

REVISTA TIA

- Revista TIA - Tecnología, Investigación y Academia -
Publicación Facultad de Ingeniería y Red de Investigaciones de Tecnología Avanzada - RITA

Construcción y validación de la escala de apatía por COVID-19 en Lima, Perú

Autor (es): Nicole Ivette Povea Uribe

Citar:

Construcción y validación de la escala de apatía por COVID-19 en Lima, Perú¹

Construction and validation of the apathy scale by COVID-19 in Lima, Peru

Nicole Ivette Povea Uribe²

Resumen: La presente investigación tiene como objetivo brindar un instrumento que permita medir la apatía por COVID-19 en Lima, Perú. La escala construida se basa en el modelo teórico de Marín (1991) que define la apatía como pérdida de motivación, presentando tres dimensiones: déficit cognitivo, déficit de autoactivación y déficit en reactivación emocional. Se empleó un muestreo no probabilístico, seleccionando 400 participantes que cumplieran los criterios establecidos para la versión preliminar y 985 participantes para la versión final. La validez de la escala se determinó mediante Juicio de Expertos obteniendo valores del Coeficiente V de Aiken superiores a 0,8 para cada ítem, la validez de constructo se determinó por análisis factorial exploratorio y confirmatorio. La confiabilidad se evaluó mediante el método de consistencia interna, obteniendo valores de Coeficiente de Alfa de Cronbach y el Coeficiente Omega de McDonald superiores de 0,9 para la escala total. Se concluyó que la Escala de 20 ítems es un instrumento válido y confiable para evaluar la apatía por COVID-19 en Lima, Perú.

Palabras clave: Apatía, confiabilidad, COVID-19, psicometría, validez.

Abstract: The present research aims to provide an instrument to measure apathy for COVID-19 in Lima, Peru. The scale constructed is based on the theoretical model of Marín (1991) that defines apathy as loss of motivation, presenting three dimensions: cognitive deficit, self-activation deficit and emotional reactivation deficit. A non-probabilistic sampling was used, selecting 400 participants who met the criteria established for the preliminary version and 985 participants for the final version. The validity of the scale was determined by Expert Judgment, obtaining values of the Aiken Coefficient V higher than 0.8 for each item, the construct validity was determined by exploratory and confirmatory factor analysis. Reliability was evaluated using the internal consistency method, obtaining Cronbach's Alpha Coefficient and McDonald's Omega Coefficient higher than 0.9 for the total scale. It was concluded that the 20-item scale is a valid and reliable instrument to assess apathy for COVID-19 in Lima, Peru.

Keywords: Apathy, reliability, COVID-19, psychometry, validity.

¹ Mesa de humanidades, sociales y artes

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal. Instituto Central de Gestión de la Investigación UNFV-Fondos RO, 2020. Contacto: 2015030139@unfv.edu.pe - <https://orcid.org/0000-0003-2655-9147>

Las investigaciones realizadas sobre el impacto psicológico por el coronavirus (COVID-19) demuestran efectos negativos causados en la población general y trabajadores de salud. Siendo las principales consecuencias la depresión, miedo y apatía. Marín (1991) definió la apatía como una pérdida de motivación que genera el deceso de cogniciones, comportamientos y reacciones emocionales dirigidos a objetivos. Marín (1996) planteó que este síndrome comportamental sucede cuando se alteran los sistemas que crean y controlan la voluntad.

Además, se encuentran estudios que demuestran cómo los jóvenes son los más afectados psicológicamente por el COVID-19, siendo las personas de entre 18 y 39 años que experimentan sentimientos de soledad, mayores niveles de ansiedad, depresión y apatía. En el estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid en una muestra de 3.473 personas de todas las edades, obtuvieron como resultados sentir apatía o poco interés por las cosas, además experimentaron depresión, decaimiento o desesperanza (Domínguez, 2020)

