



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Doctorado en Ciencias de la Salud

**LA APATÍA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS:
ESTUDIO DE VALIDACIÓN
TESIS**

Para Obtener el Grado de
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Mtra. Yessica Paola Aguilar Montes de Oca

Comité Tutorial:

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Tutor Académico

Dr. Sergio González Escobar

Tutor Interno

Dra. Sofía Rivera Aragón

Tutor Externo



Toluca, Estado de México

2017



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Coordinación del Doctorado en Ciencias de la Salud

Fecha: 28 de febrero de 2017.

DICTAMEN DE VOTOS APROBATORIOS TESIS

Los docentes que integran el **COMITÉ DE TUTORES** de la maestro (a): Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, egresado(a) del programa del Doctorado en Ciencias de la Salud de la generación 2014-2017, quien realizó el trabajo de tesis titulado: "Apatía en jóvenes universitarios: estudio de validación", bajo la Tutoría Académica del(la) Dr(a). Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, ha sido dirigido, revisado y discutido, por lo que se ha considerado **DICTAMINARLO COMO APROBADO**, ya que reúne los requisitos que exige el Artículo 75 del Reglamento de Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2016, Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"
"2016, Año de Leopoldo Flores Valdés"

Tutor Académico

Dra. Norma Ivonne González Arratia López Fuentes

Tutor Interno

Dr. Sergio González Escobar

Tutor Externo

Dra. Sofía Rivera Aragón

ÍNDICE

	No. de pág.
Introducción	5
1. Antecedentes	9
2. Planteamiento del problema	24
3. Justificación	25
4. Hipótesis	26
5. Objetivos: Objetivo general y específicos	27
6. Diseño Metodológico	27
6.1 Diseño del estudio	27
6.2 Universo y Muestra	31
6.3 Procedimientos	32
6.4 Criterios de inclusión	32
6.5 Criterios de exclusión	33
6.6 Criterios de eliminación	33
6.7 Instrumentos	33
6.8 Recolección de datos	35
6.9 Análisis de datos	36
6.10 Aspecto ético	36
7 Resultados	47
7.1 Artículo publicado	47
7.1.1 Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos.	47
7.1.2 Carta de aceptación	48
7.1.3 Página de la revista	49
7.1.4 Portada de la revista	50
7.1.5 Índice de la revista	51
7.1.6 Apartados del artículo	52
7.2 Capítulo publicado	66
7.2.1 De la apatía a la depresión: sus implicaciones en jóvenes universitarios.	66
7.2.2 Carta de aceptación del artículo	67
7.2.3 Portada del libro	68
7.2.4 Hoja Legal	69
7.2.5 Comité Editorial	71
7.2.6 Índice	72
7.2.7 Apartados del capítulo	74
7.3 Capítulo publicado	82
7.3.1 El papel del pesimismo sobre la apatía en universitarios.	82
7.3.2 Carta de aceptación del artículo	83
7.3.3 Portada del libro	84
7.3.4 Hoja Legal	85
7.3.5 Comité Editorial	87
7.3.6 Índice	88
7.3.7 Apartados del capítulo	90
7.4 Artículo enviado	98

7.4.1 Escala para evaluar la apatía (EEVA): validación en jóvenes mexicanos.	98
7.4.2 Carta de recepción del artículo	99
7.4.3 Apartados del artículo	100
7.5 Artículo aceptado para publicarse en memorias in extenso	126
7.5.1 De la paz a la depresión: diferencias entre hombres y mujeres jóvenes.	126
7.5.2 Carta de aceptación	127
7.5.3 Apartados del artículo	128
8. Resultados adicionales	135
9. Discusión general	159
10. Conclusiones generales	162
11. Bibliohemerografía Utilizada	163
12. Anexos	173
Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética e Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas	173
Anexo 2. Consentimiento informado	174
Anexo 3. Clasificación de los reactivos del instrumento de Apatía	176
Anexo 4. Escala para Evaluar Apatía (EEVA)	177
Anexo 5. Escala de pesimismo	179
Anexo 6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	180
Anexo 7. Escala para medir Depresión (EPMD)	181
Anexo 8. Cuestionario de Paz o Equilibrio en La Vida (CPEV)	183
Anexo 9. Regresiones lineales de las variables de estudio.	184

Introducción

En las sociedades modernas se observa con frecuencia la falta de interés por participar en alguna actividad. Esta tendencia ha sido denominada como apatía y su incidencia se extiende en diversos ámbitos y etapas vitales.¹

Cabrera, Peral y Barajas² y Marin³ plantean que la apatía es un síndrome comportamental o disfunción del proceso que origina los actos inducidos por estímulos externos o internos. Ocurre cuando se alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad, y la evidencia médica indica que es uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados con enfermedades como Alzheimer⁴, Huntington⁵ y Parkinson⁶, con algunas afecciones como la parálisis supranuclear progresiva, Accidentes Cerebro-Vasculares⁷, Trauma Cráneo-Encefálico⁸ y la esquizofrenia.⁵

De manera reciente ha surgido una conceptualización alterna propuesta por Marin³, quien sugiere que la apatía debe ser considerada como un síndrome o enfermedad con etiología propia, ya que se caracteriza por una pérdida de motivación primaria no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia, sin embargo, se requiere de evidencia empírica que de sustento a esta postura.

Existen diferentes posturas para definir la apatía, en su mayoría coinciden en que forma parte de un trastorno. En esta investigación, se considera que la apatía puede tener una valoración más amplia, en el sentido de que surge cuando el individuo no percibe algún desafío¹¹, o bien, cuando el individuo se encuentra en una situación satisfactoria y no tiene

algo que superar ¹², se deja de lado el trastorno, la enfermedad y la anormalidad, por considerar que todos los seres humanos poseen esta característica de personalidad en algún momento de su existencia. En este sentido y desde la teoría de la paz o equilibrio de Valdez ¹⁰ la apatía se define como una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de llegar a ser más y mejor que otros y que sí mismo. ⁹

Al respecto, autores como Negrete y Leyva ¹³ y Valdez y Aguilar ¹⁴, proponen que este fenómeno social puede deberse a diversos factores, tales como la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los jóvenes. Todos estos factores pueden tener un efecto importante sobre la conducta y los estados de ánimo. Uno de ellos es el pesimismo, el cual se caracteriza por la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable. En esta línea, la evidencia empírica demuestra que el pesimismo promueve la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, la desesperanza, la ideación suicida y el abuso de sustancias ¹⁵⁻¹⁷, lo que sugiere su asociación con trastornos como la ansiedad y la depresión, según los datos reportados por el DSM IV ¹⁸ y el CIE 10. ¹⁹

Messing ¹, agrega que en la psicosociocultura, se observa una tendencia en la que el esfuerzo ha caído en descrédito para dar lugar al facilismo, con menos espacios para el desarrollo personal y laboral. Reconoce el uso de mensajes que promueven el consumismo, el individualismo, la mediocridad y el control externo de la conducta, debido a las características académicas y laborales del mundo actual han afectado profundamente a los individuos, principalmente a los más jóvenes, quienes presentan desmotivación,

insatisfacción y apatía. Todo ello puede representar un factor de riesgo, que da por resultado improductividad en todas las áreas: escuela, trabajo, familia y sociedad, y sobre todo en el deterioro de la motivación, el abandono de actividades, la falta de expectativas, la violencia, la delincuencia, la corrupción, la intolerancia generalizada y la depresión.^{14, 20,}

21

A pesar de la importancia del constructo apatía, aún son pocos los instrumentos de medición y la información disponible indica que en su mayoría son instrumentos que se han diseñado asociados con diversos trastornos que alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad. Una de ellas es la *Escala de Evaluación de Apatía (AES)*, de Marin, Biedrzycki y Firinciogullari²², que se utiliza en muestras clínicas, resulta eficaz en pacientes con demencia secundaria a accidentes cerebro-vasculares, en enfermedad de Parkinson²³, enfermedad de Alzheimer y otras demencias.²² Esta escala tiene como variante la *Children's Motivation Scale*²⁴ para evaluar apatía en niños y adolescentes.

Otra escala es la *Neuropsychiatric Inventory (NI)* la cual es una escala neuropsiquiátrica que evalúa dominios psicopatológicos en pacientes psiquiátricos.²⁵ Por su parte, Strauss y Sperry²⁶, crearon la *Dementia Apathy Interview and Rating*, la cual consiste en una entrevista que se le realiza al cuidador y evalúa los cambios en las últimas cuatro semanas respecto a la motivación, la respuesta emocional y el compromiso en pacientes con demencia. Por otro lado, Agüera et al.⁵, propusieron la escala *APADEM-NH-66* que evalúa la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer institucionalizados. De manera reciente, Starkstein²⁷ creó la *Starkstein Apathy Scale (SAS)*, y actualmente es la escala más

utilizada en investigación y ensayos clínicos para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas neuropsiquiátricos.²⁸

Si bien existen estos instrumentos, a la fecha no hay escalas que permitan la medición del constructo apatía vista como una característica de personalidad en individuos sin estos tipos de diagnósticos, lo cual puede ser una importante aportación a fin de conocer esta condición en los individuos evaluados. La presente escala (EEVA) se fundamenta en la teoría de la Paz o Equilibrio¹⁰ considerando la postura etnopsicológica de Díaz-Guerrero⁸⁹ para el desarrollo de un instrumento culturalmente relevante.

Así, la presente investigación tuvo como objetivos: construir la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA) en población juvenil, y obtener evidencias de validez (de contenido, de constructo y convergente). Se evaluó su validez de constructo mediante análisis de su estructura factorial exploratoria y confirmatoria, se estableció su fiabilidad a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach, así como la validez convergente con variables teóricamente relacionadas con el pesimismo, la ansiedad, la depresión^{18, 19}, y el estado de paz o equilibrio. Se plantea como hipótesis que existe relación positiva entre las variables, así como diferencias entre hombres y mujeres.

1. Antecedentes

Una de las problemáticas actuales más frecuente entre los jóvenes, es el decremento del interés por participar en actividades conjuntas, así como la reducción de sus interacciones sociales, lo que afecta considerablemente la forma de vida de los individuos.²⁹ A este fenómeno se le ha denominado apatía, término utilizado frecuentemente para caracterizar negativamente a la falta de respuesta ante la vida social y emocional y su prevalencia se extiende en los más diversos ámbitos y etapas vitales¹

Etimológicamente, el término apatía se deriva del latín *apathía* y este del griego *apatheia* (ἀπάθεια), que significa: ausencia de pasiones, emociones, sentimientos o enfermedad.³⁰ La apatía es definida como la impassibilidad del ánimo y dejadez, indolencia, falta de vigor o energía.³¹

En la antigüedad, los filósofos griegos de la escuela estoica definieron la *apatheia* como un estado del espíritu consistente en la indiferencia emocional ante los avatares de la existencia. Ellos consideraban que la felicidad sólo podía alcanzarse cuando la persona se mostraba indiferente emocionalmente ante los sucesos o acontecimientos que le tocaban vivir. Así, la apatía fue valorada positivamente por ayudar a los sabios griegos a ponerse a salvo de la esclavitud y la perturbación que generaban el deseo y la carencia.³²

En este sentido, los primeros cristianos adoptaron el término apatía para referirse al desprecio de todas las preocupaciones mundanas. Sin embargo, más adelante la perspectiva

religiosa, la categorizó como una deficiencia de amor y devoción a Dios, interpretándola también como pereza.²

Cabrera, Peral y Barajas² indican que el concepto de apatía fue más aceptado en la cultura popular después de la Primera Guerra Mundial, al ser una de las diversas formas de neurosis de guerra caracterizada por un sentimiento de entumecimiento emocional e indiferencia a la interacción social normal. A partir de esta acepción, se empezaron a realizar investigaciones desde diversas perspectivas, fundamentalmente desde la neuropsiquiatría y las neurociencias clínicas, las cuales la definieron como un síntoma presente en la depresión caracterizada por la pérdida de motivación no debida a la perturbación de la inteligencia, la emoción o el nivel de conciencia.^{18, 19}

Desde las neurociencias, se propone que la apatía es una característica de la depresión, e incluso, se vincula con la ansiedad.^{18, 19} Lo anterior, resulta un foco de alerta, dado que el 7% de la población mexicana padece depresión y el 17.8% se ve afectado por el trastorno de ansiedad.³³

Así mismo, la apatía se utiliza como criterio en cuatro trastornos: Intoxicación por Opioides (criterio B), Intoxicación por Inhalantes (criterio B), Cambios de Personalidad debido a Enfermedad Médica (tipo apático) y en el Trastorno Post-Concusión y como síntoma: en la Esquizofrenia (lista de síntomas negativos), Delirium, Demencia por HIV, Demencia debida a Trauma de Cráneo, Enfermedad de Pick y Amnesia relacionada a Trastornos Médicos Generales.³⁴

Además, la evidencia médica indica que es uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados a enfermedades o lesiones que afectan al eje de la corteza prefrontal, los ganglios basales, el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo talámico medial-dorsal, como en el caso de las enfermedades de Alzheimer y de Huntington, de algunas afecciones como la parálisis supranuclear progresiva, la esquizofrenia y siendo común también en las enfermedades crónico-degenerativas.⁵ Autores como Cabrera, Peral y Barajas² y Marin³ plantean que la apatía es un síndrome comportamental o disfunción del proceso que origina los actos inducidos por estímulos externos o los propios. Por lo tanto, la apatía ocurre cuando se alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad.

En concordancia, las estadísticas refieren que la apatía está presente en porcentajes variables (25-70 %) en enfermedades tales como Demencia tipo Alzheimer^{4,6}, enfermedad de Parkinson⁶, Accidentes Cerebro-Vasculares³⁵, Trauma Cráneo-Encefálico⁸, distinguida claramente de la Depresión por esos autores. También se encuentra en enfermedades sistémicas como la Distrofia Miotónica.³⁶

Una definición propuesta por Levy, Cummings y Fairbanks²⁵, sugiere que es una reducción cuantitativa de los comportamientos voluntarios. No es sólo un déficit emocional y cognitivo que se puede revertir por estímulos externos (heteroactivación), sino que puede ser debido a un déficit en las conductas propias o conductas inducidas por el propio sujeto (autoactivación).

Por otro lado, Marin³, refiere que la apatía debe ser considerada como un síndrome o enfermedad con etiología propia, ya que se caracteriza por una pérdida de motivación

primaria. Es decir, una pérdida de motivación no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia.

Estas definiciones explican la apatía desde una perspectiva del diagnóstico, la neurobiología, las enfermedades con las que se asocia, así como los tratamientos de elección, sin embargo, incluyen los aspectos psicosocioculturales que intervienen, y que incluso promueven la aparición de la apatía en los individuos.

Al respecto, autores como Negrete y Leyva¹³ y Valdez y Aguilar¹⁴, proponen que este es un fenómeno social que puede deberse a diversos factores, tales como la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los jóvenes. En este sentido, Cosentino¹¹ propone que la apatía es el resultado de la sensación individual de no poseer el nivel de conocimientos necesarios para afrontar un reto, o bien, puede ser el resultado de no percibir algún desafío.

Por lo que, Silva⁴² y Hernández⁴³, reconocen un desinterés generalizado causante de problemas para elaborar un proyecto de vida personal o familiar a futuro y una molesta sensación de vivir en un presente azaroso, continuo y repetitivo.

La apatía puede tener importantes efectos sobre la salud y personalidad, lo que de acuerdo con D'Orazio et al⁴⁴, se ve reflejado en el alto porcentaje de jóvenes caracterizados por la incapacidad de visualizar a plenitud su orientación vocacional, que pudiera explicarse por la falta de asimilación de reglas o normas sociales, incertidumbre, ausencia de información,

desinterés, atribución externa de la decisión o porque en la realidad nacional no se promueve intereses específicos en la vía del desarrollo profesional.

Flores et al ⁴⁵ agregan que actualmente los jóvenes se muestran apáticos hacia el estudio y esperan ser motivados por sus padres o por sus docentes para despertar y mantener el interés hacia los mismos, lo que representa un riesgo, pues ello implica otro polo de la apatía: la agresión rebelde.

Por otro lado, Echeverría ⁴⁶ refiere que en este fenómeno, interviene la carencia de información de los jóvenes que les impide adquirir y acumular conocimientos. En contraste, el uso de medios informativos incrementa la discusión interpersonal, lo que a su vez contribuye al incremento de la participación social, pues empíricamente se ha demostrado que la cantidad de conocimiento puede predecir y promover la participación. Es decir, que a mayor información, mayor participación, por lo tanto, menor apatía. ⁴⁷

Por otro lado, Mises ¹² ofrece una valoración contraria, al sugerir que la apatía se debe a que el individuo no se encuentra en una situación insatisfactoria que quiera superar, por lo tanto no actúa. De esta manera, esta propuesta sugiere que el ser humano se encuentra en un estado de alegría o satisfacción que no da lugar a acción alguna debido a que no siente inquietud. En este sentido, desde la psicología positiva Cosentino ¹¹ propone que la apatía es el resultado de la sensación individual de no poseer el nivel de conocimientos necesarios para afrontar un reto, o bien, puede ser el resultado de no percibir algún desafío.

Así, se propone que la apatía se trata de una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de

llegar a ser más y mejor que otros y que sí mismo. Lo cual acorde con Marina, lleva a los jóvenes a no padecer la perturbación generada por el deseo y en consecuencia, los ayudaría a permanecer en un estado de paz o equilibrio.^{10, 14, 32} Esta propuesta deja de lado el trastorno, la enfermedad y la anormalidad, por considerar que todos los seres humanos poseen esta característica de personalidad en algún momento de su existencia.

La teoría de la paz o equilibrio, ofrece una propuesta del origen, trastornos asociados, consecuencias y alternativas de solución de la apatía, es por ello que se considera esta postura teórica para la presente investigación, la cual considera que el origen de la apatía se encuentra en la tensión o conflicto, la desesperación y la ansiedad, y como consecuencia, podría surgir la desesperanza, la depresión, la somatización- enfermedad, pudiendo llegar incluso hasta el suicidio.^{10,14} (ver fig. 1).

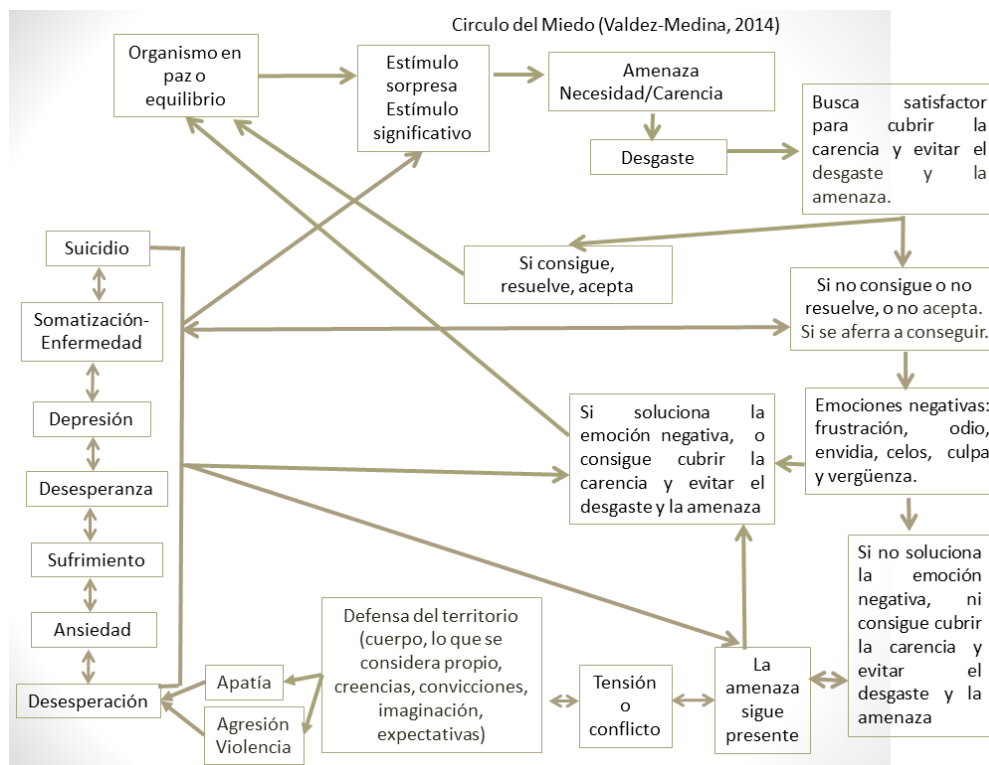


Figura 1. Círculo del Miedo¹⁰

Respecto a la forma como se ha medido, de manera general la apatía ha sido considerada como parte de diversos trastornos que alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad, como la *Apathy Evaluation Scale (AES)*, de Marin, Biedrzycki y Firinciogullari²², que se utiliza en muestras clínicas, contiene 18 ítems y ha sido diseñada específicamente para valorar el deterioro de los elementos conductuales, afectivos y cognitivos de la motivación. Este instrumento resulta eficaz en pacientes con demencia secundaria a accidentes cerebro-vasculares, en enfermedad de Parkinson²³, enfermedad de Alzheimer y otras demencias²². La escala tiene tres formas de aplicación: la autoadministrada por el paciente, la llenada por el cuidador y la del evaluador hacia el paciente. Reporta datos de fiabilidad importantes (alfa de Cronbach=0.89) pero no de validez. Esta escala tiene como variante la *Children's Motivation Scale*²⁴ para evaluar apatía en niños y adolescentes, la cual, al igual que la original, sólo hace referencia a índices favorables de fiabilidad y no de validez.

Por otro lado, el *Neuropsychiatric Inventory (NI)* es una escala neuropsiquiátrica que evalúa 10 dominios psicopatológicos en pacientes psiquiátricos, la cual se administra a los cuidadores.²⁵ Sus características psicométricas son aceptables para la valoración de los síntomas no cognitivos en pacientes con demencia, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer, además permite realizar un seguimiento de la eficacia de los tratamientos sobre esos aspectos. Siguiendo esta línea de trabajo, Strauss y Sperry²⁶, propusieron la *Dementia Apathy Interview and Rating*, que consiste en una entrevista que se le realiza al cuidador y evalúa los cambios en las últimas cuatro semanas respecto a la motivación, la respuesta emocional y el compromiso en pacientes con demencia. La principal dificultad es

que al ser una entrevista no presenta indicadores precisos del constructo, además de tener la imposibilidad de ser reportada por el propio paciente.

Agüera et al.⁵, propusieron la escala *APADEM-NH-66* que evalúa la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer institucionalizados. La escala se compone de 66 ítems y presenta favorables índices de validez y fiabilidad (alfa de Cronbach= 0.93; correlación con el Apathy Inventory (rs = 0,59) y con el Neuropsychiatric Inventory (rs = 0,64)). De manera reciente, Starkstein²⁷ creó la *Starkstein Apathy Scale (SAS)*, y actualmente es la escala más utilizada en investigación y ensayos clínicos para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas neuropsiquiátricos. Sus datos de validez y fiabilidad son aceptables (Fiabilidad λ del Guttman=0,89 y validez discriminante con $p < 0,0001$) en pacientes con enfermedad de Parkinson.⁴⁸

Actualmente, estos instrumentos se utilizan en la presencia de diversos trastornos como ya se mencionó y a pesar de que presentan ciertas dificultades psicométricas, sin embargo, a la fecha no hay escalas que permitan la medición del constructo apatía como una característica de personalidad en individuos sin estos diagnósticos. Por otro lado, conviene resaltar que estos instrumentos no están adaptados para la población mexicana, lo que implica estudiar la adecuación al lenguaje, así como la modificación de la relevancia y pertinencia de algunos ítems que conforman dichas escalas, tomando en cuenta las diferencias culturales.²⁸ De esta manera resulta pertinente el desarrollo un instrumento de medición de este constructo para población mexicana desde una postura de la etnopsicometría, para aportar un instrumento que sea culturalmente relevante.⁴⁹

Dado que la teoría de la paz o equilibrio¹⁰ se considera que puede existir una relación entre pesimismo, apatía, ansiedad, depresión y el estado de paz o equilibrio, en los siguientes

apartados se hace una descripción de cada variable y se plantea su relación con el constructo de interés y que a continuación se presentan por separado a fin de facilitar su estudio.

Pesimismo

El pesimismo es una importante variable de personalidad que es definido como la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable y el decremento del interés por participar en actividades conjuntas, lo que afecta considerablemente la forma de vida de los individuos.^{1, 15}

La palabra pesimismo proviene del latín *pessimum* que significa lo peor.³¹ Este término se ha estudiado desde la psicología positiva y se ha definido como como una disposición negativa de interpretar los contratiempos y frustraciones, que implica la creencia de que los problemas durarán siempre, socavarán todo lo que se haga y que no podrán ser controlados, atribuyendo la causa de manera permanente, dominante y personal.⁵⁰

La investigación al respecto indica que el individuo pesimista se caracteriza por tener una visión negativa del futuro y de las personas. Si le cuentan un proyecto, en poco tiempo presentará todos los obstáculos y dificultades con las cuales la persona habrá de toparse. Y le dará a entender que luego, una vez alcanzado el objetivo, sólo tendrá amarguras, desilusiones y humillaciones. Así mismo, se caracteriza por ser perezoso y rutinario, pues no quiere hacer esfuerzos para adaptarse a las cosas nuevas.⁵¹

La evidencia empírica ^{16, 50-52,} ha demostrado que el pesimismo promueve la baja autoestima, el bajo rendimiento, inestabilidad en las relaciones interpersonales, la desesperanza, depresión, ansiedad, ideación suicida y el abuso de sustancias, disminuye la salud física y la esperanza de vida. Impide la actividad para hacer frente a los contratiempos y hace desistir ante los retos por pensar en el fracaso, aun cuando el éxito fuera asequible con un poco de esfuerzo y persistencia ¹⁶.

Al respecto, no se reportan investigaciones que analicen la relación entre estas variables, a pesar de que su presencia se reporta con mayor frecuencia y representa importantes problemas de salud para la población en general y de manera particular, para los jóvenes, por ello, se plantea la hipótesis es que existe relación positiva entre ambos constructos, así mismo, se plantea la posibilidad de que el pesimismo es un precursor de la apatía.

Ansiedad.

Otra variable que interesa analizar es la ansiedad, la cual es definida como un conjunto de síntomas agrupados en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras emitidas por un individuo ante situaciones que son percibidas como amenazantes y/o peligrosas ⁵³, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión).⁵⁴

De acuerdo con Valdez ¹⁰, la ansiedad es un estado de alerta permanente del sujeto, ante la posibilidad de que aparezca un estímulo sorpresa o significativo, que altere el estado de paz o equilibrio, en el que el individuo considera estar. Su origen puede deberse al aumento de tensiones internas y externas que abruman a las habilidades normales de afrontamiento o la capacidad para hacer frente a situaciones que normalmente se pueden manejar.

La ansiedad puede presentarse en diferentes niveles, de manera leve, ayuda a tomar decisiones en un momento determinado, en un nivel moderado se presentan síntomas como temblor, diaforesis, molestias intestinales y que pueden llegar a interferir con sus actividades diarias si se deja que los domine, y de manera grave o severa, cuando sus síntomas impiden cumplir las actividades diarias, pudiendo presentarse como crisis de pánico y requerir tratamiento de urgencia.⁵⁵ Cuando el trastorno de ansiedad, es grave, puede afectar al individuo en su forma de pensar, capacidad para tomar decisiones, la percepción del entorno, el aprendizaje y la concentración.

Los estudios epidemiológicos indican que la ansiedad constituye uno de los desórdenes clínicos más frecuentes que se presentan de manera codependiente con la depresión en la población mundial.^{56, 57} Particularmente en México el 17.8% se ve afectado por el trastorno de ansiedad.³³ además el DSM IV¹⁸ y el CIE 10¹⁹ sugieren que la apatía se vincula con la ansiedad, de ahí que sea de interés la inclusión de esta variable para la explicación de la apatía.

Depresión.

Una importante variable de incluir en este estudio es precisamente la depresión, la cual es un trastorno del estado de ánimo frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.⁵⁸

El DSM IV ¹⁸ y el CIE 10 ¹⁹, proponen que la apatía es una importante característica de la depresión. Ello resulta un foco de atención, pues de acuerdo con Riveros, Hernández y Rivera ⁵⁹, la depresión constituye uno de los desórdenes clínicos más frecuentes que se presentan en la población mundial y particularmente en México afecta entre 12 y 20% a personas adultas y entre 15 y 20 % a los jóvenes. ^{33, 60, 61}

Por ello, la población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de investigadores del campo de la salud mental, debido a que ésta puede determinar en buena medida su desempeño académico y social. Las condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad pueden verse afectadas en la medida en que las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, que acompañadas con el ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia. ⁶²

El joven pasa gran parte de su tiempo en la escuela, espacio que por sus características complejas, exige nuevas formas de comportamiento para enfrentar diversas situaciones, por lo que contiene una serie de factores estresantes que facilitan en gran medida la imagen de competencia o incompetencia que adquiere de sí mismo, que en caso de ser negativa, puede originar depresión, dependiendo de la amenaza de pérdida, su significado, el fracaso, la desaprobación y la desilusión que tengan para el sujeto. ^{63, 64}

Todo ello al interactuar con factores identificados como de riesgo para la presencia de ansiedad y depresión (como el sexo, antecedentes familiares y personales de depresión, diagnóstico de enfermedad, grave, muerte de un ser querido, separación de los padres y el consumo de alcohol), pudieran causar eventualmente un deterioro en su salud mental. A todo esto se suma el hecho de que muchos estudiantes universitarios se encuentran en la etapa de adolescencia tardía, fase de cambios físicos, psicológicos, socioculturales y cognitivos que demandan del joven estrategias de afrontamiento, que le permitan consolidar su identidad, autonomía y éxito personal y social ⁶⁵; esta fase es importante para el logro de comportamientos saludables, que disminuyan riesgos y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante la adolescencia y en el transcurso de la adultez ⁶⁶, pues se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. ⁶⁷

La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo. ⁶⁸

Si bien existen diversos estudios sobre depresión en estas edades, no se ha avanzado lo suficiente respecto a la posible relación entre apatía y la presencia de depresión en los jóvenes universitarios, lo cual resulta necesario para generar estrategias de intervención que puedan contrarrestar en alguna medida, los efectos negativos que estos pudieran tener sobre

la salud mental en población juvenil. Así, basándose en estos referentes teóricos se plantea que existe una asociación entre la depresión y la apatía.

Estado de paz o equilibrio

De acuerdo con la teoría propuesta por Valdez ¹⁰, se considera que la paz o equilibrio se acompaña de la sensación de seguridad, tranquilidad, estabilidad, auto-organización, seguridad, confianza y el menor desgaste posible. Es la tendencia natural de la vida, lo que de forma directa o indirecta pretendemos alcanzar los seres humanos, mediante la aplicación de nuestra tendencia de personalidad natural o individual, que se utiliza para obtener, tener, conseguir, acumular, sustituir, recuperar, conservar o no perder los recursos o satisfactores que cubren nuestras necesidades o carencias y que nos permiten evitar cualquier contacto con los niveles, tipos reacciones y formas del miedo. La paz o equilibrio es el principio y finalidad que guía todo el comportamiento que manifestamos a lo largo de nuestras vidas.

Por otro lado, se plantea que el complemento de la paz (equilibrio, homeostasis, tranquilidad), es el miedo, que se acompaña de la sensación de inseguridad, ansiedad, desprotección y desconfianza, que desde este punto de vista es definido como la reacción, respuesta o conducta que tiene el organismo, para intentar restablecer el estado de paz, que está a punto de perderse o que ya se perdió.

En este sentido, si se sugiere que la apatía se debe a que el individuo no se encuentra en una situación insatisfactoria que quiera superar, por lo tanto no actúa ¹², y por el contrario, se encuentra en un estado de alegría o satisfacción que no da lugar a acción alguna debido a que no siente inquietud, la apatía llevaría a los jóvenes a no padecer la perturbación generada por el deseo y en consecuencia, los ayudaría a permanecer en un estado de paz o equilibrio. ^{10, 14, 32}. Lo anterior, apoya la propuesta de que la apatía se presenta en ausencia de trastorno, enfermedad y anormalidad, por considerar que todos los seres humanos poseen esta característica de personalidad en algún momento de su existencia. Esta propuesta permite sugerir que la apatía tendería a presentarse distribuida de manera frecuente en la población, esto es: pocos individuos la presentarán disminuida, la mayor parte de la población la tendrá de manera media y pocos individuos la presentarán de manera acentuada. En consecuencia, la mayoría de la población tendería a presentar niveles medios de paz o equilibrio, mientras que los extremos de la curva normal se alejarían del estado de paz o equilibrio.

De esta manera, frente a la evidencia de las variables con las que se asocia, y sobre la base de la teoría de la paz o equilibrio ¹⁰, se propone la existencia de una relación entre el pesimismo, la apatía, la ansiedad y la depresión. Adicionalmente, se establece que el pesimismo es una variable predictora de la apatía y ésta de la ansiedad y la depresión. A su vez, la apatía funciona como variable mediadora entre el pesimismo y la ansiedad y la depresión. Finalmente, la apatía tiene una relación inversa con la paz (ver figura 2).

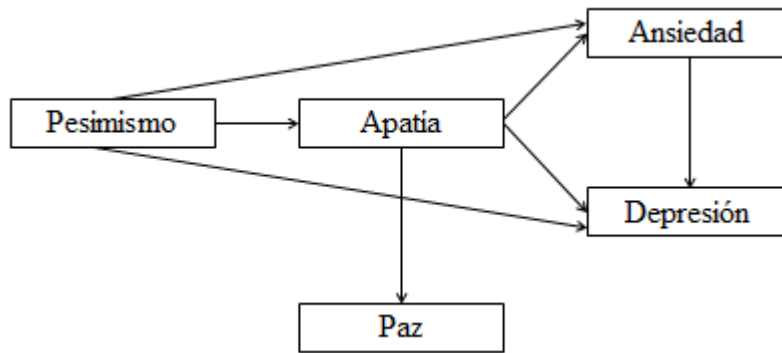


Figura 2. Propuesta modelo teórico ¹⁰

2. Planteamiento del problema

Los instrumentos mediante los cuales se ha medido la apatía están asociados con diversos trastornos que alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad. ^{2, 3, 7, 13,} Sin embargo, a la fecha no existen instrumentos que la evalúen dicho constructo desde el ámbito psicosociocultural sin asociarla con alguna patología. Lo anterior resulta de suma importancia, dada la necesidad imperante de construir instrumentos psicológicos de evaluación que estén orientados hacia la salud mental, más que en la psicopatología ⁸⁶

Por otro lado, si se considera que la apatía puede tener una valoración positiva debido a que surge cuando el individuo no percibe algún desafío ¹¹, cuando el individuo no se encuentra en una situación insatisfactoria que quiera superar ¹², o bien, cuando el individuo considera que no recibirá algo favorable para su sobrevivencia ¹⁴, se deja de lado el trastorno, la enfermedad y la anormalidad, por considerar que todos los seres humanos poseen esta característica de personalidad en mayor o menor grado y en algún momento de su existencia.

Por ello, se propone la construcción de un instrumento de medición válido y confiable de la apatía desde esta última valoración, para aportar evidencia empírica a esta propuesta teórica y promover estilos de vida más saludables. Se propone que esta escala sea utilizada con fines de investigación al caracterizar al constructo de apatía, y posteriormente para uso

clínico al clasificar por niveles la presencia de apatía en las personas, así como informar las áreas donde se presenta.

3. Justificación

En los últimos años, en la población general y particularmente en la juvenil, se ha observado con mayor frecuencia la presencia de falta de interés por realizar actividades familiares, escolares, sociales e incluso personales, a la cual se le ha denominado apatía.¹ Una de las posibles consecuencias de la apatía es la deserción escolar y/o laboral, un ejemplo de ello según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), México ocupa la cuarta posición en desempleo juvenil, es decir, alrededor de una cuarta parte de las personas de 15 a 29 años de edad está sin ocupación laboral.^{37,38}

Al mismo tiempo, millones de jóvenes desertan de las filas escolares, ya sea por falta de recursos, o bien, porque se aburren en la escuela, y ese estado emocional los impele a perder interés por lo que en ella se trata de enseñar, arribando, finalmente al fracaso escolar, lo que repercute negativamente en el incumplimiento de metas, el rendimiento integral y en su adaptación social, quedando vulnerables ante la depresión y la delincuencia.³⁹

Por otro lado, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), agrega que la deserción escolar se debe a que el mercado laboral favorece a la gente que cuenta con educación básica, pues los últimos datos reportan las tasas de desempleo más altas entre quienes cuentan con educación superior, con 4.6 por ciento, mientras para quienes sólo tienen formación básica fueron de 3.5 por ciento.⁴⁰

Esta situación ha incrementado el porcentaje de jóvenes que ni estudia, ni trabaja, a los cuales se les ha denominado como NiNis, de los que actualmente existen más de 7 millones

de entre 15 y 19 años, lo cual representa alrededor del 22 por ciento de la población juvenil.

13,41

Es posible suponer que los individuos apáticos sean reflejados en los índices de desocupación laboral, el abandono educativo ³⁷⁻³⁹, el decremento de la participación en actividades cívicas, sociales y familiares. ^{20, 29, 69} Lo que los hace ser más vulnerables a otros trastornos del estado de ánimo.

Además de saber las implicaciones de la presencia de apatía, se requiere contar con instrumentos propios para su medición. A la fecha no existen instrumentos psicológicos capaces de captar el constructo.

Si bien, las escalas que existen se han desarrollado considerando exclusivamente la patología asociada a la enfermedad de Alzheimer y Huntington, algunas afecciones como la parálisis supranuclear progresiva, la esquizofrenia y en enfermedades crónico-degenerativas. ^{2-8, 25, 35, 36} Una visión distinta en el abordaje de la apatía es considerarla como una característica de personalidad que lleva al individuo a no participar debido a que considera que no conseguirá algo favorable para su sobrevivencia, se dejaría de pensar en la patología y su estudio se centraría en desarrollar estilos de vida saludables y una personalidad en paz o equilibrio, considerando no sólo el ámbito biológico, sino también el ámbito psicosociocultural del individuo.¹⁴

Con base en la definición anterior, esta investigación pretende diseñar un instrumento de medición, así como obtener evidencias de validez y confiabilidad de la apatía para jóvenes universitarios, y así aportar conocimiento que pueda contribuir a la promoción de estilos de vida saludables.

4. Hipótesis

Ho₁. No existe relación estadísticamente significativa entre el pesimismo, la apatía, la ansiedad, la depresión y la paz en jóvenes universitarios.

Hi₁. Existe relación estadísticamente significativa entre el pesimismo, la apatía, la ansiedad, la depresión y la paz en jóvenes universitarios.

