-salud-autoriza-uso-de-ivermectina-contra-el-covid-19-bajo-protocolo>
 20. **Asamblea Legislativa del Estado Plurinacional de Bolivia.** Ley 1069. 2018 p. 1–11.
 21. Alanoca Paco J. **Salud denuncia que un “grupo de choque” intentó evitar la entrega del SUS** [Internet]. 2019 [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://grupoeldeber.com/bolivia/Denuncian-que-grupo-de-choque-intento-evitar-la-entrega-del-SUS-20190822-0024.html>
 22. Morales Ayma E, **Consejo de Ministros.** Decreto Supremo 3830. 2019 p. 1–7.
 23. **Morales Ayma E, Consejo de Ministros.** Decreto Supremo 3789. 2019 p. 839–62.
 24. Añez J, **Consejo de Ministros.** Decreto Supremo 4199. 2020.
 25. Añez J, **Consejo de Ministros.** Decreto Supremo 29565. 2020.
 26. **Ministerio de Salud. Guía y lineamientos de manejo Covid -19. 2020;**19:1–92.
 27. Eyzaguirre SAR, Olivera PC. **Desigualdad Espacial en Salud: Enfermedades No Transmisibles en Bolivia, Situación Actual y Perspectivas a Nivel Municipal1** [Internet]. 2020. [citado el 13 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.sdsnbolivia.org/wp-content/uploads/2020/09/06-Estudio-Transversal-Desigualdad-espacial-en-salud-Enfermedades-no-transmisibles-en-Bolivia.pdf>
 28. Ledo C. **El agua nuestra de cada día** [Internet]. 1a ed. Talleres Gráficos “Kipus”, editor. Cochabamba: Talleres Gráficos “Kipus”; [Internet] 2013. [citado el 13 de julio de 2020] Disponible en: <http://www.ceplag.umss.edu.bo/admin/imagenes/libros/El-agua-nuestra-de-cada-dia-2013-protegido.pdf>
 29. **Ministerio de Salud, Social M de TE y P.** Resolución Biministerial 001/2020. 2020.
 30. Añez J, **Consejo de Ministros.** Decreto Supremo 4206. 2020.
 31. Birbuet JC, López V R. **Dinámica de expansión del COVID-19 en Bolivia durante las primeras 6 semanas** [Internet]. 2020 [citado el 13 de julio de 2020]. Disponible en: https://rafalopezv.io/static/covid/covid_19_bolivia.pdf
 32. Corz C. **Morales advierte a Montaña que ‘es poco’ el lote de medicamentos por Bs 33.586 para hospital de Potosí** [Internet]. 2019 [citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.la-razon.com/sociedad/morales-medicamentos-poco-potosi-salud-control-bolivia_0_3207879230.html
 33. Herbas C. **Análisis De Los Factores Que Inciden En La Adopción De Comportamientos Que Reducen El Contagio Del Covid-19 En Bolivia.** Centro de Investigación de Ciencias Exactas e Ingenierías Universidad Católica Boliviana “San Pablo”-Regional Cochabamba Bolivia. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.ucbcb.edu.bo/wp-content/uploads/2020/04/ARTICULO-COVID-19-UCB.pdf>
 34. Millan M. **¿Podremos volver a abrazarnos en la multitud? Las fisuras que la pandemia impone a los cuerpos.** En: Ceceña AE, editor. Las tramas que esconde la pandemia. Quito, Ecuador: Agencia Latinoamericana de Información; [Internet]. 2020 [citado el 21 de julio de 2020]. p. 5–7. Disponible en: <http://alainet.org>
 35. Álvarez Ossa ME. **La subjetividad e intersubjetividad: un camino en la comprensión de lo cultural.** Rev Linhas. 2016;17(34):323–36.
 36. Zhang SX, Chen J, Jahanshahi AA, Alvarez-Risco A, Dai H, Li J, et al. **Succumbing to the COVID-19 Pandemic: Healthcare Workers not Satisfied and Intend to Leave Their Jobs.** medRxiv [Internet]. 2020 [citado el 13 de julio de 2020];1–24. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00418-6>
 37. **Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica.** Calendario Epidemiológico [Internet]. 2020 [citado el 12 de julio de 2021]. Disponible en: <https://snis.minsalud.gob.bo/calendario-epidemiologico>
 38. **Observatorio COVID-19 Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Estadísticas, Número de casos confirmados BOLIVIA por Departamento a partir del 10 de Marzo de 2020** [Internet]. 2020 [citado el 12 de julio de 2021]. Disponible en: <http://observatoriocovid19.lapaz.bo/observatorio/index.php/estadisticas>

-
39. Antúnez Z, Vinet E V. **Validation of the abbreviated Version in Chilean University Students.** [Internet].2012;30:49–55. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000300005&script=sci_arttext&lng=p
40. Benavides C. **EVALUACIÓN INTELIGENTE DE INTERFACES.** Rev Vínculos [Internet]. 2013 [citado el 2 de junio de 2021];10(1):168–85. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/vinculos/article/view/4698/9409>
41. Minetti JL. **El clima de Bolivia. Universidad Nacional de Tucumán.** Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán; [Internet]2013 [citado el 18 de julio de 2021]. 91–93 p. Disponible en: http://horizon.documentation.ird.fr/exf-doc/pleins_textes/divers12-06/39515.pdf
42. **Instituto Nacional de Estadística.** La población en Bolivia llega a 11.216.000 habitantes [Internet]. 2018 [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/la-poblacion-en-bolivia-llega-a-11-216-000-habitantes/>
43. SSU-CBBA. **Criterios normativos para bajas y altas médicas COVID-19 Seguro Social Universitario Cochabamba.** 2021. p. 10–5.