Actualmente, existen diferentes instrumentos de medición, los cuales se han diseñado para medir la apatía, pero asociado a diversos trastornos, tomándose como síntoma y no como un síndrome independiente. Tales como Martínez et. Al (2020) diseñaron la validación de la escala de apatía en pacientes españoles con esquizofrenia. Así, como Agüera-Ortiz et al (2010) diseño la escala de medición de la apatía en pacientes con demencia del tipo Alzheimer. Por ello, resulta importante construir un instrumento que mida la apatía como un constructo independiente, sin asociarlo a otros trastornos, que sea adaptado al contexto de la realidad peruana y en base al impacto generado por el coronavirus (COVID-19). Empleando la validación de contenido por criterios de jueves, convergente-divergente y de constructo, así como su posterior análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach y el Coeficiente Omega de McDonald. De este modo, emplear un instrumento de medición fiable y válido para futuras investigaciones y promover hábitos sociales y personales saludables, para una mejor calidad de vida.

En la presente investigación se plantea construir una escala que mida la apatía asociada al COVID-19. Para clarificar mejor esta idea se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los parámetros de validez y de confiabilidad de una escala diseñada para medir la apatía por COVID-19?

Marco teorico

Definición del coronavirus (COVID-19)

Según la OMS (2020) define el coronavirus (COVID-19) como una enfermedad infecciosa que causa infecciones respiratorias, que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. El brote inició en Wuhan (China) en diciembre del 2019. Y actualmente es una pandemia que afecta a todos los países del mundo. Los síntomas comunes del COVID-19 son fiebre, tos seca y cansancio. Otros menos frecuentes son dolores y molestas, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, perdida de

olfato o gusto, erupciones cutáneas o cambio de color en los dedos. Y los síntomas más graves son dificultad para respirar, dolor o presión en el pecho e incapacidad para hablar y moverse.

Lasa et al. (2020) refiere que los aspectos asociados a la pandemia por COVID-19 incluyen diferentes fuentes de estrés. Durante el confinamiento en el hogar afectaron el bienestar físico y psicológico, siendo dos factores principales la pérdida de hábitos y rutinas, y el estrés psicosocial. Evidenciándose malos hábitos alimenticios, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de pantallas. Las principales variables que implican el impacto psicológico son el miedo a la infección, sentimientos de frustración y aburrimiento, y problemas de salud mental previos o económicos. Asimismo, son escasas las investigaciones sobre el impacto psicológico por el COVID-19 en la población.

Impacto psicológico del coronavirus (COVID-19) en Perú

Marquina et al. (2020) realizó una revisión del impacto psicológico generado por la cuarentena debido al brote de la pandemia por COVID-19. En la cual encontró efectos psicológicos negativos existentes durante y post pandemia, tanto en la población general como en el personal de salud, padeciendo principalmente síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Señalando la importancia de la educación en medidas políticas preventivas enfocadas en la salud mental para evitar caer en estados emocionales que puedan durar desde meses hasta años. Además, Huancaya-Victoria (2020) menciona que al presentarse en incremento los casos de personas enfermas por coronavirus (COVID-19) la población en general experimentó problemas psicológicos como ansiedad, depresión y estrés. Y que es importante prestar atención al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. De este modo, se necesita en el Perú un manejo adecuado e integral de salud mental. También Lozano-Vargas (2020) refiere que el sistema de salud podría tener una crisis en nuestro país por la epidemia del nuevo coronavirus COVID-19, creando un escenario de impacto psicológico negativo al personal de salud y población vulnerable, desencadenando miedo, apatía, estrés, soledad, estigma, ansiedad, depresión, entre otros. Siendo necesario la implementación de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental para el uso en población peruana, que serán de utilidad para deparar la salud pública de nuestro país.

Definición de apatía

Según el DSM IV (1994) y el CIE-10 (2000) la apatía se considera como un cambio anormal de la personalidad secundaria, siendo considerada como un síntoma de la depresión y no como un síndrome con entidad propia. Marín (1991) define la apatía como un síndrome o enfermedad con etiología propia que se caracteriza por la pérdida de motivación con una disminución notorio a nivel emocional, cognitivo y emocional. Por lo que, sugiere que la apatía sucede cuando se altera los sistemas que controlan y activan la voluntad. Marín (1996) estructuró el concepto de apatía con los siguientes conceptos:

Reducción de conductas evidentes orientadas a objetivos, mostrando uno de los siguientes síntomas:

- Falta de productividad
- Falta de esfuerzo
- Falta de gasto de tiempo en actividades de su interés

- Falta de iniciativa o perseverancia
- Comportamientos de obediencia o dependencia en otras actividades estructuradas.