Ho₂. No existen diferencias estadísticamente significativas en el pesimismo según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Hi₂. Existen diferencias estadísticamente significativas en el pesimismo según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Ho₃. No existen diferencias estadísticamente significativas en el pesimismo según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Hi₃. Existen diferencias estadísticamente significativas en el pesimismo según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Ho₄. No existen diferencias estadísticamente significativas en la apatía según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Hi₄. Existen diferencias estadísticamente significativas en la apatía según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Ho₅. No existen diferencias estadísticamente significativas en la apatía según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Hi₅. Existen diferencias estadísticamente significativas en la apatía según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Ho₆. No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Hi₆. Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Ho₇. No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Hi₇. Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Ho₈. No existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Hi₈. Existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Ho₉. No existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Hi₉. Existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Ho₁₀. No existen diferencias estadísticamente significativas en la paz según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Hi₁₀. Existen diferencias estadísticamente significativas en la paz según la variable sexo en jóvenes universitarios.

Ho₁₁. No existen diferencias estadísticamente significativas en la paz según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

Hi₁₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en la paz según la variable área de conocimiento en jóvenes universitarios.

5. Objetivos: Objetivo general y específicos

General:

Obtener evidencias de validez y confiabilidad de la apatía medida con una escala construida para tal efecto en muestras de jóvenes universitarios.

Específicos:

1. Obtener la validez de contenido y de constructo del instrumento construido.
2. Obtener la validez de criterio del instrumento construido, con las variables de pesimismo, ansiedad, depresión y el nivel de paz o equilibrio.
3. Determinar la confiabilidad del instrumento construido.
4. Obtener la validez convergente entre las variables.
5. Describir y comparar el nivel de apatía en jóvenes universitarios según la variable sexo y la variable área de conocimiento.
6. Describir y comparar el nivel de pesimismo en jóvenes universitarios según la variable sexo y la variable área de conocimiento.
7. Describir y comparar el nivel de ansiedad en jóvenes universitarios según la variable sexo y la variable área de conocimiento.
8. Describir y comparar el nivel de depresión en jóvenes universitarios según la variable sexo y la variable área de conocimiento.
9. Describir y comparar el nivel de paz o equilibrio en jóvenes universitarios según la variable sexo y la variable área de conocimiento.
10. Poner a prueba un modelo de trayectorias de la apatía en una muestra de jóvenes universitarios.

11. Diseño Metodológico

- a. Diseño del estudio

No experimental, transeccional según el alcance de la investigación, se trata de un estudio descriptivo-correlacional, en el que se llevó a cabo una investigación con modelo mixto (cualitativo-cuantitativo).

Describir desde el punto de vista de una investigación se refiere a la recolección de datos explicando sus distintas partes, dualidades o circunstancias, lo que plantea a los estudios descriptivos como la base y el punto inicial de los demás tipos de estudio, pues están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudian en una población, así como de medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, para dar una posible explicación a un fenómeno.⁷⁰ Se trata de una investigación mixta con modelo de dos etapas, en donde se aplica primero un enfoque y después el otro de forma independiente, siguiendo las técnicas correspondientes a cada enfoque.⁷⁰

Fase 1. Construcción y pilotaje del instrumento (cualitativa)

1.1 Aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Bioética del centro de Investigación en Ciencias Médicas.

1.2 Se llevó a cabo la construcción de los ítems a partir de un proceso etnometodológico que consistió en la revisión de la evidencia empírica acerca del constructo de interés para la obtención de indicadores de los que posteriormente se elaboraron reactivos en un cuestionario enfocado en las causas que generan apatía en las personas, obteniéndose un total de 62 ítems.

1.3 La escala EEVA se construyó en forma de preguntas cerradas y con un formato de cinco opciones de respuesta, misma que fue validada por cuatro jueces expertos⁷¹ de manera independiente para detectar si el reactivo se adecuaba a la definición conceptual, si tenía afinidad semántica, o bien si debía modificarse e incluso si era inadecuado y debía

eliminarse, con base en la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Una vez que se obtienen los resultados de los expertos se procedió al análisis de los datos midiendo la concordancia de la evaluación del ítem en revisión, reportada por cada uno de los expertos, considerándola aceptable cuando supera el 80 %; aquellos que no alcanzaron este porcentaje debían ser modificados y sometidos a un nuevo proceso de validación o ser eliminados del instrumento ⁷². Tras esta evaluación de contenido, se reportó un 85% de grado de acuerdo entre los jueces, lo cual se considera una estimación confiable siguiendo los criterios propuestos por Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa ⁷³.

1.4 Posteriormente, la escala se sometió a pilotaje, para lo cual se aplicó a una muestra de 50 jóvenes de ambos sexos, y que cumplieran con las características de la muestra meta, quedando en el instrumento final que contiene un total de 51 reactivos redactados en forma de afirmaciones divididos en tres componentes: 17 conductuales (compuestos de acciones, por ejemplo: “Trato de no hacer de más porque no valoran mi esfuerzo”), 17 cognitivos (compuestos de pensamientos y creencias, por ejemplo: “He pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello”) y 17 afectivos (compuestos de emociones, por ejemplo: “El sentirme sin esperanzas me desmotiva”) en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1=nunca; 2=casi nunca; 3= casi siempre; 4=siempre).

Fase 2. Proceso de obtención de los índices de validez y confiabilidad del instrumento (cuantitativa).

2.1 Después de analizar los resultados del pilotaje, se observó que era necesario modificar la redacción de 3 ítems para tener mayor claridad, así como definir claramente los componentes de los ítems (afectivos, cognitivos y conductuales), por lo que se realizaron

los ajustes pertinentes y posteriormente se llevó a cabo la aplicación a la muestra. El número de participantes fue con base en el criterio de seleccionar al menos un participante por cada opción de respuesta de cada ítem. De esta manera, era necesario seleccionar a cuatro participantes por cada ítem, dejando un mínimo necesario de 204 participantes, sin embargo, considerando las recomendaciones estadísticas y de fiabilidad, se decidió aumentar la muestra a 600 participantes.

2.2 Con previa autorización de la institución y de la firma del consentimiento informado de los participantes, se llevaron a cabo las aplicaciones de manera colectiva a la muestra seleccionada en espacios académicos de la Universidad Autónoma del Estado de México en un tiempo aproximado de 15 minutos por participante.

2.3 Una vez capturados los datos, se analizaron las frecuencias de respuesta para observar si existía sesgo en los reactivos, buscando una tendencia a la normalidad, con un adecuado índice de variabilidad en las respuestas.

2.4 Se hizo un análisis de discriminación de reactivos utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.

2.5 Mediante la correlación de Pearson se observaron si los reactivos correlacionaban favorablemente. Se buscaron correlaciones significativas menores a 0.60, indicando adecuada independencia de los reactivos^{87, 90}.

2.6 Se realizó el cálculo de la prueba KMO y de la prueba de esfericidad de Bartlett, indicó la pertinencia de la adecuación muestral.

2.7 Para determinar los índices de validez de constructo y confiabilidad del instrumento, se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal de tipo varimax para observar cómo se agruparon los reactivos, con base en la consistencia interna de las

respuestas. Se observó si el gráfico de sedimentación fue coherente con el número de factores considerados.

2.8 Así mismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio de la escala y confirmar el número de factores que componen al constructo, en el que se determinó el método de máxima verosimilitud

2.9 Se llevó a cabo el cálculo de consistencia interna (confiabilidad) mediante la prueba de Alfa de Cronbach. Así mismo se llevó a cabo el análisis de Alfa de Cronbach por reactivo, cuando se elimina el elemento en el que los resultados indicaron conservar todos los reactivos debido a que ninguno fue superior el Alfa total; también se obtuvo la consistencia interna de cada factor.

2.10 Una vez obtenidos los índices de validez de constructo y confiabilidad del instrumento construido, se analizaron los resultados para cada una de las variables: pesimismo, ansiedad, depresión y estado de paz o equilibrio y se calcularon correlaciones r de Pearson entre las medidas obtenidas con el objetivo de obtener la validez de criterio del instrumento de apatía.

2.11 Se realizaron pruebas t de Student para cada instrumento por reactivo y sexo para observar diferencias entre los grupos de comparación.

2.12 Con el mismo objetivo, se llevaron a cabo análisis de varianza de una vía para observar diferencias por área de conocimiento.

2.13 Se realizaron análisis de regresión lineal simple entre las variables de estudio para aportar evidencia al modelo teórico propuesto.

2.14 Para someter a prueba el modelo de las variables, se realizó un análisis de trayectorias a través del método de estimación de la máxima verosimilitud y el estadístico de χ^2 . Se realizó con el método de bootstrapping con 200 muestras en el que se observa una

tendencia hacia la normalidad. Se utilizaron los puntajes totales de todas las variables en virtud de que el análisis de correlación indicó que todas las variables debían incorporarse al modelo.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS Y AMOS versión 20.

6.11 Universo y Muestra

La población está conformada por jóvenes mexicanos de ambos sexos que radican en la Ciudad de Toluca, México.

Método de muestreo.

Fase de pilotaje. Muestreo no probabilístico intencional.⁷⁰

Fase 1. Muestreo no probabilístico intencional.⁷⁰

Fase 2. Muestreo no probabilístico por cuotas.⁷⁰

Tamaño de muestra

Fase de pilotaje. 50 jóvenes divididos equitativamente por sexo. Sus edades fluctuaban entre los 18 y 25 años de edad. Todos los participantes son estudiantes universitarios de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Fase 1. 200 jóvenes divididos equitativamente por sexo. Sus edades se encontraron entre los 18 y 25 años de edad. Todos estudiantes universitarios de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Fase 2. 600 participantes divididos equitativamente por sexo. Sus edades se ubicaron entre los 18 y los 25 años de edad ($M=20$, $D.E.=1.83$). Todos estudiantes universitarios de licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México. Los estudiantes se

seleccionaron con base en su formación académica de manera proporcional al número de alumnos de cada área del conocimiento, quedando divididos de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de la muestra

		Sexo		Frecuencia	Porcentaje
		Hombre	Mujer		
Área de conocimiento	C. Humanas	25	128	153	25.5%
	C. Sociales	23	26	49	8.2%
	C. Duras	160	84	244	40.7%
	C. De la salud	92	62	154	25.7%
Frecuencia		300	300	600	100.0%
Porcentaje		50%	50%		
Total		100%			

6.3. Procedimientos

La participación fue voluntaria, una vez solicitado el consentimiento informado de los jóvenes, tras explicarles con claridad los objetivos del estudio, enfatizar la confidencialidad de la información, así como su uso exclusivo para fines de investigación. Las aplicaciones de todas las escalas se llevaron a cabo de manera colectiva en centros educativos universitarios durante horarios de clase en una sola sesión. La aplicación tuvo una duración aproximada de 30 minutos. Al finalizar la sesión, se agradeció la respuesta de todos los participantes.

6.4. Criterios de inclusión

Jóvenes universitarios de nivel Licenciatura de ambos sexos.

Que los participantes sean residentes de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Que acepten participar de forma libre en el estudio (consentimiento informado).

Autorreporte de estar clínicamente sanos o sin diagnóstico de alguna enfermedad.

6.5. Criterios de exclusión

Que el participante tenga diagnóstico de lesiones que afectan al eje de la corteza prefrontal y los ganglios basales, tales como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva, esquizofrenia, lesiones en el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo talámico medial-dorsal.

Que el participante tenga diagnóstico de alguna enfermedad crónico-degenerativa.

6.6 Criterios de eliminación

Cuestionarios incompletos y que no firmaron el consentimiento informado.

Individuos que no desearon participar en el estudio.

6.7. Instrumentos

Escala de Apatía (EEVA).

La escala final está compuesta por un total de 51 ítems redactados en forma de afirmaciones divididos en tres componentes: 17 conductuales (compuestos de acciones), 17 cognitivos (compuestos de pensamientos y creencias) y 17 afectivos (compuestos de emociones) en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1=nunca; 2=casi nunca; 3= casi siempre; 4=siempre). La EEVA arroja un puntaje global de apatía compuesto por la sumatoria de todas las respuestas dadas a los ítems de la escala. Los puntajes totales oscilan de 51 a 255 puntos y se interpretan así: entre 51 y 69 indican apatía baja; entre 70 y 112, se considera apatía moderada y los puntajes totales entre 113 y 204

puntos, indican una alta apatía. La escala permite explicar el 46.29% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94 (ver anexo 3).

Escala de Pesimismo¹⁵

La escala unidimensional está compuesta por 38 ítems con formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1=nunca; 2= casi nunca; 3= algunas veces; 4= casi siempre; 5=siempre). La escala permite explicar el 29.53% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94. En esta investigación se obtuvo una varianza total explicada de 50.77% y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .951.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ⁸⁵

Compuesto por una serie de 21 preguntas autoevaluativas con cuatro opciones de respuesta (1= en absoluto; 2= levemente; 3= moderadamente; 4 =severamente). El Inventario carece de punto de corte aceptado para discriminar entre población normal y ansiedad, lo cual limita su empleo para obtener un diagnóstico de sospecha, sin embargo, el BAI arroja un puntaje global de ansiedad, compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Puntajes totales entre 21 y 24 indican ansiedad baja; entre 25 y 47, se considera ansiedad media y los puntajes totales entre 48 y 84 puntos, indican una alta ansiedad.

La escala posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94) y muestra buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los autores reportan coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con

el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81.

En esta investigación se obtuvo una varianza total explicada de 49.40% y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .926.

Escala Para Medir Depresión (EPMD) ⁷⁴

La escala está compuesta por 74 ítems que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas de depresión, con formato tipo Likert mediante cuatro opciones de respuesta (1=ningún día; 2=1-2 días; 3=3-4 días; 4=de 5 a 7 días). La EPMD arroja un puntaje global de manifestaciones depresivas, compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Puntajes totales entre 74 y 76 indican manifestaciones depresivas bajas; entre 77 y 136, se consideran manifestaciones depresivas medias y los puntajes totales entre 137 y 296 puntos, indican manifestaciones depresivas altas. La escala permite explicar el 37.15% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.97.

En esta investigación se obtuvo una varianza total explicada de 52.47% y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .973.

Cuestionario de Paz o equilibrio en la Vida (CPEV-20) ⁷⁵

El cuestionario está compuesto por 20 ítems que evalúan características básicas del estado de paz, con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1=nada; 2=poco; 3=regular; 4= mucho; 5=totalmente). La escala permite explicar el 54.78% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.89.

En esta investigación se obtuvo una varianza total explicada de 67.71% y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .913.

6.8 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los cuestionarios en escala tipo likert para cada una de las variables. Las aplicaciones tuvieron una duración promedio de 30 minutos, se llevaron a cabo de manera colectiva en los diferentes espacios académicos en horarios de clase y en una sola sesión.

6.9. Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0, en donde se realizaron análisis descriptivos de cada variable por frecuencia y diagnóstico, de correlación de Pearson para observar la relación entre las variables propuestas con la apatía, prueba KMO y esfericidad de Bartlett para evaluar la adecuación muestral, análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales para observar la agrupación de los reactivos, se hizo la prueba t de Student para muestras independientes para observar diferencias por sexo, así mismo, se realizó el análisis de varianza de una vía para observar diferencias en función de la variable área de conocimiento, un análisis factorial confirmatorio por el método de máxima verosimilitud para probar el modelo hipotetizado de apatía y un modelo de trayectorias para someter a prueba el modelo de las variables, a través del método de estimación de la máxima verosimilitud y el estadístico de χ^2 en el programa AMOS (20).

6.10. Aspecto ético

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED) de la Universidad Autónoma del Estado de México (ver Anexo 1).

Se consideró a la Ley General de Salud⁷⁶ en su artículo 2º con el derecho a la protección de la salud, en su apartado I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

Así como el título quinto denominado investigación para la salud en los artículos 96 y 100, lo cuales se refieren a los siguientes aspectos:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Siendo la misión del psicólogo el conocimiento científico de los procesos psicológicos de los seres humanos y el empleo de tal conocimiento en beneficio de cada persona, éste debe tener presente en todo momento que trata con el aspecto más complejo y determinante en la vida de los seres humanos: la esfera psicológica y que ha de empezar su trabajo respetando el valor y la dignidad que cada individuo posee. Por ello deben tomarse también en cuenta las siguientes consideraciones con respecto al Código Ético del Psicólogo:⁷⁷

Capítulo primero. Disposiciones generales

El psicólogo deberá:

Artículo 1. Asumir la obligación de regir siempre su ejercicio profesional de acuerdo con principios éticos y científicos de la Psicología.

Artículo 2. Garantizar invariablemente la calidad científica, profesional y ética de todas las acciones emprendidas en su ejercicio profesional.

Artículo 3. Procurar en todas las ocasiones la integridad y buena imagen de su profesión.

Artículo 6. Respetar, sin discriminación, las ideas políticas, religiosas y la vida privada, con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquier otra característica personal de quienes le consulten.

Artículo 7. Respetar los horarios destinados a todos los asuntos relativos al ejercicio profesional.

Artículo 9. Respetar la integridad de los seres humanos en todos los ámbitos donde actúe profesionalmente.

Artículo 11. Dedicar sus esfuerzos a la *prevención* de los problemas que atañen a la profesión.

Artículo 12. Valorar la confidencialidad y el respeto por la información recibida de los consultantes, guardando el secreto profesional.

Artículo 16. Delimitar su campo de intervención y reconocer el alcance y límites de sus técnicas, y, cuando así suceda, también su falta de preparación para resolver determinados problemas que se le presenten en el ejercicio de su profesión.

Capítulo segundo. De los deberes para con la profesión.

El psicólogo deberá:

Artículo 28. Respetar la normatividad de las instituciones u organizaciones con las que se trabaje o colabore.

Artículo 31. Anunciar de forma científica y profesional el material, libros u otros instrumentos que desarrolle.

Artículo 32. Difundir las aportaciones de la psicología y ofrecer sus servicios sin sensacionalismos.

Capítulo tercero. De los deberes para con los clientes.

El psicólogo deberá:

Artículo 35. Limitarse a mantener una relación profesional con sus clientes.

Artículo 37. Prestar sus servicios sólo cuando la problemática planteada por el cliente quede dentro del ámbito de su competencia.

Artículo 38. Establecer un convenio claro en aquellos casos en los cuales el cliente es enviado por una Institución o un tercero. Especificar en estos casos a la Institución o a los terceros que los informes se les presentarán de forma general y jamás con información confidencial o que desacredite a la persona. Se incluye como información confidencial los resultados de la aplicación de instrumentos psicológicos.

Artículo 44. Evitar perjuicios al cliente cuando sea necesario suspender o discontinuar la prestación de los servicios profesionales. En estos casos se deberá informar al cliente con la

debida anticipación y se le proporcionará la información necesaria para que otro psicólogo o profesionalista prosiga la asistencia.

Así mismo, se toma como referente los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, propuesta en la Declaración de Helsinki⁷⁸, la cual estipula lo siguiente:

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

12. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité

tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Con base en lo anterior, esta investigación velará por el bienestar, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad, los derechos y la confidencialidad de la información de las personas que participan en investigación. Su propósito principal es aportar evidencia que ayude a mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas respecto de la presencia de apatía en las personas.

Se explicó a los participantes que los resultados son anónimos y confidenciales, con usos exclusivos para la investigación, por lo que sus datos no podrán ser identificados, sin embargo, se les dio la posibilidad, si lo deseaban, de conocer sus resultados, mediante la invitación al Programa de Salud Mental y Atención en Crisis de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.

7 Resultados

7.1 Artículo publicado

7.1.1. Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos.

APATHY, DEMOTIVATION, DISINTEREST, RELUCTANCE AND LACK OF PARTICIPATION IN MEXICAN ADOLESCENTS.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**, César Carrasco Díaz*, Alma Gómora Bernal*, Anel Pérez Leal*, Samantha Vidal Mendoza*.

Universidad Autónoma del Estado de México*

Universidad Nacional Autónoma de México**

7.1.2 Carta de aceptación



Lic. Santiago Viveros Fuentes

Editor de área

santiago.viveros@manualmoderno.com

Tel. +52 55 5265 1106



Editorial El Manual Moderno

Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo

C.P. 06100 México, D.F.



Manual Moderno cuenta con la certificación ISO 9001 para los procesos de edición y comercialización de sus publicaciones



De: Santiago Viveros [Santiago.Viveros@manualmoderno.com]

Enviado el: jueves, 24 de septiembre de 2015 01:30 p.m.

Para: Yessica Paola Aguilar Montes de Oca; Jose Luis Valdez Medina

CC: Bulle-Goyri Minter Rafael

Asunto: Separata Revista CNEIP 20-3

Estimados autores.

Por esta vía me permito enviarles el archivo con el artículo que escribieron para la Revista del CNEIP 20-3.

Quedo pendiente de cualquier comentario.

Saludos.

[cid:image001.jpg@01D0F6C8.E7571380]

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hacemos de su conocimiento que EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, México, D.F., Delegación Cuauhtémoc C.P. 06100, es responsable de recabar sus datos personales de manera física y electrónica, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Este documento lo puede consultar completo en www.manualmoderno.com/aviso_privacidad

--

7.1.3 Página de la revista



Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C.

1971-2015
44 años trabajando por la psicología

[Inicio](#) [Nosotros](#) [Asambleas](#) [Congresos](#) [Revista](#) [Difusión y Vinculación](#) [CA-CNEIP](#) [Oficinas y Educación Continua](#) [Convenios](#)

Enseñanza e Investigación en Psicología

Ψ

[Volúmenes](#) [Índice](#) [Último Número](#) [Requisitos de Publicación](#) [Contacto](#)

“Enseñanza e Investigación en Psicología” es una publicación semestral del Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología, cuyo propósito general es dar a conocer el trabajo de la investigación y/o intervención de la Psicología en México, así como de áreas afines.

La revista del CNEIP ha sido indexada en el Sistema de Información LATINDEX sistema que tiene entre sus principales objetivos apoyar a las publicaciones editadas en la región Ibero-América y el Caribe a través de su difusión.

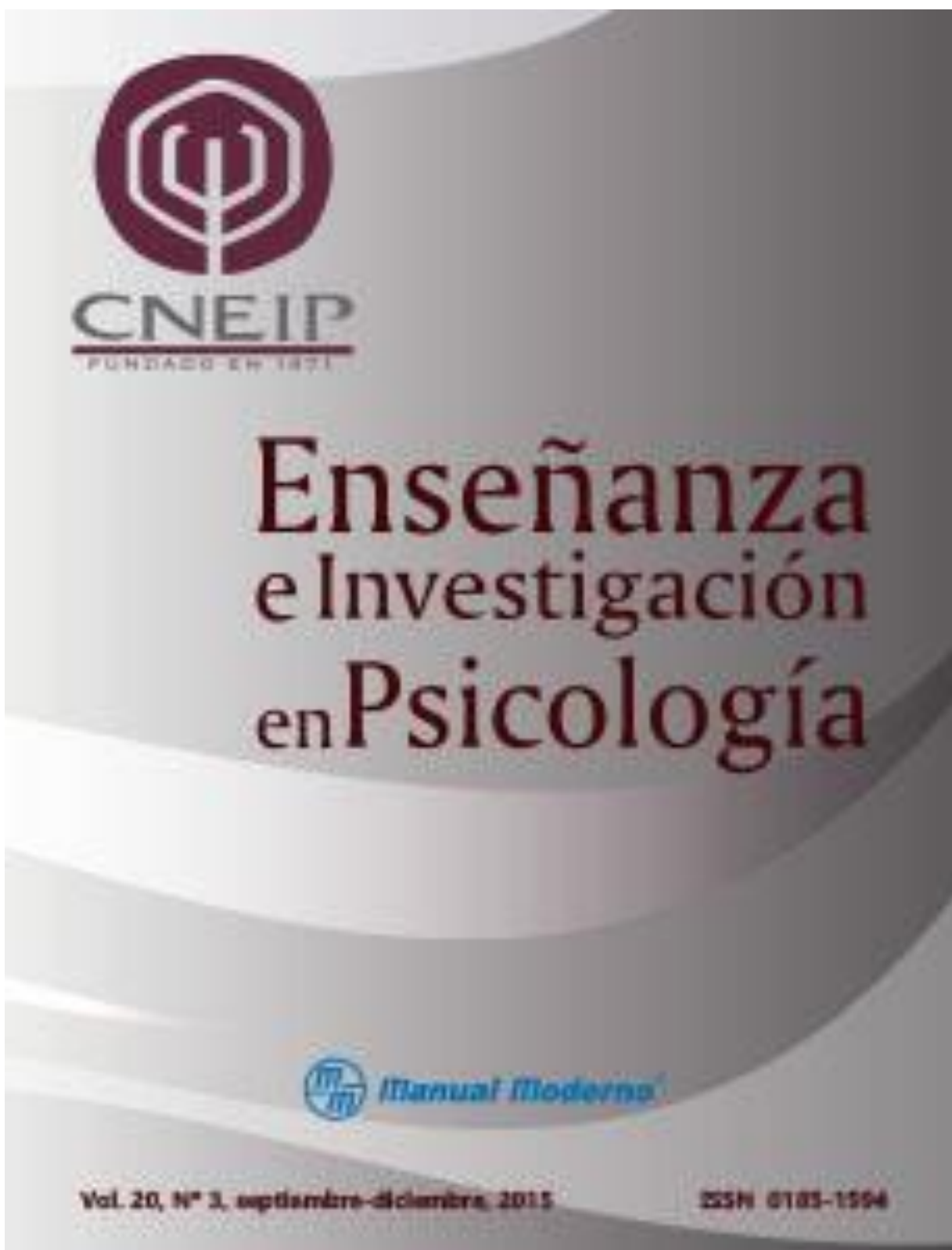
LATINDEX es un sistema que se ha erigido como una fuente de consulta importante para la comunidad académica de la región, lo que permite que las publicaciones aquí consideradas cuenten con una mayor presencia. Así mismo, se encuentra indizada en CLASE, CUIDEN, Thomson Gale, RedALyC y DOAJ.

A partir de Mayo del 2010, el acceso a los artículos es libre.

   [webmail](#)

**Calle Indiana No. 260 Int. 1108 Colonia Cd. de los Deportes
C.P. 03710 Del. Benito Juárez Tel. (01 55) 55 63 97 98**

7.1.4 Portada de la revista



7.1.5 Índice de la revista



Tienda Virtual  Inicio 






Fondo Editorial
Instrumentos de Evaluación
Evaluación en Línea
Libros electrónicos
Distribución Exclusiva
Puntos de Venta

 Búsqueda
 Apoyos electrónicos






Novedades

CIENCIAS DE LA SALUD

Quénes somos
Responsabilidad Social
MM Colombia 
Enlaces
Proyectos Especiales
Profesores
Registro
Contáctanos

Psicología / Clínica

Enseñanza e investigación en Psicología Vol. 20 No. 3

CNEIP



 Compartir

 Tweet

ISBN: 1851504020030
 PÁGINAS: 368
 EDICIÓN: 20-3a
 DR © 2015
 PRESENTACIÓN: Pasta Rústica
 FORMATO: Carta

Contenido | Índice | Afines

- Acoso escolar en universidades
- Manifestaciones de la violencia perversa en escuelas primarias del noreste de México.
- La violencia psicosocial y la inseguridad en Coahuila: afrontamiento, emociones y red de apoyo
- Sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños testigos de violencia en la calle
- Ansiedad y autoestima en escolares de educación primaria de Mérida, Yucatán
- La impulsividad y la búsqueda de sensaciones como predictores de la conduct antisocial en adolescentes
- Ajuste psicosocial, bienestar subjetivo y ocio en adultos mayores jubilados mexicanos
- Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescente mexicanos
- Annunziación del espíritu físico por residentes urbanos de Hammellin





Compra el ejemplar físico desde nuestra tienda virtual:

7.1.6 Apartados del artículo

APATÍA, DESMOTIVACIÓN, DESINTERÉS, DESGANO Y FALTA DE PARTICIPACIÓN EN ADOLESCENTES MEXICANOS.

APATHY, DEMOTIVATION, DISINTEREST, RELUCTANCE AND LACK OF PARTICIPATION IN MEXICAN ADOLESCENTS.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca¹, José Luis Valdez Medina², Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sofía Rivera Aragón, César Carrasco Díaz, Alma Gómora Bernal, Anel Pérez Leal, Samantha Vidal Mendoza.

Universidad Autónoma del Estado de México.

Facultad de Ciencias de la Conducta.

Dirección institucional: Filiberto Gómez S/N Colonia Guadalupe Toluca, México.

Teléfonos: 2720076, 2721518.

¹ypaguilarm@uaemex.mx

²jivaldezm@uaemex.mx

RESUMEN.

El objetivo de investigación fue explorar las causas que originan apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. Participaron 200 adolescentes de 13 a 15 años de ambos sexos. Se administró el cuestionario de Causas de la apatía. Se observó que los adolescentes prefieren no participar en la dinámica familiar, los quehaceres domésticos, la escuela, las actividades físicas y religiosas probablemente porque consideran que no les va a dejar algo favorable para su propia vida, tanto en lo biológico (sobrevivir), como psicosociocultural (ser más y mejor que otros y que sí mismo). Estos indicadores resultan de riesgo, además de reprimir en ellos la posibilidad de desarrollar sus potencialidades, lo cual, podría llevarlos a no vivir con base en su *ser en el hacer*, donde se es lo que se hace y se hace lo que se es, sin contradicción, con gusto, y sin queja (Valdez Medina, 2009).

Palabras clave: Apatía, desmotivación, desinterés, desgano, falta de participación, adolescentes.

ABSTRACT.

The research objective was to explore the causes of apathy, demotivation, disinterest, reluctance and lack of participation in Mexican adolescents. Involving 200 adolescents aged 13 to 15 years of both sexes. Apathy Causes Questionnaire was applied. It was observed that teenagers feel apathy for participating in family dynamics, housework, school, physical activities and religious. It was possible to infer that probably prefer not to participate because they consider not going to leave them something favorable to their own life, both biological (survival) and psycho-socio-cultural (be more and better than others

and themselves). These risk indicators are also to suppress them the opportunity to develop their own potential, which, that couldn't be taken like not live in base of their own be on the made, where is done what is, without contradiction, gladly and without complaint (Valdez Medina, 2009).

Key words: Apathy, desmotivation, disinterest, reluctance, lack of participation, adolescents.

INTRODUCCIÓN.

Una tendencia que se observa con frecuencia en la sociedad moderna, es la falta de motivación personal que ha sido denominada como apatía y su incidencia se extiende en los más diversos ámbitos y etapas vitales (Messing, 2009).

En este sentido, una de las problemáticas más frecuentes entre los adolescentes, es el decremento del interés por participar en actividades conjuntas, así como la reducción de sus interacciones sociales, lo que afecta considerablemente la forma de vida de los individuos (Passarotto, 2012).

Etimológicamente, el término apatía se deriva del latín *apathía* y este del griego *apatheia* (ἀπάθεια), que significa: ausencia de pasiones, emociones, sentimientos o enfermedad (RAE, 2001). La apatía es definida como la impasibilidad del ánimo y dejadez, indolencia, falta de vigor o energía (Abbagnano, 2004).

En la antigüedad, los filósofos griegos de la escuela estoica definieron la *apatheia* como un estado del espíritu consistente en la indiferencia emocional ante los avatares de la existencia. Ellos consideraban que la felicidad sólo podía alcanzarse cuando la persona se mostraba indiferente emocionalmente ante los sucesos o acontecimientos que le tocaban vivir. Así, la apatía fue valorada positivamente por ayudar a los sabios griegos a ponerse a salvo de la esclavitud y la perturbación que generaban el deseo y la carencia (Marina, 1996).

En este sentido, los primeros cristianos adoptaron el término apatía para referirse al desprecio de todas las preocupaciones mundanas. Sin embargo, más adelante la perspectiva religiosa, la categorizó como una deficiencia de amor y devoción a Dios, interpretándola también como pereza (Starkstein y Leentjens, 2008).

Cabrera, Peral y Barajas (2012) indican que el concepto de apatía fue más aceptado en la cultura popular después de la Primera Guerra Mundial, al ser una de las diversas formas de neurosis de guerra caracterizada por un sentimiento de entumecimiento emocional e indiferencia a la interacción social normal. A partir de esta aceptación, se empezaron a realizar investigaciones desde diversas perspectivas, fundamentalmente desde la neuropsiquiatría y las neurociencias clínicas, las cuales la definieron como un síntoma presente en la depresión caracterizada por la pérdida de motivación no debida a la

perturbación de la inteligencia, la emoción o el nivel de conciencia (OMS, 1992; APA, 2002).

Al respecto, Marin (1996), comenta que la apatía debe ser considerada como un síndrome o enfermedad con etiología propia, ya que se caracteriza por una pérdida de motivación primaria. Es decir, una pérdida de motivación no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia.

Una definición alternativa propuesta por Levy, Cummings y Fairbanks (1998), sugiere que es una reducción cuantitativa de los comportamientos voluntarios, que consiste en un déficit emocional y cognitivo que puede surgir y revertirse, a partir de estímulos internos (autoactivación) o externos (heteroactivación).

Actualmente, autores como Cabrera, Peral y Barajas (2012) y Marin (1996) plantean que la apatía es un síndrome comportamental o disfunción del proceso que origina los actos inducidos por estímulos externos o los propios. Por lo tanto, la apatía ocurre cuando se alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad.

Por otro lado, la evidencia médica indica que es uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados a enfermedades o lesiones que afectan al eje de la corteza prefrontal, los ganglios basales, el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo talámico medial-dorsal, como en el caso de las enfermedades de Alzheimer y de Huntington, de algunas afecciones como la parálisis supranuclear progresiva, la esquizofrenia, siendo común también en las enfermedades crónico-degenerativas (Aguera-Ortiz, Gil-Ruiz, Cruz-Orduna, Ramos-García, Osorio-Suárez, Valenti-Soler y Martínez-Martin, 2010).

Desde otra perspectiva, estudios bioquímicos señalan que la apatía y la falta de energía son frecuentes en la deficiencia nutricional del aminoácido tirosina, causando niveles bajos de catecolaminas o niveles bajos de hormonas tiroideas. Cuando hay una adecuada producción de catecolaminas, el organismo presenta un buen nivel de excitación emocional y física, que le permite al individuo responder con rapidez y energía a las demandas ambientales y a las situaciones de estrés. Por el contrario, los organismos con catecolaminas bajas son propensos a la apatía y a la depresión, les cuesta trabajo concentrarse y prestar atención (Wurtman y Frusztajer, 2006).

En consecuencia, desde las perspectivas médica y bioquímica, se han creado instrumentos de evaluación, que describen el diagnóstico, la neurobiología, las enfermedades con las que se asocia, así como los tratamientos de elección, dejando de lado, los aspectos psicosocioculturales que intervienen, y que incluso promueven la aparición de la apatía en las personas.

Al respecto, autores como Negrete y Leyva (2013) y Valdez Medina y Aguilar (2014), proponen que este fenómeno social puede deberse a diversos factores, tales como la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los adolescentes.

Al respecto, Cosentino (2010) propone que la apatía es el resultado de la sensación individual de no poseer el nivel de conocimientos necesarios para afrontar un reto, o bien, puede ser el resultado de no percibir algún desafío.

En este sentido, Silva (2008) y Hernández (2003), reconocen un desinterés generalizado causante de problemas para elaborar un proyecto de vida personal o familiar a futuro y una molesta sensación de vivir en un presente azaroso, continuo y repetitivo.

Messing (2009), agrega que en la psicociocultura, se observa una tendencia en la que el esfuerzo ha caído en descrédito para dar lugar al facilismo, con menos espacios para el desarrollo personal y laboral. Reconoce el uso de mensajes que promueven el consumismo, el individualismo, la mediocridad y el control externo de la conducta. De esta forma, las características académicas y laborales del mundo actual han afectado profundamente a los individuos, principalmente a los más jóvenes, quienes presentan desmotivación, insatisfacción y apatía.

De la misma forma, D'Orazio, D'Anello, Escalante, Benítez, Barreat y Esqueda (2011), refieren que actualmente se observa un alto porcentaje de adolescentes caracterizados por la incapacidad de visualizar a plenitud su orientación vocacional, que pudiera explicarse por la falta de asimilación de reglas o normas sociales, incertidumbre, ausencia de información, desinterés, atribución externa de la decisión o porque en la realidad nacional no se promueve intereses específicos en la vía del desarrollo profesional.

Flores, González y Rodríguez (2013) agregan que actualmente los adolescentes se muestran apáticos hacia el estudio y esperan ser motivados por sus padres o por sus docentes para despertar y mantener el interés hacia los mismos, lo que representa un riesgo, pues ello implica otro polo de la apatía: la agresión rebelde.

Por otro lado, Echeverría (2011) refiere que en este fenómeno, interviene la carencia de información de los jóvenes que les impide adquirir y acumular conocimientos. En contraste, el uso de medios informativos incrementa la discusión interpersonal, lo que a su vez contribuye al incremento de la participación social, pues empíricamente se ha demostrado que la cantidad de conocimiento puede predecir y promover la participación. Es decir, que a mayor información, mayor participación (Dudley y Gitelson, 2002), por lo tanto, menor apatía.

Por ello, una definición propuesta respecto de la apatía sugiere que se trata de una falta de interés producida por la convicción de que no se conseguirá nada favorable para la sobrevivencia o para tratar de llegar a ser más o mejor que otros y que uno mismo (Valdez Medina y Aguilar, 2014). Lo cual acorde con Marina (1996), lleva a los jóvenes a no padecer la perturbación generada por el deseo.

Con base en ello, el objetivo de la presente investigación consistió en explorar las causas que originan apatía en adolescentes mexicanos.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con un muestreo no probabilístico de tipo intencional para seleccionar a 200 adolescentes repartidos equitativamente por sexo, con un rango de edad de 13 a 15 años, estudiantes de tercer grado de la escuela secundaria, residentes de la Ciudad de Toluca, Estado de México.

Instrumento

Se utilizó el cuestionario de Causas de la apatía, compuesto por 5 preguntas abiertas, validadas por un análisis de jueces expertos, que obtuvieron un porcentaje de acuerdo mayor al 85%. Las preguntas fueron: ¿Qué actividad has notado que te causa más apatía?, ¿Qué es lo que más te desmotiva en la vida?, ¿Qué es lo que más te genera falta de interés?, ¿Qué es lo que más te produce desgano?, ¿En qué actividades prefieres no participar?.

Procedimiento.

Con previa autorización de los participantes se llevaron a cabo las aplicaciones de manera colectiva en espacios académicos de la Ciudad de Toluca, Estado de México, en un tiempo aproximado de 20 minutos por participante.

RESULTADOS

Los resultados se examinaron mediante la técnica de análisis de contenido (Álvarez-Gayou, 2004). Las categorías de respuesta se obtuvieron a partir de un análisis por jueces expertos, con un porcentaje de acuerdo mayor al 85%.

De acuerdo con los resultados obtenidos se observa que lo que causa más apatía a los adolescentes se agrupó en las categorías de: actividades escolares, labores domésticas, ocio y actividad física. Ambos sexos coinciden en que lo que más les causa apatía es: escribir, hacer tarea, ir a la escuela, las matemáticas, el inglés, las ciencias, ayudar en casa, lavar trastes, levantarse temprano, recoger su cuarto, estar en casa, hacer deberes, ir a la tienda, no hacer nada, ver televisión, correr y el fútbol (ver tabla 1).

TABLA 1. ¿Qué actividad has notado que te causa más apatía?

