

ISSN: 2007-9222

NÚMERO ESPECIAL  
MEMORIA IN EXTENSO



---

# MEMORIAS

DEL XXVI CONGRESO  
MEXICANO DE PSICOLOGÍA

---

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA  
CIENTÍFICA AL PROCESO DE  
RECONSTRUCCIÓN SOCIAL. NUEVOS  
RETOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE  
REDES ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

OCTUBRE 2018

Publicada por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. y por el  
Colegio de Psicólogos del Estado de Chihuahua, A.C.



**MEMORIAS DEL XXVI CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA  
OCTUBRE 2018**

**EDITOR INVITADO**

Dr. Alberto Castro Valles

**REVISORES INVITADOS**

Esparza del Villar Oscar Armando	González Zepeda Adriana Patricia
Carrillo Saucedo Irene Concepción	Gutiérrez Lara Mariana
Castro Valles Alberto	López Parra María Sughey
Vidaña Gaytán María Elena	Lozano Gutiérrez Azucena
González Valles María Nieves	Mendez Chavero Elizabeth
Olivas Ávila José Alonso	Meza Cano José Manuel
Montañez Alvarado Priscila	Morales Garduño Cecilia
Austria Corrales Fernando	Morales Rodríguez Marisol
Limeta Meléndez Jesús	Orduña Trujillo Oscar Vladimir
Bañuelos Márquez Ana María	Oropeza Tena Roberto
Bermúdez Ornelas Graciela	Ortiz Moncada Gerardo
Bonaparte Madrigal Marco Antonio	Pérez Aranda Gabriela Isabel
Butto Zarzar Cristianne María	Pineda García Gisela
Cheng Chao González María Patricia	Plascencia González Martín
Contreras Ramírez María del Socorro	Ramírez Hernández Laura Inés
Coreno Rodríguez Víctor Manuel	Ramiro Sánchez María Teresa
Cuevas Abad Martha	Rivera Aragón Sofía
Del Pozo Mejía Manuel Bernardino	Sánchez Carrasco Livia
Del Río Portilla Irma Yolanda	Sánchez Contreras Guillermo
Díaz Meza José Luis	Sánchez Ruiz José Gabriel
Durán Hernández Pilar	Sanz Martín Araceli
Escobar Hernández Rogelio	Sapién López Salvador
Estrada Carmona Sinuhé	Tec Peniche Manuel Jesús
Flores Galaz Mirta	Torres Chávez Alvaro Florencio
Frías Armenta Martha	Trejo Morales Martha Patricia
Fulgencio Juárez Mónica	Vargas Nuñez Blanca Inés
Gallardo Pineda Sarahi Rebeca	Velázquez Jurado Héctor Rafael
García Méndez Mirna	Villeda Villafaña Gabriel Martín
García Reyes Liliana	Zacatelco Ramírez Fabiola
García Vigil María Hortensia	Rojas Russell Mario Enrique
García Villanueva Jorge	Pacheco Chávez Virginia
Gómez Hernández Hugo Leonardo	Sánchez Castillo Hugo
González Celis-Rangel Ana Luisa	Carlos Sierra Juan
González Fuentes Marcela Beatriz	Vega Pérez Lizbeth
González Lomelí Daniel	

Responsabilidades: El contenido de los materiales publicados representa las opiniones personales de sus autores y no constituye la opinión oficial de la Sociedad Mexicana de Psicología que aparecerá en la sección editorial o explícitamente indicada. La redacción, la ortografía y el apego al formato de la APA en los resúmenes es responsabilidad de cada uno de los autores.

Formación  
Psic. Marco Antonio Pérez Casimiro

# MEMORIA

in extenso

## DEL XXVI CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA AL PROCESO DE  
RECONSTRUCCIÓN SOCIAL. NUEVOS RETOS PARA LA CONSOLIDACIÓN  
DE REDES ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

---

Instituto de Ciencias Sociales y Administrativas de la Universidad Autónoma de  
Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chihuahua. 3, 4 y 5 de octubre de 2018



# XXVI CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGÍA

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA CIENTÍFICA AL PROCESO DE  
RECONSTRUCCIÓN SOCIAL. NUEVOS RETOS PARA LA CONSOLIDACIÓN  
DE REDES ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

---

Instituto de Ciencias Sociales y Administrativas de la Universidad Autónoma de  
Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chihuahua. 3, 4 y 5 de octubre de 2018

Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C. y  
el Colegio de Psicólogos del Estado de Chihuahua, A.C

## Comité Organizador

*Presidente del Comité Organizador*  
Dr. Alejandro Zalce-Aceves

*Rector, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua*  
Lic. Ricardo Duarte Jáquez

*Director del ICSA, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua*  
M en C Juan Ignacio Camargo Nassar

*Presidente, Colegio de Psicólogos del Estado de Chihuahua*  
Lic. Ricardo Carrillo Franco