Reducción de objetivos cognitivos:

- Falta de interés en aprender nuevas cosas, falta de interés en nuevas experiencias. Falta de preocupación acerca de su salud personal.
- Disminución de la importancia al valor atribuido a objetivos en ámbitos como la socialización, recreación, productividad, iniciativa, perseverancia y curiosidad.

Reducción de los condicionantes emocionales de las conductas orientadas por objetivos:

- Afectos sin alteraciones.
- Falta de respuesta emocional a eventos positivos o negativos.
- Euforia o aplanamiento afectivo
- Ausencia de excitación o de intensidad emocional.

Según Levy (2006) la apatía se dividió en tres subtipos emocional, cognitivo y conductual (auto activación), modificando la última por ser la apatía no solo un déficit emocional y cognitivo, sino que puede revertirse por estímulos externos (hetero-activación) y a su vez influenciado por un déficit de conductas propias o inducidas por el propio sujeto (auto activación)

En conclusión, la apatía se consideró un problema de sentimientos y emociones, y desde el marco teórico de Marín, se modificó a una alteración de la motivación. Considerándose para esta investigación un síndrome comportamental que se origina a partir de estímulos externos o propios.

Divididos en las siguientes dimensiones:

- Déficit cognitivo: refiriéndose a la disminución de pensamientos dirigidos a objetivos propios. Mostrando falta de interés en aprender cosas nuevas, falta de preocupación acerca de su salud personal y disminución de la importancia al valor atribuido a objetivos propios.

- Déficit de auto activación: refiriéndose a la disminución de comportamientos dirigidos a objetivos propios. Manteniéndose la capacidad de iniciar actos motivados por estímulos externos. Evidenciándose falta de productividad, falta de esfuerzo, falta de gasto de tiempo en actividades de su interés, falta de iniciativa o perseverancia y comportamientos de obediencia o dependencia en otras actividades estructuradas.

- Déficit en la reactivación emocional: refiriéndose a la disminución de los condicionantes emocionales dirigidos a objetivos propios. Mostrando afectos sin alteraciones, falta de respuesta emocional a eventos positivos o negativos, euforia o aplanamiento afectivo y ausencia de excitación o de intensidad emocional.

Es por ello, que surge la necesidad de crear una herramienta de medición precisa y útil que mida la apatía generada por el coronavirus (COVID-19) en la población peruana.

Método

Tipo y diseño de la investigación

La presente investigación es del tipo instrumental, ya que se analizarán las propiedades psicométricas de un instrumento, mediante la validez y confiabilidad para realizar una adecuada interpretación de los resultados obtenidos. (Alarcón, 2013)

Además, el estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, ya que no se manipula una variable independiente. (Hernández, et al. 2014)

Procedimiento

Para la construcción y validación de la “Escala de Apatía por COVID- 19” se consideró las etapas propuestas por Hernández et al. (2014).

Definición de la variable

Se identificó la variable de estudio; apatía por COVID-19, se estableció su definición conceptual y operacional, identificándose sus tres dimensiones e indicadores respectivos según el marco teórico del constructo “apatía”.

Revisión de la literatura

Se realizó una búsqueda de información en diferentes bases de datos (Google académico, Scielo, Redalyc, etc.), sobre la apatía por el COVID-19, para identificar los instrumentos de medición de la apatía empleados con anterioridad, y de esta forma determinar una construcción de la escala de apatía relevante en la presente investigación.