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RESPUESTAS HOMBRES	%	RESPUESTAS MUJERES	%
Actividades Escolares	Escribir , estudiar, hacer tarea , leer, hacer trabajos, ir a la escuela , tarea de matemáticas, realizar las actividades, venir a la escuela, trabajar en formación, hacer lo mismo en español, matemáticas , clase de formación cívica , clase de geografía, clase de historia, química, inglés , ciencias .	39%	Hacer tarea , ir a la escuela , escribir , dibujar, matemáticas , clase de física, clase de orientación, ciencias , clases, inglés , clase de artes, clase de formación cívica y ética .	33%
Labores Domésticas	Ayudar en mi casa , levantarme temprano , recoger mi cuarto , hacer camas, hacer mis deberes , ir a la tienda , lavar trastes , cuidar a mi hermano, lavar trastes , tender mi cama, mi casa .	36%	Ayudar en casa , lavar trastes , levantarme temprano , recoger mi cuarto , barrer, comer, recoger mi casa, hacer deberes , lavar ropa, aseo a mis mascotas, estar en casa , recoger la cocina, sacar a mi perro al parque, ir a la tienda .	44%
Ocio	Estar solo sin juegos, no hacer nada , viajar, duermo tarde, sin salir, tecnologías, vertelevisión , estar sentado todo el día, estar con familiares.	11%	No hacer nada , ver televisión , jugar en la computadora.	11%
Activación Física	Correr , basquetbol, deporte, fútbol , atletismo, actividad física.	14%	Ejercicio, correr , caminar, fútbol , jugar voleibol, educación física.	12%
	TOTAL	100%	TOTAL	100%

Respecto a lo que más les desmotiva en la vida, las respuestas se agruparon en las categorías de: labores escolares, enfermedad-muerte, desilusión, labores domésticas, actividad física, agresiones, ocio, injusticia, convivencia familiar, frustración e inseguridad. Ambos sexos coinciden en que lo que más les desmotiva es la tarea, peleas con amigos, la enfermedad, que no los apoyen, el quehacer, los deportes, los problemas familiares, el fracaso, que algo salga mal, no poder hacer lo que quieren, no ser alguien en la vida y que la sociedad los critique (ver tabla 2).

TABLA 2. ¿Qué es lo que más te desmotiva en la vida?

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RESPUESTAS HOMBRES	%	RESPUESTAS MUJERES	%
Labores escolares	Matemáticas , formación cívica y ética, hacer tarea , no poder hacer los problemas de matemáticas, peleas con amigos , llegar temprano a la escuela, clases aburridas, que no se lleven bien.	12%	Exámenes, matemáticas , hacer tarea , estudiar, problemas de la escuela, perder a mí mejor amiga, peleas con amigas , soy nueva en la escuela, no tener compañía en clase de ciencias.	10%
Enfermedad/muerte	Estar enfermo , muerte de un familiar , morir, la muerte, perder a una persona.	9%	Enfermedad crónica , muerte de un familiar .	3%

Desilusión	Que no me pongan atención, que no me hagan caso, desilusiones, que no me apoyen , tener canciones para dedicar pero no a quien.	6%	No tener motivación, que no me apoyen , traición, no estar feliz, que me digan que soy floja, hacer lo que puedo y que no lo agradezcan, que descubras algo y no sirva de nada, esperar con ansias algo y que no pase, regaños, nadie me entienda, le hable a alguien y me ignore, cosas en desorden, que la gente oculte cosas, casi todo, no hablen con la verdad.	21%
Labores domesticas	Levantarme temprano, hacer el quehacer en mi casa.	4%	Me presionen para hacer las cosas, hacer el quehacer , ayudar en el hogar.	4%
Activación física	Deportes , futbol, natación, basquetbol.	6%	Jugar deportes que no me gustan , correr.	2%
Ocio	Nada , diseñar o dibujar vestidos.	13%	No hacer nada , desesperada, ver televisión.	5%
Injusticia	País desigual, sociedad injusta.	3%	Favoritismo.	1%
Agresiones	Que sea regañado , insultos.	2%	Regaños.	1%
Convivencia familiar	Problemas familiares , tener problemas, ver pelear a mis padres , ver a alguien de mi familia triste, separación de mis padres , mi familia, problemas familiares siempre, que mis papás se peleen.	10%	No ver a mi familia, ayudar a mis papás, pelear con mi mamá, separación de mis papás , que mi hermana no me haga caso, que mi mamá este mal, problemas en mi familia, que tengan problemas mis padres , no tener papá.	10%
Frustración	Fracasar en lo que quiero hacer, no poder hacer lo que quiero , pensar que es aburrido, no jugar futbol, problemas en las cosas que realizo, hacer algo que me cuesta trabajo, no poder hacer mi viaje a España, malas calificaciones, reprobar una materia, pensar en una actividad que no puedo lograr , no ir a la escuela, no tener novia, no sacar buenas calificaciones, no terminar lo que empiezo, fracasar , no tener descanso, saber que no podré hacer una cosa, no poder estar con alguien, me voy a cambiar de casa, no ser alguien en la vida , no hacer deporte, pensar que no tengo novia, cuando pierde el américa.	29%	Malas calificaciones, no poder hacer algo , no lograr mis metas, que no le guste al chico que me gusta, no pasar mi examen para entrar a la prepa, no hacer algo nuevo, no conocer a mi artista favorito, no lograr lo que quiero en la vida, que algo me salga mal , que me molesten en algo que ando haciendo, mi fracaso , no tener éxito en lo que me propongo, cosas sin solución, no cumplir mis metas personales, no cumplir mis metas laborales, no ser alguien en la vida , no terminar algo, no escuchar música.	29%
Inseguridad	Que me hagan burla, que se burlen si contesto mal, la sociedad me critique , que me digan que soy descuidado.	6%	Que te digan que no puedes, la sociedad critique todo , echarle ganas, no participar en clase, venir en camión, desconfianza de sí mismo, que una persona te baje el autoestima, que piensen lo peor de mí, que me diga que no me va a dejar nada bueno, que la gente desconfíe de mí.	14%
TOTAL		100%	TOTAL	100%

De acuerdo con lo que más les genera falta de interés, se encontraron las categorías de: frustración, desesperanza, actividad física, ocio, actividades escolares, otras personas y labores domésticas (ver tabla 3).

TABLA 3. ¿Qué es lo que te genera más falta de interés?

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RESPUESTAS HOMBRES	%	RESPUESTAS MUJERES	%
Frustración	Pensar cosas que no van de acuerdo con los demás.	2%	Fracasar, cuando me sale algo bien, no obtener una recompensa a cambio, no hacer algo bien, todo en lo que sea mala	6%
Actividad Física	Deporte, béisbol, fútbol , basquetbol.	7%	Caminar, actividad física, el fútbol	5%
Desesperanza	Estar desmotivado, problemas familiares, que me siento solo, cuando me siento muy deprimido, me interesa poco, no echarle ganas	10%	No tener oportunidades, que no me expliquen, que no me apoyen, enojarme con mis papás, el estrés.	5%
Ocio	Jugar, flojera, algo que no me guste , celular, salir con amigos, participar en actos ilícitos, no hacer nada , música, ver televisión, videojuegos, nada	27%	Flojera , a veces me aburro, estar en cosas divertidas que me cuestan tiempo, jugar , algo que no sea llamativo, algo que no me guste , nada, salir, cuando la actividad no me deja nada, dejo de hacer cosas, cuando es aburrido, cuando no me afecta, no hacer nada , cosas que no sean necesarias.	20%
Actividades escolares	Ir a la escuela , dificultad de un trabajo, escribir, el estudio , problemas de matemáticas , leer, no cumplir con trabajos, que los profesores no me expliquen, solo explicaciones, hacer el trabajo, hacer tarea, historia , clase de tecnología, inglés , clases aburridas, química, ciencias , geografía.	46%	Estudiar, leer, ir a la escuela , información, problemas de matemáticas, hacer tarea , no entender un tema, títulos de libros, matemáticas, química, historia , clase de español, educación física, inglés, ciencias , títulos de libros.	39%
Otras Personas	Estar con alguien más, que me digan lo que tengo que hacer, mis compañeros.	5%	Que se metan en mi vida, personas groseras, opinar en la vida de los demás, personas que me caen mal, cuando me chantajea, lo que piensan sobre mí, lo que opinan de mí, lo que pasa en la sociedad, que las personas pongan límites, comunicación con los demás, que hablen mucho y se entienda poco, hablar con reggaetoneros, problemas de los demás.	16%
Labores Domésticas	Recoger mi cuarto.	3%	Lavar los trastes, rutina, no salir de mi casa, cosas repetitivas, lavar mi mochila, lavar ropa, el aseo, el quehacer.	9%
	TOTAL	100%	TOTAL	100%

Lo que más les produce desgano, se agrupó en las categorías de: labores domésticas, la escuela, la actividad física, el ocio, la frustración, la desesperanza, el rechazo, otras personas y la enfermedad. Ambos sexos coinciden en sentir desgano al levantarse temprano, por estar en casa, por el quehacer, por las matemáticas, por caminar, por no hacer

nada, por el calor, por estar tristes, cuando los regañan, cuando se sienten solos y por ver personas tristes (ver tabla 4).

TABLA 4. ¿Qué es lo que más te produce desgano?

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RESPUESTAS HOMBRES	%	RESPUESTAS MUJERES	%
Labores domésticas	Levantarme temprano , limpiar, lavar a mi perro, hacer labores, estar en casa , escombrar mi cuarto, limpieza de mi casa, quehacer .	19%	Levantarme temprano, quehacer, estar en casa , ayudar en casa, barrer, limpieza de mi casa , pasear a mi perro, lavar trastes.	15%
Escuela	Leer, trabajo en clase, actividades mentales, clase de química, matemáticas , ir a la escuela, trabajo en equipo, que el profesor hable y hable, hacer apuntes, estudiar, clase de formación cívica y ética, acomodar materias, escribir, la escritura, hace tare, no quiero entrar a clase de español, no darle tiempo al estudio, la tarea, inglés.	26%	Hacer tarea, exámenes, clase de física, las materias, tomar clases extra, cuando me entregan calificaciones, una materia aburrida, calificación mediocre, trabajos escolares, clase de ciencias, matemáticas , clase de física, no ir a la escuela, asistir a clase, no alcanzar un diploma.	20%
Actividad física	Alguna actividad física, futbol, jugar voleibol, deporte, caminar , jugar futbol, hacer ejercicio.	12%	Hacer ejercicio, correr, caminar , que me hagan trotar o correr, subir escaleras	10%
Ocio	No hacer nada , fin de semana largo, salir.	2%	No tener nada que hacer , no oír música, salir de mi casa, comprar mi mochila, fin de semana, estar aburrida, no estar en la lap, flojera.	12%
Frustración	No trabajar, no ser piloto de carreras, no sea interesante, que me pongan a hacer algo que no me gusta, fallar en mis objetivos, venir al trabajo, ir a la iglesia, que haga mucho calor , cuando hace mucho sol.	19%	No estar en el coro, cuando no hago las cosas, no saber sobre las personas que quiero, que me griten, cuando no me interesa el tema, no me dejen tomar mis decisiones, tener que hablar con la gente, algo que no parece interesante, no tener con quien convivir, cuando no tengo éxito, cuando hace mucho calor , dormir mal, no comer, sueño, cansada	17%
Desesperanza	Estar triste , que me desanimen, situación de país, cuando me regañan , que mis papás se peleen, que me rompan el corazón, no hacer las cosas bien, no saber la verdad.	8%	Estar triste , que mis papás no confíen en mí, cuando me decepcionan, regaños , que alguien me traicione, una mala noticia, falta de confianza, golpes, pelearme con mis papás, peleas, cuando me engañan y yo se la verdad.	12%
Rechazo	Que se enojen conmigo, cuando te sientes solo , te dicen que eres feo, cuando no veo a mi novia.	7%	Me rechacen, sentirme insegura de mi misma, que a mi familia no le guste mi carácter, que mi hermano no me hable, que no me hablen mis amigas, sentirmesola , que este con alguien y ponga su cara de mal humor, no tener amigas.	9%
Otras Personas	Estar con mi abuelita, ver personas tristes . Cuando estoy enfermo,	2%	Personas tristes , la negatividad de las personas, que me critiquen sin saber. Cuando estoy enferma,	3%

Enfermedad	Enfermedades, Estrés , Cuando me enfermo.	5%	Estrés.	2%
TOTAL		100%	TOTAL	100%

Finalmente, respecto a las actividades en las que prefieren no participar, se agruparon las respuestas en las categorías de: actividades escolares, actividades físicas y las relaciones sociales. Para la muestra masculina se agregó la categoría de conductas anti-sociales; en tanto a las mujeres se agregó la categoría de actividades del hogar y culturales. Ambos sexos evitan participar en bailables o festivales escolares, trabajos en equipo, convivios o intercambios dentro del salón de clases, así como participar en clase con opiniones (ver tabla 5).

Tabla 5. ¿En qué actividades prefieres no participar?

CATEGORÍAS DE RESPUESTA	RESPUESTAS HOMBRES	%	RESPUESTAS MUJERES	%
Escolares	Cuando expongo en clase, en matemáticas , física, en obras de la escuela, en trabajos en equipo , en ciencias, en bailables de la escuela, orientación, en clase, en clase de inglés , en equipos, en clase de historia, en equipos de todo tipo, en festivales, actividades grupales, en la escuela.	39 %	Cuando son actividades individualmente, en algunas participaciones, un debate escolar, en cosas que no se me dan como el Inglés, en clase de Inglés , las matemáticas, en clase de formación, en clase de español, asistir a la escuela, en los equipos , en convivios en la escuela, hacer mi trabajo de equipo sola, en las clases, en juegos matemáticos, en pasar al frente y leer una lectura, en matemáticas , en alguna actividad grupal, en ciencias, en exposiciones, en proyectos, actividades escolares públicas.	51 %
Actividad física	En activación física, educación física, en una carrera estatal de atletismo, en el futbol, en básquet, natación, béisbol, en voleibol, jugar futbol, jugar, estar con amigos hacer ejercicio, el deporte, el futbol.	35 %	Correr, en futbol, educación física, en juegos recreativos, en deportes, en actividades de ejercicio, en educación física, en una carrera, deportes, voleibol, en natación.	31 %
Conductas antisociales	En el fumar, en el tomar, en los robos, peleas, en las que implica hacer algo mal, irme de pinta.	16%	--	--
Relaciones sociales	En donde no pueda explicar algo, en ocasiones cuando me siento desmotivado, en algunas convivencias, en concursos, hablar en público , en actividades religiosas, tener una novia, estar con mi novia y morir.	10 %	Hablar en público , eventos, socializar con muchos, cuando debes socializar.	3 %
Culturales	--	--	Cuando tengo que bailar, en obras de teatro, en bailables, en las ceremonias, teatro, cantar en los clubes.	13 %
Del hogar	--	--	El aseo de mis peces, en aseos de la casa.	2 %
TOTAL		100 %	TOTAL	100 %

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que de manera general, las áreas que más producen apatía son las relacionadas con la convivencia familiar, las labores escolares, las labores domésticas, la actividad física, la desilusión, las agresiones, el ocio, la injusticia, la frustración y la inseguridad.

La adolescencia es una etapa de transición donde, generalmente, se producen importantes cambios físicos, conductuales, cognitivos y emocionales que afectan a las relaciones de los adolescentes con sus padres y con sus iguales, dando lugar a conflictos en las relaciones familiares, lo que de acuerdo con los resultados puede ser causante de la apatía en los adolescentes hacia la dinámica familiar (Hernández, 2003; Estévez, 2007), que bien, puede favorecer o entorpecer la libertad de los adolescentes, sobre todo si los adolescentes consideran que esta convivencia es una pérdida de tiempo que no les reporta ningún beneficio.

Al respecto, Greer (2000) considera que la dinámica social actual en la que se observa una importante carencia de límites sociales, de una confusa demarcación de normas y un incorrecto control de la conducta de los hijos, lleva a los jóvenes a una desvalorización de los esfuerzos y un desprecio hacia sus progenitores.

Los participantes mencionaron que les falta apoyo por parte de su familia, además de referir escasa interacción afectiva y poco interés en relación con el aprendizaje escolar, que son aspectos fundamentales para formar la confianza y seguridad necesarios para que el adolescente elabore expectativas de vida y planes para llevarlas a cabo (Estévez, 2007).

Esta situación resulta desfavorable para los participantes, ya que de acuerdo con Hernández (2003), aunque los adolescentes inicien nuevas e importantes relaciones afectivas con amigos y parejas, mantienen los lazos afectivos con sus padres, que continúan siendo una de sus principales fuentes de apego y de apoyo emocional, por lo que la ausencia de estos en el hogar, parece generar en los adolescentes marcadas muestras de apatía.

Al respecto, se ha encontrado que si bien, la familia ha sido el grupo de apoyo central en la vida de las personas, los resultados de la presente investigación corroboran lo expuesto por Alvarado (2014), acerca de que la familia también se constituye como el grupo más violento de la sociedad, por la cantidad de amenazas y miedos a los que expone a sus integrantes, lo que la hace ser una de las fuentes de sufrimiento más importante para las personas, debido a las emociones negativas que genera, que no sólo les lleva a aprender a tolerar y a controlar (Valdez Medina, 2009), sino a mostrarse más proclives a ser apáticos ante la vida.

Por otro lado, los resultados permiten observar la falta de interés de los adolescentes por estudiar, además de tener una mala perspectiva de sus profesores y de las materias que se imparten, siendo esta una limitante para que permanezcan inmersos en el ámbito educativo. Con base en ello, es altamente probable que los alumnos asistan a la escuela más por pasar materias que por el interés de aprender (Valdez Medina, González Arratia, González, Arce,

Lechuga, Mancilla, Morales y San Juan, 2011; Serrano y Esteban, 2003), pues no siempre las materias que se imparten en los espacios educativos son de su interés.

De igual manera, se muestran desmotivados debido a que sienten inseguridad al participar en clase por el temor a errar o a la crítica del profesor, lo cual puede impactar desfavorablemente en el rendimiento escolar, al verse inmersos en un ambiente que no apoya los intereses particulares de cada estudiante (Román, 2013).

Asimismo, manifiestan que sus profesores no los apoyan cuando les piden ayuda, lo cual afecta directamente en su motivación, ya que diversos autores señalan que la construcción de aprendizajes de calidad pasa por el establecimiento de relaciones interpersonales, así como de procesos de mediación adecuados entre los alumnos y sus profesores (D'Orazio, D'Anello, Escalante, Benítez, Barreat y Esqueda, 2011; Román, 2013).

Estos resultados son congruentes con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2013), acerca de que en México existen alrededor de 7.5 millones de jóvenes que ni estudian ni trabajan y no generan algún beneficio a la sociedad (Negrete y Leyva, 2013), lo que implica un desperdicio de recursos humanos, una insatisfacción e inseguridad personal, que puede llevar a la pérdida del sentido de vida de los adolescentes (Valdez Medina y Aguilar, 2014).

La mayoría de los participantes hace referencia a que lo que más les genera falta de interés es sentirse desilusionados, inseguros o cuando las cosas no les salen como quieren. Al respecto, Silva (2008) refiere que el adolescente lucha contra límites personales, y los riesgos que asume constituyen una amenaza a la tradición, ya que cada vez que se han sentido reprimidos es porque no les dejaban hacer lo que querían y tenían que hacer lo que debían, acercándose más a la frustración y a la apatía que al interés.

Lo anterior es acorde con la propuesta de Marina y López (2005), acerca de que la frustración se presenta cuando el individuo constata que sus deseos y proyectos no se cumplieron o que no van a cumplirse, lo cual frecuentemente puede ser causante de apatía. Y de continuar reiteradamente este proceso de frustración-apatía, podría surgir la desesperanza, por la atribución de los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables (Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez, 2004), pudiendo incluso acercarse a la depresión (Valdez Medina y Aguilar, 2014).

Así mismo, se observa que una causa importante de desmotivación en los adolescentes es el sentimiento de no ser alguien en la vida y que la sociedad los critique. Lo anterior, corrobora la propuesta de Valdez Medina (2009), que indica que en la vida hay dos objetivos fundamentales: el biológico que consiste en sobrevivir y el psicosociocultural, que consiste en tratar de llegar a ser alguien en la vida, ser visto como más o mejor que otros e incluso que sí mismo.

Estos indicadores resultan de riesgo para los adolescentes, pues muchos abandonan lo que hacen debido a que no le encuentran un sentido netamente suficiente para seguir con ello (Román, 2013), lo que de continuar de esta forma, podría afectarles directamente en los procesos de socialización (García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2009).

Además de reprimir en ellos la posibilidad de desarrollar sus propias potencialidades, su creatividad, su talento, lo cual, podría llevarlos a no vivir con base en su *ser en el hacer*, donde se es lo que se hace y se hace lo que se es, sin contradicción, con gusto, y sin queja (Valdez Medina, 2009).

Finalmente, es importante comentar que los resultados obtenidos dejan ver que los adolescentes prefieren evitar participar en la dinámica familiar, los quehaceres domésticos, la escuela, las actividades físicas, religiosas, etc., probablemente porque lo consideran una pérdida de tiempo, algo aburrido, o bien, que consideran que no les va a dejar algo favorable para su propia vida, tanto en lo biológico (sobrevivir), como psicosociocultural (ser más y mejor que otros y que sí mismo) (Valdez Medina, 2009; Valdez Medina y Aguilar, 2014).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abbagnano, N. (2004). Diccionario de Filosofía. México: FCE.
- Aguera-Ortiz, L., Gil-Ruiz, N., Cruz-Orduna, I., Ramos-García, M., Osorio-Suarez, R., Valenti-Soler, M. y Martínez-Martin, P. (2010) Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66, *Psicogeriatría*, 2 (4), 207-219.
- Alvarado, J. (2014). Frustración, odio y culpa, origen de la personalidad en conflicto. Tesis inédita de Maestría en Psicología. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa. México: PaidósEducador.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Trad. Castellano. Barcelona: Masson.
- Cabrera, A. Peral, V. y Barajas, M. (2012). Apatía: Síndrome o síntoma, una revisión del concepto. *Psiquis* 21, (6), 171-181.
- Cosentino, A. (2010). Las fortalezas del carácter. En A. Castro Solano (Comp.) *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 111-135). Buenos Aires: Paidós.
- D’Orazio, A., D’Anello, S., Escalante, G., Benítez, A., Barreat, Y. y Esqueda, L. (2011). Síndrome de indiferencia vocacional: Medición y análisis. *Educere*, 15, (51), 429-438.
- Dudley, R. y Gitelson, A. (2002). *Tendencias 07. Medios de comunicación. El escenario iberoamericano*. Madrid: Ariel, Fundación telefónica.
- Echeverría, M. (2011) ¿Apatía o desencuentro? Patrones de consumo y recepción de información política y gubernamental en jóvenes. *Global Media Journal*, 8 (15), 42-65.
- Estévez, E. (2007). *Relación entre padres e hijos adolescentes*. México: Nau Libres.
- Flores, I., González, G. y Rodríguez, C. (2013) Estrategias de enseñanza para abatir la apatía del alumno de secundaria. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10 (1), 1-8.
- Greer, G. (2000). *La mujer completa*. España: Editorial Kairós.
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica* 8 (2), 447-454.
- Hernández, A. (2003). Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar infantil. Tesis inédita de Licenciatura. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2013) Panorámica de la población joven por condición de actividad. México: INEGI.
- Levy, M.L., Cummings, J.L. y Fairbanks, L.A. (1998). Apathy is not depression. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neuropsychiatry*, 10 (1), 314-319.
- Marin, R.S. (1996). Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *SeminClinNeuropsychiatry*, 1(4), 304-14.
- Marina, J. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama.
- Marina, J. A. y López P. M. (2005) *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.
- Messing, C. (2009). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Negrete, R. y Leyva, G. (2013) *LosNiNisen México: una aproximación crítica a su medición*. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4 (1).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) *CIE 10.Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Passarotto, A. (2012). *La apatía y la falta de interés del adolescente actual*. Documento de cátedra del Magister en Educación con Orientación en Gestión. Universidad de San Andrés. Argentina.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.aed.)*. Madrid, España: Autor.
- Román, M. (2013) Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11 (1), 33-59.
- Serrano, J. y Esteban, J. (2003). Orientación educativa. *Revista Mexicana de Orientación educativa*, 1 (1), 30-34.
- Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18 (52), 312-332.
- Soria, M., Otamendi, A., Berrocal, C., Caño, A. y Rodríguez, C. (2004) Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16 (3), 476-480.
- Starkstein, S. y Leentjens, A. (2008).The nosological position of apathy in clinical practice. *JournalNeurolNeurosurgPsychiatry*, 79 (1), 1088-1092.
- Valdez Medina, J. y Aguilar, Y. (2014). *La configuración de la apatía*. Seminario de Investigación. Toluca, México, 6-30 Enero (paper).
- Valdez Medina, J., González Arratia, N., González, S., Arce, V., Lechuga, P., Mancilla, I., Morales, L. y San Juan, A. (2011). Orientación que transmiten los padres a sus hijos adolescentes. *Revista Mexicana de Orientación educativa*, 8 (20).
- Valdez-Medina (2009) *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Wurtman, J. y Frusztajer, N. (2006). *The Serotonin Power Diet: Eat Carbs--Nature's Own Appetite Suppressant to Stop Emotional Overeating and Halt Antidepressant-Associated Weight Gain*. USA: Rodale.

7.2 Capítulo publicado

7.2.1 De la apatía a la depresión: sus implicaciones en jóvenes universitarios.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón, Sergio González Escobar*.**

***Universidad Autónoma del Estado de México**

****Universidad Nacional Autónoma de México.**

7.2.2. Carta de aceptación del capítulo

XVI Congreso Mexicano de Psicología Social VIII Congreso Internacional de Relaciones Personales V Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., abril de 2016

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, José Luis Valdez Medina, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sofía Rivera Aragón y Sergio González Escobar

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

De la Apatía a la Depresión: Sus Implicaciones en Jóvenes Universitarios

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Trabajo Libre

Así mismo, le informo que el comité, le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 2 de mayo de 2016.

Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el

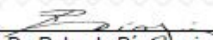
Libro: Aportaciones Actuales de la Psicología Social, Volumen III

que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Usted deberá revisar gramática, ortografía y formato APA (sexta edición en inglés). Solo se admiten 2 trabajos como primer autor. Los autores que tengan más de 2 trabajos enviados al congreso como primer autor, favor de hacer los cambios pertinentes.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO


Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO

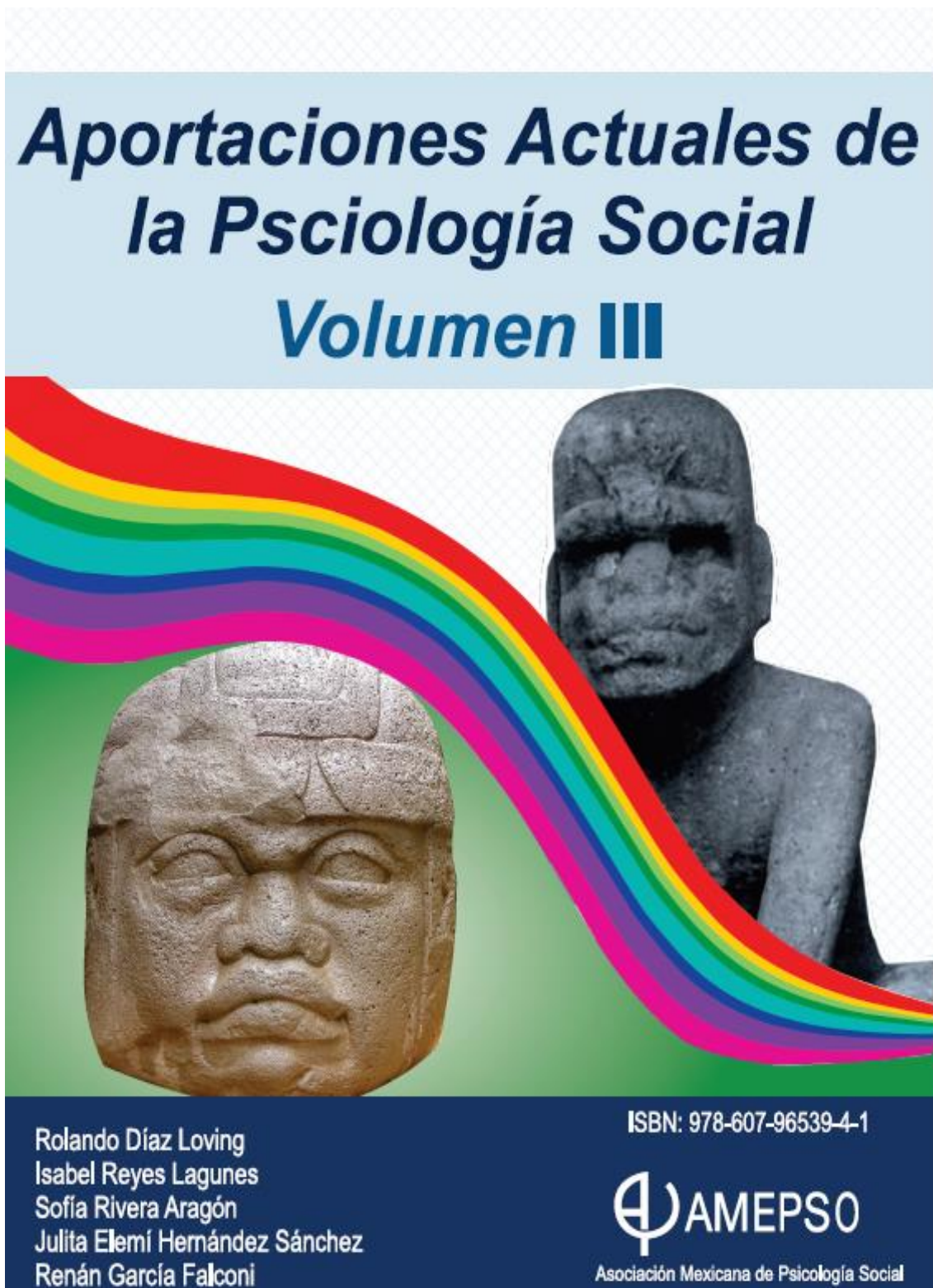

Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO



www.ameps.org

7, 8 y 9 de Septiembre de 2016 Villahermosa, Tabasco, México

7.2.3 Portada del libro



7.2.4 Hoja legal

AMEPSO

APORTACIONES ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL



Asociación Mexicana de Psicología Social,
AMEPSO



UJAT

UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE.TM
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Facultad de Psicología

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón
Luz María Cruz Martínez
Fernando Méndez Rangel
Claudia Ivethe Jaen Cortés
Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco

Primera Edición 2016

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social

ISBN: 978-607-96539-4-1

7.2.5 Comité editorial

Comité Editorial

Dra. Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa <i>Universidad Iberoamericana Campus Santa Fé, México</i>	Dra. Mirna García Méndez <i>Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza</i>
Dra. Angélica Romero Palencia <i>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo</i>	Dra. Mirta Margarita Flores Galaz <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>
Dra. Fuensanta López Rosales <i>Universidad Autónoma de Nuevo León</i>	Dra. Patricia Andrade Palos <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Isabel Reyes Lagunes <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>	Dr. Renán García Falconi <i>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco</i>
Dr. José Ángel Vera Noriega <i>Universidad de Sonora</i>	Dr. Rolando Díaz Loving <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Julita Elemi Hernández Sánchez <i>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco</i>	Dra. Rozzana Sánchez Aragón <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Lucy María Reidl Martínez <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>	Dra. Sofía Rivera Aragón <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Luz María Cruz Martínez <i>Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza</i>	Dra. Tania Rocha Sánchez <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>

7.2.6 Índice

Índice

RELACIONES PERSONALES	15
Estilos de Apego en las Relaciones de Pareja en Jóvenes Mexicanos	16
<i>Diana Romero Sánchez, Rolando Díaz Loving, Norma Elena Reyes Ruiz y Carolina Armenta Hurtarte</i>	16
Dinámica entre los Estilos de Apego y Escolaridad: ¿Existen Diferencias entre Hombres y Mujeres?	23
<i>Maria Fernanda Morales Peregrino, Carolina Armenta Hurtarte, Rolando Díaz-Loving y Norma Elena Reyes Ruiz</i>	23
Amor y Poder en la Predicción de la Satisfacción Marital de Hombres y Mujeres	28
<i>Elizabeth Alvarez Ramírez* y Mirna García Méndez**</i>	28
¿Depende de mí o del destino que mi pareja me haga mejor persona?	35
<i>Joaquín Alberto Padilla-Bautista, Alma Vianey López Hernández, Alejandra Avilator Ramírez, Estefanía Andrade Hernández, Samantha Aguilar Román y Rolando Díaz-Loving</i>	35
Estrategias de Comunicación en Relaciones Interpersonales Cercanas	41
<i>Gustavo Andrés Zaragoza Romero, Rolando Díaz Loving, Paola Eunice Díaz Rivera y Geraldine Stephanie Bouquet Escobedo</i>	41
Construcción de una Escala de Expresión del Conflicto Marital	47
<i>Itai Bermúdez Oviedo*, Luz María Flores Herrera* Juan Jiménez Flores* y Serafín Joel Mercado Doménech**</i>	47
Efectos del Conflicto sobre la Calidad de la Relación Romántica en Hombres y Mujeres	54
<i>Georgina Daniela Zepeda Goncen y Rozzana Sánchez Aragón</i>	54
Efectos del Contacto Responsivo y Tácticas de Resolución del Conflicto en la Calidad de la Relación	60
<i>Daniela Silva Moctezuma y Rozzana Sánchez Aragón</i>	60
Efectos de la Cercanía en el Duelo Romántico	66
<i>Verónica G. Galindo Venegas, Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	66
Eventos Hirientes en la Pareja la Perspectiva de la Víctima	71
<i>Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	71
Validación de una Escala de Duelo ante el Divorcio	77
<i>Blanca Estela Refana Franco</i>	77
¿Vale la Pena Convivir? Autoexpansión en las Actividades de Convivencia de las Parejas	83
<i>Maria Fernanda Valencia Camargo, Carolina Armenta-Hurtarte y Rolando Díaz-Loving</i>	83
La Conceptuación de la Codependencia del Noviazgo en Jóvenes Mexicanos	88
<i>Pablo Tanathiv Salcedo Callado, Sofía Rivera Aragón e Isabel Reyes Lagunes</i>	88
Apego, Estilos de Amor y Celos: Estudio Comparativo en Hombres y Mujeres Estudiantes de Nivel Medio Superior	94
<i>Giovanna Montes de Oca Negrete* y Melissa García Merza**</i>	94
Infidelidad y Satisfacción de Necesidades Afectivas en Mujeres Mexicanas	100
<i>Dania Elizabeth Florín Florín, Alba García Osnaya y Pedro Wolfgang Velasco Matus</i>	100
Relación entre los celos y los estilos de enfrentamiento en parejas	107
<i>Mariana Rubí Patterson*, Fernando Méndez Rangel*, Pedro Wolfgang Velasco Matus** y Sofía Rivera Aragón*</i>	107
Amor de Compañía y Amor Pasional en Amigovios	114
<i>Ixchel Calixto Molina, Andrea Natalia López Muñiz, Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	114

De la Apatía a la Depresión: Sus Implicaciones en Jóvenes Universitarios	320
<i>Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**, Sergio González Escobar*.</i>	
	320
El Papel del Pesimismo sobre la Apatía en Universitarios.....	326
<i>Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**, Sergio González Escobar*.</i>	
	326
Estrategias de Manejo del Estrés: Diferencias entre Estudiantes Mujeres y Estudiantes Varones	332
<i>Adriana Martínez Peralta y Gloria Ángela Domínguez Aguirre</i>	
	332
Predictores Generales y Específicos en el Enojo de los Automovilistas	338
<i>Raúl José Alcázar Olán, Paloma Obeso De la Llave y María Lucio de Esesarte</i>	
	338
Confiabilidad Interjueces de una Escala del Dibujo de la Figura Humana como Medida Visoespacial ...	344
<i>Isaias Lara Klahr y L. Isabel Reyes Lagunes</i>	
	344
Construcción y Validación de una Escala de Heurísticos de Disponibilidad en Jóvenes Conductores.....	349
<i>Carlos Alberto Mirón Juárez y Jesús Francisco Laborín Álvarez</i>	
	349
Validación de la Escala de Gravedad de Fatiga	355
<i>Rocío Elizabeth Duarte Ayala, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Lucina Isabel Reyes Lagunes.</i>	
	355
Desarrollo y Validación Psicométrica de la Escala de Inteligencia Emocional Laboral en Población Mexicana.....	359
<i>Jessica Rodríguez Suárez</i>	
	359
Escala de Cambios en el Autoconcepto para Parejas (ECAP): Construcción y Validación	366
<i>Lizbeth López López y Areli Reséndiz Rodríguez</i>	
	366
Validación de la Escala de Tenacidad en Estudiantes Oaxaqueños: Un Estudio Exploratorio	373
<i>David Israel Becerra Martín*, José Ignacio Cuitún Coronado** y Yanko Norberto Mézquita Hoyos*</i>	
	373
Entre el Estigma y la Inclusión: La Cognición Social del Autismo desde la Perspectiva de los Estudiantes de Psicología de la Universidad de Sonora	378
<i>María del Rosario López Villegas</i>	
	378
Manejo de Impresión en Personas con Discapacidad Visual y Normovisuales	385
<i>Adriana Sánchez Mendoza, Carlos Emmanuel Martínez Butanda, Jimena Díaz Lozano, Marco Antonio Bouffista Santiago, Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa y Pedro Wolfgang Velasco Matus</i>	
	385
Relación entre Estereotipos de Género y Homofobia en Padres de Familia con Hijos Adolescentes	393
<i>Daniela Alejandra Cerón AlvaradoBerenice Suárez López, Lucero Torres Cervantes, Sebastián Maldonado Trueba, Fabiola Trejo Pérez y Rolando Díaz Loving</i>	
	393
Conceptuación de la Salud Mental Positiva en Personal Hospitalario del Centro y Sur de México	399
<i>Areli Reséndiz Rodríguez*, Elías Alfonso Góngora Coronado**, Víctor Manuel Ramos Frausto*, José María De la Roca Chiapas* e Isabel Reyes Lagunes***</i>	
	399
Simpatía y Modestia: ¿Qué tienen en Común? Un Estudio con Redes Semánticas	406
<i>Sebastián Ortega Uribe, Jimena Díaz-Lozano Dovalí, Darane Santos Casillas, Carlos Emmanuel Martínez Butanda, Pedro Wolfgang Velasco Matus, & Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa</i>	
	406
PSICOLOGÍA SOCIAL Y EDUCACIÓN.....	412
Disminución de Agresiones entre Pares Adolescentes. Evaluación Cualitativa de una Intervención Psicosocial.....	413
<i>Ana Isabel Pastrana de la Garza, Norma Angélica Hernández Sánchez, Rosalva Juárez Pérez, German Mejía Morales, María Isabel Gil Miranda, Edwin Antony Ayala Ayala, Marisol Pérez Ramos.</i>	
	413
Mapa de Ruta: Una Alternativa Psicopedagógica para Detectar el Maltrato Infantil en el Nivel Básico ..	419
<i>Denise Adriana Días Ramón, Belem Castillo Castro, Josefina Campos Cruz</i>	
	419

7.2.7 Apartados del capítulo

DE LA APATÍA A LA DEPRESIÓN: SUS IMPLICACIONES EN JÓVENES UNIVERSITARIOS.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratía López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón, Sergio González Escobar*.**

***Universidad Autónoma del Estado de México**

****Universidad Nacional Autónoma de México.**

De acuerdo con los datos reportados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015), existen 20 millones de jóvenes en América Latina que ni estudia ni trabaja, fenómeno que ha sido llamado con el nombre de ninis, lo que representa a una de cada cinco personas de entre 15 y 24 años en la región. Negrete y Leyva (2013) y Valdez Medina y Aguilar (2014), proponen que este fenómeno social puede deberse a diversos factores, tales como la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los jóvenes.