*Responsable de la sección Juárez, Colegio de Psicólogos del Estado de Chihuahua*  
Lic. José Refugio Salazar Montes

*Presidente del Programa Científico*  
Dr. Alberto Castro Valles

*Coordinadora del Programa Científico*  
Dra. Irma Yolanda del Río Portilla

*Coordinadora del Comité Organizador*  
Mtra. Aida Frola Angulo

*Coordinación de Carteles y Foros*  
Dra. Elizabeth Aveleira Ojeda

*Coordinación Invitados Especiales y Foros*  
M.T.F. María de la Soledad Escamilla Cejudo

*Responsable de Talleres*  
Lic. Cristina Robles Quevedo

*Tesorera*  
Dra. Corina Benjet

*Logística del XXVI CMP*  
Lic. Pedro Méndez Chavero

*Responsable de Comunicación*  
Psic. Marco Antonio Pérez Casimiro

*Apoyo Logístico del Programa Científico*  
Lic. Alfredo Ignacio Cisneros Romero  
Lic. José Miguel Fong Castellanos  
Lic. Jessica Janeth Patiño Leyva  
Lic. Cristina Robles Quevedo  
Lic. Esteban René Sosa Juárez

# ÍNDICE

**Conferencias Plenarias**

1

**Conferencias Magistrales**

13

**Presentaciones Simposio**

35

**Presentaciones Orales**

91

**Presentaciones Cartel**

381

sociedades con alto índice de violencia como parte de la vida cotidiana.

Bajo lo observado del Síndrome Genovese, Darley y Latané (1970) formularon el concepto de "difusión de la responsabilidad", que reza lo siguiente: "La creencia de que varias personas concurren en una situación hace que el individuo reduzca su responsabilidad bajo la suposición que otro u otros también pueden responder a una demanda de ayuda", ya que, como ocurre en ésta ciudad, algo que sobre salió de éste caso es la omisión de auxilio a una víctima. Lo mismo se aplica no solo a la actitud positiva de animarse a auxiliar, también afecta a la capacidad de sorpresa ante un momento de crisis.

Es por eso que se debe prever explorar sobre este tema, porque no bastará que la ola de violencia termine, la apatía quedará por generaciones, por lo que, el Estado debe preparar, no solo reformas a las leyes, sino también un modo de hacer que la sociedad se concientice acerca de un valor tan básico para vivir en sociedad como lo es la empatía para que las personas vuelvan a sentir ese "temor" de cualquier índole (legal, social, religioso, etc.) a realizar conductas inaceptables o penadas por la ley (porque incluso la omisión puede ser considerada delito, según lo previsto en nuestro Código Penal), esto aunado a que es necesario un estudio dirigido a la época actual y en particular a ésta ciudad en cuanto a la afectación que ha sufrido la sociedad ante los hechos de los que ha sido víctima.

#### Bibliografía:

Breithaupt, Fritz. (2011). Culturas de la empatía. España: Katz Editores.

Doménech, M. e Iñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. Athenea Digital, 2.

Keyeux, G. (2006). Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Latané, B. y Darley, D. (1970). The unresponsive bystander: why doesn't he help?. Estados Unidos. Prentice Hall.

Lipman, M. (1996). Investigación Ética: Manual Del Profesor Para Acompañar a Lisa. España: Ediciones de la Torre.

Slater, L. (2004). Opening Skinner's Box. Londres: Bloomsbury Publishing.

Warren, H. (2002). Diccionario de Psicología. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Fischer, P., Greitemeyer, T., Pollozek, F., & Frey, D. (2006). The unresponsive bystander: Are bystanders more responsive in dangerous emergencies?. *European journal of social psychology*, 36(2), 267-278.

[www.iniciativamerida.gob.mx/](http://www.iniciativamerida.gob.mx/)

[www.juarez.gob.mx](http://www.juarez.gob.mx)

Echeburúa, Enrique; Muñoz, José Manuel; Loinaz, Ismael. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Sin mes, 141-159.

## **El impacto del dolor crónico desde la perspectiva de la psicología contemporánea**

Dra. Leticia Ríos Velasco Moreno

La propia cronificación del dolor es considerada una enfermedad en si misma (Bonica 1976)

### INTRODUCCION

Los avances en el estudio del dolor nos han permitido dimensionar el problema a nivel biopsicosocial, nos han ayudado a buscar el significado que tiene el dolor para la persona que lo padece, que no es solo una reacción física a determinados estímulos, sino una respuesta perceptiva que depende de nuestras emociones, pensamientos y conductas. Entender que el dolor es una experiencia individual, subjetiva influida por diferentes factores.