Construcción de la versión preliminar de la Escala de Apatía por el COVID-19

Los ítems de la Escala fueron formulados de acuerdo a las dimensiones cognitivas, auto activación y reactivación emocional de la variable “apatía por COVID-19”. Se escogió la escala tipo Likert de 5 puntos para expresar el grado de acuerdo con el contenido de los ítems (totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutral, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Cada categoría de respuesta por ítem tiene asignado un valor número del 1 al 5, correspondiendo 1 a la categoría que califica al ítem con baja apatía y 5 a más alta apatía.

Prueba piloto de la Escala de Apatía por COVID-19

La versión preliminar de la Escala se administró en el mes de octubre del 2020 y se evaluó un aproximado de 500 participantes residentes de Lima, Perú, que incluía un consentimiento informado, con el objetivo de investigación, donde se identificó la investigadora, la importancia de la participación en el estudio y la cláusula de confidencialidad del manejo de datos.

Población

La población estuvo constituida en un primer momento por 500 participantes mayores de 18 años, luego en la versión final estuvo constituida por 1000 participantes que residen en el departamento de Lima, Perú.

Muestra

Por la naturaleza del estudio, se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, debido a que los participantes fueron seleccionados por el cumplimiento de los criterios establecidos. Como criterio de inclusión mayores de 18 años y que residan en Lima, Perú, y criterio de exclusión aquellas personas que hayan recibido tratamiento psicológico o farmacológico.

La muestra estuvo conformada en un primer momento por 400 participantes, en su mayoría mujeres con un 66,3% y hombres un 33,7%, con una edad promedio de 29,7 años ($DE=9,8$), siendo en su mayoría estudiantes (55,8%), en su mayoría en el grado de instrucción universitario-incompleto (53,8%) y residentes de 41 distritos del Departamento de Lima, en su mayoría de San Martín de Porres (10,6%), San Juan de Lurigancho (10%) y San Miguel (9,3%).

Análisis de ítems

Se ingresó las respuestas de los participantes a una matriz de datos del programa SPSS para calcular el coeficiente de correlación ítem- test, para analizar qué ítems mantener y cuales eliminar de los 22 ítems de la Escala.

Cálculo de la validez de contenido

La validez de contenido por criterio de jueces, se determinó por Juicio de Expertos mediante valoraciones cuantitativas por medio del Coeficiente V de Aiken. Los expertos fueron cinco profesionales con especialidades en psicología de la salud, quienes evaluaron los ítems de tipo Likert de la escala de Apatía por COVID-19. Los criterios que evaluaron fueron los siguientes: a) Relevancia, que el ítem sea esencial y por ello debe ser incluido, b) Coherencia, que el ítem tenga una relación lógica con la dimensión que dice medir y c) Claridad, que el ítem sea comprensible, tanto en su semántica y sintáctica. Posteriormente, al realizarse las respectivas evaluaciones por los expertos, se procede a calcular el Coeficiente V de Aiken para cada ítem de la Escala obteniendo un nivel de significación estadística del 0,92. Además, los expertos realizaron observaciones que ayudaron a mejorar la redacción de los ítems, obteniendo la versión final de la Escala de Apatía por COVID-19.

Administración de la versión final de la Escala de Apatía por COVID-19

La versión final de la Escala de apatía por COVID-19 se administró en el mes de diciembre del 2020, se evaluó 1000 participantes residentes de Lima, Perú. Incluía un consentimiento informado, con el objetivo de investigación, donde se identificó la investigadora, la importancia de la participación en el estudio y la cláusula de confidencialidad del manejo de datos. La muestra estuvo conformada por 985 peruanos que residían en Lima. Siendo en su mayoría mujeres con un 66,6% y hombres un 33,4%, con una edad promedio de 29,8 años ($DE=9,7$), en su mayoría estudiantes (52,1%), grado de instrucción universitario-incompleto (50,2%) y residentes de 41 distritos de Lima en su mayoría de San Martín de Porres (11,1%), San Juan de Lurigancho (9,4%) y San Miguel (9,1%).