Por ello, la población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de investigadores del campo de la salud mental debido a que ésta puede determinar en buena medida su desempeño académico y social. Al respecto, Hernández (2003) reconoce un desinterés generalizado causante de problemas para elaborar un proyecto de vida personal o familiar a futuro y una molesta sensación de vivir en un presente azaroso, continuo y repetitivo. Messing (2009), agrega que en la psicosociocultura, se observa una tendencia en la que el esfuerzo ha caído en descrédito y aunado a la reducción de espacios para el desarrollo personal y laboral, con frecuencia, lleva a los jóvenes a presentar desmotivación, insatisfacción y apatía.

amarem_ypam@hotmail.com

En este sentido, la apatía se define como la ausencia de pasiones, emociones, sentimientos o enfermedad (Real Academia Española, 2014). Su estudio parte desde la neuropsiquiatría y las neurociencias clínicas, las cuales la definieron como un síntoma presente en la depresión caracterizada por la pérdida de motivación no debida a la perturbación de la inteligencia, la emoción o el nivel de conciencia (OMS, 2008; APA, 2002).

La evidencia médica refiere a la apatía como uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados a enfermedades o lesiones que afectan al eje de la corteza prefrontal, los ganglios basales, el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo talámico medial-dorsal, como en el caso de las enfermedades de Alzheimer, Huntington y Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva, la esquizofrenia y en enfermedades crónico-degenerativas (Agüera et al., 2010).

Sin embargo, se ha propuesto que la apatía puede ser una pérdida de motivación no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia (Marin, 1996), por lo que se ha definido también desde el ámbito psicosociocultural sin asociarla con alguna patología, proponiendo que consiste en una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de llegar a ser más y mejor que otros y que sí mismo (Aguilar et al., 2015). Este nuevo abordaje de la apatía hace necesario entender cómo se vincula con trastornos tales como la ansiedad y en este caso particular con la depresión (Reinfeld & Rojas, 2005; DSM IV, 2002; OMS, 2008). La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (Goldman, 2001).

Si bien la depresión ha sido ampliamente estudiada, a la fecha son escasos los estudios que analizan la relación entre ambas. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de

concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2015). Esta situación se considera un problema de salud pública por la alta prevalencia entre la población mexicana que hoy por hoy afecta entre 12 y 20% a personas adultas y entre 15 y 20 % a los jóvenes (Secretaría de Salud, 2015).

Si bien existen diversos estudios sobre depresión en estas edades, no se ha avanzado lo suficiente respecto a la integración de ambas variables, por lo que los objetivos de la presente investigación son determinar en qué medida, la apatía puede estar relacionada con la presencia de depresión en los jóvenes universitarios, así como determinar si la apatía antecede a la depresión, con la finalidad de generar estrategias de intervención que puedan contrarrestar en alguna medida, los efectos negativos que estos pudieran tener sobre la salud mental en población juvenil.

MÉTODO.

Participantes.

A través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional se seleccionaron a 600 jóvenes repartidos equitativamente por sexo de 18 a 25 años de edad ($M=20$, $D.E.=1.83$). Todos estudiantes de licenciatura de una universidad pública de la Ciudad de Toluca, México.

Instrumentos.

Para evaluar la apatía se utilizó la Escala de Apatía (EEVA) de Aguilar, Valdez, González-Arratia y Rivera (2015), compuesto por 51 reactivos con formato tipo Likert evaluados mediante cuatro opciones de respuesta (1=nunca; 4=siempre). La escala permite explicar el 46.29% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94.

Para evaluar la depresión se utilizó la Escala (EPMD) de González (2015), compuesto por 74 reactivos que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas, con formato tipo Likert mediante cuatro opciones de respuesta (1=ningún día; 4=de 5 a 7 días). La escala permite explicar el 37.15% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.97.

Procedimiento.

Con previa autorización de los participantes y firma del consentimiento informado, se llevaron a cabo las aplicaciones en una sola sesión de manera colectiva en espacios académicos de una universidad pública, en un tiempo aproximado de 20 minutos por participante. La investigación se llevó a cabo siguiendo los estándares éticos de la American Psychological Association (APA, 2012).

RESULTADOS.

A partir del puntaje total de la escala de apatía, se realizaron puntos de corte tomando como base la media +/- 1 desviación estándar y se obtuvieron 3 niveles: alto medio y bajo. Este procedimiento fue similar en el caso de la variable depresión.

Con base en estos criterios de clasificación, se realizó un análisis descriptivo, en el cual se observa que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles medios de apatía, así como de manifestaciones depresivas. Las mujeres reportan niveles altos tanto de apatía como de manifestaciones de depresión (ver tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos para las variables apatía y manifestaciones de depresión

		Clasificación		
		Bajo	Medio	Alto
Apatía	Hombres	41	210	49
	Mujeres	32	217	51
	Total	73	427	100
Depresión	Hombres	14	255	31
	Mujeres	7	234	59
	Total	21	489	90

Para obtener datos que apoyen la relación entre las variables, se realizó un análisis de correlación de Pearson, considerando una $p \leq 0.01$, en donde se encontró que si existe relación positiva moderada estadísticamente significativa entre las variables ($r = .532$) (Rivera & García, 2012).

Posteriormente, con el objetivo de aportar evidencia predictiva, se realizó una regresión lineal simple, en el que se introdujo la variable apatía como variable independiente y la depresión como variable dependiente. Se encontró que la apatía pronostica el 28% de la variable depresión (ver tabla 2).

Tabla 2.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.532	.283	25.253	.745	.532	236.129	15.366	.000

DISCUSIÓN

De manera general, los resultados permiten observar que la apatía y las manifestaciones de depresión se encuentran presentes en los jóvenes que participaron en el presente estudio, ya que ambas variables tienen una alta prevalencia. Entre los factores que se han reportado que pudieran estar relacionados se encuentran las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, tales como desempleo, violencia, pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales (Gómez & Rodríguez, 1997). Sin embargo, se requiere continuar indagando para tener mayor claridad al respecto.

Otro dato importante es que las mujeres reportan niveles más altos respecto al grupo de hombres. Una posible explicación es que actualmente, la mujer realiza un mayor número de actividades y tiene más posibilidades de incorporarse a la vida laboral; esto duplica las tareas que realiza y la presión a la que se ve sometida por cuestiones laborales (Brazelton, Greene, & Gynther, 1996). Sin embargo, autores como Burín, Moncarz y Velázquez (2000), comentan que en este proceso, las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de aquí, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intención de romper tradiciones.

Por otro lado, estos resultados se ajustan a los diferentes estudios epidemiológicos reportados, que demuestran que es más frecuente la depresión en el sexo femenino y en los estudiantes de licenciatura (Riveros, Hernández & Rivera, 2007). Esta prevalencia puede atribuirse a factores sociales o psicológicos. Una de las hipótesis al respecto es que las mujeres generalmente buscan ayuda o tratamiento clínico y están más dispuestas a reportar su depresión (Téllez, 2000). Así mismo, las mujeres pueden estar más propensas por causas situacionales biológicas como: el síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de tiroides, entre otros (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004). Aunque la información hasta el momento permite vislumbrar esta tendencia, será necesario comprobar esta hipótesis.

Respecto de la relación entre la apatía y la depresión, se encontró que si existe correlación estadísticamente significativa (positiva y moderada) como se esperaba, al mismo tiempo se encontró que la apatía puede ser un predictor importante de la depresión, lo cual puede llevar a la disminución de las actividades cotidianas, al desánimo, al desinterés y al aislamiento social, que son posibles desencadenantes de episodios depresivos (Ferrel, Celis & Hernández, 2011).

Finalmente es importante señalar que si bien, la presencia de apatía y depresión en los jóvenes de la muestra, puede deberse a que en esta etapa de vida se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, la cual somete continuamente al estudiante a una gran carga de exigencias académicas, nuevas responsabilidades, así como presiones familiares, económicas y sociales (Arrieta, Díaz & González, 2014), es de vital importancia implantar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para afrontar estos desafíos de manera saludable, dirigidos hacia la aceptación y el rechazo abierto de los acontecimientos vitales, que los lleve de manera consecuente a vivir con gusto y sin queja, haciéndose responsables de sí mismos, estables, lo cual, en otras palabras, los llevaría a vivir en un estado de paz y equilibrio, auto-organizados y con el menor desgaste posible (Valdez Medina, 2009).

En un segundo momento, se propone realizar programas preventivos cuyas actividades estén encaminadas a propiciar la identificación de estos fenómenos tanto en el plano comportamental como en el de las ideaciones destructivas, lesivas, negativistas, catastróficas, que produzcan angustia o que antecedan a estados de melancolía y tristeza, para poder acudir a un profesional que proporcione el tratamiento adecuado (Osornio & Palomino, 2009). Promover estas estrategias y conservar la salud mental en el estudiante y futuro profesional redundará en su bienestar, y de manera paulatina, de la sociedad en general.

Finalmente, como limitación del estudio se considera a la selección de sujetos de manera no aleatoria, por lo que sugiere continuar indagando sobre el tema en una muestra diversificada.

REFERENCIAS.

- Agüera, L., Gil, N., Cruz, I., Ramos, M., Osorio, R., Valenti, M. y Martínez, P. (2010). Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. *Psicogeriatría*, 2 (4), 207-219.
- Aguilar, Y.P., Valdez, J.L., González-Arratia, N.I., Rivera, S., Carrasco, C., Gómora, A., Pérez, A. y Vidal, S. (2015). Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (3), 326-336.
- Aguilar, Y.P., Valdez, J.L., González-Arratia, N.I. y Rivera, S. (2015). Construcción y validación de una escala para evaluar la apatía (EEVA). Manuscrito presentado para su publicación.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Trad. Castellano. Barcelona: Masson.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica médica familiar*, 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 17-26.
- Bottini, A., Etcheverry, J., Persi, G., Zezza, H., Starkein, S. y Gatto, E. (2009). Apatía en enfermedad de Parkinson. Impacto sobre la calidad de vida. *Medicina (Buenos Aires)*, 69 (2), 253-258.
- Brazelton, E., Greene, K. & Gynther, M. (1996). Femininity, Depression and stress in college women. *Social Behavior and Personality*, 24, 4, 329-334.
- Burín, M., Moncarz, E. & Velázquez, S. (2000) *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires Argentina, Paidós.

- Ferrel, R., Celis, A. y Hernández, O. (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud en una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 27, 40-60.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. 5 ed. México: Manual Moderno.
- Gómez, C. y Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- González, S. (2015). *Una propuesta etnopsicológica de la medición de la depresión*. Tesis de doctorado sin publicar. Universidad Iberoamericana.
- Hernández A. (2003). *Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Marin, R. (1996). Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 304-14.
- Messing C. (2009). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Negrete R y Leyva G. (2013). Los NiNis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4 (1), 1-32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2015). *Panorama de la educación*. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Osornio, L. y Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2
- Real Academia Española (RAE) (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*, 22^o edición. Madrid: RAE.
- Reinfeld, B. y Rojas, T. (2005). Reflexiones sobre la apatía. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51 (105), 19-25.
- Rivera, S. y García, M. (2012). *Estadística aplicada a la psicología*. México: Purrúa.
- Riveros, M, Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1), 91-102.
- Téllez, H. (2000). La noradrenalina: su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (1), 59-73.
- Valdez, J.L. y Aguilar, M.Y.P. (2014) *La configuración de la apatía*. Seminario de Investigación. Toluca, México, 6-30 Enero (paper).
- Secretaría de Salud (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Valdez, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.

7.3 Capítulo publicado

7.3.1 El papel del pesimismo sobre la apatía en universitarios.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina *, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón, Sergio González Escobar*.**

***Universidad Autónoma del Estado de México.**

****Universidad Nacional Autónoma de México.**

7.3.2 Carta de aceptación del capítulo

XVI Congreso Mexicano de Psicología Social
VIII Congreso Internacional de Relaciones Personales
V Congreso Lationamericano de Psicología Transcultural

México, Cd. Mex., abril de 2016

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, José Luis Valdez Medina, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Sofía Rivera Aragón y Sergio González Escobar

PRESENTE (S)

Estimado(s) colega(s):

Después de haber revisado su aportación intitulada:

El Papel del Pesimismo sobre la Apatía en Universitarios

el Comité Científico ha aprobado su propuesta como

Trabajo Libre

Así mismo, le informo que el comité, le anexa recomendaciones para ser incluidas en la versión final de su trabajo, el cual deberá enviar al correo (sofiar1@me.com) con fecha límite de 2 de mayo de 2016.

Como es práctica común en los Congresos Internacionales, es requisito indispensable que, para su inclusión final en el programa y en el

Libro: Aportaciones Actuales de la Psicología Social, Volumen III

que será publicado, envíe copia del recibo de inscripción del primer autor al correo electrónico: sofiar1@me.com.

Usted deberá revisar gramática, ortografía y formato APA (sexta edición en inglés). Solo se admiten 2 trabajos como primer autor. Los autores que tengan más de 2 trabajos enviados al congreso como primer autor, favor de hacer los cambios pertinentes.

Sin más por el momento, aprovechamos la oportunidad para saludarlo y desearle un fructífero congreso.

ATENTAMENTE
COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Rolando Díaz Loving
PRESIDENTE DEL
COMITÉ CIENTÍFICO

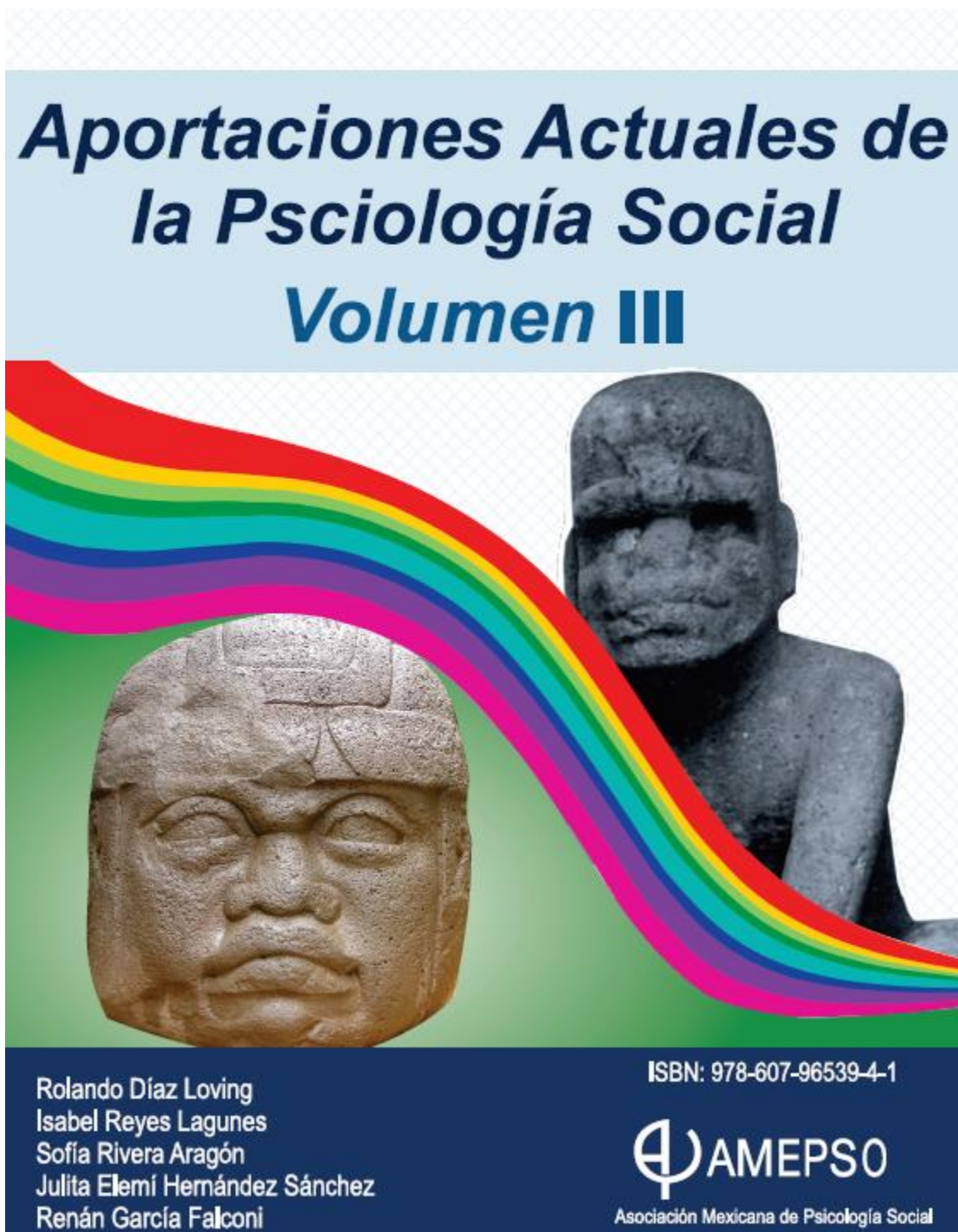


Isabel Reyes Lagunes
SECRETARIA GENERAL DEL
COMITÉ CIENTÍFICO



www.amepso.org
7, 8 y 9 de Septiembre de 2016 Villahermosa, Tabasco, México

7.3.3 Portada del libro



7.3.4 Hoja legal

AMEPSO

APORTACIONES ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL



Asociación Mexicana de Psicología Social,
AMEPSO



UJAT

UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE.[®]
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Facultad de Psicología

Coordinación Editorial

Sofía Rivera Aragón
Luz María Cruz Martínez
Fernando Méndez Rangel
Claudia Ivethe Jaen Cortés
Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco

Primera Edición 2016

© D.R. Asociación Mexicana de Psicología Social

ISBN: 978-607-96539-4-1

7.3.5 Comité editorial

Comité Editorial

Dra. Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa <i>Universidad Iberoamericana Campus Santa Fé, México</i>	Dra. Mirna García Méndez <i>Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza</i>
Dra. Angélica Romero Palencia <i>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo</i>	Dra. Mirta Margarita Flores Galaz <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>
Dra. Fuensanta López Rosales <i>Universidad Autónoma de Nuevo León</i>	Dra. Patricia Andrade Palos <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Isabel Reyes Lagunes <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>	Dr. Renán García Falconi <i>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco</i>
Dr. José Ángel Vera Noriega <i>Universidad de Sonora</i>	Dr. Rolando Díaz Loving <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Julita Elemi Hernández Sánchez <i>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco</i>	Dra. Rozzana Sánchez Aragón <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Lucy María Reidl Martínez <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>	Dra. Sofía Rivera Aragón <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>
Dra. Luz María Cruz Martínez <i>Universidad Nacional Autónoma de México FES Zaragoza</i>	Dra. Tania Rocha Sánchez <i>Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología</i>

7.3.6 Índice

Índice

RELACIONES PERSONALES	15
Estilos de Apego en las Relaciones de Pareja en Jóvenes Mexicanos	16
<i>Diana Romero Sánchez, Rolando Díaz Loving, Norma Elena Reyes Ruiz y Carolina Armenta Hurtarte</i>	<i>16</i>
Dinámica entre los Estilos de Apego y Escolaridad: ¿Existen Diferencias entre Hombres y Mujeres?	23
<i>Maria Fernanda Morales Peregrino, Carolina Armenta Hurtarte, Rolando Díaz-Loving y Norma Elena Reyes Ruiz</i>	<i>23</i>
Amor y Poder en la Predicción de la Satisfacción Marital de Hombres y Mujeres	28
<i>Elizabeth Alvarez Ramírez* y Mirna García Méndez**</i>	<i>28</i>
¿Depende de mí o del destino que mi pareja me haga mejor persona?	35
<i>Joaquín Alberto Padilla-Bautista, Alma Vianey López Hernández, Alejandra Avilar Ramírez, Estefanía Andrade Hernández, Samantha Aguilar Román y Rolando Díaz-Loving</i>	<i>35</i>
Estrategias de Comunicación en Relaciones Interpersonales Cercanas	41
<i>Gustavo Andrés Zaragoza Romero, Rolando Díaz Loving, Paola Eunice Díaz Rivera y Geraldine Stephanie Bouquet Escobedo</i>	<i>41</i>
Construcción de una Escala de Expresión del Conflicto Marital	47
<i>Itai Bermúdez Oviedo*, Luz María Flores Herrera* Juan Jiménez Flores* y Serafín Joel Mercado Doménech**</i>	<i>47</i>
Efectos del Conflicto sobre la Calidad de la Relación Romántica en Hombres y Mujeres	54
<i>Georgina Daniela Zepeda Goncen y Rozzana Sánchez Aragón</i>	<i>54</i>
Efectos del Contacto Responsivo y Tácticas de Resolución del Conflicto en la Calidad de la Relación	60
<i>Daniela Silva Moctezuma y Rozzana Sánchez Aragón</i>	<i>60</i>
Efectos de la Cercanía en el Duelo Romántico	66
<i>Verónica G. Galindo Venegas, Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	<i>66</i>
Eventos Hirientes en la Pareja la Perspectiva de la Víctima	71
<i>Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	<i>71</i>
Validación de una Escala de Duelo ante el Divorcio	77
<i>Blanca Estela Refana Franco</i>	<i>77</i>
¿Vale la Pena Convivir? Autoexpansión en las Actividades de Convivencia de las Parejas	83
<i>Maria Fernanda Valencia Camargo, Carolina Armenta-Hurtarte y Rolando Díaz-Loving</i>	<i>83</i>
La Conceptuación de la Codependencia del Noviazgo en Jóvenes Mexicanos	88
<i>Pablo Tanathiv Salcedo Callado, Sofía Rivera Aragón e Isabel Reyes Lagunes</i>	<i>88</i>
Apego, Estilos de Amor y Celos: Estudio Comparativo en Hombres y Mujeres Estudiantes de Nivel Medio Superior	94
<i>Giovanna Montes de Oca Negrete* y Melissa García Merza**</i>	<i>94</i>
Infidelidad y Satisfacción de Necesidades Afectivas en Mujeres Mexicanas	100
<i>Dania Elizabeth Florín Florín, Alba García Osnaya y Pedro Wolfgang Velasco Matus</i>	<i>100</i>
Relación entre los celos y los estilos de enfrentamiento en parejas	107
<i>Mariana Rubí Patterson*, Fernando Méndez Rangel*, Pedro Wolfgang Velasco Matus** y Sofía Rivera Aragón*</i>	<i>107</i>
Amor de Compañía y Amor Pasional en Amigovios	114
<i>Ixchel Calixto Molina, Andrea Natalia López Muñiz, Alejandra Elizabeth Pérez Pérez y Rozzana Sánchez Aragón</i>	<i>114</i>

De la Apatía a la Depresión: Sus Implicaciones en Jóvenes Universitarios	320
<i>Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**, Sergio González Escobar*.</i>	
	320
El Papel del Pesimismo sobre la Apatía en Universitarios.....	326
<i>Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, José Luis Valdez Medina*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sofía Rivera Aragón**, Sergio González Escobar*.</i>	
	326
Estrategias de Manejo del Estrés: Diferencias entre Estudiantes Mujeres y Estudiantes Varones	332
<i>Adriana Martínez Peralta y Gloria Ángela Domínguez Aguirre</i>	
	332
Predictores Generales y Específicos en el Enojo de los Automovilistas	338
<i>Raúl José Alcázar Olán, Paloma Obeso De la Llave y María Lucio de Esesarte</i>	
	338
Confiabilidad Interjueces de una Escala del Dibujo de la Figura Humana como Medida Visoespacial ...	344
<i>Isaias Lara Klahr y L. Isabel Reyes Lagunes</i>	
	344
Construcción y Validación de una Escala de Heurísticos de Disponibilidad en Jóvenes Conductores.....	349
<i>Carlos Alberto Mirón Juárez y Jesús Francisco Laborín Álvarez</i>	
	349
Validación de la Escala de Gravedad de Fatiga	355
<i>Rocío Elizabeth Duarte Ayala, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Lucina Isabel Reyes Lagunes.</i>	
	355
Desarrollo y Validación Psicométrica de la Escala de Inteligencia Emocional Laboral en Población Mexicana.....	359
<i>Jessica Rodríguez Suárez</i>	
	359
Escala de Cambios en el Autoconcepto para Parejas (ECAP): Construcción y Validación	366
<i>Lizbeth López López y Areli Reséndiz Rodríguez</i>	
	366
Validación de la Escala de Tenacidad en Estudiantes Oaxaqueños: Un Estudio Exploratorio	373
<i>David Israel Becerra Martín*, José Ignacio Cuitún Coronado** y Yanko Norberto Mézquita Hoyos*</i>	
	373
Entre el Estigma y la Inclusión: La Cognición Social del Autismo desde la Perspectiva de los Estudiantes de Psicología de la Universidad de Sonora	378
<i>María del Rosario López Villegas</i>	
	378
Manejo de Impresión en Personas con Discapacidad Visual y Normovisuales	385
<i>Adriana Sánchez Mendoza, Carlos Emmanuel Martínez Butanda, Jimena Díaz Lozano, Marco Antonio Boufista Santiago, Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa y Pedro Wolfgang Velasco Matus</i>	
	385
Relación entre Estereotipos de Género y Homofobia en Padres de Familia con Hijos Adolescentes	393
<i>Daniela Alejandra Cerón AlvaradoBerenice Suárez López, Lucero Torres Cervantes, Sebastián Maldonado Trueba, Fabiola Trejo Pérez y Rolando Díaz Loving</i>	
	393
Conceptuación de la Salud Mental Positiva en Personal Hospitalario del Centro y Sur de México	399
<i>Areli Reséndiz Rodríguez*, Elías Alfonso Góngora Coronado**, Víctor Manuel Ramos Frausto*, José María De la Roca Chiapas* e Isabel Reyes Lagunes***</i>	
	399
Simpatía y Modestia: ¿Qué tienen en Común? Un Estudio con Redes Semánticas	406
<i>Sebastián Ortega Uribe, Jimena Díaz-Lozano Dovalí, Darane Santos Casillas, Carlos Emmanuel Martínez Butanda, Pedro Wolfgang Velasco Matus, & Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa</i>	
	406
PSICOLOGÍA SOCIAL Y EDUCACIÓN.....	412
Disminución de Agresiones entre Pares Adolescentes. Evaluación Cualitativa de una Intervención Psicosocial.....	413
<i>Ana Isabel Pastrana de la Garza, Norma Angélica Hernández Sánchez, Rosalva Juárez Pérez, German Mejía Morales, María Isabel Gil Miranda, Edwin Antony Ayala Ayala, Marisol Pérez Ramos.</i>	
	413
Mapa de Ruta: Una Alternativa Psicopedagógica para Detectar el Maltrato Infantil en el Nivel Básico ..	419
<i>Denise Adriana Días Ramón, Belem Castillo Castro, Josefina Campos Cruz</i>	
	419

7.3.7 Apartados del capítulo

El papel del pesimismo sobre la apatía en universitarios.

¹Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, ¹José Luis Valdez Medina[†], ¹Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, ²Sofía Rivera Aragón, ¹Sergio González Escobar.

¹Universidad Autónoma del Estado de México.

²Universidad Nacional Autónoma de México.

Marco teórico

Dentro de las problemáticas actuales más frecuentes de la sociedad moderna, se encuentran la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable y el decremento del interés por participar en actividades conjuntas. A la primera se le conoce como pesimismo, mientras que a la segunda se le denomina apatía y ambas situaciones afectan considerablemente la forma de vida de los individuos (González-Arratia & Valdez, 2012; Messing, 2009).

La palabra pesimismo proviene del latín *pessimum* que significa lo peor (Abbagnano, 2004). Este término se ha estudiado desde la psicología positiva y se ha definido como una disposición negativa de interpretar los contratiempos y frustraciones, que implica la creencia de que los problemas durarán siempre, socavarán todo lo que se haga y que no podrán ser controlados, atribuyendo la causa de manera permanente, dominante y personal (Seligman, 2002).

El pesimista tiene una visión negativa del futuro y de las personas. Si le cuentan un proyecto, en poco tiempo presentará todos los obstáculos y dificultades con las cuales la persona habrá de toparse. Y le dará a entender que luego, una vez alcanzado el objetivo, sólo tendrá amarguras, desilusiones y humillaciones. Así mismo, se caracteriza por ser perezoso y rutinario, pues no quiere hacer esfuerzos para adaptarse a las cosas nuevas (Alberoni, 2003).

La evidencia empírica (Sheier, Calver, & Bridges, 1994; Seligman, 2002; Lemola et al., 2009; González-Arratia & Valdez, 2012) ha encontrado que el pesimismo promueve la baja autoestima, el bajo rendimiento, inestabilidad en las relaciones interpersonales, la desesperanza, depresión, ansiedad, ideación suicida y el abuso de sustancias, decreta la salud física y la esperanza de vida

Por otro lado, el término apatía se deriva del latín *apathía* y este del griego *apatheia* que significa ausencia de pasiones, emociones, sentimientos o enfermedad (Real Academia Española, 2014). Ha sido estudiada desde la neuropsiquiatría y las neurociencias clínicas, las cuales la definieron como un síntoma presente en la depresión caracterizada por la pérdida de motivación no debida a la perturbación de la inteligencia, la emoción o el nivel de conciencia (OMS, 1992; APA, 2002).

La evidencia médica refiere a la apatía como uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados a enfermedades o lesiones que afectan al eje de la corteza prefrontal, los ganglios basales, el núcleo caudado, el pallidum interno y el núcleo talámico medial-dorsal, como en el caso de las enfermedades de Alzheimer, Huntington y Parkinson, la parálisis supranuclear progresiva, la esquizofrenia y en enfermedades crónico-degenerativas (Agüera et al., 2010).

En psicología, se ha propuesto que la apatía puede ser una pérdida de motivación no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia (Marin, 1996), por lo que se ha definido también desde el ámbito psicosociocultural sin asociarla con alguna patología, por lo que se propone que consiste en una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de llegar a ser más y mejor que otros y que sí mismo (Aguilar et al., 2015). Esta tendencia puede llevar un desinterés generalizado causante de problemas para elaborar un proyecto de vida personal o familiar a futuro y una molesta sensación de vivir en un presente azaroso, continuo y repetitivo (Silva, 2008; Hernández, 2003).

Entre las consecuencias de la apatía sin la presencia de algún trastorno, puede verse aquellos individuos que ni estudian, ni trabajan, a los cuales se les ha denominado como NiNis, de los que actualmente existen más de 7 millones de entre 15 y 24 años, lo cual representa alrededor del 22 por ciento de la población juvenil mexicana (Negrete & Leyva, 2013; INEGI, 2013).

En este sentido, para esta investigación se considera que el pesimismo impide la actividad para hacer frente a los contratiempos y hace desistir ante los retos por pensar en el fracaso, aun cuando el éxito fuera asequible con un poco de esfuerzo y persistencia (Scheier, Calver, & Bridges, 1994), y la apatía es una falta de interés por participar debida al juicio previo de falta de éxito. Por ello, la hipótesis es que existe relación positiva entre ambos constructos, así mismo, se plantea la posibilidad de que el pesimismo sea un precursor de la apatía.

Al respecto, no se reportan investigaciones que analicen la relación entre estas variables, a pesar de que su presencia se reporta con mayor frecuencia y representa importantes problemas de salud para la población en general y de manera particular, para los jóvenes, pues se transforma en improductividad en todos los niveles: escuela, trabajo, familia y sociedad, y como resultado, trae el deterioro, el abandono, la falta de expectativas, la violencia, la delincuencia, la intolerancia y, en última instancia, desesperanza, ansiedad y depresión (Messing, 2009; González-Arratia & Valdez, 2012).

Con base en lo anterior, los objetivos de la presente investigación son determinar la relación existente entre el pesimismo y la apatía, así como determinar si el pesimismo antecede a la apatía, en una muestra de hombres y mujeres jóvenes pertenecientes a una universidad pública.

Método.

Participantes.

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional compuesta por 600 jóvenes repartidos equitativamente por sexo de 18 a 25 años de edad ($M=20$, $D.E.=1.83$). Todos estudiantes de licenciatura de una universidad pública de la Ciudad de Toluca, México.

Instrumentos.

Se utilizó la Escala de Pesimismo (González-Arratia & Valdez, 2012), compuesta por 38 reactivos con formato tipo Likert evaluados mediante cinco opciones de respuesta (1=nunca; 5=siempre). La escala permite explicar el 29.53% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94.

Para la variable apatía se utilizó la Escala de Apatía (EEVA) de Aguilar, Valdez, González-Arratia y Rivera (2015), compuesto por 51 reactivos con formato tipo Likert evaluados mediante cuatro opciones de respuesta (1=nunca; 4=siempre). La escala permite explicar el 46.29% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.94.

Procedimiento.

Con previa autorización de los participantes y firma del consentimiento informado, se llevaron a cabo las aplicaciones en una sola sesión de manera colectiva en espacios académicos de una universidad pública, en un tiempo aproximado de 20 minutos por participante. La investigación se llevó a cabo siguiendo los estándares éticos de la American Psychological Association (APA, 2012).

Resultados.

A partir del puntaje total de la escala de pesimismo, se realizaron puntos de corte tomando como base la media +/- 1 desviación estándar y se obtuvieron 3 niveles: alto medio y bajo. El procedimiento de la variable apatía fue similar.

Con base en estos criterios de clasificación, se realizó un análisis descriptivo, en el cual se observa que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles medios de pesimismo y apatía. En mayor medida las mujeres reportan niveles altos de pesimismo y apatía (ver tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos para las variables pesimismo y apatía

		Clasificación		
		Bajo	Medio	Alto
Pesimismo	Hombres	46	200	54
	Mujeres	53	186	61
Apatía	Hombres	41	210	49
	Mujeres	32	217	51

Para obtener datos que apoyen la relación entre las variables, se realizó un análisis de correlación de Pearson, considerando una $p \leq 0.01$, en donde se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables ($r = .659$) y de acuerdo Rivera y García (2012) es una relación positiva moderada.

Posteriormente, con el objetivo de aportar evidencia predictiva, se realizó una regresión lineal simple, en el que se introdujo la variable pesimismo como variable independiente y la apatía como variable dependiente. Se encontró que el pesimismo pronostica el 43% de la variable apatía (ver tabla 2).

Tabla 2. Regresión lineal simple.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.659	.435	16.624	.684	.659	459.894	21.445	.000

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa de manera general, que el pesimismo y la apatía se encuentran presentes en la vida de los jóvenes, ya que ambas variables presentan niveles importantes de aparición en la muestra. Esta situación puede deberse a diversos factores, tales como la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los jóvenes (Negrete & Leyva, 2013; Valdez & Aguilar, 2014), lo cual evidencia la importancia de estudiar estas variables de manera conjunta para

identificar las causas que las originan para plantearse métodos de intervención eficaces para disminuir su incidencia.

Respecto a las diferencias por niveles de aparición y sexo, se observa que tanto en la variable pesimismo, como en apatía, son las mujeres quienes presentan niveles más altos en comparación con los hombres. Lo anterior, puede deberse a que la participación pública de la mujer se ha asociado al poder económico, a la excelencia, la capacidad, el buen desempeño y a la competitividad que genera el mercado del trabajo donde se demanda razón, precisión, creatividad, triunfo, trayendo consigo la ampliación de sus intereses, conocimientos y cultura así como la asimilación de nuevas pautas y exigencias de la sociedad contemporánea. Burín, Moncarz y Velázquez (2000), comentan que en este proceso, las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de aquí, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intención de romper tradiciones.

Respecto al objetivo central de esta investigación, que consistía en determinar la relación entre el pesimismo y la apatía se encontró que si existe correlación entre ambas variables de manera moderada y positiva, e incluso, de acuerdo con los resultados obtenidos, el pesimismo puede ser un predictor de la apatía, lo cual puede llevar a pensar que la disposición y un estilo de explicación pesimista promueve la apatía e impide la actividad para hacer frente a los contratiempos. Sin embargo, aunque la relación entre los constructos pudiera parecer obvia desde la teoría, será necesario continuar indagando sobre el efecto del pesimismo sobre la apatía, considerando su interrelación con variables como la depresión y ansiedad para dilucidar las causas y consecuencias de la apatía en estas edades con el fin de explicar aún más ambos constructos.

Estos hallazgos resultan de suma importancia dado que no existen estudios al respecto, a pesar de que ambas variables son reportadas cada vez con mayor frecuencia en la población juvenil y pueden dar luz para el diseño de intervenciones tempranas ante la presencia de pesimismo, que pudiera presentarse como un juicio desfavorable ante alguna circunstancia, que de seguir su curso, podría llevar a los que lo padecen a perder el interés por participar no sólo en esa actividad, si no en lo que hacen, debido a que no le encuentran un sentido netamente suficiente para seguir con ello (Román, 2013), lo que de continuar de esta forma, podría afectarles directamente en los procesos de socialización (García, Gallego, & Pérez,

2009). Además de reprimir en ellos la posibilidad de desarrollar sus propias potencialidades, su creatividad, su talento, lo cual, podría llevarlos a no vivir con base en su *ser en el hacer*, donde se es lo que se hace y se hace lo que se es, sin contradicción, con gusto, y sin queja (Valdez Medina, 2009).

Entre las principales limitaciones de la presente investigación se encuentra la selección no aleatoria de la muestra, por lo que se sugiere diversificar la muestra para buscar posibles diferencias entre variables sociodemográficas, tales como la edad, el ingreso económico, lugar de residencia, así como con variables como el rendimiento académico y escolaridad.

Bibliografía.

Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de Filosofía*. México: FCE.

Aguera, L., Gil, N., Cruz, I., Ramos, M., Osorio, R., Valenti, M. y Martínez, P. (2010). Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66, *Psicogeriatría*, 2 (4): 207-219.

Aguilar, Y.P., Valdez, J.L., González-Arratia, N.I., Rivera, S., Carrasco, C., Gómora, A., Pérez, A. y Vidal, S. (2015). Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20 (3), 326-336.

Aguilar, Y.P., Valdez, J.L., González-Arratia, N.I. y Rivera, S. (2015). Construcción y validación de una escala para evaluar la apatía (EEVA). Manuscrito presentado para su publicación.

Alberoni, F. (2003). *El Optimismo*. Barcelona: Gedisa.

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Trad. Castellano. Barcelona: Masson.

American Psychological Association (APA) (2012). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. 6° Ed. México: Manual Moderno.

Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (2000) *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

García, J., Gallego, J. y Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8 (2): 447-454.

González-Arratia, N.I. y Valdez, J.L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum*, 19 (3), 207-214.

- Hernández, A. (2003). *Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar* (Tesis inédita de licenciatura). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2013). *Panorámica de la población joven por condición de actividad*. México: INEGI.
- Lemola, S., Räikkönen, K., Matthews, K., Scheier, M., Heinonen, K., Pesonen, A., Komsu, N. & Lahti, J. (2009). A New Measure for a Dispositional for Optimism and Pessimism in Young Children. *European Journal of personality*, 24 (1): 71-84.
- Marin, R. (1996). Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 304-14.
- Messing C. (2009). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Negrete, R. y Leyva, G. (2013). Los NiNis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4 (1): 1-32.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. 22º edición. Madrid: RAE.
- Rivera, S. y García, M. (2012). *Estadística aplicada a la psicología*. México: Purrúa.
- Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11 (1): 33-59.
- Seligman, M. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Byblos.
- Scheier, M., Calver, C. & Bridges, M. (1994) Distinguishing Optimism, from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self- esteem): A Re-evaluation of the life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6): 1063-1078.
- Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. Fermentum. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18 (52): 312-332.
- Valdez, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez, J.L. y Aguilar, M.Y.P. (2014). *La configuración de la apatía*. Seminario de Investigación. Toluca, México, 6-30 Enero (paper).

7.4 Artículo enviado

7.4.1 ESCALA PARA EVALUAR LA APATÍA (EEVA): VALIDACIÓN EN JÓVENES MEXICANOS.

SCALE TO EVALUATE THE APATHY (EEVA): VALIDATION IN YOUNG MEXICAN.

Yessica Paola Aguilar Montes de Oca*, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes*, Sergio González Escobar*, Sofía Rivera Aragón**

***Universidad Autónoma del Estado de México**

****Universidad Nacional Autónoma de México.**

*** Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.**

****Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.**

7.4.2 Carta de recepción del artículo

Revista Latinoamericana de Psicología: confirmación de envío / Submission confirmation



Revista Latinoamericana de Psicología

lun 09:16 p.m.

Usted: ypaguilarm@uaemex.mx



Responder | v

Estimado/a Miss. Aguilar Montes de Oca:

Le confirmamos la recepción del artículo titulado: "ESCALA PARA EVALUAR LA APATÍA (EEVA): VALIDACIÓN EN JÓVENES MEXICANOS.", que nos ha enviado para su posible publicación en Revista Latinoamericana de Psicología.

En breve recibirá un mensaje con el número de referencia asignado y se iniciará el proceso de revisión del artículo. En caso de que sea necesario que haga algún cambio previo, también se le notificará por correo electrónico.

Tal y como se especifica en las normas de publicación de la revista, le recordamos que su manuscrito no puede ser publicado en ninguna otra revista mientras dure el proceso de revisión.

No dude en contactar con la redacción para cualquier información adicional.

Reciba un cordial saludo,

EES

Revista Latinoamericana de Psicología

Dear Miss. Aguilar Montes de Oca,

Your submission entitled "ESCALA PARA EVALUAR LA APATÍA (EEVA): VALIDACIÓN EN JÓVENES MEXICANOS." has been received by journal Revista Latinoamericana de Psicología.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Revista Latinoamericana de Psicología [Contact us](#) [Help ?](#)  ['My EES Hub' available for consolidated users ... note](#)

home | main menu | submit paper | guide for authors | register | change details | log out Username: amarem_ypam@hotmail.com Switch To: Author Go to: [My EES Hub](#) Version: EES 2016.6

Submissions Being Processed for Author Yessica Paola Poola Aguilar Montes de Aguilar Montes de Oca, M.D.

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
View Submission Send E-mail		ESCALA PARA EVALUAR LA APATÍA (EEVA): VALIDACIÓN EN JÓVENES MEXICANOS.	05/09/2016	05/09/2016	Nuevo envío / New submission

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

[<< Author Main Menu](#)

7.4.3 Apartados del artículo

ESCALA PARA EVALUAR LA APATÍA (EEVA): VALIDACIÓN EN JÓVENES MEXICANOS.

Resumen

El término apatía se utiliza para definir al estado caracterizado por la falta de interés por participar en alguna actividad. Los instrumentos de medición más empleados (Marin, Biedrzycki, & Firinciogullari, 1991; Levy et al., 1998) se han centrado en pacientes con patología neuropsiquiátrica evaluando el deterioro conductual, afectivo y cognitivo de la motivación, los dominios patológicos, los cambios en la respuesta emocional y los síntomas neuropsiquiátricos, no así la apatía *per se*, además de presentar dificultades psicométricas, lo cual es una importante limitación. Asimismo, no se han estudiado sus propiedades psicométricas en individuos sanos ni consideran las condiciones psicosocioculturales que la subyacen. De ahí que el objetivo de este estudio fue obtener evidencias de validez de la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA) en jóvenes mexicanos. Se trabajó con una muestra de 600 jóvenes repartidos equitativamente por sexo, entre 18 y 25 años. Los resultados indican una validez de contenido aceptable y una adecuada claridad conceptual. El análisis factorial confirmatorio por el método de máxima verosimilitud, sugiere que la EEVA se compone por seis factores, congruentes con la propuesta teórica de los autores. Adicionalmente, la EEVA se correlaciona con el Inventario de Ansiedad (BAI) de Beck, Brown, Epstein, & Steer (1988) y con la Escala de Depresión (EPMD) de González (2015), como se esperaba, lo cual aporta a la validez convergente. Los datos de fiabilidad son satisfactorios. Se concluye que la apatía es un constructo multidimensional y la escala es pertinente para su medición en este contexto.

Palabras clave: apatía, escala, validación, jóvenes, México.

SCALE TO EVALUATE THE APATHY (EEVA): VALIDATION IN YOUNG MEXICAN.

Abstract

The word apathy has been used to define a state characterized by a lack of interest to participate in a given activity. The most used instruments to measure it (Marin, Biedrzycki, & Firinciogullari, 1991; Levy et al., 1998) have a focus on neuropsychiatric patients and their limitations are: to evaluate deterioration on behavior, affective and cognitive spheres; the pathological domains; change in the emotive responses and neuropsychiatric symptoms, not apathy per se, without taking into account their psychometric difficulties. In the same line, there haven't been studies measuring psychometric properties on healthy people neither are cross-cultural studies been made that take into account psychological, sociological and cultural variables. The objective of the investigation was to create and validate the Apathy Evaluation Scale (EEVA for its initials in Spanish) on young Mexican people. The sample was comprised of 600 young people between 18 and 25 years old (300 men and 300 women). The results confirm and acceptable content validity and good conceptual clarity. The confirmatory factor analysis made with the maximum likelihood method, suggests that the EEVA it's comprised of six factors in coherence with the authors perspective. The EEVA has a correlation with Beck, Brown, Epstein & Steer's (1988) Anxiety Inventory (BAI) and with the Depression Scale (EPMD) from González (2015) as expected, providing convergent validity. The reliability data is acceptable. We conclude that the EEVA has validity and reliability indices to measure apathy in young people.

Keywords: apathy, scale, validation, young, Mexico.

Introducción

Se dice que la falta de interés por participar en alguna actividad cotidiana se debe a la apatía, término utilizado frecuentemente para caracterizar negativamente a la falta de

respuesta ante la vida social y emocional y su prevalencia se extiende en los más diversos ámbitos y etapas vitales (Messing, 2009).

Al respecto, el DSM IV (2002) y el CIE 10 (2008), han propuesto que la apatía es una característica de la depresión, e incluso, se vincula con la ansiedad. Ello resulta un foco de atención, pues de acuerdo con Riveros, Hernández & Rivera (2007), la depresión y la ansiedad constituyen dos de los desórdenes clínicos más frecuentes que se presentan de manera codependiente en la población mundial. Particularmente en México el 7% de la población padece depresión y el 17.8% se ve afectado por el trastorno de ansiedad (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Cabrera, Peral & Barajas (2012) y Marin (1996) plantean que la apatía es un síndrome comportamental o disfunción del proceso que origina los actos inducidos por estímulos externos o internos. Ocurre cuando se alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad, y la evidencia médica indica que es uno de los cambios comportamentales más frecuentemente asociados con enfermedades como Alzheimer (Ready, Ott, Grace, & Cahn-Weiner, 2003), Huntington (Agüera et al., 2010) y Parkinson (Pluck & Brown, 2002), con algunas afecciones como la parálisis supranuclear progresiva, Accidentes Cerebro-Vasculares (Starkestein, Fedorodd, Price, & Robinson, 1993), Trauma Cráneo-Encefálico (Kant, Duffy, & Pivovarnik, 1998) y la esquizofrenia (Agüera et al., 2010).

Una conceptualización alternativa propuesta por Marin (1996), sugiere que la apatía debe ser considerada como un síndrome o enfermedad con etiología propia, ya que se caracteriza por una pérdida de motivación primaria no debida a la angustia emocional, deterioro intelectual, o disminución del nivel de conciencia, sin embargo, se requiere de evidencia empírica que de sustento a esta postura.

Existen diferentes formas para definir la apatía, en su mayoría coinciden en que forma parte de un trastorno. En esta investigación la apatía se define como una falta de interés por participar en alguna actividad, al considerar que no se obtendrá algo favorable para sobrevivir o para tratar de llegar a ser más y mejor que otros y que sí mismo (Aguilar et al.,

2015). Esta definición parte de la teoría de la paz o equilibrio de Valdez (2009), que considera que los dos objetivos de la vida humana son el biológico (sobrevivir) y el psicosociocultural (buscar ser más y mejor que otros y que sí mismo). Así, desde esta postura, se considera que la apatía puede tener una valoración positiva debido a que surge cuando el individuo no percibe algún desafío (Cosentino, 2010), o bien, cuando el individuo se encuentra en una situación satisfactoria y no tiene algo que superar (Mises, 1986) se deja de lado el trastorno, la enfermedad y la anormalidad, por considerar que todos los seres humanos poseen esta característica de personalidad en algún momento de su existencia, de ahí que sea necesaria su medición.

A la fecha existen diferentes instrumentos de medición, los cuales se han diseñado asociados con diversos trastornos que alteran los sistemas que generan y controlan la voluntad, como la *Apathy Evaluation Scale (AES)*, de Marin, Biedrzycki & Firinciogullari (1991), que se utiliza en muestras clínicas, contiene 18 ítems y ha sido diseñada específicamente para valorar el deterioro de los elementos conductuales, afectivos y cognitivos de la motivación. Este instrumento resulta eficaz en pacientes con demencia secundaria a accidentes cerebro-vasculares, en enfermedad de Parkinson (Starkstein et al., 1992), enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Marin, Biedrzycki, & Firinciogullari, 1991). La escala tiene tres formas de aplicación: la autoadministrada por el paciente, la llenada por el cuidador y la del evaluador hacia el paciente. Reporta datos de fiabilidad (alfa de Cronbach=0.89) pero no de validez. Esta escala tiene como variante la *Children's Motivation Scale* (Gerring et al., 1996) para evaluar apatía en niños y adolescentes, la cual, al igual que la original, sólo hace referencia a índices favorables de fiabilidad y no de validez.

El *Neuropsychiatric Inventory (NI)* es una escala neuropsiquiátrica que evalúa 10 dominios psicopatológicos en pacientes psiquiátricos, se administra a cuidadores (Levy et al., 1998). Sus características psicométricas son aceptables para la valoración de los síntomas no cognitivos en pacientes con demencia, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer, además permite realizar un seguimiento de la eficacia de los tratamientos sobre esos aspectos. Siguiendo esta línea de trabajo, Strauss & Sperry (2002), propusieron la

Dementia Apathy Interview and Rating, que consiste en una entrevista que se le realiza al cuidador y evalúa los cambios en las últimas cuatro semanas respecto a la motivación, la respuesta emocional y el compromiso en pacientes con demencia. La principal dificultad es que al ser una entrevista no presenta indicadores precisos del constructo, además de tener la imposibilidad de ser reportada por el propio paciente.

Por otro lado, Agüera et al. (2010), propusieron la escala *APADEM-NH-66* que evalúa la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer institucionalizados. La escala se compone de 66 ítems y presenta favorables índices de validez y fiabilidad (alfa de Cronbach= 0.93; correlación con el Apathy Inventory ($r_s = 0,59$) y con el Neuropsychiatric Inventory ($r_s = 0,64$)). De manera reciente, Starkstein (2012) creó la *Starkstein Apathy Scale (SAS)*, y actualmente es la escala más utilizada en investigación y ensayos clínicos para evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas neuropsiquiátricos. Sus datos de validez y fiabilidad son aceptables (Fiabilidad λ del Guttman=0,89 y validez discriminativa con $p < 0,0001$) en pacientes con enfermedad de Parkinson (Serrano, Martínez, Merchán, Bravo & Serrano, 2013).

Si bien existen estos instrumentos, a la fecha no hay escalas que permitan la medición del constructo apatía como una característica de personalidad en individuos sin estos diagnósticos. Por otro lado, conviene resaltar que estos instrumentos no están adaptados para la población mexicana, lo que implica estudiar la adecuación al lenguaje, así como la modificación de la relevancia y pertinencia de algunos ítems que conforman dichas escalas, tomando en cuenta las diferencias culturales (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999). De esta manera resulta pertinente desarrollar un instrumento de medición de este constructo para población mexicana desde la etnopsicometría, para aportar un instrumento que sea culturalmente relevante (Díaz-Guerrero, 1995).

Por ello, la presente investigación tiene como objetivos: construir la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA) en población juvenil, determinando la validez de contenido del instrumento, la validez de constructo mediante el análisis de su estructura factorial

exploratoria y confirmatoria, así como la validez convergente con variables teóricamente relacionadas como son la ansiedad y la depresión (APA, 2002; OMS, 2008), con la hipótesis de que existe relación positiva entre los constructos, y finalmente, establecer su fiabilidad a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach.

Método.

Participantes.

La muestra estuvo constituida por un total de 600 jóvenes de la Ciudad de Toluca, México, con un rango de edad de 18 a 25 años ($M=20$, $D.E.=1.83$). Todos estudiantes universitarios de licenciatura de una universidad pública. El 50% de los participantes son mujeres y el 50% son hombres, seleccionados de manera no probabilística. Los criterios de inclusión de los participantes fueron: el auto reporte de buen estado de salud y que aceptaran participar de manera voluntaria en el estudio. La investigación se llevó a cabo siguiendo los estándares éticos de la American Psychological Association (APA, 2012). El protocolo de investigación fue avalado por el comité de bioética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Instrumentos

Escala de Apatía (EEVA).

Se llevó a cabo la construcción de los ítems a partir de un proceso etnometodológico que consistió en la revisión de la evidencia empírica acerca del constructo de interés para la obtención de indicadores de los que posteriormente se elaboraron reactivos en un cuestionario enfocado en las causas que generan apatía en las personas, obteniéndose un total de 62 reactivos. La EEVA fue validada por cuatro jueces expertos (Delgado, Carretero, & Ruch, 2012) de manera independiente para detectar si el reactivo se adecuaba a la definición conceptual y si tenía afinidad semántica, si debía modificarse o era inadecuado y debía eliminarse, con base en la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Una vez que se obtienen los resultados de los expertos se procedió al análisis de los datos midiendo la concordancia de la evaluación del ítem en revisión, reportada por cada uno de los expertos, considerándola aceptable cuando supera el 80 %; aquellos que no alcanzaron

este porcentaje debían ser modificados y sometidos a un nuevo proceso de validación o ser eliminados del instrumento (Urrutia, Barrios, Gutiérrez, & Mayorga, 2014). Tras esta evaluación de contenido, se reportó un 85% de grado de acuerdo entre los jueces, lo cual se considera una estimación confiable siguiendo los criterios propuestos por Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa (2003). Posteriormente, se sometieron a pilotaje en una muestra de 50 jóvenes que cumplieran con las características de la muestra meta, quedando un total de 51 reactivos redactados en forma de afirmaciones divididos en tres componentes: 17 conductuales (compuestos de acciones), 17 cognitivos (compuestos de pensamientos y creencias) y 17 afectivos (compuestos de emociones) en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (1=nunca; 2=casi nunca; 3= casi siempre; 4=siempre). La EEVA arroja un puntaje global de apatía compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Los puntajes totales se interpretan así: entre 51 y 69 indican apatía baja; entre 70 y 112, se considera apatía moderada y los puntajes totales entre 113 y 204 puntos, indican una alta apatía.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988).

Compuesto por una serie de 21 preguntas autoevaluativas con cuatro opciones de respuesta (1= en absoluto; 2= levemente; 3= moderadamente; 4 =severamente). El BAI arroja un puntaje global de ansiedad, compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Puntajes totales entre 21 y 24 indican ansiedad baja; entre 25 y 47, se considera ansiedad media y los puntajes totales entre 48 y 84 puntos, indican una alta ansiedad.

La escala posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94) y muestra buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Los autores reportan coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58, con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81 y con la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung oscilaban entre 0.68 y 0.89 (Sanz & Vázquez, 1998).

Escala Para Medir Depresión (EPMD) (González, 2015).

La escala está compuesta por 74 reactivos que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas de depresión, con formato tipo Likert mediante cuatro opciones de respuesta (1=ningún día; 2=1-2 días; 3=3-4 días; 4=de 5 a 7 días). La EPMD arroja un puntaje global de manifestaciones depresivas, compuesto por la sumatoria de las respuestas dadas a los ítems de la escala. Puntajes totales entre 74 y 76 indican manifestaciones depresivas bajas; entre 77 y 136, se consideran manifestaciones depresivas medias y los puntajes totales entre 137 y 296 puntos, indican manifestaciones depresivas altas. La escala permite explicar el 37.15% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.97.

Procedimiento.

La participación fue voluntaria, una vez solicitado el consentimiento informado de los jóvenes, tras explicarles con claridad los objetivos del estudio, enfatizar la confidencialidad de la información, así como su uso exclusivo para fines de investigación. Las aplicaciones se llevaron a cabo de manera colectiva en centros educativos universitarios durante horarios de clase en una sola sesión. La aplicación tuvo una duración promedio de 30 minutos. Al finalizar la sesión, se agradeció la participación de todos aquellos que contestaron las escalas. Para el análisis de resultados se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 20 y AMOS .20.

Resultados

Análisis de adecuación muestral y normalidad de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo con el objetivo de comprobar la distribución de los datos se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, en el que se encontró que existe una distribución normal ($Z_{k-s}= 1.25$, $p=.085$) en la escala de apatía, mientras que, en la escala de ansiedad y depresión, se observó que no se ajustan a la curva normal (ansiedad: $Z_{k-s}= 2.78$, $p=.000$ y depresión: $Z_{k-s}= 3.68$, $p=.000$). A pesar del incumplimiento del supuesto de normalidad y que se vea afectada la potencia de la prueba, no la invalida (Landeró & González, 2006), por lo que se decidió continuar con los análisis de validación.

Validez de constructo.

Análisis factorial exploratorio de la EEVA.

Con el objetivo de revisar la estructura factorial de la EEVA, se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.940; χ^2 de Bartlett= 11040.58; gl= 1275; $p<0.001$).

Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron 11 factores en once iteraciones, de los cuales se seleccionaron los primeros ocho con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los ocho factores permiten explicar el 46.29% de la variabilidad. El primer factor se denominó Inseguridad Personal (IP) (diez ítems; alfa de Cronbach=0.854), el segundo factor se nombró Desesperanza (D) (cuatro ítems; alfa de Cronbach=0.790), el tercer factor se llamó Incomprensión Familiar (IF) (cuatro ítems; alfa de Cronbach=0.779), el cuarto factor se nombró Indiferencia Social (IS) (cinco ítems; alfa de Cronbach=0.729), el quinto factor se denominó Evitación de la Frustración (EF) (cinco ítems; alfa de Cronbach= 0.733), el sexto factor se llamó Desmotivación al Éxito (DE) (cuatro ítems; alfa de Cronbach= 0.681), el séptimo factor se nombró Desconfianza Personal (DP) (tres ítems; alfa de Cronbach=0.677), y finalmente, el octavo factor se denominó Desconfianza Social (DS) (cinco ítems; alfa de Cronbach= 0.632). Las comunalidades oscilan entre 0.38 y 0.69. En la tabla 1 se observan los ítems con sus respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio de la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA).

Reactivos	F1 IP	F2 D	F3 IF	F4 IS	F5 EF	F6 DE	F7 DP	F8 DS	Comun alidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
37. La inseguridad me produce apatía por participar	.699	.133	.023	.052	.087	.076	.054	.100	.597	.940
39. Si siento que me va a faltar apoyo, prefiero no ir o hacer nada	.679	.088	.077	.160	.154	.045	.089	.124	.573	.940
38. Cuando me siento desprotegido prefiero no comprometerme a nada	.630	.182	.047	.084	.175	.062	.092	.119	.576	.940
35. El sentirme sin esperanzas me desmotiva	.572	.098	.146	-.027	.204	.078	.157	-.002	.480	.940
36. Cuando considero que mis ideas, creencias u opiniones no van a ser tomadas en cuenta, mejor no participo	.562	.217	.181	.094	.137	.104	.184	.076	.577	.939
27. Mejor no lo hago, porque si lo hago qué tal que me regañan	.529	.363	.092	.307	-.011	.199	-.103	-.043	.596	.940
26. Para qué le pido permiso si sé que no me va a dejar	.518	.256	.160	.310	-.112	.168	.116	-.008	.556	.940
25. Prefiero no comprar boletos de una rifa pues sé que no voy a ganarme nada	.511	.162	.048	.031	.092	.107	.017	.191	.389	.941
32. Si siento impotencia de hacer algo, mejor no lo hago	.501	.015	.140	.133	.450	.168	.189	.043	.592	.940
33. Cuando siento que puedo fracasar en algo, mejor no participo	.454	.029	.225	.108	.326	.090	.283	-.064	.562	.940
44. Para qué le reclamo si no voy a conseguir nada	.239	.708	.128	.105	.137	.071	.088	.027	.640	.940
43. He preferido quedarme callado (a) para evitarme problemas	.245	.623	.209	-.073	.255	.062	.100	-.051	.625	.940
46. Para qué le pido que cambie si sé que no lo va a hacer	.170	.588	.153	.257	.070	.081	.290	.112	.588	.940
45. Para qué le pido ayuda si sé que no me la va a dar	.230	.568	.197	.293	.006	.053	.338	.050	.638	.940
5. No opino mucho en mi casa porque les puedo hacer enojar con mi opinión	.074	.217	.695	.118	.059	.145	.000	.094	.605	.941
6. Para qué les cuento mis cosas si siento que no me van a comprender	.226	.162	.686	.109	.096	.128	.076	.087	.660	.940
7. Para qué le hablo o le explico si siento que no me va a poner atención	.261	.160	.674	.169	.053	.087	.078	.127	.694	.940
18. La convivencia familiar me hace sentir aburrido	.048	.046	.646	.040	.192	.149	.123	.179	.577	.941
21. Para qué hago algo por los demás, si luego no lo agradecen	.140	.160	.063	.670	.146	.064	.054	.280	.634	.940

28. Prefiero no preocuparme por otros, pues los otros no se preocupan por mí	.118	.159	.026	.655	.090	.018	.133	.190	.582	.940
22. Mejor no tengo amigos, son potenciales enemigos	.054	.019	.201	.587	-.044	.258	.246	-.013	.552	.941
23. Mejor no hago de más, pues pienso que siempre se corre el riesgo de que traten de abusar de uno	.265	.152	.113	.573	.240	.152	.014	.123	.533	.940
15. He ido a la escuela para evitar sentir regaños de mis papás	.002	-.089	.317	.404	.139	.327	.084	-.107	.468	.941
19. Abandono las actividades que siento que me provocarán frustración	.152	.134	.190	.023	.683	.137	.042	.059	.584	.940
24. Cuando siento que algo no va a salir bien, he preferido no hacerlo	.437	.136	.060	.233	.510	.111	.107	.017	.603	.940
17. La injusticia me desanima a actuar	.204	.256	.015	.192	.470	.084	-.047	.176	.468	.940
31. Si siento que no voy a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hago lo que me piden	.338	.040	.077	.173	.437	.113	.124	.155	.446	.940
51. Para qué asisto si no me voy a divertir	.186	.308	.041	.146	.411	.096	.332	.017	.491	.940
13. Para qué estudiar, si al terminar no hay trabajo suficiente para los profesionistas	.113	.070	.194	.132	.097	.668	.121	.023	.567	.941
14. He pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello	.086	.040	.088	-.015	.224	.667	.213	-.002	.632	.941
12. Para qué juego si nunca gano	.214	.127	.114	.141	-.150	.598	-.039	.180	.538	.941
16. Considero que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la practico tanto	.067	.001	.036	.128	.197	.582	.158	.152	.489	.941
49. Prefiero no hacer nada para cambiar las cosas, pues considero que la vida es como es y no como nos gustaría que fuera	.135	.144	.073	.166	.089	.257	.627	.149	.589	.940
50. He preferido no insistir en algo que creo que no voy a conseguir	.279	.220	.156	.075	.187	-.022	.593	.132	.566	.940
48. No pienso en ideales pues considero que nunca los voy a alcanzar	.141	.101	.052	.174	-.040	.378	.554	.197	.581	.941
10. Para qué tratar de volverte bueno si pienso que todos los demás no lo hacen	.093	.020	.098	.103	.067	.211	.164	.644	.545	.941
9. Para qué voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal	.087	-.123	.133	.087	.008	-.034	.179	.625	.503	.941
20. Para qué hago lo que me dicen si no voy a ganar nada con ello	.196	.082	.116	.137	.371	.292	-.092	.425	.600	.940

11. Para qué lo regaño si no me va a hacer caso ni va a cambiar	.086	.338	.119	.113	.087	.291	-.085	.419	.446	.941
8. Para qué pido por los demás si pienso que las cosas no cambian	.137	.148	.292	.276	.101	-.004	.137	.408	.422	.940
Reactivos por factor	10	4	4	5	5	4	3	5		
Autovalores	13.66	2.46	1.69	1.66	1.58	1.34	1.22	1.25		
Media	1.90	2.01	1.69	1.54	1.86	1.29	1.46	1.66		
Desviación Estándar	.576	.711	.624	.504	.599	.404	.552	.510		
Alfa de Cronbach por factor	.854	.790	.779	.729	.733	.681	.677	.632		
% de la varianza	9.65	5.96	5.62	5.56	5.33	5.22	4.41	4.48		
Varianza total explicada							46.29%			
Alpha de Cronbach total							0.942			

KMO=0.940; χ^2 de Bartlett= 11040.58; gl= 1275; p<0.001; La rotación ha convergido en 11 iteraciones; p=0.000.

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

IP=Inseguridad Personal; D=Desesperanza; IF=Incomprensión Familiar; IS=Indiferencia Social; EF=Evitación de la frustración; DE=Desmotivación al Éxito; DP=Desconfianza Personal; DS=Desconfianza Social.

Análisis factorial confirmatorio de la EEVA

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio a través del método de estimación de la máxima verosimilitud y el estadístico de χ^2 . Sin embargo, la sensibilidad del valor de χ^2 a la dimensión de la muestra y distribución de las variables hace que este criterio sea demasiado exigente para contrastar modelos, especialmente en estudios en ciencias sociales donde hay muchas fuentes de variabilidad (Byrne, 2006). De esta forma serán analizados los valores obtenidos en los índices alternativos de bondad de ajuste (Abad, Olea, Ponsada, & García, 2011), concretamente: CMIN (χ^2), DF (degrees of freedom), p (≥ 0.05), CMIN/DF (χ^2 / los grados de libertad (el cociente debería ser < 4.00; a menor índice, mejor ajuste), RMR (cerca de 0), GFI (≥ 0.95), AGFI (≥ 0.95), NFI Delta 1 (≥ 0.95), CFI (CFI (≥ 0.95), PCFI, RMSEA ($\leq 0.06-0.08$), PCLOSE.

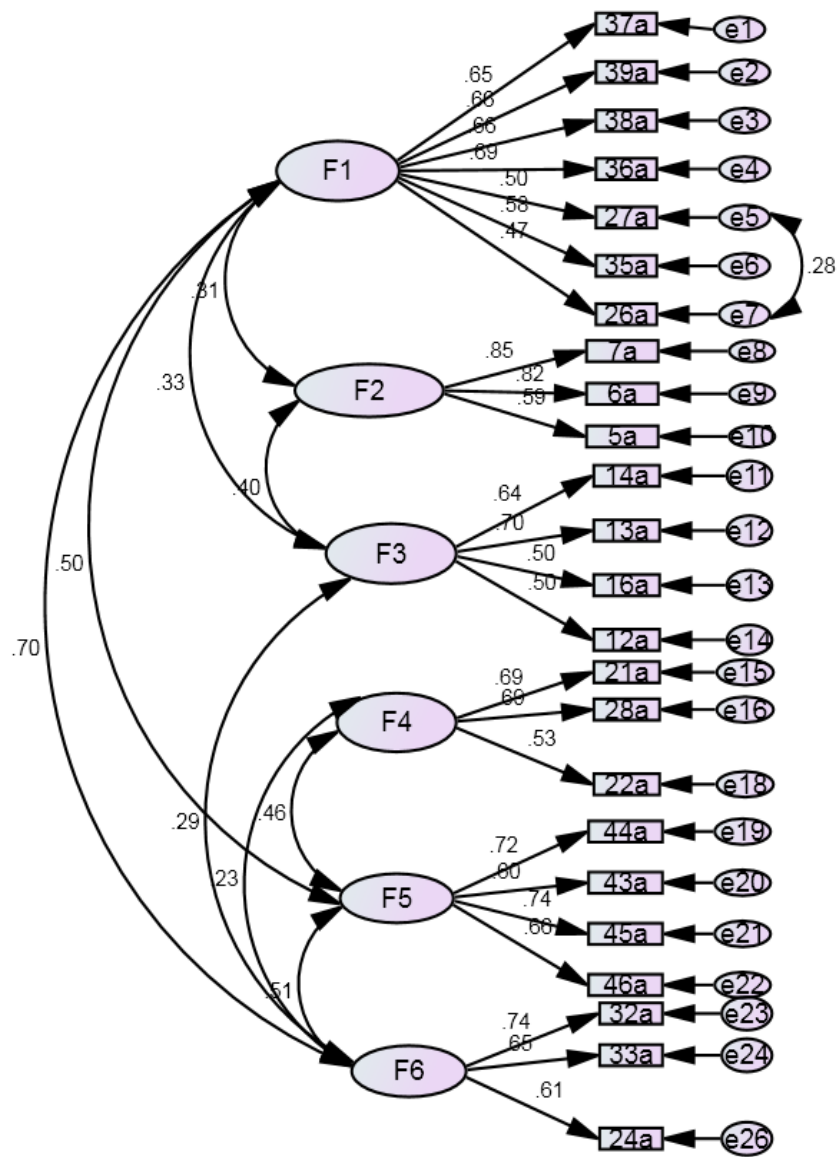
En el análisis, se consideraron autovalores mayores a uno, definiendo el número de factores por el criterio de raíz latente (gráfico de autovalor para el criterio contraste de caída), con pesos factoriales por arriba de 0.50, las cuales podrían ser aceptables en situaciones como: fases iniciales del desarrollo de escalas (Chin, 1998), y cuando las escalas se aplican en diferentes contextos (Sáenz & Tamez, 2014). A pesar de que se obtuvo una p significativa, el último modelo muestra un ajuste moderado a los datos, el cual se requiere seguir refinando. Se obtuvieron los índices para cada modelo (Ver tabla 2).

Tabla 2.
Resultados del análisis factorial confirmatorio de la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA).

	CMIN	DF	P	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	NFI Delta 1	CFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
Modelo 1	1398.570	365	.000	3.832	.120	.871	.876	.776	.823	.740	.069	.000
Modelo 2	1283.322	340	.000	3.774	.121	.877	.853	.785	.832	.748	.068	.000
Modelo 3	1106.535	336	.000	3.293	.103	.886	.863	.815	.862	.767	.062	.000
Modelo 4	938.239	285	.000	3.292	.099	.893	.868	.828	.873	.767	.062	.000
Modelo 5	879.451	242	.000	3.634	.101	.890	.864	.832	.871	.764	.066	.000

En el primer modelo se incorporaron siete factores con 29 ítems; en el segundo modelo siete factores con 28 ítems; el tercer y cuarto modelo conservaron los siete factores con 28 ítems; finalmente, el modelo cinco incorporó seis factores con 24 ítems. El modelo final es el que se propone, el cual está compuesto por seis factores: el factor uno es Inseguridad Personal (siete ítems); factor dos Desesperanza (tres ítems); factor tres Incomprensión Familiar (cuatro ítems); factor cuatro Indiferencia Social (tres ítems); factor cinco Evitación de la Frustración (cuatro ítems) y factor seis Desmotivación al Éxito (tres ítems). La figura 1 muestra el modelo final.

Figura 1. Modelo final de la EEVA



Validez convergente.

Con el objetivo de obtener datos que apoyen la validez convergente de la EEVA con las escalas BAI y EPMD, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, considerando sólo los reactivos obtenidos en el análisis factorial confirmatorio y una $p \leq 0.01$, en donde se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables apatía y ansiedad ($r = 0.406$) y la magnitud del efecto es moderada ($R^2 = 0.1648$, 16.48%). Así mismo, se encontró relación estadísticamente significativa entre apatía y depresión ($r = 0.521$) y la magnitud del efecto también es moderada ($R^2 = 0.2714$, 27.14%) de acuerdo con el criterio de Rivera & García (2012).

Análisis de la Consistencia Interna de la EEVA.

El análisis de fiabilidad se llevó a cabo mediante el cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach, considerando sólo los reactivos obtenidos en el análisis factorial confirmatorio, en el que se obtuvo un total de 0.907. También se obtuvieron datos respecto al criterio si se elimina el elemento, en el que se observaron puntajes menores o iguales al alfa total, por lo que se decidió conservar todos los ítems.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo construir la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA) y examinar sus propiedades psicométricas en una muestra de jóvenes mexicanos. La revisión de ítems por los jueces expertos, indica una favorable validez de contenido del instrumento y una adecuada claridad conceptual así como precisión de la medición del constructo (Sánchez & Echeverry, 2004). Por lo que se considera una estimación confiable según los criterios propuestos por Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Oksa (2003). De tal forma que se decidió aplicar la escala a la muestra meta.

Respecto al análisis de la estructura factorial, se observa que es posible definir a la apatía con ocho factores, los cuales, de manera general, presentan saturaciones de altas a

favorables, además de separarse conceptualmente de manera adecuada. Cabe señalar que a pesar de que los últimos tres factores presentaron valores mínimos necesarios de fiabilidad (Alfa de Cronbach=.681, .632 y .677), presentan valores eigen mayores a uno, la cantidad de varianza que aportan es suficiente dado el número de reactivos con los que cuentan (4, 5 y 3 reactivos) y son teóricamente consistentes con el componente al que pertenecen, por lo que se decidió su inclusión (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010), además de ser congruentes los factores encontrados con lo propuesto por Negrete & Leyva (2013) y Valdez & Aguilar (2015), acerca de que la apatía implica insatisfacción, inseguridad personal, falta de sentido de vida de los jóvenes, así como incapacidad de visualizar a plenitud la orientación vocacional, incertidumbre, desinterés y atribución externa de la decisión (Messing, 2009; D´Orazio et al., 2011).

Los ítems que se conservaron representan adecuadamente el constructo apatía dado que ésta es multidimensional y se puede caracterizar por: inseguridad personal, desesperanza, incompreensión familiar, indiferencia social, evitación de la frustración, desmotivación al éxito, desconfianza personal, y desconfianza social. Lo anterior puede deberse a la oportunidad que se les da a los jóvenes de tener opciones de ejercer su propia independencia; los padres les conceden más autoridad, al tiempo que les exigen más responsabilidad, empero, los hijos no quieren una libertad completa; puesto que se embarcan en experiencias nuevas, pasan por sensaciones y cambios extraños para ellos, por lo que tienden a sentirse inseguros en diversas áreas de su vida cotidiana y buscan un apoyo que les ayude a encontrar seguridad y defensa de sí mismos. De esta manera, el joven a quien se otorga la libertad que reclama, después que fracasa cuando hace uso de ella, suele culpar a sus padres de haberlo mimado durante demasiado tiempo y no haberlo enseñado a tomar decisiones, ya que si los hijos carecen de guías claras y definidas, estarán confusos e inseguros (Minuchin, 2009).

Aunado a ello, autores como Negrete & Leyva (2013) y Valdez Medina & Aguilar (2015), proponen que la configuración del joven actual puede deberse a diversos factores, tales como el limitado acceso educativo, la falta de oportunidades laborales, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida de los

jóvenes. Messing (2009), Silva (2008) y Hernández (2003), agregan que en la psicociocultura, se observa una tendencia en la que el esfuerzo ha caído en descrédito para dar lugar al facilismo, con menos espacios para el desarrollo personal y laboral, lo que los lleva a la desmotivación, al desinterés generalizado, a problemas para elaborar un proyecto de vida personal o familiar a futuro, a la insatisfacción, a la sensación de vivir en un presente azaroso, continuo y repetitivo y a la apatía.

Lo anterior tiene sustento en los datos reportados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), acerca de que México ocupa la cuarta posición en desempleo juvenil, es decir, alrededor de una cuarta parte de las personas de 15 a 29 años de edad está sin ocupación laboral (Azar, 2014). Al mismo tiempo, millones de jóvenes desertan de las filas escolares, ya sea por falta de recursos, o bien, porque se aburren en la escuela, y ese estado emocional los impele a perder interés por lo que en ella se trata de enseñar, arribando, finalmente al fracaso escolar, lo que repercute negativamente en el incumplimiento de metas, el rendimiento integral y en su adaptación social, quedando vulnerables ante la depresión y la delincuencia (Paredo & Velasco, 2010).

Flores, González & Rodríguez (2013) agregan que actualmente los jóvenes se muestran apáticos hacia el estudio y esperan ser motivados por sus padres o por sus docentes para despertar y mantener el interés hacia los mismos, lo que representa un riesgo, pues ello implica otro polo de la apatía: la agresión rebelde.

Así mismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), agrega que la deserción escolar se debe a que el mercado laboral favorece a la gente que cuenta con educación básica, pues los últimos datos reportan las tasas de desempleo más altas entre quienes cuentan con educación superior, con 4.6 por ciento, mientras para quienes sólo tienen formación básica fueron de 3.5 por ciento (Poy, 2014). Esta situación ha incrementado el porcentaje de jóvenes que no estudia, ni trabaja, a los cuales se les ha denominado como NiNis, de los que actualmente existen más de 7 millones de entre 15 y 19 años, lo cual representa alrededor del 22 por ciento de la población juvenil (Negrete & Leyva, 2013; INEGI, 2013).