Cálculo de la validez de constructo

Se determinó la validez de constructo, mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Cálculo de la confiabilidad

Los valores obtenidos se ingresaron a una matriz de datos del programa SPSS, donde se calculó el coeficiente de Alfa de Cronbach y el coeficiente de Omega de McDonald para estimar la confiabilidad de la Escala de Apatía por COVID-19 en general y por cada dimensión.

Baremación

La misma matriz de datos se empleó para elaborar la baremación de los puntajes de percentiles de la Escala de Apatía en el programa SPSS, tanto a nivel general como por cada dimensión.

Resultados

Análisis de ítems

El análisis de la calidad psicométrica de los ítems para cada una de las subescalas y para la escala completa reveló que 20 de ellos (el 90,9% de los ítems) podían considerarse aceptables. Sin embargo, 2 ítems fueron eliminados de los cuales los ítems; 3 y 17, el primero presentó un índice de discriminación negativo; y el segundo una comunalidad menor a 0,30. (Tabla 1)

La eliminación de estos ítems permitió que la versión final de la ESCALA DE APATÍA POR COVID-19–APACOV estuviera compuesta por un número más adecuado de ítems (20 ítems).

Ítems en las versiones sucesivas	Nº de ítems	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados	Media	Varianza	Desviación estándar
Todos los ítems	22	0,908	0,913	48,3	164,4	12,8
Ítem Nº 3 eliminado	21	0,917	0,920	45,5	163,1	12,8
Ítem Nº 17 eliminado	20	0,918	0,920	42,9	150,8	12,3

Tabla 1. Estadísticos de la versión preliminar de la Escala de Apatía por COVID-19

Validez de contenido

Los valores del Coeficiente V de Aiken de los ítems de la versión final de la Escala de Apatía por COVID-19 para el criterio de “Relevancia” tuvieron un valor mínimo de 0,80 máximo de 1; de igual forma para los criterios de “Coherencia” y de “Claridad”. Por lo que se demuestra que existe una fuerte consistencia y homogeneidad según las apreciaciones de los cinco expertos que han evaluado el instrumento de la investigación.

Nº	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	V de Aiken	Interpretación
----	--------	--------	--------	--------	--------	------------	----------------

Item3	Relevancia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	2	3	3	2	3	0.87	VALIDO
Item8	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	2	3	2	3	3	0.87	VALIDO
Item12	Relevancia	3	3	2	2	3	0.87	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	2	3	2	2	3	0.80	VALIDO
Item16	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	3	2	3	3	3	0.93	VALIDO
Item20	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	2	3	3	3	3	0.93	VALIDO
Item6	Relevancia	3	3	3	3	1	0.87	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	1	0.80	VALIDO
	Claridad	2	3	3	2	2	0.80	VALIDO
Item7	Relevancia	3	3	3	3	1	0.87	VALIDO
	Coherencia	2	3	3	3	1	0.80	VALIDO
	Claridad	2	2	2	3	3	0.80	VALIDO
Item10	Relevancia	2	2	3	3	3	0.87	VALIDO
	Coherencia	2	3	3	3	3	0.93	VALIDO
	Claridad	1	3	3	3	3	0.87	VALIDO
Item11	Relevancia	3	0	3	3	3	0.80	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	2	1	3	3	3	0.80	VALIDO
Item16	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
Item9	Relevancia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	2	3	3	2	3	0.87	VALIDO
Item8	Relevancia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
Item12	Relevancia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO

Item13	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
Item14	Relevancia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
Item15	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Claridad	2	3	3	3	3	0.93	VALIDO
Item5	Relevancia	3	3	3	3	1	0.87	VALIDO
	Coherencia	1	3	3	3	2	0.80	VALIDO
	Claridad	2	3	3	3	2	0.87	VALIDO
Item10	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
Item14	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	3	3	3	2	3	0.93	VALIDO
	Claridad	2	3	3	2	3	0.87	VALIDO
Item18	Relevancia	3	3	3	3	3	1.00	VALIDO
	Coherencia	2	3	2	3	3	0.87	VALIDO
	Claridad	2	3	2	3	3	0.87	VALIDO

Tabla 2. Evidencia de validez basada en los ítems la escala de apatía por covid-19 mediante el coeficiente v de aiken