Sin embargo, en el análisis factorial confirmatorio, se puso a prueba el modelo hipotetizado y el modelo final sugiere que la EEVA se compone por seis factores diferenciados y no ocho como se propusieron originalmente. Los factores que se eliminaron del análisis fueron los concernientes a la desconfianza personal y a la desconfianza social. Si bien estos factores se mostraban claramente diferenciados, su eliminación se debe al hecho de que el análisis es más restrictivo y a pesar de que los pesos factoriales eran relevantes (.40), se sabe que para un AFC, resultaron ser insuficientes. Lo anterior sugiere que estos factores más bien forman parte de la inseguridad personal, la desesperanza, la incomprensión familiar, la indiferencia social, la evitación de la frustración y a la desmotivación al éxito, factores obtenidos en el análisis factorial exploratorio original. De ahí que se puede plantear que la apatía es un constructo complejo de estructura multidimensional, lo que hace que sea difícilmente modelable en términos de hipótesis propias del análisis factorial confirmatorio (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014). Además, lo más probable es que aun en un buen ajuste del modelo, el patrón factorial rotado no muestre valores exactos, por lo que, se requiere continuar especificando el modelo para obtener resultados más precisos tal y como lo recomiendan Arias (2008) y Batista & Coenders (2000).

Estos resultados ponen de manifiesto que el uso del análisis factorial confirmatorio añade mayor información sobre la validez de constructo de la escala de apatía (EEVA), en muestras de jóvenes. Se sabe que una aproximación confirmatoria puede dar lugar a resultados distintos a la original, de tal forma que es importante señalar una serie de limitaciones del presente estudio y que deben tomarse en cuenta, tales como la generalización de estos hallazgos debe hacerse con precaución, así mismo, se recomienda que para una futura investigación se trabaje sólo con los reactivos del análisis factorial confirmatorio, para tratar de dilucidar un modelo con mejor ajuste.

Los datos corroboran la validez convergente de la EEVA con el Inventario de Ansiedad (BAI) de Beck et al. (1988) y con la Escala de Depresión (EPMD) de González (2015), ya que se encontró que las correlaciones entre estas escalas son medias y positivas (Rivera & García, 2012) acordes con lo esperado, ya que de acuerdo con Anastasi & Urbina (1998) y Del Castillo, Guzmán, Iglesias & Reyes (2012) se puede hablar de validez convergente

cuando una prueba tiene una correlación elevada con otras variables con las que en teoría debe hacerlo. Además, estos resultados son congruentes con la propuesta de González Arratia & Valdez (2012), Sheier, Calver & Bridges (1994) y Valdez & Aguilar (2015) que sugieren que la apatía promueve la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, la desesperanza, la ideación suicida y el abuso de sustancias.

Respecto a los datos de fiabilidad mediante el coeficiente alfa se encontró que es aceptable, ya que los valores se esperan entre 0.70 y 0.90 (Oviedo & Campo, 2005), por lo que la escala presenta una adecuada consistencia interna (Nunnally & Bernstein, 1999).

Con base en los resultados obtenidos es posible concluir que la EEVA es un instrumento con adecuados índices de validez y fiabilidad, por lo que puede resultar de utilidad en la medición de la apatía en jóvenes. Además, puede ser un indicador antecedente de otros trastornos asociados, como el caso de la ansiedad y la depresión. Se sugiere continuar con los análisis psicométricos del instrumento para obtener indicadores de sensibilidad y especificidad, para conocer la prevalencia de la apatía y apoye en el diagnóstico clínico. Asimismo, se recomienda hacer una validación con una muestra clínica con ansiedad y depresión para aportar datos que den mayor sustento a las hipótesis planteadas respecto a esta vinculación. Por otro lado, para un futuro estudio, se propone realizar la medición de la apatía en otros contextos culturales a fin de verificar si se mantiene una estructura factorial similar, o bien, intervienen factores diferenciales culturalmente relevantes en el constructo apatía, lo cual será de interés para los autores.

Referencias

- Abad, F., Olea, J., Ponsada, V., & García, C. (2011). *Medición en Ciencias sociales y de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- AERA, APA, & NCME (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.

- Agüera, L., Gil, N., Cruz, I., Ramos, M., Osorio, R., Valenti, M., & Martínez, P. (2010). Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. *Psicogeriatría*, 2(4), 207-219. Recuperado de http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_029_O_2611006_Aguera.pdf
- Aguilar, Y.P., Valdez, J.L., González-Arratia, N.I., Rivera, S., Carrasco, C., Gómora, A., Pérez, A., & Vidal, S. (2015). Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 326-336. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29242800010>
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Trad. Castellano. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (APA) (2012). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association*. 6° Ed. México: Manual Moderno.
- Arias, B. (2008). *Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS, seminario de actualización en investigación sobre discapacidad SAID 2008*. Trabajo presentado en el VI Simposio Científico de Metodología en la investigación sobre discapacidad SAID 2008. *Colección Actas Salamanca*, 75-120. Recuperado de http://sid.usal.es/idos/F8/FDO20749/said_2008.pdf
- Azar, E. (2014, 20 de enero). Aumenta desempleo mundial; alcanza los 202 millones: OIT. *Periódico El Universal*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/finanzas-cartera/2014/desempleo-oit-980819.html>
- Batista, F., & Coenders, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Cuadernos de Estadística. Madrid: La Muralla.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi: 0022-006X/88/\$00.75

- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011
- Byrne, B. (2006). *Structural equation modeling with Mplus*. New York, NY: Routledge.
- Cabrera, A., Peral, V. & Barajas, M. (2012). Apatía: Síndrome o síntoma, una revisión del concepto. *Psiquis*, 21(6), 171-181. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=98912&id_seccion=3011&id_ejemplar=9655&id_revista=180
- Chin, W. (1998). *The Partial Least Squares Approach to Structural Equation Modeling*. In G.A. Marcoulides (Ed.), *Modern Methods for Business Research*, (pp. 295-336). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Cosentino A. (2010). *Las fortalezas del carácter*. En A. Castro Solano (Comp.), *Fundamentos de Psicología Positiva*, (pp. 111-135). Buenos Aires: Paidós.
- D'Orazio, A., D'Anello, S., Escalante, G., Benítez, A., Barreat, Y., & Esqueda, L. (2011). Síndrome de indiferencia vocacional: Medición y análisis. *Educere*, 15(51), 429-438. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35621559013.pdf>
- Del Castillo, A., Arturo; Guzmán, R., Iglesias, S., & Reyes, I. (2012). Validez divergente y convergente del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 58-65. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-iberoamericana/articulo/validez-divergente-y-convergente-del-instrumento-de-autoeficacia-al-tratamiento-en-diabetes>
- Delgado, E., Carretero, H., & Ruch, W. (2012). Content validity evidences in test development: An applied perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 449-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723713006>

Díaz- Guerrero. R. (1995). Una aproximación científica a la etnopsicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(3), 359-389. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=8052730>

Flores, I., González, G., & Rodríguez, C.(2013). Estrategias de enseñanza para abatir la apatía del alumno de secundaria. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 10(1), 1-8. Recuperado de <http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDSESECUNDARIO/article/view/316/309>

Gerring, J., Freund, L., Gerson, A., Joshi, P., Capozzoli, J., Frosch, E., Brady, K., Marin, R., & Denckla, M. (1996). Psychometric characteristics of the Children's Motivation Scale. *Psychiatry Research*, 63(2), 205-217. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8878317>

González, S. (2015). *Una propuesta etnopsicológica de la medición de la depresión*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Iberoamericana, México.

González-Arratia, N.I., & Valdez, J.L. (2012). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum*, 19(3), 207-214. Recuperado de <http://cienciaergosum.uaemex.mx/index.php/ergosum/article/view/793>

Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. USA: Pearson.

Hernández, A. (2003). *Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar infantil*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, 40(6), 619 -625. doi: [10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1).

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2013). *Panorámica de la población joven por condición de actividad*. Recuperado de

http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/pob_joven/presentacion.aspx.

Kant R, Duffy J., & Pivovarnik A. (1998). Prevalence of apathy following brain injury. *Brain Injury*, 12(1), 87-92. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9483342>

Landero, H.R., & González, R.M. (2006). *Estadística con SPSS y Metodología de la investigación*. México: Trillas.

Levy, M., Cummings, J., Fairbanks, L., Masterman, D., Miller, B., Craig, A., Paulsen, J., & Litvan, I. (1998). Apathy is not depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 314-319. doi: 10.1176/jnp.10.3.314

Marin, R. (1996). Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1(4), 304-14. doi: 10.1053/SCNP00100304

Marin, R., Biedrzycki, R., & Firinciogullari, S. (1991). Reliability and Validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, 38(1), 143-162. [doi:10.1016/0165-1781\(91\)90040-V](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90040-V)

Messing, C. (2009). *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc.

Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Mises, L. (1986). *La acción humana*. Madrid: Unión Editorial

Negrete, R., & Leyva, G. (2013). Los NiNis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4(1), 1-32. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/RDE/RDE_08/RDE_08_Art6.html

Nunnally, J., & Bernstein, I. (1999). *Teoría psicométrica*. México. McGraw Hill.

- Organización Mundial de la Salud (2008). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Oviedo, H.C., & Campo, A.A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009
- Paredo, B., & Velasco, J. (2010). ¿Por qué la apatía para aprender y enseñar en el espacio y tiempo escolar?. *Horizontes Educativos*, 15(2), 69-81. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3580816>
- Pluck, G., & Brown, R. (2002). Apathy in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 73 (1), 636-642. doi:10.1136/jnnp.73.6.636
- Poy, L. (2014, 9 de septiembre). Favorece mercado laboral a gente con educación básica: OCDE. *Periódico La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/09/09/sociedad/040n1soc>
- Ready, R., Ott, B., Grace, J., & Cahn-Weiner, D. (2003). *Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 222-228. [doi:10.1097/00019442-200303000-00013](https://doi.org/10.1097/00019442-200303000-00013)
- Rivera, S., & García, M. (2012). *Estadística aplicada a la psicología*. México: Purrúa.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1), 91-102. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a05.pdf>
- Sáenz, K., & Tamez, G. (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en Ciencias Sociales*. México: Tirant Humanidades.

- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la depresión de Beck, *Psicothema*, 10(2), 303-318. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/7467/7331>
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud pública*, 6(3), 302-318. doi: 10.1590/S0124-00642004000300006
- Serrano, M., Martínez, P., Merchán, T., Bravo, R., & Serrano, M. (2013). Properties of the Apathy Scale (AS) for use on Parkinson's patients. *Advances in Parkinson's Disease*, 2, 53-57. doi: 10.4236/apd.2013.22010
- Sheier, M., Calver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing Optimism, from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A Re-evaluation of the life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. doi: 10.1037//0022-3514.67.6.1063
- Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(52), 312-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517520005>
- Starkestein S, Fedorodd J, Price T., & Robinson, R. (1993). Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 24(11), 1625-1630. doi: 10.1161/01.STR.24.11.1625
- Starkstein, S., Mayberg, H., Preziosi, T., Andrezejewski, P., Leiguarda, R., & Robinson, R. (1992). *Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 4(2), 134-139. doi: 10.1176/jnp.4.2.134
- Starkstein, SE. (2012). Apathy in Parkinson's disease: diagnostic and etiological dilemmas. *Movement Disorders Journal*, 27(1), 174-178. doi: 10.1002/mds.24061
- Strauss, M., & Sperry, S. (2002). *An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 15(3), 176-183. Recuperado de

http://journals.lww.com/cogbehavneurol/Abstract/2002/09000/An_Informant_Based_Assessment_of_Apathy_in.2.aspx

Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., & Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014

Valdez, J. L., & Aguilar, Y.P. (2015). Seminario avanzado de investigación III [Seminario]. Universidad Autónoma del Estado de México, Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Conducta. Toluca, Estado de México. 10 de marzo de 2015.

Valdez, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.

7.5 Artículo aceptado para publicarse en memorias in extenso

7.5.1 De la paz a la depresión: diferencias entre hombres y mujeres jóvenes.

¹Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, ¹Norma Ivonne González Arratia López Fuentes,
²Sofía Rivera Aragón, ¹Sergio González Escobar, ¹Martha Adelina Torres Muñoz.

¹Universidad Autónoma del Estado de México

²Universidad Nacional Autónoma de México.

7.5.2 Carta de aceptación

SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA A.C.
Indiana 260 Desp. 608 Col. Nápoles C.P. 03710
Tel/Fax 5563 6162 E-mail: socmex@psicologia.org.mx

Mtra. Yessica Paola Aguilar Montes de Oca
Muy estimado colega,

Después de una cuidadosa revisión por parte de árbitros independientes, nos complace anunciarles que el trabajo: "De la paz a la depresión: diferencias entre hombres y mujeres jóvenes." recibió un dictamen favorable, por lo que el Comité respectivo ha recomendado aceptarlo como presentación oral.

Debe pagar de inmediato la inscripción para que su trabajo se incluya en el programa científico (antes del 14 de agosto de 2016). Recuerde que deberá hacer su inscripción mediante el módulo electrónico de la página del congreso www.psicologia.mx. Envíe mediante el módulo el comprobante de inscripción, comprobante de transferencia interbancaria o realice el pago con tarjeta de crédito dentro del mismo módulo.

Podrá consultar fecha y hora de su presentación en nuestra página www.psicologia.mx a partir del 7 de septiembre 2016.

Con el propósito de contar con material de consulta adicional a las memorias del Congreso Mexicano de Psicología solicitamos atentamente nos envíen sus presentaciones en powerpoint y/o material adicional que quisieran compartir con los asistentes y demás ponentes. El archivo(s) se puede enviar de forma protegida para que no pueda copiarse o modificarse a la siguiente dirección electrónica: congreso.mexicano.smp@gmail.com. Dichas presentaciones estarán disponibles en nuestra página web como material de consulta.

Asimismo le recordamos que cuenta usted con 15 minutos para su presentación y que las salas estarán equipadas con cañón.
Para información adicional, comuníquese a la Sociedad Mexicana de Psicología, al teléfono 5563 61 62.

Se hará una revisión editorial de su trabajo para la publicación en las memorias del Congreso.

Atentamente
Comité del Programa Científico



7.5.3 Apartados del artículo

De la paz a la depresión: diferencias entre hombres y mujeres jóvenes.

¹Yessica Paola Aguilar Montes de Oca, ¹Norma Ivonne González Arratia López Fuentes,

²Sofía Rivera Aragón, ¹Sergio González Escobar, ¹Martha Adelina Torres Muñoz.

¹Universidad Autónoma del Estado de México

²Universidad Nacional Autónoma de México.

Palabras clave: paz, depresión, jóvenes, hombres, mujeres.

Introducción

El aumento de los conflictos interétnicos e interculturales, la ampliación de la brecha entre clases sociales, la destrucción del medio ambiente, la progresiva violación de los derechos humanos; el nihilismo de una parte considerable de la juventud, las adicciones y otras formas de evasión autodestructiva, plantean a las nuevas generaciones el desafío de equiparse con valores y destrezas que les permitan actuar con una nueva visión en favor de la vida y de la dignidad de todos los seres humanos (Mayor, 2003). Esto, de acuerdo con Jiménez (2009), implicaría desarrollar la dimensión interna o paz de los seres humanos consigo mismos, pues en consecuencia, dicho logro favorecería al desarrollo de la paz social.

Al respecto, Valdez (2009) propone que la paz o equilibrio individual, es un estado caracterizado por la sensación de seguridad, confianza, tranquilidad, estabilidad, auto-organización y disponibilidad de energía. Este estado forma parte de una tendencia natural de la vida, pues de manera directa o indirecta, se pretende alcanzar dicho estado. Por ello, una persona sana es aquella que vive estable en sus aspectos psicosociales y biológicos,

busca hacer por gusto y no por deber, y satisface sus necesidades desde el equilibrio y la paz; de tal manera que cuanto más cerca se encuentre de la paz, menos riesgo tendrá de enfermar (Moral, Valdez y Alvarado, 2011).

Sin embargo, actualmente los jóvenes se encuentran inmersos en un contexto caracterizado por la falta de oportunidades laborales, el limitado acceso educativo, la falta de recursos económicos, la insatisfacción e inseguridad personal y la pérdida del sentido de vida. Lo anterior no sólo altera su estado de paz o equilibrio, sino que además los sitúa propensos a desarrollar un trastorno del estado de ánimo como es la depresión (Negrete y Leyva, 2013).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. En su forma más grave, puede conducir al suicidio (OMS, 2015). Esta situación se considera un problema de salud pública por la alta prevalencia entre la población mexicana que hoy por hoy afecta entre 12 y 20% a personas adultas y entre 15 y 20 % a los jóvenes (Secretaría de Salud, 2015).

Por ello, los objetivos de investigación consisten en evaluar el estado de paz o equilibrio y el nivel de depresión de los jóvenes, así como determinar en qué medida, la paz o equilibrio puede estar relacionada con la presencia de depresión en los jóvenes, lo anterior haciendo un análisis por sexo.

Método.

Participantes.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional para seleccionar a 600 jóvenes repartidos equitativamente por sexo de 18 a 25 años de edad ($M=20$, $D.E.=1.83$). Todos estudiantes de licenciatura de una universidad pública de la Ciudad de Toluca, México.

Instrumentos.

Cuestionario de Paz o equilibrio en la Vida (CPEV-20) de Moral, Valdez y Alvarado (2011), compuesto por 20 reactivos que evalúan las características básicas del estado de paz, con un formato tipo Likert mediante cinco opciones de respuesta (1=nada; 5=totalmente). La escala permite explicar el 54.78% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.89.

Escala Para Medir la Depresión (EPMD) de González (2015), compuesto por 74 reactivos que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas, con formato tipo Likert mediante cuatro opciones de respuesta (1=ningún día; 4=de 5 a 7 días). La escala permite explicar el 37.15% de la varianza total y una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.97.

Procedimiento.

Con previa autorización de los participantes y firma del consentimiento informado, se llevaron a cabo las aplicaciones en una sola sesión de manera colectiva en espacios académicos de una universidad pública, en un tiempo aproximado de 20 minutos por participante. La investigación se llevó a cabo siguiendo los estándares éticos de la American Psychological Association (APA, 2012).

Resultados.

A partir del puntaje total de las escalas, se realizaron puntos de corte tomando como base la media +/- 1 desviación estándar y se obtuvieron 3 niveles: alto medio y bajo. Con base en estos criterios de clasificación, se realizó un análisis descriptivo, en el cual se observa que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles medios de paz, así como de manifestaciones depresivas. Las diferencias por sexo muestran que las mujeres reportan niveles altos tanto de paz como de manifestaciones de depresión.

Con el objetivo de observar diferencias entre hombres y mujeres, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo y sexo de la variable paz, en la que se

encontró que los hombres presentan puntajes más altos de: autoestima alta, equilibrio y en ser valientes, mientras que las mujeres los presentan en: ser responsables, tener respeto, honestidad, sonreír, amistad y ser comprensivas.

Así mismo, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo y sexo de la variable depresión, en la que se encontró que las mujeres presentan puntajes más altos en: desgano, desánimo, desesperación, miedo, temor, decepción, visión borrosa, náuseas, piensan que morir es lo mejor que les puede pasar, presentan sensación de ahogo, frustración, inseguridad, están decaídas, despiertan en varias ocasiones durante la noche, tienen el cuerpo entumecido, presentan nostalgia, estreñimiento, desmotivación, desilusión, tristeza, sensación de desmayo, coraje, enojo, sofocos o escalofríos, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, se cansan fácilmente, se sienten afligidas y angustiadas. Mientras que los hombres no presentaron medias altas en la comparación.

Para obtener datos que apoyen la relación entre las variables, se realizó un análisis de correlación de Pearson, considerando una $p \leq 0.01$, en donde se encontró que si existe relación negativa moderada entre las variables ($r = .497$) y la magnitud del efecto es favorable (0.2470, 24.70%).

Análisis de resultados

De manera general, los resultados evidencian la propuesta de Valdez (2009), respecto de que la paz es una tendencia natural del ser humano, sin embargo, al perderla, el sujeto estaría vulnerable a enfermar o padecer algún trastorno a nivel psicológico, lo que explicaría a su vez la presencia de manifestaciones depresivas (Moral, Valdez y Alvarado, 2011).

Las diferencias generales por sexo muestran que las mujeres reportan niveles altos tanto de paz como de manifestaciones de depresión. Una posible explicación es que actualmente, la mujer realiza un mayor número de actividades y tiene más posibilidades de incorporarse a la vida laboral; está más expuesta a emitir conductas como toma de decisiones, competitividad, agresividad, manejo de las relaciones interpersonales, etc. (García, 1998),

lo cual podría favorecer su estado de paz o equilibrio al tener la posibilidad de realizarse en diferentes ámbitos que antes le eran negados.

Por otro lado, la principal consecuencia de realizar esa diversidad de actividades es la presión a la que se ve sometida. Burín, Moncarz y Velázquez (2000), comentan que en este proceso, las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de aquí, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intención de romper tradiciones.

En relación a las diferencias por sexo al evaluar la paz, se encontró que a los hombres les genera paz el tener una autoestima alta, estar en equilibrio y ser valientes, mientras que las mujeres se sienten en paz en la medida en que sean responsables, honestas, comprensivas, tengan respeto, sonrían y tengan amistad.

Tales resultados muestran que a ambos sexos los mantiene en paz desempeñar las actividades que componen los roles más tradicionales, es decir, a las mujeres les genera paz su orientación hacia la expresividad, afectividad, dependencia social y la lealtad hacia el grupo mientras que a los hombres les genera más paz su consolidación como protectores y proveedores mediante la manifestación de su valentía y fortaleza (Díaz-Loving, Díaz-Guerrero, Helmreich & Spence, 1981; Valdez-Medina, Díaz-Loving & Pérez, 2005).

En lo referente a la depresión, se encontró que las mujeres presentan puntajes más altos de manifestaciones depresivas. Estos resultados se ajustan a los diferentes estudios epidemiológicos reportados, que demuestran que la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en los estudiantes de licenciatura, (Riveros, Hernández & Rivera, 2007). Esta prevalencia puede atribuirse a factores sociales o psicológicos. Una de las hipótesis al respecto es que las mujeres generalmente buscan ayuda o tratamiento clínico y están más dispuestas a reportar su depresión (Téllez, 2000). Así mismo, pueden estar más propensas por causas situacionales biológicas (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2004).

Finalmente, respecto de la relación entre la paz y la depresión, se encontró que si existe correlación estadísticamente significativa (negativa y moderada) (Rivera & García, 2012) como se esperaba, por ello, se pronostica que en la medida en que se desarrollen estrategias para conseguir el la paz o equilibrio y el bienestar, se estará más protegido de padecer depresión.

Por ello, es importante señalar que si bien, la presencia de depresión en los jóvenes de la muestra, puede deberse a que en esta etapa de vida se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, se somete al joven a una gran carga de exigencias, nuevas responsabilidades, así como presiones familiares, económicas y sociales (Arrieta, Díaz & González, 2014), es de vital importancia implantar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para afrontar estos desafíos de manera saludable, dirigidos hacia la aceptación y el rechazo abierto de los acontecimientos vitales, que los lleve de manera consecuente a vivir con gusto y sin queja, haciéndose responsables de sí mismos, estables, lo cual, en otras palabras, los llevaría a vivir en un estado de paz y equilibrio, auto-organizados y con el menor desgaste posible (Valdez Medina, 2009), lo cual a su vez, serviría como factor protector contra diversos trastornos físicos y psicológicos. Como limitación del estudio se considera a la selección de sujetos de manera no aleatoria, por lo que sugiere continuar indagando sobre el tema en una muestra diversificada.

Bibliografía.

- American Psychological Association (APA) (2012). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. 6° Ed. México: Manual Moderno.
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica médica familiar*, 7(1), 14-22.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 17-26.
- Burín, M., Moncarz, E. & Velázquez, S. (2000) *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires Argentina, Paidós.

- Díaz Loving, R., Díaz Guerrero, R., Helmreich, R. & Spence, J. (1981) Comparación Transcultural y Análisis Psicométrico de una Medida de Rasgos Masculinos (Instrumentales) y Femeninos (Expresivos). *Revista Latinoamericana de Psicología Social*, 1, 3-38.
- García, B. (1998). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- Jiménez, F. (2009). Hacia un paradigma pacífico: La paz neutra. *Convergencia*, 16(Supl.), 141-189
- Mayor, F. (2003). Educación para la paz. *Educación XXI*, 6 (1), 17-24.
- Moral, J., Valdez, J.L. y Alvarado, B. (2011). Creación de una escala para medir la paz personal. *Revista electrónica de metodología aplicada*, 16 (2), 1-14.
- Negrete R y Leyva G. (2013). Los NiNis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía*, 4 (1), 1-32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Rivera, S. y García, M. (2012). *Estadística aplicada a la psicología*. México: Purrúa.
- Riveros, M, Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1), 91-102.
- Secretaría de Salud (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Téllez, H. (2000). La noradrenalina: su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (1), 59-73.
- Valdez, J.L. (2009). *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Valdez-Medina, J. Díaz-Loving y Pérez B. (2005) *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: UAEM

8. Resultados adicionales

En este apartado se consideró pertinente presentar los análisis las variables incluidas en el estudio: apatía, pesimismo, ansiedad, depresión y paz, iniciando por un análisis de la adecuación muestral y normalidad de datos, seguido de un análisis de frecuencia por diagnóstico, un análisis de su estructura factorial exploratoria, un análisis por reactivo y sexo mediante la prueba t de Student para muestras independientes y finalmente, con un análisis por reactivo y área de conocimiento mediante un análisis de varianza de una vía. Posteriormente se presentan las correlaciones entre las variables, así como las pruebas de regresión lineal simple. Los resultados se presentan a continuación.

Análisis de adecuación muestral y normalidad de los datos.

Se realizó un análisis descriptivo con el objetivo de comprobar la distribución de los datos se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, en el que se encontró que existe una distribución normal ($Zk-s= 1.25$, $p=.085$) en la escala de apatía, mientras que, en la escala de pesimismo, ansiedad, depresión y paz, se observó que no se ajustan a la curva normal (Pesimismo: $Zk-s=3.07$, $p=.000$; ansiedad: $Zk-s= 2.78$, $p=.000$, depresión: $Zk-s= 3.68$, $p=.000$ y paz: $Zk-s=1.57$, $p= .014$). A pesar del incumplimiento del supuesto de normalidad y que se vea afectada la potencia de la prueba, no la invalida,⁷⁹ por lo que se decidió continuar con los análisis.

VARIABLE APATÍA

Para conocer los niveles de la variable apatía, se obtuvo el puntaje total, a partir del cual se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar, a partir de este criterio se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto. Así se compararon los niveles por sexo, en el cual se observa que el 64.33% de los participantes se encuentran en niveles medios de apatía. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en mayor medida las mujeres se encuentran en el nivel alto de apatía (ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias de niveles de apatía y sexo.

	Clasificación						Total
	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	
Hombres	46	15.33	200	66.66	54	18	300
Mujeres	53	17.66	186	62	61	20.33	300
Total	99	16.5	386	64.33	115	19.66	600

Análisis factorial exploratorio de la EEVA.

Se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.940; χ^2 de Bartlett= 11040.58; gl= 1275; p<0.001). Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron 11 factores en once iteraciones, de los cuales se seleccionaron los primeros ocho con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los ocho factores permiten explicar el 46.29% de la variabilidad. El primer factor se denominó Inseguridad Personal (IP) (diez ítems; alfa de Cronbach=0.854), el segundo factor se nombró Desesperanza (D) (cuatro ítems; alfa de Cronbach=0.790), el tercer factor se llamó Incomprensión Familiar (IF) (cuatro ítems; alfa de Cronbach=0.779), el cuarto factor se nombró Indiferencia Social (IS) (cinco ítems; alfa de Cronbach=0.729), el quinto factor se denominó Evitación de la Frustración (EF) (cinco ítems; alfa de Cronbach= 0.733), el sexto factor se llamó Desmotivación al Éxito (DE) (cuatro ítems; alfa de Cronbach= 0.681), el séptimo factor se nombró Desconfianza Personal (DP) (tres ítems; alfa de Cronbach=0.677), y finalmente, el octavo factor se denominó Desconfianza Social (DS) (cinco ítems; alfa de Cronbach= 0.632). Las comunalidades oscilan entre 0.38 y 0.69. En la tabla 3 se observan los ítems con sus

respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de la Escala para Evaluar la Apatía (EEVA).

Reactivos	Inseg Pers	Deses	Inc Fam	Ind Soc	Evit Frus	Desm Exit	Desc Pers	Desc Soc	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
37. La inseguridad me produce apatía por participar	.699	.133	.023	.052	.087	.076	.054	.100	.597	.940
39. Si siento que me va a faltar apoyo, prefiero no ir o hacer nada	.679	.088	.077	.160	.154	.045	.089	.124	.573	.940
38. Cuando me siento desprotegido prefiero no comprometerme a nada	.630	.182	.047	.084	.175	.062	.092	.119	.576	.940
35. El sentirme sin esperanzas me desmotiva	.572	.098	.146	-.027	.204	.078	.157	-.002	.480	.940
36. Cuando considero que mis ideas, creencias u opiniones no van a ser tomadas en cuenta, mejor no participo	.562	.217	.181	.094	.137	.104	.184	.076	.577	.939
27. Mejor no lo hago, porque si lo hago qué tal que me regañan	.529	.363	.092	.307	-.011	.199	-.103	-.043	.596	.940
26. Para qué le pido permiso si sé que no me va a dejar	.518	.256	.160	.310	-.112	.168	.116	-.008	.556	.940
25. Prefiero no comprar boletos de una rifa pues sé que no voy a ganarme nada	.511	.162	.048	.031	.092	.107	.017	.191	.389	.941
32. Si siento impotencia de hacer algo, mejor no lo hago	.501	.015	.140	.133	.450	.168	.189	.043	.592	.940
33. Cuando siento que puedo fracasar en algo, mejor no participo	.454	.029	.225	.108	.326	.090	.283	-.064	.562	.940
44. Para qué le reclamo si no voy a conseguir nada	.239	.708	.128	.105	.137	.071	.088	.027	.640	.940
43. He preferido quedarme callado (a) para evitarme problemas	.245	.623	.209	-.073	.255	.062	.100	-.051	.625	.940
46. Para qué le pido que cambie si sé que no lo va a hacer	.170	.588	.153	.257	.070	.081	.290	.112	.588	.940
45. Para qué le pido ayuda si sé que no me la va a dar	.230	.568	.197	.293	.006	.053	.338	.050	.638	.940
5. No opino mucho en mi casa porque les puedo hacer enojar con mi opinión	.074	.217	.695	.118	.059	.145	.000	.094	.605	.941

6. Para qué les cuento mis cosas si siento que no me van a comprender	.226	.162	.686	.109	.096	.128	.076	.087	.660	.940
7. Para qué le hablo o le explico si siento que no me va a poner atención	.261	.160	.674	.169	.053	.087	.078	.127	.694	.940
18. La convivencia familiar me hace sentir aburrido	.048	.046	.646	.040	.192	.149	.123	.179	.577	.941
21. Para qué hago algo por los demás, si luego no lo agradecen	.140	.160	.063	.670	.146	.064	.054	.280	.634	.940
28. Prefiero no preocuparme por otros, pues los otros no se preocupan por mí	.118	.159	.026	.655	.090	.018	.133	.190	.582	.940
22. Mejor no tengo amigos, son potenciales enemigos	.054	.019	.201	.587	-.044	.258	.246	-.013	.552	.941
23. Mejor no hago de más, pues pienso que siempre se corre el riesgo de que traten de abusar de uno	.265	.152	.113	.573	.240	.152	.014	.123	.533	.940
15. He ido a la escuela para evitar sentir regaños de mis papás	.002	-.089	.317	.404	.139	.327	.084	-.107	.468	.941
19. Abandono las actividades que siento que me provocarán frustración	.152	.134	.190	.023	.683	.137	.042	.059	.584	.940
24. Cuando siento que algo no va a salir bien, he preferido no hacerlo	.437	.136	.060	.233	.510	.111	.107	.017	.603	.940
17. La injusticia me desanima a actuar	.204	.256	.015	.192	.470	.084	-.047	.176	.468	.940
31. Si siento que no voy a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hago lo que me piden	.338	.040	.077	.173	.437	.113	.124	.155	.446	.940
51. Para qué asisto si no me voy a divertir	.186	.308	.041	.146	.411	.096	.332	.017	.491	.940
13. Para qué estudiar, si al terminar no hay trabajo suficiente para los profesionistas	.113	.070	.194	.132	.097	.668	.121	.023	.567.	.941
14. He pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello	.086	.040	.088	-.015	.224	.667	.213	-.002	.632	.941
12. Para qué juego si nunca gano	.214	.127	.114	.141	-.150	.598	-.039	.180	.538	.941
16. Considero que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la practico tanto	.067	.001	.036	.128	.197	.582	.158	.152	.489	.941
49. Prefiero no hacer nada para cambiar las cosas, pues considero que la vida es como es y no como nos gustaría que fuera	.135	.144	.073	.166	.089	.257	.627	.149	.589	.940

50. He preferido no insistir en algo que creo que no voy a conseguir	.279	.220	.156	.075	.187	-.022	.593	.132	.566	.940
48. No pienso en ideales pues considero que nunca los voy a alcanzar	.141	.101	.052	.174	-.040	.378	.554	.197	.581	.941
10. Para qué tratar de volverte bueno si pienso que todos los demás no lo hacen	.093	.020	.098	.103	.067	.211	.164	.644	.545	.941
9. Para qué voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal	.087	-.123	.133	.087	.008	-.034	.179	.625	.503	.941
20. Para qué hago lo que me dicen si no voy a ganar nada con ello	.196	.082	.116	.137	.371	.292	-.092	.425	.600	.940
11. Para qué lo regaño si no me va a hacer caso ni va a cambiar	.086	.338	.119	.113	.087	.291	-.085	.419	.446	.941
8. Para qué pido por los demás si pienso que las cosas no cambian	.137	.148	.292	.276	.101	-.004	.137	.408	.422	.940
% de la varianza	9.65	5.96	5.62	5.56	5.33	5.22	4.41	4.48		
Varianza total explicada								46.29%		
Alpha de Cronbach total								0.942		

Para observar diferencias por reactivo y sexo se realizó la prueba t de Student para muestras independientes, en la que se encontró que los hombres tienden a preferir trabajar solos que en equipo, pues logran mejores cosas, consideran que para qué votan si no va a haber ningún cambio, piensan que para qué van a la Iglesia, si creen que el mundo sigue igual de mal, para qué tratan de volverse buenos si piensan que todos los demás no lo hacen, piensan que para qué lo regañan si no les va a hacer caso ni va a cambiar, han pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello, prefieren no preocuparse por otros, pues los otros no se preocupan por ellos, para qué denuncian, si no confían que harán algo para ayudar a solucionar el problema, creen que para qué hacen, si de todas formas va a pasar lo que tenga que pasar y si sienten que no van a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hacen lo que les piden; en contraparte, las mujeres piensan que para qué piden permiso si saben que no me las van a dejar, creen que ,mejor no lo hacen, porque si lo hacen qué tal que las regañan, si sienten impotencia de hacer algo, mejor no lo hacen, cuando sienten que pueden fracasar en algo, mejor no participan, el sentirse sin esperanzas las desmotiva y la inseguridad les produce apatía por participar (ver tabla 4).

Tabla 4. t de Student por reactivo y sexo de apatía.

Reactivo	t	Sig	Hombres		Mujeres	
			Media	DE	Media	DE
1a Prefiero trabajar solo que en equipo, pues logro mejores cosas	2.020	.044	2.61	.757	2.49	.738
2a Considero que para qué voto si no va a haber ningún cambio	2.735	.006	2.25	1.026	2.03	.943
9a Para qué voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal	3.733	.000	2.02	1.124	1.71	.922
10a Para qué tratar de volverte bueno si pienso que todos los demás no lo hacen	2.933	.003	1.60	.793	1.43	.648
11a Para qué lo regaño si no me va a hacer caso ni va a cambiar	2.005	.045	1.73	.784	1.60	.722
14a He pensado que estudiar no trae no trae los beneficios que se esperan de ello	2.478	.013	1.43	.692	1.30	.552
26a Para qué le pido permiso si se que no me va a dejar	-2.478	.013	1.73	.828	1.91	.978
27a Mejor no lo hago, porque si lo hago qué tal que me regañan	-2.438	.015	1.76	.790	1.93	.882
28a Prefiero no preocuparme por otros, pues los otros no se preocupan por mí	2.659	.008	1.82	.844	1.64	.783
29a Para qué denuncio, si no confío que harán algo para ayudar a solucionar el problema	1.517	.130	2.01	.929	1.90	.902
30a Y para qué hago, si de todas formas va a pasar lo que tenga que pasar	1.010	.313	1.84	.810	1.77	.807
31a Si siento que no voy a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hago lo que me piden	1.117	.264	1.76	.844	1.68	.837
32a Si siento impotencia de hacer algo, mejor no lo hago	-1.172	.241	1.74	.804	1.82	.798
33a Cuando siento que puedo fracasar en algo, mejor no participo	-2.241	.025	1.66	.717	1.80	.811
34a Cuando me enfermo prefiero no hacer nada para no empeorar	.216	.829	1.86	.939	1.85	.948
35a El sentirme sin esperanzas me desmotiva	-2.635	.009	1.97	.967	2.18	1.015
37a La inseguridad me produce apatía por participar	-3.176	.002	1.80	.871	2.03	.903
51a Para qué asisto si no me voy a divertir	2.160	.031	1.88	.967	1.72	.843

Para observar diferencias según el área de conocimiento, respecto de la apatía, se compararon los reactivos mediante la prueba de análisis de varianza de una vía, en la que se encontró que los estudiantes de ciencias humanas consideran que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la practican tanto y no piensan en ideales, pues piensan que nunca los van a alcanzar; por el contrario, los estudiantes de ciencias sociales prefieren trabajar solos que en equipo, pues logran mejores cosas, piensan que para qué van a la

Iglesia, si el mundo sigue igual de mal, la convivencia familiar los hace sentir aburridos, prefieren no comprar boletos de una rifa, pues saben que no van a ganarse nada y el sentirse sin esperanzas los desmotiva. Por otro lado los alumnos de ciencias exactas consideran que para qué votan si no va a haber ningún cambio, piensan que para qué cuentan sus cosas si sienten que nadie los va a comprender, piensan que para qué denuncian, si no confían que harán algo para ayudar a solucionar el problema y han preferido dejar de hacer algo, porque piensan que no se les valora justamente. Finalmente, los estudiantes de ciencias de la salud no presentaron valores significativos (ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis de varianza de una vía por reactivo y formación académica de apatía.

Reactivo	F	Sig.	C. Humanas		C. Sociales		C. Exactas		C. Salud	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
1a Prefiero trabajar solo que en equipo, pues logro mejores cosas	4.348	.005	2.38	.770	2.67	.801	2.64	.703	2.53	.760
2a Considero que para qué voto si no va a haber ningún cambio	3.547	.014	2.13	1.024	1.84	.965	2.27	.974	2.05	.966
6a Para qué les cuento mis cosas si siento que no me van a comprender	2.637	.049	1.81	.872	1.69	.895	1.95	.878	1.73	.825
9a Para qué voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal	5.518	.001	1.80	.982	2.31	1.278	1.94	1.054	1.67	.936
16a Considero que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la practico tanto	5.469	.001	1.37	.637	1.35	.631	1.24	.530	1.14	.397
18a La convivencia familiar me hace sentir aburrido	2.604	.051	1.67	.768	1.73	.861	1.68	.820	1.48	.707
25a Prefiero no comprar boletos de una rifa pues sé que no voy a ganarme nada	7.201	.000	2.06	.982	2.78	1.104	2.36	.978	2.21	1.058
29a Para qué denuncié, si no confío que harán algo para ayudar a solucionar el problema	3.766	.011	1.88	.910	1.76	.925	2.10	.935	1.86	.864
35a El sentirme sin esperanzas me desmotiva	5.340	.001	2.11	.997	2.35	1.071	2.16	1.014	1.82	.896
42a He preferido dejar de hacer algo, porque pienso que no se me valora justamente	2.619	.050	1.71	.818	1.82	.808	1.89	.858	1.68	.766
48a No pienso en ideales pues considero que nunca los voy a alcanzar	3.193	.023	1.46	.726	1.39	.606	1.28	.550	1.29	.593

VARIABLE PESIMISMO

Para conocer los niveles de la variable pesimismo, se obtuvo el puntaje total, a partir del cual se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar, a partir de este criterio se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto. Así se compararon los niveles por sexo, en el cual se observa que el 71.16% de los participantes se encuentran en niveles medios de pesimismo. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en mayor medida las mujeres se encuentran en el nivel alto de pesimismo (ver tabla 6).

Tabla 6. Frecuencias de niveles de pesimismo y sexo.

	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Hombres	41	13.66	210	70	49	16.33	300
Mujeres	32	10.66	217	72.33	51	17	300
Total	73	12.16	427	71.16	100	16.66	600

Con el objetivo de revisar la estructura factorial de la escala de pesimismo, se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.963; χ^2 de Bartlett= 10156.306; gl= 595; p<0.000).

Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron cinco factores en 11 iteraciones, de los cuales se seleccionaron los primeros cuatro con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los cuatro factores permiten explicar el 50.77% de la variabilidad. El primer factor se denominó Fatalismo, el segundo factor se nombró Sentimiento de inferioridad, el tercer factor se llamó Baja autoestima y el cuarto factor se nombró Inadaptación.

En la tabla 7 se observan los ítems con sus respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 7. Análisis factorial de Pesimismo

Reactivo	Fatalismo	Sentimiento de inferioridad	Baja autoestima	Inadaptación	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
no me gusta nada de lo que me pasa cada día	.642				.625	.948
cada día es peor	.639				.568	.949
creo que todo lo malo que me pasa es culpa de los demás y no mía	.638				.556	.950
me resisto a cambiar mi forma de hacer las cosas porque no creo que me dé mejores resultados	.623				.561	.949
usualmente dejo a la mitad cualquier cosa que haga porque no creo que logre cumplirla exitosamente	.566				.550	.948
estoy convencido de que aunque ponga mi mayor empeño, no conseguiré mis metas	.546				.559	.949
los defectos personales son imposibles de cambiar	.545				.484	.949
creo que mis problemas no se resolverán	.541				.539	.949
cuando las cosas están saliendo bien, me pasa algo que lo hecha todo a perder	.519				.533	.948
la vida es solo sufrimiento	.510				.506	.949
pienso que solo a mí me pasan cosas malas	.499				.541	.948
creo que nadie se fija en mí		.713			.657	.948
pienso que no voy a encontrar a la persona que me quiera y acepte como soy		.677			.598	.949
creo que soy un fracaso		.630			.650	.949
creo que las otras personas me rechazan		.558			.611	.948
me considero una persona deficiente		.548			.553	.949
cuando estoy por iniciar un nuevo proyecto, pienso que me saldrá mal		.511			.523	.949
me doy por vencido fácilmente ante cualquier problema		.502			.528	.948
la mayor parte del tiempo estoy inconforme con lo que me pasa		.455			.576	.948
cuando las cosas no salen como deseo, me desanimo fácilmente			.672		.682	.948
me desanimo fácilmente			.655		.671	.948
me entristezco fácilmente			.598		.563	.949
usualmente encuentro el lado negativo de lo que acontece a mi alrededor			.567		.534	.949

el fracaso convierte a las personas en pesimistas				.537		.467	.951
sufro experiencias negativas				.529		.479	.949
cuando algo sale mal, solo yo tengo la culpa				.525		.477	.949
pienso que los problemas son resultado de mis defectos y fracasos personales				.504		.482	.949
tiendo a quejarme de todo lo que me sucede				.473		.466	.949
la mayor parte del tiempo estoy inconforme con lo que me pasa					.418	.576	.948
me cuesta trabajo adaptarme a los cambios					.617	.490	.950
me gusta estar solo la mayor parte del tiempo					.609	.448	.950
me siento intranquilo cuando las cosas no están bajo mi control					.744	.631	.950
<hr/>							
% de la varianza	15.54	13.52	12.62	9.08			
Varianza total explicada					50.77		
Alfa de Cronbach					.951		

Se realizó una comparación para conocer las diferencias de pesimismo por sexo mediante la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo y sexo, en la que se encontró que los hombres tienden a pensar que rara vez cuentan con cosas buenas que les pasen y creen que todo lo malo que les pasa es culpa de los demás y no suya, mientras que las mujeres se desaniman fácilmente, se entristecen fácilmente, se consideran una persona deficiente y cuando las cosas no salen como desean, se desaniman fácilmente (ver tabla 8).

Tabla 8. t de Student de diferencias por sexo de la escala de pesimismo.

Reactivo	t	Sig	Hombres		Mujeres	
			Media	DE	Media	DE
rara vez cuento con cosas buenas que me pasen	2.31	.021	2.79	1.14	2.57	1.15
me desanimo fácilmente	-2.73	.006	2.26	1.01	2.49	1.01
me entristezco fácilmente	-3.63	.000	2.28	1.09	2.62	1.19
me considero una persona deficiente	-2.44	.015	1.53	.91	1.72	.98
cuando las cosas no salen como deseo, me desanimo fácilmente	-2.179	.030	2.07	1.038	2.26	1.060
creo que todo lo malo que me pasa es culpa de los demás y no mía	3.032	.003	1.65	.912	1.44	.780

Así mismo, para observar diferencias por formación académica respecto del pesimismo, se compararon los reactivos mediante la prueba de análisis de varianza de una vía, en la que se

encontró que los estudiantes de ciencias sociales se desaniman fácilmente, piensan que el fracaso convierte a las personas en pesimistas, piensan que no van a encontrar a la persona que los quiera y acepte como son y la mayor parte del tiempo están inconformes con lo que les pasa; por el contrario, los estudiantes de ciencias humanas se entristecen fácilmente, piensan que cada día es peor, se consideran una persona deficiente, piensan que solo a ellos les pasan cosas malas, están convencidos de que aunque pongan su mayor empeño y no conseguirán sus metas. Por otro lado los alumnos de ciencias exactas piensan que los problemas son resultado de sus defectos y fracasos personales, piensan que cuando algo sale mal, solo ellos tienen la culpa, les es difícil aceptar cuando hacen algo realmente bueno y están convencidos de que aunque pongan su mayor empeño no conseguirán sus metas. Finalmente, los de ciencias de la salud no presentaron valores significativos (ver tabla 9).

Tabla 9. Análisis de varianza de una vía de diferencias según área de conocimiento de pesimismo.

Reactivo	F	Sig.	C. Salud		C. Sociales		C. Humanas		C. Exactas	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
me desanimo fácilmente	2.704	.045	2.22	.965	2.67	1.088	2.42	1.104	2.39	.973
me entristezco fácilmente	3.609	.013	2.29	1.001	2.35	1.217	2.70	1.198	2.43	1.193
pienso que los problemas son resultado de mis defectos y fracasos personales	5.172	.002	2.08	1.048	2.22	1.279	1.80	.982	2.23	1.157
cuando algo sale mal, solo yo tengo la culpa	4.429	.004	1.90	1.059	2.06	1.069	1.77	.983	2.14	1.062
cada día es peor	3.219	.022	1.22	.618	1.31	.713	1.48	.867	1.37	.723
el fracaso convierte a las personas en pesimistas	3.012	.030	2.49	1.243	3.08	1.239	2.54	1.187	2.57	1.283
me considero una persona deficiente	4.261	.005	1.44	.816	1.69	1.045	1.82	1.079	1.61	.916
me es difícil aceptar cuando hago algo realmente bueno	3.527	.015	1.80	.881	1.80	1.099	2.03	1.079	2.12	1.132
pienso que no voy a encontrar a la persona que me quiera y acepte como soy	2.673	.047	1.59	1.064	1.96	1.274	1.90	1.191	1.89	1.231
pienso que solo a mí me pasan cosas malas	3.255	.021	1.30	.550	1.49	.893	1.58	.930	1.51	.886
la mayor parte del tiempo estoy inconforme con lo que me pasa	2.835	.038	1.54	.742	1.92	1.205	1.71	.879	1.74	.901
estoy convencido de que aunque ponga mi mayor empeño, no conseguiré mis metas	2.685	.046	1.32	.694	1.47	.844	1.55	.895	1.55	.894

VARIABLE ANSIEDAD

Para conocer los niveles de la variable ansiedad, se obtuvo el puntaje total, a partir del cual se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar, a partir de este criterio se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto. Así se compararon los niveles por sexo, en el cual se observa que el 71% de los participantes se encuentran en niveles medios de ansiedad. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en mayor medida las mujeres se encuentran en el nivel alto de ansiedad (ver tabla 10).

Tabla 10. Frecuencias de niveles de ansiedad y sexo.

	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Hombres	44	14.66	220	73.33	36	12	300
Mujeres	35	11.66	206	68.66	59	19.66	300
Total	79	13.16	426	71	95	15.83	600

Con el objetivo de revisar la estructura factorial de la ansiedad, se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.950; χ^2 de Bartlett= 5.351; gl= 190; p<0.001).

Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron tres factores en 31 iteraciones, de los cuales se decidió quedar con los dos primeros con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los dos factores permiten explicar el 49.40% de la variabilidad. El primer factor se denominó Síntomas emocionales y el segundo factor se nombró Síntomas físicos. En la tabla 11 se observan los ítems con sus respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 11. Estructura factorial exploratoria de la escala de ansiedad.

Reactivo	Síntomas emocionales	Síntomas físicos	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Inquieto, inseguro	.729		.642	.921
Atemorizado o asustado	.715		.647	.920
Nervioso	.690		.646	.923
Con temor a que ocurra lo peor	.690		.618	.923
Con miedo a perder el control	.625		.564	.921
Con miedo	.623		.660	.921
Inestable	.587		.540	.920
Incapaz de relajarse	.480		.396	.923
Con sudores, fríos o calientes		.686	.532	.922
Con temblores en las manos		.632	.547	.921
Con rubor facial		.630	.462	.924
Con latidos del corazón fuertes y acelerados		.597	.486	.922
Con problemas digestivos		.549	.429	.924
Mareado o que se le va la cabeza		.519	.487	.921
Con temblor en las piernas		.512	.368	.923
Con sensación de bloqueo		.445	.573	.920
Torpe o entumecido		.430	.376	.923
Con desvanecimientos		.448	.680	.922
Con sensación de ahogo		.409	.574	.921
% de varianza	22.22	19.54		
Varianza total				49.40%
Alfa de Cronbach				.926

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en las manifestaciones de ansiedad en función del sexo, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo, en la que se encontró que los hombres tienden a mostrarse incapaces para relajarse, mientras que las mujeres se sienten mareadas o que se les va la cabeza, inestables, atemorizadas o asustadas, nerviosas, con sensación de bloqueo, inquietas, inseguras, con temor a morir, con miedo, con problemas digestivos, con desvanecimientos y con rubor facial (ver tabla 12).

Tabla 12. t de Student por reactivo y sexo de la escala de la ansiedad.

Reactivo	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	DE	Media	DE
Incapaz de relajarse	-2.994	.003	1.87	.871	1.71	.796
Mareado o que se le va la cabeza	-3.529	.000	1.54	.823	1.80	.954
Inestable	-2.166	.031	1.69	.851	1.85	.955
Atemorizado o asustado	-4.235	.000	1.51	.720	1.80	.925
Nervioso	-2.487	.013	2.08	.867	2.27	.937
Con sensación de bloqueo	-2.264	.024	1.70	.847	1.86	.884
Inquieto, inseguro	-3.472	.001	1.78	.774	2.03	.936
Con temor a morir	-2.753	.006	1.30	.671	1.47	.886
Con miedo	-3.849	.000	1.54	.755	1.80	.913
Con problemas digestivos	-2.172	.030	1.62	.811	1.78	.950
Con desvanecimientos	-3.194	.001	1.19	.533	1.36	.753
Con rubor facial	-5.766	.000	1.39	.688	1.78	.936

Con el objetivo de observar diferencias en las manifestaciones de ansiedad por reactivo y área de conocimiento, se realizó la prueba de Análisis de varianza de una vía, en la que se encontró que los estudiantes de ciencias humanas se muestran mareados o que se les va la cabeza, inestables, atemorizados o asustados, nerviosos, con sensación de bloqueo, con temblores en las manos, con miedo, con desvanecimientos y con rubor facial; mientras que los estudiantes de ciencias sociales se muestran con rubor facial; y los de ciencias exactas se sienten acalorados e incapaces de relajarse. Cabe señalar que a pesar de que los alumnos de ciencias de la salud no presentaron puntajes importantes, se encuentran muy cercanos a las medias de los grupos de comparación (ver tabla 13).

Tabla 13. Análisis de varianza de una vía de diferencias por área de conocimiento de la escala de ansiedad.

Reactivo	F	Sig.	C. Humanas		C. Sociales		C. Exactas		C. Salud	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Acalorado	9.436	.000	2.10	.901	2.10	.984	2.33	.850	1.86	.812
Incapaz de relajarse	5.569	.001	2.01	.918	1.98	.924	2.11	.919	1.73	.825
Mareado o que se le va la cabeza	2.909	.034	1.82	1.020	1.61	.812	1.68	.873	1.53	.818
Inestable	3.366	.018	1.88	.986	1.69	.822	1.82	.950	1.58	.747
Atemorizado o asustado	2.844	.037	1.80	.976	1.53	.710	1.67	.842	1.54	.706

Nervioso	2.716	.044	2.28	.921	2.10	.941	2.23	.918	2.01	.848
Con sensación de bloqueo	2.665	.047	1.87	.879	1.80	.866	1.83	.925	1.62	.743
Con temblores en las manos	2.617	.050	1.73	.912	1.57	.842	1.61	.847	1.45	.801
Con miedo	5.106	.002	1.89	.997	1.67	.801	1.62	.799	1.53	.734
Con desvanecimientos	3.014	.030	1.41	.831	1.14	.354	1.26	.604	1.23	.600
Con rubor facial	5.273	.001	1.76	.992	1.76	.925	1.54	.782	1.42	.703
Con sudores, fríos o calientes	4.417	.004	1.80	.934	1.63	.906	1.71	.831	1.47	.716

VARIABLE DEPRESIÓN

Para conocer los niveles de la variable depresión, se obtuvo el puntaje total, a partir del cual se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar, a partir de este criterio se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto. Así se compararon los niveles por sexo, en el cual se observa que el 81.5% de los participantes se encuentran en niveles medios de depresión. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en mayor medida las mujeres se encuentran en el nivel alto de depresión (ver tabla 14).

Tabla 14. Frecuencias de niveles de depresión y sexo.

	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Hombres	14	4.66	255	85	31	10.33	300
Mujeres	7	2.33	234	78	59	19.66	300
Total	21	3.5	489	81.5	90	15	600

Con el objetivo de revisar la estructura factorial de la escala de depresión, se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.963; χ^2 de Bartlett= 2.805; gl= 2485; $p < 0.001$).

Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron 11 factores en diez iteraciones, de los cuales se seleccionaron los primeros ocho con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los ocho factores permiten explicar el 52.74% de la variabilidad. El primer factor se denominó Emociones negativas, el segundo factor se nombró Aislamiento, el tercer factor se llamó pensamientos de muerte, el cuarto factor se nombró Sentimientos de minusvalía, el quinto factor se denominó Síntomas somáticos, el sexto factor se llamó Manifestaciones físicas y el séptimo factor se nombró Problemas de sueño. En la tabla 15 se observan los ítems con sus respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 15. Análisis factorial exploratorio de depresión.

Reactivo	Emociones negativas	Aislamiento	Pensamientos de muerte	Sentim. de minusvalía	Síntomas somáticos	Manif. físicas	Problem del sueño	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Enojado	.739							.689	.971
coraje	.728							.698	.971
decepcionado	.704							.632	.971
triste	.647							.659	.971
desilusionado	.635							.654	.971
rencor	.598							.560	.971
desesperado	.596							.632	.971
inseguro	.581							.569	.971
decaído	.579							.665	.971
frustrado	.576							.654	.971
nostalgia	.554							.547	.971
angustiado	.550							.688	.971
desmotivado	.524							.700	.971
odio	.472							.633	.971
amargado	.467							.489	.971
impotente	.458							.495	.971
afligido	.452							.610	.971
culpable	.446							.580	.971
insatisfecho	.438							.654	.971
impaciente	.430							.608	.971
desanimado	.496							.739	.971
temeroso	.405							.685	.971
me aislo		.808						.776	.971
evado a la gente		.774						.704	.971
soy distante con la gente		.745						.698	.971
evito hablar con la gente		.741						.719	.971

busco estar solo	.656							.618	.971
soy indiferente con los demás	.643							.618	.971
me encierro	.616							.620	.971
morir es lo mejor que me puede pasar			.810					.768	.971
creo que sería mejor estar muerto			.801					.774	.971
me quisiera morir			.790					.754	.971
he pensado en suicidarme			.786					.710	.971
pensé quitarme la vida			.749					.729	.971
la vida no tiene caso			.744					.729	.971
inútil				.723				.701	.971
creo que no valgo nada				.665				.596	.971
me parece que soy un inútil				.653				.720	.971
el trabajo no me interesa				.576				.615	.971
creo que soy un fracasado				.574				.662	.971
todo lo que pasa es mi culpa				.530				.571	.971
creo que las cosas suceden por culpa mía				.527				.546	.971
considero que soy un estorbo				.522				.634	.971
desolado				.448				.633	.971
dolor de pecho					.768			.712	.971
presión en el pecho					.650			.642	.971
sofocos o escalofríos					.530			.567	.971
náuseas					.520			.490	.971
taquicardia					.494			.544	.971
cuerpo entumecido					.491			.564	.971
sensación de desmayo					.469			.560	.971
cansancio muscular						.728		.635	.971
dolor de cuerpo						.662		.645	.971
se cansa fácilmente						.521		.658	.971
dolor de cabeza						.516		.566	.971
anda somnoliento						.459		.570	.971
zumbido de oídos						.448		.554	.971
despierto antes de lo que acostumbraba, no puedo dormir							.736	.697	.971
despierta en varias ocasiones durante la noche							.675	.651	.971
al irse a dormir, le cuesta trabajo conciliar el sueño							.667	.611	.971
% de varianza	13.233	8.408	8.344	7.966	6.008	5.032	3.748		
Varianza total explicada									52.74%
Alfa de Cronbach									.973

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en las manifestaciones de depresión en función del sexo, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo, en la que se encontró que las mujeres se sienten con desgano, desánimo, desesperadas, con miedo, temerosas, decepcionadas, con visión borrosa, culpables, con náuseas, piensan que morir es lo mejor que les puede pasar, con sensación de ahogo, frustradas, inseguras, decaídas, despiertan en varias ocasiones durante la noche, tienen cuerpo entumecido, nostalgia, estreñimiento, no pueden dormir, se sienten desmotivadas, desilusionadas, tristes, con sensación de desmayo, con coraje, enojadas, con sofocos o escalofríos, con dolor de cabeza, dolor de cuerpo, se cansan fácilmente, se sienten afligidas, y angustiadas, mientras que los hombres no presentaron valores significativos a pesar de mostrar valores de las medias diferentes de uno (ver tabla 16).

Tabla16. t de Student diferencias por sexo de la escala de depresión.

Reactivo	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	DE	Media	DE
desganado	-3.344	.001	2.03	.758	2.25	.874
desanimado	-3.573	.000	1.81	.768	2.05	.853
desesperado	-5.397	.000	1.56	.713	1.91	.895
miedo	-4.981	.000	1.40	.655	1.71	.842
temeroso	-3.666	.000	1.34	.622	1.54	.690
decepcionado	-3.933	.000	1.60	.806	1.88	.933
visión borrosa	-2.458	.014	1.36	.757	1.52	.867
culpable	-1.282	.200	1.32	.643	1.39	.693
náuseas	-3.367	.001	1.24	.543	1.41	.729
morir es lo mejor que me puede pasar	-2.223	.027	1.07	.349	1.16	.548
sensación de ahogo	-2.506	.012	1.15	.468	1.26	.599
frustrado	-2.875	.004	1.47	.733	1.66	.879
inseguro	-3.596	.000	1.55	.741	1.79	.866
decaído	-3.652	.000	1.55	.750	1.81	.959
despierta en varias ocasiones durante la noche	-2.120	.034	1.64	.853	1.79	.918
cuerpo entumecido	-2.367	.018	1.23	.560	1.35	.645
nostalgia	-3.018	.003	1.67	.847	1.88	.884
estreñimiento	-2.631	.009	1.27	.574	1.42	.803
desmotivado	-2.232	.026	1.47	.765	1.62	.843
desilusionado	-3.030	.003	1.47	.773	1.55	.810

triste	-3.831	.000	1.52	.790	1.79	.910
sensación de desmayo	-2.997	.003	1.10	.396	1.22	.545
coraje	-2.948	.003	1.56	.805	1.78	.961
enojado	-3.679	.000	1.65	.767	1.91	.913
sofocos o escalofríos	-2.716	.007	1.19	.513	1.33	.704
dolor de cabeza	-5.489	.000	1.48	.686	1.84	.905
dolor de cuerpo	-3.249	.001	1.48	.724	1.69	.877
se cansa fácilmente	-3.907	.000	1.47	.777	1.74	.949
afligido	-3.193	.001	1.20	.495	1.35	.690
angustiado	-2.835	.005	1.41	.746	1.60	.862

Así mismo, para observar diferencias por área de conocimiento respecto de las manifestaciones de depresión, se compararon los reactivos mediante la prueba de análisis de varianza de una vía, en la que se encontró que los estudiantes de ciencias humanas se sienten con desgano, desesperados, con miedo, temerosos, con la boca reseca, impotentes, frustrados, decaídos, buscan estar solos, se sienten con nostalgia, desamparados, se aíslan, presentan estreñimiento, se sienten desolados, sienten dolor de cabeza, se cansan fácilmente y se sienten afligidos; por el contrario, los estudiantes de ciencias sociales se sienten desanimados, amargados, culpables, desmotivados, creen que las cosas suceden por culpa suya, andan somnolientos, se encierran y se muestran impacientes. Por otro lado los alumnos de ciencias exactas son indiferentes con los demás, evaden a la gente y se sienten insatisfechos. Finalmente, los estudiantes de ciencias de la salud presentaron cansancio muscular (ver tabla 17).

17. Análisis de varianza de una vía diferencias por área de conocimiento de la escala de depresión.

Reactivo	F	Sig.	C. Humanas		C. Sociales		C. Exactas		C. Salud	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
desganado	2.785	.040	2.25	.912	2.20	.841	2.15	.800	1.99	.750
desanimado	6.137	.000	2.07	.874	2.14	.791	1.93	.823	1.72	.719
amargado	4.594	.003	1.65	.893	1.67	.851	1.58	.752	1.36	.614
desesperado	4.546	.004	1.92	.936	1.71	.816	1.72	.804	1.58	.721
miedo	3.653	.012	1.72	.831	1.41	.610	1.54	.787	1.47	.697
temeroso	4.448	.004	1.60	.755	1.47	.649	1.39	.636	1.35	.589
tiene la boca reseca	3.732	.011	1.67	.818	1.47	.767	1.64	.811	1.42	.674

culpable	3.165	.024	1.40	.719	1.51	.739	1.39	.696	1.23	.518
impotente	2.774	.041	1.54	.851	1.45	.792	1.49	.745	1.31	.621
frustrado	3.597	.013	1.66	.882	1.55	.843	1.63	.844	1.39	.650
decaído	3.507	.015	1.82	.947	1.67	.851	1.70	.897	1.51	.716
soy indiferente con los demás	3.452	.016	1.59	.839	1.49	.711	1.64	.885	1.38	.628
busco estar solo	5.201	.001	1.94	.905	1.88	.857	1.89	.903	1.59	.755
nostalgia	3.087	.027	1.88	.881	1.80	.886	1.81	.933	1.60	.737
desamparado	2.652	.048	1.32	.625	1.22	.587	1.24	.591	1.14	.486
evado a la gente	2.867	.036	1.50	.736	1.45	.818	1.52	.809	1.31	.598
me aislo	3.249	.022	1.59	.855	1.47	.819	1.56	.842	1.34	.649
estreñimiento	2.910	.034	1.46	.851	1.24	.596	1.27	.628	1.37	.666
desolado	2.790	.040	1.33	.687	1.12	.484	1.28	.612	1.17	.469
desmotivado	3.524	.015	1.62	.866	1.67	.899	1.59	.829	1.37	.646
insatisfecho	3.138	.025	1.54	.835	1.57	.913	1.58	.810	1.34	.651
dolor de cabeza	4.826	.003	1.86	.925	1.59	.705	1.62	.810	1.53	.734
se cansa fácilmente	3.043	.028	1.71	.893	1.65	.925	1.64	.899	1.43	.791
cansancio muscular	2.764	.041	1.60	.822	1.63	.929	1.62	.820	1.85	.982
afligido	2.837	.037	1.34	.670	1.29	.645	1.31	.641	1.16	.430
creo que las cosas suceden por culpa mía	4.503	.004	1.10	.376	1.27	.638	1.24	.553	1.10	.346
anda somnoliento	2.670	.047	1.72	.942	1.82	1.054	1.58	.820	1.50	.769
me encierro	4.019	.008	1.50	.787	1.55	.937	1.52	.853	1.26	.635
impaciente	4.135	.006	1.69	.821	1.80	1.000	1.64	.865	1.42	.693

VARIABLE PAZ

Para conocer los niveles de la variable paz, se obtuvo el puntaje total, a partir del cual se crearon puntos de corte considerando la media +/- una desviación estándar, a partir de este criterio se obtuvieron tres niveles: bajo, medio, alto. Así se compararon los niveles por sexo, en el cual se observa que el 65.16% de los participantes se encuentran en niveles medios de paz. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que en mayor medida las mujeres se encuentran en el nivel alto de paz (ver tabla 18).

Tabla 18. Frecuencias de niveles de paz y sexo.

	Bajo	%	Medio	%	Alto	%	Total
Hombres	50	16.66	193	64.33	57	19	300
Mujeres	40	13.33	198	66	62	20.66	300
Total	90	15	391	65.16	119	19.83	600

Con el objetivo de revisar la estructura factorial de la paz, se realizó análisis factorial exploratorio y método de componentes principales. Se evaluaron los supuestos de adecuación de la muestra mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett de la EEVA, en el que se encontró un adecuado ajuste de la muestra (KMO=0.905; χ^2 de Bartlett= 6.178; gl= 190; p<0.001).

Los criterios que se consideraron fueron: rotación ortogonal varimax, autovalores mayores a 1, número de componentes por encima del punto de inflexión, número de componentes que permite ubicar cada variable en un solo componente con base en una saturación mayor a 0.40.

Se obtuvieron cinco factores en seis iteraciones, de los cuales se decidió mantener los cinco, con base en la claridad conceptual de los ítems que componen a cada factor y se procedió a nombrar a cada uno. Los cinco factores permiten explicar el 67.71% de la variabilidad. El primer factor se denominó Sentimientos positivos, el segundo factor se nombró Satisfacción, el tercer factor se llamó Valores, el cuarto factor se nombró Comprensión y el quinto factor se denominó Independencia. En la tabla 19 se observan los ítems con sus respectivos pesos factoriales y comunalidades, así como el coeficiente Alfa si se elimina el elemento.

Tabla 19. Estructura factorial exploratoria de la escala de paz.

Reactivo	Sentimientos positivos	Satisfacción	Valores	Comprensión	Independencia	Comunalidad	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sonreír	.831					.778	.908
Alegre	.780					.796	.906
Amistad	.779					.731	.908
Amigable	.735					.668	.908
Equilibrio		.763				.671	.909
Quererse a sí mismo		.762				.732	.907
Autoestima alta		.760				.678	.909
Tener satisfacción		.704				.665	.907
Honestidad			.855			.809	.909
Sincero			.805			.745	.909
Respeto			.704			.671	.909
Responsable			.557			.436	.911
Tolerancia				.812		.689	.914
Serenidad				.752		.710	.909
Armonía				.718		.753	.906
Comprensivo				.585		.568	.910
Emprendedor					.783	.714	.909
Creativo					.751	.619	.912
Valiente					.645	.616	.908
Independiente					.634	.492	.912
% de la varianza	15.478	14.871	13.131	12.177	12.054		
Varianza total							67.71
Alfa de Cronbach							.913

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de la paz en función del sexo, se realizó la prueba t de Student para muestras independientes por reactivo, en la que se encontró que los hombres presentan autoestima alta, equilibrio y se muestran valientes; mientras las mujeres tienden a presentar responsabilidad, respeto, honestidad, sonríen, tienen amistad y se muestran comprensivas (ver tabla 20).

Tabla 20. t de Student de diferencias por sexo de la escala de paz.

Reactivo	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	DE	Media	DE
Autoestima alta	3.552	.000	3.80	.900	3.54	.870
Equilibrio	2.644	.008	3.64	.799	3.47	.807
Responsable	-3.471	.001	3.62	.958	3.88	.875
Respeto	-2.672	.008	4.19	.810	4.36	.715
Honestidad	-2.179	.030	4.20	.760	4.33	.700
Sonreír	-2.482	.013	4.13	.942	4.30	.796
Amistad	-2.431	.015	4.24	.878	4.40	.763
Comprensivo	-3.371	.001	4.08	.912	4.31	.751
Valiente	2.253	.025	3.97	.916	3.80	.933

Así mismo, para observar diferencias por formación académica respecto de la paz, se compararon los reactivos mediante la prueba de análisis de varianza de una vía, en la que se encontró que los estudiantes de ciencias humanas sonrían, son alegres, tienen amistades y se muestran comprensivos; por el contrario, los estudiantes de ciencias de la salud presentan autoestima alta, equilibrio, se muestran amigables e independientes. Cabe señalar que a pesar de que los estudiantes de ciencias sociales y de ciencias exactas no presentaron valores significativos, presentan valores por encima de la media teórica (ver tabla 21).

Tabla 21. Análisis de varianza de una vía por área de conocimiento de la escala de paz.

Reactivo	F	Sig.	C. Humanas		C. Sociales		C. Exactas		C. de la salud	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Autoestima alta	2.774	.041	3.58	.886	3.67	.944	3.62	.864	3.84	.916
Equilibrio	3.233	.022	3.42	.749	3.57	.816	3.54	.828	3.71	.808
Amigable	5.536	.001	4.35	.711	4.22	.848	4.07	.936	4.37	.824
Sonreír	5.572	.001	4.35	.756	4.22	.872	4.05	.944	4.34	.835

Alegre	3.254	.021	4.35	.702	4.24	.778	4.12	.906	4.33	.856
Amistad	3.740	.011	4.44	.733	4.39	.786	4.19	.849	4.39	.866
Comprensivo	3.798	.010	4.37	.706	4.27	.811	4.09	.905	4.18	.851
Independiente	2.705	.045	3.69	1.034	4.04	.889	3.77	1.034	3.95	.934

Posteriormente, para analizar la relación entre las variables, se utilizó la prueba de Correlación de Pearson, en la que se encontró una relación moderada positiva entre los puntajes totales de cada una de las variables apatía, pesimismo, ansiedad y depresión; y una relación moderada negativa entre apatía, pesimismo, ansiedad y depresión con la variable paz⁸⁰ (ver tabla 22).

Tabla 22. Correlación de Pearson entre las variables.

	1. Apatía	2. Pesimismo	3. Ansiedad	4. Depresión	5. Paz
1. Apatía	1				
2. Pesimismo	.659**	1			
3. Ansiedad	.395**	.426**	1		
4. Depresión	.532**	.597**	.538**	1	
5. Paz	-.522**	-.506**	-.330**	-.497**	1

** p ≤ .001

Finalmente, en el modelo propuesto se espera que el pesimismo tenga un efecto positivo sobre la apatía y ésta a su vez tenga un efecto positivo sobre la ansiedad y la depresión. A su vez, que la apatía tenga un rol mediador entre el pesimismo y la ansiedad y la depresión, así como la apatía tenga un efecto directo negativo sobre la paz.

Para someter a prueba el modelo de las variables, se realizó un análisis de trayectorias a través del método de estimación de la máxima verosimilitud y el estadístico de χ^2 por ser el más robusto a pesar de tener ciertas limitantes como no tener una distribución normal de las variables. Sin embargo, la sensibilidad del valor de χ^2 a la dimensión de la muestra y distribución de las variables hace que este criterio sea demasiado exigente para contrastar

modelos, especialmente en estudios en ciencias sociales donde hay muchas fuentes de variabilidad ⁸⁸. Se realizó con el método de bootstrapping con 200 muestras en el que se observa una tendencia hacia la normalidad. Se utilizaron los puntajes totales de todas las variables en virtud de que el análisis de correlación indicó que todas las variables debían incorporarse al modelo. De acuerdo con Abad, et al. ⁸⁷, se esperaban valores de R^2 de 0.04, de acuerdo al número de variables incorporadas y al tamaño de la muestra. A pesar de que se obtuvo una p significativa, los índices de bondad de ajuste se muestran por encima de lo esperado, lo cual deja ver un favorable ajuste del modelo, el cual se requiere seguir refinando (ver figura 3).

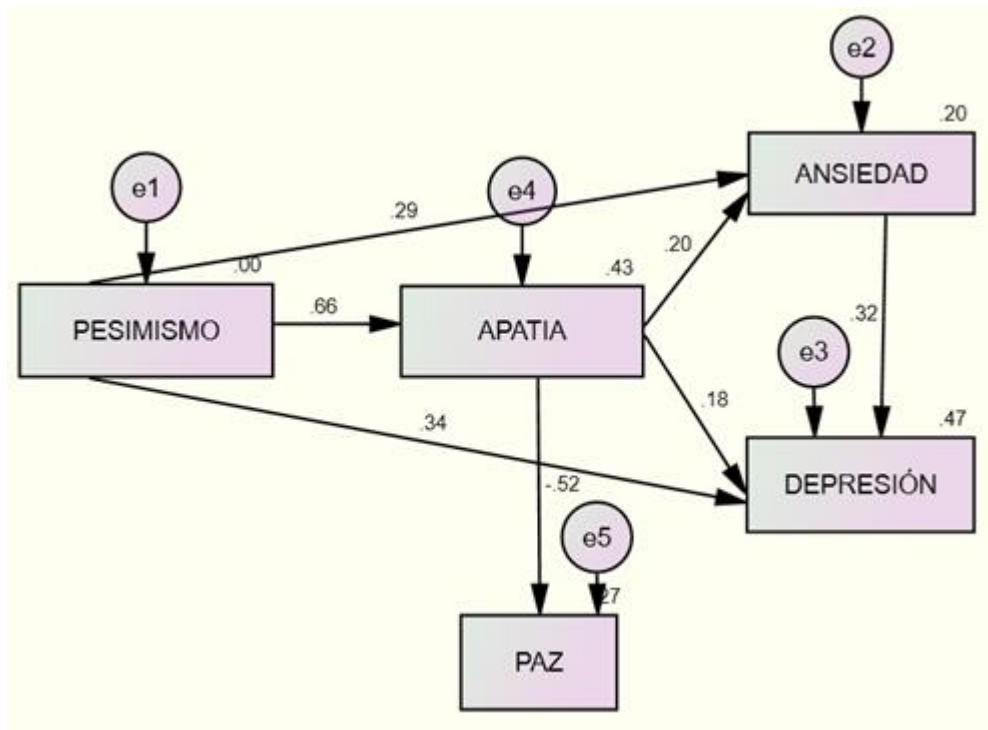


Figura 3. Modelo de trayectorias de la apatía.

Según los criterios de Abad, et al. ⁸⁷ fueron analizados los valores obtenidos en los índices alternativos de bondad de ajuste: CMIN (χ^2), DF (degrees of freedom), p (≥ 0.05), CMIN/DF (χ^2 / los grados de libertad (el cociente debería ser < 4.00 ; a menor índice, mejor

ajuste), RMR (cerca de 0), GFI(≥ 0.95), AGFI (≥ 0.95), NFI Delta 1 (≥ 0.95), CFI (CFI ≥ 0.95), PCFI, RMSEA ($\leq 0.06-0.08$), PCLOSE (ver tabla 22).

Tabla 23. Índices de bondad de ajuste del modelo.

	CMIN	DF	P	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	NFI Delta 1	CFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
Modelo 1	720116	3	.000	24.039	21.672	.957	.783	.936	.938	.281	.196	.000

En el modelo se puede comprobar lo que se esperaba: que el pesimismo ejerce un efecto directo hacia la apatía y la apatía hacia la ansiedad y la depresión pero a la vez funciona como variable mediadora entre el pesimismo y ansiedad y depresión aminorando su efecto. Lo que indicaría que es más probable que un individuo pesimista derive en ansiedad y depresión que un individuo apático, ya que la apatía disminuye el efecto de sufrir ansiedad y depresión. Por otro lado, la apatía se muestra con un efecto negativo sobre la paz.

9. Discusión general

De acuerdo con los resultados obtenidos en ésta investigación se puede observar que las variables propuestas se encuentran presentes en la vida de los jóvenes de manera importante, ya que las puntuaciones de las escalas los sitúan en niveles medios y altos. Estos resultados concuerdan con los datos reportados acerca de la presencia de apatía, pesimismo, ansiedad y depresión en jóvenes.^{15-19, 33, 42- 45}

Estos niveles dejan ver que es posible que los individuos sean más vulnerables a la presencia de diferentes factores de riesgo^{14, 20, 21} y al mismo tiempo, los mantendría inmersos en el círculo del miedo, propensos a presentar niveles elevados de pesimismo, apatía, ansiedad, sufrimiento, desesperanza, depresión, somatización- enfermedad e incluso suicidio,¹⁰ sin embargo, es necesario continuar analizando el efecto de estas variables.

Si bien, ambos sexos presentan una prevalencia de media a alta en las variables medidas, es importante señalar que las mujeres son quienes muestran niveles más altos en comparación con los hombres, lo que se ajusta a los diferentes estudios epidemiológicos reportados, que demuestran que es más frecuente su aparición en el sexo femenino y en los estudiantes de licenciatura.⁵⁹ Esta prevalencia puede atribuirse a factores sociales o psicológicos. Una de las hipótesis al respecto es que las mujeres generalmente buscan ayuda o tratamiento clínico y están más dispuestas a reportar su malestar.⁸²

Así mismo, pueden deberse a que la participación pública de la mujer se ha asociado al poder económico, a la excelencia, la capacidad, el buen desempeño y a la competitividad que genera el mercado del trabajo donde se demanda razón, precisión, creatividad, triunfo, trayendo consigo la ampliación de sus intereses, conocimientos y cultura así como la asimilación de nuevas pautas y exigencias de la sociedad contemporánea. Burín, Moncarz y Velázquez,⁸³ comentan que en este proceso, las mujeres avanzan en lo intelectual y lo social, pero sin sólidos recursos psicológicos para satisfacer las exigencias derivadas de aquí, aferradas aún a estereotipos a pesar de la intención de romper tradiciones.