Validez de constructo

Análisis factorial exploratorio

En primer lugar, el análisis factorial exploratorio aplicado (Método de Componentes Principales y Rotación Promax) mostró una estructura del test compuesta por tres dimensiones. Como se observa en la Tabla 3, dicho análisis factorial arrojó tres factores que llegaron a explicar el 65,7% de la varianza total, siendo la saturación de los ítems en cada uno de estos tres factores suficientemente elevada. Siendo pesos factoriales mayores de 0,30 en su escala o factor.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Item1			0,683
Item2		,470	0,394
Item3	,902		
Item4	,833		
Item5		,544	
Item6	,865		
Item7	,847		
Item8	,878		

Item9	,903		
Item10		,723	
Item11	,797		
Item12			,775
Item13		,598	
Item14		,661	
Item15		,721	
Item16	,679		0,342
Item17	,859		
Item18	,872		
Item19		,778	
Item20			,819
Autovalor	7,792	4,376	,971
%V.E.	38,961	21,878	4,857
%V.E. A.	39,0	60,8	65,7

Tabla 3. Análisis factorial de los ítems de la Escala de Apatía por COVID-19

Análisis factorial confirmatorio

Para verificar la estructura tridimensional de la Escala de Apatía por COVID-19 se aplicó un Análisis Factorial Confirmatorio. Como se observa en la Tabla 4, los resultados del análisis factorial confirmatorio revelan que el modelo tridimensional presenta índices de ajuste muy buenos. Además, por la gran cantidad de la muestra la escala presenta una medida descriptiva de ajuste absoluto chi cuadrado de (5,594), las demás medidas de ajuste incremental o comparativo son superiores a 0.90 (CFI=0.956, IFI=0,957 y TLI=0,937) y el índice de bondad de ajuste satisface el criterio de ajuste adecuado (GFI=0,933) y el RMSEA índice basado en residuos evidencia muy buen ajuste (0.068).

Índice de ajuste	Valores
X2 (gl)	5,594
Índice CFI	0,956
Índice IFI	0,957
Índice TLI	0,937
Índice GFI	0,933
RMSEA	0,068

Tabla 4. Índices de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio

Confiabilidad

Coeficiente Alfa de Cronbach y Omega McDonald's

Se determinó la confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach y el Coeficiente Omega McDonald's encontrándose valores por encima de 0,9, en la totalidad de ítems (Tabla 5). Por lo tanto, el instrumento es fiable y mide con mayor precisión el constructo de la investigación.

Media	Desviación Estándar	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald's
2,25	0,633	0,902	0,910

Tabla 5. Estadísticos de confiabilidad de versión final de la Escala de Apatía por COVID-19

Baremación

Se obtuvieron percentiles de la Escala total y sus dimensiones (deficit autoactivación, deficit cognitivo y deficit de reactivación emocional). En la Tabla 6 se observa los percentiles (PC), los puntajes directos (PD), la media (M) y la desviación estándar (DE).

PC	PD			
	Total	D. Autoactivación	D. Cognitivo	D. Reactivación emocional
75	52	22	20	10
50	44	19	16	7
25	36	14	16	6
M	44,95	20,37	17,28	7,63
DE	12,666	8,968	5,343	2,835

Tabla 6. Baremos de la Escala de Apatía por COVID-19, a nivel general y según sus respectivas dimensiones.

Como se observa en la tabla, un participante con un puntaje total de 44 en la Escala de Apatía por COVID-19, se ubicaría en el percentil 50. Asimismo, un participante con puntaje de 20 en la dimensión en deficit cognitivo se ubicaría en el percentil 75.

Discusión

La apatía generada por el impacto de la pandemia asociada al COVID-19 es un constructo que mide la pérdida de motivación que presentan los individuos a partir de los efectos psicológicos negativos ocasionados durante la pandemia. Este constructo se refleja en la disminución de conductas, en la disminución cognitiva y en la disminución de reactivación emocional orientadas a objetivos. Por ello, al igual que Marín (1996) se considera un constructo tridimensional, siendo un síndrome con etiología propia apartado de trastornos emocionales como la depresión, entre otros.

En la actualidad, las investigaciones se han centrado en la evaluación de este constructo asociado a otros cuadros patológicos. En esta investigación se propuso evaluar a individuos que no presentarán tratamiento psicológico o farmacológico.

Por ello, la presente investigación tuvo como objetivo construir, validar y determinar la confiabilidad del instrumento: Escala de Apatía por COVID-19 en Lima, Perú, considerando su modelo tridimensional. Esta investigación es la primera en trabajar la apatía por COVID-19 en Perú, ya que no hay estudios previos sobre el tema en el país.

En cuanto al proceso de construcción y validación de la escala de apatía por COVID-19, se realizó un análisis de los ítems de la versión preliminar quedando solo 20 ítems que presentaron índices de discriminación adecuadas y comunalidades superiores a 0,30.

Para determinar la validez de contenido de la versión final de la Escala se empleó el método de juicio de expertos mediante el Coeficiente V de Aiken. Los resultados demostraron que los 20 ítems de la Escala presentaban un nivel

de significación estadística de $p < 0,005$, ya que sus valores fueron superiores a 0,80, tal y como lo propone Escurra (1998). Esto significa que los cinco expertos mostraron su acuerdo en relación a la relevancia, coherencia y claridad en la redacción de los ítems.

Además, se determinó la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial exploratorio demostró que la solución factorial más clara explicó un 65,7% de la varianza y estuvo conformada por tres factores y 20 ítems con pesos factoriales mayores de 0,30. Para llegar a esta estructura, se descartaron 2 ítems preliminares con valores de índice de discriminación y comunalidad inadecuados. En cuanto al análisis factorial confirmatorio en este estudio se verificó el ajuste de los datos al modelo teórico de tres factores de la apatía por COVID-19. Los resultados indicaron que presenta índices de ajuste muy buenos (CFI=0.956, IFI=0,957, TLI=0,937, GFI=0,933 y RMSEA= 0.068).

Para evaluar la confiabilidad de la versión final de la escala, se calculó el Coeficiente Alfa de Cronbach y el Coeficiente Omega de McDonald's. Este estudio demostró alfa de Cronbach de 0,902 y omega de McDonald's de 0,910 lo cual evidencia una confiabilidad alta de la escala. Siendo valores superiores a lo propuesto por algunos autores, como Nunnally (1987) quien estableció un valor mínimo de 0,80; Lauriola (2003, citado en Hernandez et al., 2014) con un valor mínimo de 0,90.

En general, las evidencias obtenidas en la investigación demuestran que la Escala de Apatía por COVID-19 muestra que tiene validez y confiabilidad que justifiquen su uso en otras investigaciones. No obstante, es necesario mencionar que los resultados mostrados son representativos de la población limeña, por lo que se recomienda adaptar el instrumento a las diferentes poblaciones que se requiera emplear, teniendo en cuenta el sexo, edad, lugar de residencia, grado de instrucción y ocupación. Además, se recomienda recopilar información de validez mediante otros métodos, como la correlación ítem-test.

Conclusiones

1. La Escala de Apatía por COVID-19 esta conformada por 20 ítems y mide las dimensiones del deficit en autoactivación, cognitivo y reactivación emocional.
2. La Escala de Apatía por COVID-19 evalúa la apatía o pérdida de motivación en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Lima, Perú.
3. La Escala de Apatía por COVID-19 presenta una adecuada validez de contenido mediante Juicio de Expertos.
4. La Escala de Apatía por COVID-19 presenta una adecuada validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio.
5. La Escala de Apatía por COVID-19 presenta una adecuada validez de constructo mediante el análisis factorial confirmatorio.
6. La Escala de Apatía por COVID-19 presenta una adecuada confiabilidad mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach.