Por otro lado, es importante señalar la relación entre las variables de estudio, que muestran correlaciones moderadas y positivas entre apatía, pesimismo, ansiedad y depresión, y una correlación moderada negativa entre apatía, pesimismo, ansiedad y depresión con la variable paz⁸⁰ tal como se esperaba, por lo que se rechaza la hipótesis nula. Además, de acuerdo con los resultados obtenidos, se aporta evidencia empírica al modelo teórico propuesto,¹⁰ sin embargo, aunque la relación entre los constructos pudiera parecer obvia desde la teoría, será necesario continuar indagando sobre el efecto e interrelación de las variables, para dilucidar las causas y consecuencias de los constructos implicados en estas edades con el fin de explicar aún más los constructos.

Respecto al objetivo central de esta investigación que consistía en construir, validar y confiabilizar un instrumento de medición de la apatía, con base en los resultados obtenidos es posible concluir que la EEVA es un instrumento con adecuados índices de validez y fiabilidad, por lo que puede resultar de utilidad en la medición de la apatía en jóvenes.

En lo concerniente el segundo objetivo que consistía en someter a prueba el modelo hipotetizado, se encontró que éste tiene un ajuste favorable, lo que indica que el pesimismo ejerce un efecto directo hacia la apatía y esta a su vez, un efecto directo hacia la ansiedad y la depresión. La apatía funciona como variable mediadora entre el pesimismo y la ansiedad y la depresión aminorando su efecto. Lo que indica que es más probable que un individuo pesimista derive en ansiedad y depresión que un individuo apático. Por otro lado, la apatía se muestra con un efecto negativo sobre la paz.

Estos resultados aportan evidencia a la propuesta teórica de Valdez ¹⁰ y dejan ver que la apatía, al mostrarse como una falta de interés por participar en alguna actividad por considerar que no se obtendrá algo favorable para la sobrevivencia biológica y psicosociocultural ^{9,14}, permite al individuo una toma de decisión que favorece su acercamiento hacia la salud mental. La apatía se sugiere como una característica de personalidad, misma que se esperaría que se encontrara presente en la vida de los individuos de manera moderada, ya que los extremos serían desfavorables. Bajos índices de apatía indicarían una tendencia hacia un comportamiento acorde con las exigencias sociales, mientras que altos índices de apatía indicarían dificultades en la socialización.

Es importante señalar que si bien, la presencia de apatía, pesimismo, ansiedad y depresión en los jóvenes de la muestra, puede deberse a que en esta etapa de vida se ponen a prueba competencias y habilidades para alcanzar los objetivos durante el periodo de formación profesional, la cual somete continuamente al estudiante a una gran carga de exigencias académicas, nuevas responsabilidades, así como presiones familiares, económicas y sociales, ⁸⁴ es de vital importancia implantar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para afrontar estos desafíos sanamente, dirigidos hacia la aceptación y el rechazo abierto de los acontecimientos vitales, que los lleve de manera consecuente a vivir con gusto y sin queja, haciéndose responsables de sí mismos, estables, lo cual, en otras palabras, los llevaría a vivir en un estado de paz y equilibrio, auto-organizados y con el menor desgaste posible. ¹⁰

En un segundo momento, se propone realizar programas preventivos cuyas actividades estén encaminadas a propiciar la identificación de estos fenómenos tanto en el plano comportamental como en el de las ideaciones destructivas, lesivas, negativistas, catastróficas, que produzcan angustia o que antecedan a estados de melancolía y tristeza, para poder acudir a un profesional que proporcione el tratamiento adecuado.⁶³ Promover estas estrategias y conservar la salud mental en el estudiante y futuro profesional redundará en su bienestar, y de manera paulatina, de la sociedad en general.

Se sugiere continuar con los análisis psicométricos del instrumento para obtener indicadores de sensibilidad y especificidad, para conocer la prevalencia de la apatía y apoye en el diagnóstico clínico. Asimismo, se recomienda hacer una validación con una muestra clínica con ansiedad y depresión para aportar datos que den mayor sustento a las hipótesis planteadas respecto a esta vinculación. Por otro lado, para un futuro estudio, se propone realizar la medición de la apatía en otros contextos culturales a fin de verificar si se mantiene una estructura factorial similar, o bien, intervienen factores diferenciales culturalmente relevantes en el constructo apatía, lo cual será de interés para los autores.

Así como incluir en futuras investigaciones variables como el sexo, la autoestima, la asertividad, la toma de decisiones, los estilos de afrontamiento y el estrés, así como variables de tipo contextual como las relaciones familiares o el ambiente familiar, mismas que podrían potencializar o disminuir la presencia de apatía en las personas, dado que la apatía se presenta como un constructo multifactorial. Como limitación del estudio se considera la selección de sujetos de manera no aleatoria, por lo que sugiere continuar indagando sobre el tema utilizando muestras diversificadas.

10. Conclusiones generales

- Las variables propuestas en el estudio tienen una incidencia importante en la muestra de jóvenes seleccionados, lo cual es un factor de riesgo para la salud física y mental que debe ser atendido dadas las consecuencias que ello produce.
- La presencia de las variables se muestra en ambos sexos, aunque en mayor medida en la muestra femenina, lo cual lleva a poner énfasis en la atención de este grupo dada la vulnerabilidad en la que se encuentran.
- La relación que presentan las variables es moderada, por lo que se sugiere estar alertas desde las primeras manifestaciones de pesimismo en los jóvenes, pues de acuerdo a la evidencia presentada, pudiera derivar en apatía, ansiedad y depresión.
- Los ítems representan el constructo apatía de manera importante, ya que su varianza es importante casi 47% para las ciencias sociales
- La escala construida mostró validez convergente con otros constructos teóricamente relacionados, lo que da indicadores importantes de la medición del constructo apatía.
- Se comprobó el modelo propuesto, en el que el pesimismo antecede a la a apatía y la apatía antecede a la ansiedad y a la depresión. A su vez la apatía es una variable moderadora entre el pesimismo y la ansiedad y la depresión que aminora su efecto. También la apatía tiene un efecto negativo sobre la paz.
- Como limitación del estudio se considera a la selección de sujetos de manera no aleatoria, por lo que sugiere continuar indagando sobre el tema utilizando muestras diversificadas.
- Se recomienda hacer una validación con una muestra clínica con ansiedad y depresión para aportar datos que den mayor sustento a las hipótesis planteadas respecto a esta vinculación.
- Se propone realizar programas preventivos cuyas actividades estén encaminadas a propiciar la identificación de estos fenómenos tanto en el plano comportamental como en el cognitivo y afectivo, para poder acudir a un profesional que proporcione el tratamiento adecuado.

- Se requiere continuar analizando las propiedades psicométricas de la escala, puesto que la medición de la apatía debe considerar componentes cognitivos, afectivos y conductuales.

11 Bibliohemerografía Utilizada

1. Messing C. *Desmotivación, insatisfacción y abandono de proyectos en los jóvenes*. Buenos Aires: Noveduc; 2009.
2. Cabrera A., Peral V., Barajas M. Apatía: Síndrome o síntoma, una revisión del concepto. *Psiquis* 2012; 21(6): 171-81.
3. Marin R. Apathy: Concept, Syndrome, neural mechanisms, and treatment. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996; 1(4): 304-14.
4. Ready R., Ott B., Grace J., Cahn-Weiner, D. Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(2): 222–228.
5. Agüera L., Gil N., Cruz I., Ramos M., Osorio R., Valenti M., Martínez P. Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. *Psicogeriatría* 2010; 2(4): 207-219.
6. Pluck G., Brown R. Apathy in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; 73(1): 636-642.
7. Starkstein S., Leentjens A. The nosological position of apathy in clinical practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79 (10): 1088-92.
8. Kant R., Duffy J., Pivovarnik A. (1998). Prevalence of apathy following brain injury. *Brain Injury* 1998; 12(1): 87-92.

9. Aguilar Y.P., Valdez J.L., González-Arratia N.I., Rivera S., Carrasco C., Gómora A., Pérez A. y Vidal S. Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicanos. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología* 2015; 20 (3), 326-336.
10. Valdez-Medina J.L. *Teoría de la paz o equilibrio. Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX; 2009.
11. Cosentino A. Las fortalezas del carácter. En A. Castro Solano (Comp.), *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós; 2010: 111-135.
12. Mises L. *La acción humana*. Madrid: Unión Editorial; 1986.
13. Negrete R., Leyva G. Los NiNis en México: una aproximación crítica a su medición. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de estadística y geografía* 2013; 4(1): 1-32.
14. Valdez JL., Aguilar YP. La configuración de la apatía. *Seminario de Investigación*. Toluca, México. 2014; 6-30 Enero (paper).
15. González Arratia NI, Valdez Medina JL. Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum* 2012; 19 (3): 207-214.
16. Sheier M, Calver C, Bridges M. (1994) Distinguishing Optimism, from Neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self- esteem): A Re-evaluation of the life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 67 (6): 1063-1078.
17. Lemola S, Rääkkönen K, Matthews K, Scheier M, Heinonen K, Pesonen A, Komsil N, Lahti J. A New Measure for a Dispositional for Optimism and Pessimis in Young Children. *European Journal of personality* 2009; 24 (1): 71-84.

18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV-TR]*. Trad. Castellano. Barcelona: Masson; 2002.
19. Organización Mundial de la Salud. *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
20. Toledo M, Osornio M, Almanza C, Pineda E, Ordaz E. *¿Cómo no ser un apático social?*. Documento de cátedra. Universidad Metropolitana. México; 2005.
21. May R. *Amor y voluntad: Contra la violencia y la apatía en la sociedad actual*. 3^o Edición. México: Gedisa; 2011.
22. Marin R., Biedrzycki R., Firinciogullari S. Reliability and Validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research* 1991; 38(1), 143-162.
23. Starkstein S., Mayberg H., Preziosi T., Andrezejewski P., Leiguarda R., Robinson, R. Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 1992; 4(2), 134-139. doi: 10.1176/jnp.4.2.134
24. Gerring, J., Freund, L., Gerson, A., Joshi, P., Capozzoli, J., Frosch, E., Brady, K., Marin, R., & Denckla, M. (1996). Psychometric characteristics of the Children's Motivation Scale. *Psychiatry Research* 1996; 63(2), 205-217. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8878317>
25. Levy M., Cummings J., Fairbanks L., Masterman D., Miller B., Craig A., Paulsen J., Litvan I. Apathy is not depression. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1998; 10(3), 314-319. doi: 10.1176/jnp.10.3.314
26. Strauss, M., & Sperry, S. An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 2002;

- 15(3), 176-183. Recuperado de http://journals.lww.com/cogbehavneurol/Abstract/2002/09000/An_Informant_Base_d_Assessment_of_Apathy_in.2.aspx
27. Starkstein, SE. Apathy in Parkinson's disease: diagnostic and etiological dilemmas. *Movement Disorders Journal*, 2012; 27(1), 174–178. doi: 10.1002/mds.24061
28. AERA, APA, & NCME. *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education; 1999.
29. Passarotto A. *La apatía y la falta de interés del adolescente actual*. Documento de cátedra del Magister en Educación con Orientación en Gestión. Argentina: Universidad de San Andrés; 2012.
30. RAE. *Diccionario de la Real Academia Española*. 22° edición. Madrid: RAE; 2014.
31. Abbagnano N. *Diccionario de Filosofía*. México: FCE; 2004.
32. Marina J. *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama; 1996.
33. Berenzon S., Lara MA., Robles R., Medina-Mora M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx* 2013; 55(1): 74-80.
34. Reinfeld B, Rojas T. Reflexiones sobre la apatía. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología* 2005; 51(105): 19-25.
35. Starkstein S., Fedorod J., Price T., Robinson R. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke* 1993; 24(11): 1625-30.

36. Rubinsztein J., Rubinsztein D., Goodburn S., Holland A. Apathy and hypersomnia are common features of myotonic dystrophy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64(4): 510-515.
37. Cámara de Diputados. México, cuarto lugar en desempleo juvenil en el mundo. Comunicación Social, LXII Legislatura, H. Congreso de la Unión. Boletín N°. 2898; 2014.
38. Azar E. *Aumenta desempleo mundial; alcanza los 202 millones: OIT*. Periódico El Universal. 20 de enero de 2014. México; 2014.
39. Paredo B, Velasco J. ¿Por qué la apatía para aprender y enseñar en el espacio y tiempo escolar? *Horizontes Educativos* 2010; 15 (2): 69-81.
40. Poy L. *Favorece mercado laboral a gente con educación básica: OCDE*. Periódico La Jornada; 9 de septiembre de 2014. México; 2014: 40.
41. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Panorámica de la población joven por condición de actividad. México: INEGI, 2013.
42. Silva A. Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. 2008; 18 (52): 312-332.
43. Hernández A. *Descripción de los factores familiares más significativos que influyen en el rendimiento escolar infantil*. [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2003.
44. D´Orazio A, D´Anello S, Escalante G, Benítez A, Barreat Y, Esqueda L. Síndrome de indiferencia vocacional: Medición y análisis. *Educere* 2011; 15 (51): 429-438.
45. Flores I, González G, Rodríguez C. Estrategias de enseñanza para abatir la apatía del alumno de secundaria. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* 2013; 10 (1): 1-8.

46. Echeverría M. ¿Apatía o desencuentro? Patrones de consumo y recepción de información política y gubernamental en jóvenes. *Global Media Journal* 2011; 8 (15): 42-65.
47. Dudley R, Gitelson, A. *El escenario iberoamericano*. Tendencias 07. Medios de comunicación. Madrid: Ariel, Fundación telefónica; 2002.
48. Serrano M., Martínez P., Merchán T., Bravo R., Serrano M. Properties of the Apathy Scale (AS) for use on Parkinson's patients. *Advances in Parkinson's Disease* 2013; 2, 53-57. doi: 10.4236/apd.2013.22010
49. Díaz- Guerrero. R. Una aproximación científica a la etnopsicología. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1995; 27(3), 359-389. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=8052730>
50. Seligman, M. *La auténtica felicidad*. Barcelona: Byblos; 2002.
51. Alberoni, F. *El Optimismo*. Barcelona: Gedisa; 2003.
52. Lemola S., Räikkönen K., Matthews K., Scheier M., Heinonen K., Pesonen A., Komsu N., Lahti, J. A New Measure for a Dispositional for Optimism and Pessimism in Young Children. *European Journal of personality*, 2009; 24 (1): 71-84.
53. García J., Martínez M., Inglés C. ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico?. *Revista iberoamericana de Psicología y Salud* 2013; 4(1), 63-76.
54. Sandín B, Chorot P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Belloch, Sandín B y Rmos F (eds). *Manual de psicopatología*. Vol. 2; Madrid: Mac Graw- Hill; 1995. 53-80.

55. Caicedo V., Carchi S., Chuquimarca M. *Prevalencia del trastorno de ansiedad y factores asociados en adolescentes de octavo, noveno y décimo de educación básica en la parroquia El Vecino, de la Ciudad de Cuenca*. Tesis inédita de licenciatura. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias médicas. Cuenca, Ecuador; 2011.
56. Bernstein GA, Garfinkel BD (1992). The Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised: Psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders* 1992; 6, 223-239.
57. García, JM. *Validación de tres formas del Inventario de Miedos Escolares*. Tesis doctoral no publicada. Murcia, Universidad de Murcia; 1997.
58. Organización Mundial de la Salud. *Definición de depresión*. [Internet]. 2013 oct [citado 13 oct 2013];[aprox. 1 p.]. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/>
59. Riveros M., Hernández H., Rivera, J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*; 2007; 10(1), 91-102. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v10n1/v10n1a05.pdf>
60. Secretaría de Salud (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
61. Varela, I. (10 de agosto de 2011). *Entre 15 y 20 % de los jóvenes sufren depresión o ansiedad: Xóchitl Duque*. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2011/08/10/sociedad/044n2soc>

62. Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. y Salazar, L. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con estrés académico. *CES Medicina* 2010; 24(1), 7-17.
63. Osornio L., Palomino L. Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar* 2009; 11(1) ,1-2
64. Amézquita M., Gonzáles R. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2003; 32 (4), 341-356.
65. Arrieta K., Díaz S., González, F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica médica familiar* 2014; 7(1), 14-22.
66. Blum R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. En: Dulanto, edit. *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill; 2000. p. 656-72.
67. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J, Klein D, Gotlib I. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (10): 1584-97.
68. Goldman, H. *Psiquiatría general*. 5 ed. México: Manual Moderno; 2001.
69. Hoffman L., Thomson T. The effect of Television Viewing on Adolescents' Civic Participation: Political Efficacy as a Mediating Mechanism. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 2009; 53 (1): 3-21.
70. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 6 edición. México: Mc Graw-Hill; 2014.

71. Delgado E., Carretero H., Ruch W. Content validity evidences in test development: An applied perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2012; 12(3), 449-60. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723713006>
72. Urrutia M., Barrios S., Gutiérrez M., Mayorga, M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior* 2014; 28(3), 547-558. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014
73. Hyrkäs K., Appelqvist-Schmidlechner K., Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies* 2003; 40(6), 619 -625. doi: [10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1).
74. González S. *Una propuesta etnopsicológica de la medición de la depresión*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Iberoamericana. Ciudad de México, México; 2015.
75. Moral de la Rubia J, Valdez Medina JL, Alvarado Bravo BG. *Instrumentación del concepto de paz: estructura factorial, consistencia interna y distribución*. México: UANL, UAEMéx; 2011.
76. *Ley General de Salud*, Texto vigente. Última reforma publicada DOF (24-03-2014).
77. Sociedad Mexicana de Psicología. *Código Ético del Psicólogo*. 4º edición. México. SMP; 2013.
78. Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Brasil: 64º Asamblea General; 2013.

79. Landero H.R., González, R.M. *Estadística con SPSS y Metodología de la investigación*. México: Trillas; 2006.
80. Rivera S., García, M. *Estadística aplicada a la psicología*. México: Purrúa; 2012.
81. Hair J., Black W., Babin B., Anderson R. *Multivariate Data Analysis*. USA: Pearson; 2010.
82. Téllez H. La noradrenalina: su rol en la depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2000; 29 (1), 59-73.
83. Burín M., Moncarz E., Velázquez S. *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós; 2000.
84. Arrieta K., Díaz S., González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica médica familiar* 2014; 7(1), 14-22.
85. Beck A, Epstein N, Brown G, & Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56(6), 893-897.
86. Anastasi, A., Urbina, S. *Test Psicológicos*. México: Prentice Hall; 1998.
87. Abad, F., Olea, J., Ponsada, V., García, C. *Medición en Ciencias sociales y de la Salud*. Madrid: Síntesis; 2011.
88. Byrne, B. *Structural equation modeling with Mplus*. New York, NY: Routledge; 2006.
89. Díaz-Guerrero R. Una etnopsicología mexicana. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 1986; 2 (2), 1-22.
90. Nunnally, J., Bernstein, I. *Teoría psicométrica*. México. McGraw Hill; 1999.

12. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética e Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

Toluca, Estado de México, a 21 de Enero de 2015.

**MTRA. YESSICA PAOLA AGUILAR MONTES DE OCA
PRESENTE**

Por este conducto se les comunica que el Comité de Investigación y Ética del CICMED en la sesión del día 3 de diciembre del año 2014, **acordó aprobar** el protocolo de investigación, que tiene como título:

"Apatía en jóvenes universitarios: Estudio de validación"

Ya que cumplen con los aspectos bioéticos y metodológicos acorde a la investigación científica, quedando registrada con el número 2014/12. Dicha investigación se desarrollará bajo su responsabilidad.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2015, Año del Bicentenario Luctuoso de José María Morelos y Pavón"

Comité de Investigación y Ética
Centro de Investigación en Ciencias Médicas

Dra. Miriam Verónica Flores Merino

Dra. Eneida Camarillo Romero

M.C. Sergio Alejandro García Zúñiga

M. en Ed. J. Amado López
Presidente del Comité



c.c.p. Comité.
c.c.p. Archivo.

www.uaem.mx
Av. Jesús Carranza No. 205, Col. Universidad, Toluca, Méx. C. P. 50130
Tels. (01 722) 212 80 27 y 219 41 22

Anexo 2. Consentimiento informado



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM



Facultad de Ciencias de la Conducta

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Título: “APATÍA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: ESTUDIO DE VALIDACIÓN”

Investigador principal: Mtra. en Psic. Yessica Paola Aguilar Montes de Oca.

Sede donde se realizará el estudio: Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación psicológica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Exploración de la incidencia de apatía, subrayando el papel potenciador de los eventos psicológicos asociados con las mismas, para poder ofrecer una comprensión del fenómeno, teniendo en cuenta que la persistencia del interés es reconocida como un factor protector potencial contra el desarrollo de una patología neurodegenerativa, como un factor potencial para el desarrollo de estilos de vida saludables y una personalidad en paz o equilibrio.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo construir un instrumento de medición válido y confiable de la apatía para jóvenes universitarios y describir la asociación de ésta con el pesimismo, la ansiedad, la depresión y el estado de paz o equilibrio en la vida y así aportar evidencia empírica que pueda contribuir a su diagnóstico y tratamiento.

3. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo, al investigador responsable.
- Este estudio no solicita datos de identificación de los participantes. Solicita únicamente datos socio-demográficos, tales como edad, sexo, estado civil y escolaridad, los cuáles puede omitir si lo desea.
- La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Anexo 3. Clasificación de los reactivos del instrumento de Apatía

Componente		
Conductual	Afectivo	Cognitivo
1.- Prefiero trabajar solo que en equipo, pues logro mejores cosas	6.- Para qué les cuento mis cosas si siento que no me van a comprender	2.- Considero que para qué voto si no va a haber ningún cambio
4.- Trato de no hacer de más porque no valoran mi esfuerzo	7.- Para qué le hablo o le explico si siento que no me pone atención	3.- Prefiero no dar mi opinión si creo que no la tomarán en cuenta
5.- No opino mucho en mi casa porque les puedo hacer enojar con mi opinión	15.- He ido a la escuela para evitar sentir regaños de mis papás	8.- Para que pido por los demás si pienso que las cosas no cambian
11.- Para qué lo regaño si no me va a hacer caso, ni va a cambiar	17.- La injusticia me desanima a actuar	9.- Para que voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal
12.- Para qué juego si nunca gano	18.- La convivencia familiar me hace sentir aburrido	10.- Para qué tratar de volverte bueno si pienso que todos los demás no lo hacen
13.- Para qué estudiar si al terminar no hay trabajo suficiente para los profesionistas	19.- Abandono las actividades que siento que me provocarán frustración	14.- He pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello
20.- Para qué hago lo que me dicen si no voy a ganar nada con ello	22.- Mejor no tengo amigos, son potenciales enemigos.	16.- Considero que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la práctico tanto
21.- Para que hago algo por los demás, si luego ni lo agradecen	24.- Cuando siento que algo no va a salir bien, he preferido no hacerlo	23.- Mejor no hago de más, pues pienso que siempre se corre el riesgo de que traten de abusar de uno
25.- Prefiero no comprar boletos de una rifa pues sé que no voy a ganarme nada	28.- Prefiero no preocuparme por otros, pues los otros no se preocupan por mi	26.- Para qué le pido permiso si sé que no me va a dejar
27.- Mejor no lo hago, porque si lo hago, qué tal que me regañan	29.- Para qué denuncio, si no confío que harán algo para ayudar a solucionar el problema	36.- Cuando considero que mis ideas, creencias u opiniones no van a ser tomadas en cuenta, mejor no participo
30.- Y para qué hago, si de todas formas va a pasar lo que tenga que pasar.	31.- Si siento que no voy a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hago lo que me piden	42.- He preferido dejar de hacer algo, porque pienso que no se me valora justamente
34.- Cuando me enfermo prefiero no hacer nada para no empeorar	32.- Si siento impotencia de hacer algo, mejor no lo hago	45.- Para que le pido ayuda si sé que no me la va a dar
37.- La inseguridad me produce apatía por participar	33.- Cuando siento que puedo fracasar en algo, mejor no participo	46.- Para qué le pido que cambie si sé que no lo va a hacer
40.- Prefiero estar solo que con quienes no se interesan por mí. Por eso me aísla un poco	35.- El sentirme sin esperanzas me desmotiva	47.- Para qué voy al médico si ya sé lo que me va a decir y que no me va a ayudar en nada
43.- He preferido quedarme callado(a) para evitarme problemas	38.- Cuando me siento desprotegido (a) prefiero no comprometerme a nada	48.- No pienso en ideales pues considero que nunca los voy a alcanzar
44.- Para qué le reclamo si no voy a conseguir nada	39.- Si siento que me va a faltar apoyo, prefiero no ir, o hacer nada	49.- Prefiero no hacer nada para cambiar las cosas, pues considero que la vida es como es y no como nos gustaría que fuera
51.- Para qué asisto si no me voy a divertir	41.- Prefiero no ir a donde no me agrada estar	50.- He preferido no insistir en algo que creo que no voy a conseguir

Anexo 4. Escala para Evaluar Apatía (EEVA)



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



SEXO: HOMBRE EDAD: _____ AÑOS ESCOLARIDAD: _____ SEMESTRE: _____
 MUJER CARRERA: _____ ESTADO CIVIL: _____

“EEVA”

INSTRUCCIONES: A continuación se te presentan una serie de frases, a las cuáles te pedimos que indiques qué tan frecuentemente te has descubierto teniendo pensamientos, sentimientos o comportamientos como los que se te plantean.

Para contestar marca una cruz (X) dentro del cuadro correspondiente a alguno de los cuatro intervalos de respuesta, que van de:

1	NUNCA	2	CASI NUNCA	3	CASI SIEMPRE	4	SIEMPRE
---	-------	---	------------	---	--------------	---	---------

Te recordamos que las respuestas serán totalmente anónimas, y que lo que se obtenga se usará exclusivamente con fines de investigación. De antemano te agradecemos tu colaboración.

REACTIVOS	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.- Prefiero trabajar solo que en equipo, pues logro mejores cosas				
2.- Considero que para qué voto si no va a haber ningún cambio				
3.- Prefiero no dar mi opinión si creo que no la tomarán en cuenta				
4.- Trato de no hacer de más porque no valoran mi esfuerzo				
5.- No opino mucho en mi casa porque les puedo hacer enojar con mi opinión				
6.- Para qué les cuento mis cosas si siento que no me van a comprender				
7.- Para qué le hablo o le explico si siento que no me pone atención				
8.- Para que pido por los demás si pienso que las cosas no cambian				
9.- Para que voy a la Iglesia, si creo que el mundo sigue igual de mal				
10.- Para qué tratar de volverte bueno si pienso que todos los demás no lo hacen				
11.- Para qué lo regaño si no me va a hacer caso, ni va a cambiar				
12.- Para qué juego si nunca gano				
13.- Para qué estudiar si al terminar no hay trabajo suficiente para los profesionistas				
14.- He pensado que estudiar no trae los beneficios que se esperan de ello				
15.- He ido a la escuela para evitar sentir regaños de mis papás				
16.- Considero que la actividad física no trae los beneficios esperados, por eso no la práctico tanto				
17.- La injusticia me desanima a actuar				
18.- La convivencia familiar me hace sentir aburrido				
19.- Abandono las actividades que siento que me provocarán frustración				
20.- Para qué hago lo que me dicen si no voy a ganar nada con ello				
21.- Para que hago algo por los demás, si luego ni lo agradecen				
22.- Mejor no tengo amigos, son potenciales enemigos.				
23.- Mejor no hago de más, pues pienso que siempre se corre el riesgo de que traten de abusar de uno				
24.- Cuando siento que algo no va a salir bien, he preferido no hacerlo				
25.- Prefiero no comprar boletos de una rifa pues sé que no voy a ganarme nada				
26.- Para qué le pido permiso si sé que no me va a dejar				

27.- Mejor no lo hago, porque si lo hago, qué tal que me regañan				
28.- Prefiero no preocuparme por otros, pues los otros no se preocupan por mí				
29.- Para qué denunció, si no confío que harán algo para ayudar a solucionar el problema				
30.- Y para qué hago, si de todas formas va a pasar lo que tenga que pasar.				
31.- Si siento que no voy a tener la libertad de hacer, pensar, ser, etc., mejor no hago lo que me piden				
32.- Si siento impotencia de hacer algo, mejor no lo hago				
33.- Cuando siento que puedo fracasar en algo, mejor no participo				
34.- Cuando me enfermo prefiero no hacer nada para no empeorar				
35.- El sentirme sin esperanzas me desmotiva				
36.- Cuando considero que mis ideas, creencias u opiniones no van a ser tomadas en cuenta, mejor no participo				
37.- La inseguridad me produce apatía por participar				
38.- Cuando me siento desprotegido prefiero no comprometerme a nada				
39.- Si siento que me va a faltar apoyo, prefiero no ir, o hacer nada				
40.- Prefiero estar solo que con quienes no se interesan por mí. Por eso me aísló un poco				
41.- Prefiero no ir a donde no me agrada estar				
42.- He preferido dejar de hacer algo, porque pienso que no se me valora justamente				
43.- He preferido quedarme callado(a) para evitarme problemas				
44.- Para qué le reclamo si no voy a conseguir nada				
45.- Para que le pido ayuda si sé que no me la va a dar				
46.- Para qué le pido que cambie si sé que no lo va a hacer				
47.- Para qué voy al médico si ya sé lo que me va a decir y que no me va a ayudar en nada				
48.- No pienso en ideales pues considero que nunca los voy a alcanzar				
49.- Prefiero no hacer nada para cambiar las cosas, pues considero que la vida es como es y no como nos gustaría que fuera				
50.- He preferido no insistir en algo que creo que no voy a conseguir				
51.- Para qué asisto si no me voy a divertir				

Anexo 5. Escala de pesimismo

ESCALA DE PESIMISMO

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de enunciados que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar en la vida. Para contestar marque una cruz (X) dentro del cuadro correspondiente a alguno de los cinco intervalos de respuesta, que van desde:

1	SIEMPRE	2	MUCHAS VECES	3	ALGUNAS VECES	4	POCAS VECES	5	NUNCA
---	---------	---	-----------------	---	------------------	---	-------------	---	-------

El objetivo del presente cuestionario es con fines de investigación, por favor no deje ningún reactivo sin contestar.
POR SU COLABORACIÓN GRACIAS.

	SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1. Rara vez cuento con cosas buenas que me pasen					
2. Me desanimo fácilmente					
3. Usualmente encuentro el lado negativo de lo que acontece a mi alrededor					
4. Sufro experiencias negativas					
5. Me entristezco fácilmente					
6. La vida es solo sufrimiento					
7. Creo que mis problemas no se resolverán					
8. Pienso que los problemas son resultado de mis defectos y fracasos personales					
9. Los defectos personales son imposibles de cambiar					
10. Cuando algo sale mal, solo yo tengo la culpa					
11. No me gusta nada de lo que me pasa cada día					
12. Cada día es peor					
13. Tiendo a quejarme de lo que me sucede					
14. El fracaso convierte a las personas en pesimistas					
15. Me considero una persona deficiente					
16. Cuando las cosas no salen como deseo, me desanimo fácilmente					
17. Creo que las otras personas me rechazan					
18. Después de un fracaso, lo mejor es encerrarse en sí mismo, que hablar con otros al respecto					
19. Me es difícil aceptar cuando hago algo realmente bueno					
20. Creo que soy un fracaso					
21. Creo que nadie se fija en mí					
22. Pienso que no voy a encontrar a la persona que me quiera y acepte como soy					
23. Pienso que solo a mí me pasan cosas malas					
24. Me doy por vencido fácilmente ante cualquier problema					
25. Cuando estoy por iniciar un nuevo proyecto, pienso que me saldrá mal					
26. La mayor parte del tiempo estoy inconforme con lo que me pasa					
27. Estoy convencido de que aunque ponga mi mayor empeño, no conseguiré mis metas					
28. No me gusta mi manera de ser					
29. Me cuesta trabajo adaptarme a los cambios					
30. Me siento intranquilo cuando las cosas no están bajo mi control					
31. Me gusta estar solo la mayor parte del tiempo					
32. Usualmente dejo a la mitad cualquier cosa que haga porque no creo que logre completarla exitosamente					
33. Cuando las cosas están saliendo bien, me pasa algo que lo hecha todo a perder					
34. Creo que todo lo malo que me pasa es culpa de los demás y no mía					
35. Me resisto a cambiar mi forma de hacer las cosas porque no creo que me de mejores resultados					

Anexo 6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 7. Escala para medir Depresión (EPMD)

¿Cuántos días durante la última semana, ha presentado los siguientes indicadores?				
INDICADOR	5-7 días	3-4 días	1-2 días	0 Ningún día
Desganada (o)	0	0	0	0
Desanimado (a)	0	0	0	0
Amargado (a)	0	0	0	0
Me quisiera morir	0	0	0	0
Desesperada (o)	0	0	0	0
Miedo	0	0	0	0
Creo que sería mejor estar muerto	0	0	0	0
Temeroso (a)	0	0	0	0
Decepcionada (o)	0	0	0	0
Traicioné la confianza de los demás	0	0	0	0
Tiene la boca reseca	0	0	0	0
Taquicardia	0	0	0	0
Creo que soy un fracasado	0	0	0	0
Visión borrosa	0	0	0	0
Culpable	0	0	0	0
Nauseas	0	0	0	0
Morir es lo mejor que me puede pasar	0	0	0	0
Impotente	0	0	0	0
Sensación de ahogo	0	0	0	0
Frustrada (o)	0	0	0	0
Todo lo que pasa es mi culpa	0	0	0	0
Inseguro (a)	0	0	0	0
Creo que estoy desadaptado	0	0	0	0
Decaído (a)	0	0	0	0
Me parece que soy un inútil	0	0	0	0
Dolor de pecho	0	0	0	0
Despierta en varias ocasiones durante la noche	0	0	0	0
Cuerpo entumecido	0	0	0	0
Pensé quitarme la vida	0	0	0	0
Creo que nada me importa	0	0	0	0
Odio	0	0	0	0
Tranquila (o)	0	0	0	0
Celoso (a)	0	0	0	0
Solo (a)	0	0	0	0
Despreciada (o)	0	0	0	0
Soy indiferente con los demás	0	0	0	0
Busco estar sola (o)	0	0	0	0
Nostalgia	0	0	0	0
Desamparado (a)	0	0	0	0

¿Cuántos días durante la última semana, ha presentado los siguientes indicadores?				
INDICADOR	5-7 días	3-4 días	1-2 días	0 Ningún día
Evado a la gente	0	0	0	0
Me aíso	0	0	0	0
Estreñimiento	0	0	0	0
Despierto antes de lo que acostumbraba, no puedo dormir	0	0	0	0
Desolada (o)	0	0	0	0
Desmotivado (a)	0	0	0	0
Insatisfecha (o)	0	0	0	0
Inútil	0	0	0	0
Rencor	0	0	0	0
Desilusionado	0	0	0	0
Soy distante con la gente	0	0	0	0
Triste	0	0	0	0
Sensación de desmayo	0	0	0	0
Coraje	0	0	0	0
Enojada (o)	0	0	0	0
Sofocos o escalofríos	0	0	0	0
Dolor de cabeza	0	0	0	0
Dolor de cuerpo	0	0	0	0
Se cansa fácilmente	0	0	0	0
La vida no tiene caso	0	0	0	0
He pensado en suicidarme	0	0	0	0
Cansancio muscular	0	0	0	0
Zumbido de oídos	0	0	0	0
Considero que soy un estorbo	0	0	0	0
Afligida (o)	0	0	0	0
Creo que las cosas suceden por culpa mía	0	0	0	0
Anda somnoliento	0	0	0	0
Me encierro	0	0	0	0
Impaciente	0	0	0	0
Angustiado	0	0	0	0
Al irse a dormir, le cuesta trabajo conciliar el sueño	0	0	0	0
Evito hablar con la gente	0	0	0	0
El trabajo no me interesa	0	0	0	0
Creo que no valgo nada	0	0	0	0
Presión en el pecho	0	0	0	0

Anexo 8. Cuestionario de Paz o Equilibrio en La Vida (CPEV)

Cuestionario de Paz o Equilibrio en La Vida (CPEV)

A continuación se le presentan una serie de características que tienen que ver con los niveles de paz o equilibrio en que viven las personas. Lo que Usted tiene que hacer es evaluar su propia vida respecto a qué tanto tiene Usted de cada uno de las siguientes características marcado con una X en una escala de 1 a 5. Donde 1 “nada” 2 “poco” 3 “regular” 4 “mucho” 5 “totalmente”.

¿Qué tanto de las siguientes características considera Usted que tiene como parte de su vida?

	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Mucho	5 Totalmente
1. Autoestima alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Equilibrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quererse a sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tener satisfacción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Responsable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Respeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Honestidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sincero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Amigable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sonreír	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Amistad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Comprensivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tolerancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Armonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Serenidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Creativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Emprendedor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Valiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Independiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 9. Regresiones lineales de las variables de estudio.

Finalmente, para aportar evidencia empírica al modelo teórico propuesto, se realizaron análisis de regresión lineal entre las variables, en las que se encontró que las variables presentan porcentajes de predicción acordes con lo esperado y de acuerdo con los criterios de Hair, Black, Babin, & Anderson,⁸¹ resultan favorables.

Respecto al pesimismo y la apatía, se realizó una regresión lineal simple, en la que se encontró que la variable pesimismo predice en un 43.5% a la variable apatía (ver tabla 24).

Tabla 24. Regresión lineal simple entre pesimismo y apatía.

Variable independiente: pesimismo.

Variable dependiente: apatía.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.659	.435	16.624	.684	.659	459.894	21.445	.000

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de regresión lineal simple, la variable apatía puede predecir en un 15.6% a la variable ansiedad (ver tabla 25).

Tabla 25. Regresión lineal simple entre apatía y ansiedad.

Variable independiente: apatía.

Variable dependiente: ansiedad.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.395	.156	10.692	.216	.395	110.600	10.517	.000

Con el objetivo de aportar evidencia predictiva de la ansiedad y la depresión, se realizó una regresión lineal simple, en la que se encontró que la variable ansiedad puede predecir en un 28.9% a la variable depresión (ver tabla 26).

Tabla 26. Regresión lineal simple entre ansiedad y depresión.

Variable independiente: ansiedad.

Variable dependiente: depresión.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.538	.289	25.146	.1.378	.538	243.289	15.598	.000

Por último, para aportar evidencia predictiva de la apatía y la depresión, se realizó una regresión lineal simple, en la que se encontró que la variable apatía puede predecir en un 28.3% a la variable depresión (ver tabla 27).

Tabla 27. Regresión lineal simple entre apatía y depresión.

Variable independiente: apatía.

Variable dependiente: depresión.

	R	R ²	Error de estimación	β	β tipificada	F	t	p
Modelo 1	.532	.283	25.253	.745	.532	236.129	15.366	.000

Los resultados anteriores permiten observar relaciones y predicciones entre las variables del estudio acordes con la propuesta teórica.