7. La Escala de Apatía por COVID-19 presenta una adecuada confiabilidad mediante el Coeficiente de Omega de McDonald's.

Nota de reconocimiento

Un agradecimiento especial a los expertos L. Tantalean, A. Caycho, M. Ulloa, P. Ángeles y V. Osorio por sus valiosos aportes para la construcción y validación de la Escala de Apatía por COVID-19, así como a mi asesor C. Portocarrero por la orientación brindada en el proceso del desarrollo de la investigación.

Referencias

- Alarcón, R. (2013). Métodos y diseños de investigación del comportamiento. Lima: Editorial Universitaria Universidad Ricardo Palma.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994) 4^o Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Escurre, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de psicología*, 6(1-2), 103 -111.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación* (6ta edición) México Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2).
- Lasa, N. B., Benito, J. G., Manterola, A. G., Sánchez, J. P. E., García, J. L. P., & Germán, M. Á. S. (2020). Las Consecuencias Psicológicas De La Covid-19 Y El Confinamiento. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Levy R, Czernecki V. (2006a). Apathy and the basal ganglia. *J Neurol*, 253 Suppl 7, VII54-61.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56.
- Marín, R. (1991). Apatía: un síndrome neuropsiquiátrico. *J Neuropsychiatry ClinNeurosci*, 3, 243-254.
- Marín, R. (1996) Apathy: Concept, Syndrome, Neural Mechanisms, and Treatment. *Semin. Clin. Neuropsychiatry*, 1(4):304-14.
- Nunnally, J. C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Editorial Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Starkstein SE, Petracca G, Chemerinski E, Kremer J. (2001). Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 158, 872-7. World Health Organization. (2000).
- Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.

Anexos

Escala de apatía por covid-19

Edad: _____ Sexo: M / F Distrito de residencia: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Grado de instrucción: _____

Lugar de evaluación: _____

Recibe tratamiento farmacológico o psicológico: Sí / No

INSTRUCCIONES:

Esta es una escala que mide la apatía causada por el contexto de la pandemia por el coronavirus (COVID-19) en la población peruana.

Para ello sólo debes marcar la opción que mejor describa tu situación actual:

TA= Totalmente de acuerdo, DA= De acuerdo, N= Neutral, ED= En desacuerdo,

TD= Totalmente en desacuerdo

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, solo interesa conocer la forma en como tú percibes, sientes y actúas en este contexto actual.

N°	ITEMS	TA	DA	N	ED	TD
1	No tengo ánimo para realizar actividades por la presencia del coronavirus (COVID-19)					
2	Me mantengo inactivo desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
3	Me interesa aprender nuevas actividades desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
4	Me esfuerzo en las actividades que realizo desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
5	Me siento apático desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
6	Aprovecho mi tiempo realizando actividades de mi interés a pesar del coronavirus (COVID-19)					
7	Estar en comunicación con las amistades es importante para mí desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
8	Me gustaría tener nuevas experiencias desde la presencia del coronavirus (COVID-19).					
9	Durante el periodo de pandemia por coronavirus (COVID-19) me involucro en mis estudios, con mi familia, y lo que requiera mi atención.					
10	Me siento indiferente cuando veo noticias o escucho historias sobre el coronavirus (COVID-19)					
11	Durante el periodo de pandemia por coronavirus (COVID-19) he logrado realizar actividades importantes para mí					
12	Prefiero no crear planes a futuros por causa del coronavirus (COVID-19)					
13	Tengo menos interés en realizar mis actividades diarias por el coronavirus (COVID-19)					
14	Me muestro entusiasmado desde que inició la pandemia del coronavirus (COVID-19)					
15	Necesito que alguien me incentive para iniciar una actividad a causa del coronavirus (COVID-19)					
16	Durante la pandemia por coronavirus (COVID-19) me siento seguro y positivo conmigo mismo.					
17	Terminó los trabajos que son importantes para mí, a pesar del coronavirus (COVID-19)					
18	Durante la pandemia por coronavirus (COVID-19) cuando algo bueno me ha sucedido me he mostrado alegre					
19	Necesito que alguien me diga que hacer cada día desde la presencia del coronavirus (COVID-19)					
20	Pensar en las consecuencias del coronavirus (COVID-19), me desmotiva					