El dolor es una señal de alarma en el organismo, es útil, necesario, nos previene del peligro, su valor de sobrevivencia es incuestionable, es un fenómeno complejo donde interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, cuando el dolor se prolonga más allá de la lesión que lo origino y se vuelve crónico deja de cumplir su función útil y se torna un problema de salud. Al volverse crónico impacta en los diferentes aspectos de la vida de las personas, tales como el entorno físico, laboral, familiar y psicológico.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 1979) el dolor se define como: "Una desagradable experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño".

El dolor se puede clasificar por su duración en agudo y crónico. El dolor agudo es de aparición reciente, espontáneo y limitado en el tiempo con intensidad mayor en el momento en que se presenta una lesión, se pueden conocer sus causas y el origen de la dolencia y buscar una solución al problema, tiene un importante valor biológico y vital para la supervivencia, la sensación molesta desaparece cuando el daño o la lesión que lo provoco se ha solucionado. El problema es cuando este tipo de dolor va más allá de la lesión que lo origino y permanece en el organismo por un largo periodo, pese a que ha desaparecido o no la causa original. Algunos autores consideran que el Dolor Crónico (DC) es aquel que perdura por más de tres meses. Suelen distinguirse dos tipos de DC: el benigno que no está relacionado con cáncer y el maligno; que se trata de un dolor progresivo secundario asociado a procesos neoplásicos. Existe el dolor

de tipo periódico de naturaleza intermitente, irruptivo, episódico que aparece y desaparece y el crónico continuo, que está siempre presente, aunque puede variar en intensidad y adversidad. El proceso de cronicidad altera al paciente de manera psicofisiológica apareciendo importantes cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a perpetuar los síndromes de DC.

Con respecto a la prevalencia, el DC es un trastorno que padecen millones de personas en todo el mundo. En Europa, los datos indican que el DC de intensidad moderada a severa afecta al 19% de la población adulta. En países latinoamericanos se trata también de un problema frecuente e importante, su incidencia en la población mexicana es de aproximadamente un 26%. Esto repercute de manera muy importante en relaciones laborales y personales, con un marcado deterioro en la calidad de vida, se estima que el 80% de la población mundial con este padecimiento tiene un acceso insuficiente o nulo al tratamiento del dolor. Diferentes investigaciones han mostrado que las mujeres presentan dolor con mayor frecuencia que los hombres.

Existen corrientes psicológicas que dan sustento al estudio del DC, desde las psicodinámicas del dolor hasta las aportaciones del conductismo (reacción a un daño tisular). El desarrollo del cognitivismo resalta la importancia del significado y la experiencia del dolor, reconociendo la importancia de la motivación y el pensamiento con respecto a la reacción ante el dolor, tomado en cuenta las variables que intervienen tales como las creencias, expectativas, autocontrol, atención, afrontamiento, resolución de problemas, imaginación.

Una de las primeras teorías formuladas para entender el dolor es la representada por el modelo de la puerta de paso, la cual pone de manifiesto la importancia que tanto el sistema nervioso periférico como el sistema nervioso central tienen en la percepción del dolor, esta teoría sugiere que la experiencia de dolor es el resultado de la interacción de factores cognitivos y motivacionales con los procesos fisiológicos.

El modelo de la neuromatriz surge a partir de la teoría de la puerta de paso, postulando que el dolor es una experiencia multidimensional producida por patrones característicos de activación de impulsos nerviosos generados por una red neuronal muy extensa y ampliamente distribuida en el cerebro; la neuromatriz de la conciencia corporal.

El modelo operante del dolor considera que el DC produciría un estado depresivo como consecuencia de la reducción en las capacidades personales. Esta teoría distingue la experiencia privada, o sea la percepción del dolor, y las conductas que emite el sujeto en respuesta a los acontecimientos, estas respuestas suelen ser modificadas, moduladas, extinguidas o reforzadas por las contingencias ambientales. Esta teoría permite explicar los efectos de los factores ambientales en el dolor y justificar el sufrimiento, aún en ausencia de factores físicos. El interés radica en las manifestaciones externas de la experiencia subjetiva interna del dolor, el papel que ejercen las conductas de dolor como vínculo de comunicación y en las respuestas que estas comunicaciones generan en los demás.

La perspectiva biopsicosocial es considerada actualmente, como la más relevante y con mayor valor heurístico para entender y tratar los desórdenes crónicos del dolor. Cada individuo experimenta el dolor de una manera única y los factores psicológicos, socioeconómicos y culturales pueden interactuar con la patología física para modular los síntomas que manifiesta el paciente y su consecuente incapacidad.

El modelo miedo-evitación del dolor surge a partir de la perspectiva biopsicosocial. Postula dos respuestas opuestas ante el miedo en el contexto del DC; evitación y afrontamiento, en este sentido, el sujeto trata de evitar el dolor si lo interpreta como una grave amenaza para su integridad física, intentara no moverse y reducir la actividad hasta que ceda la molestia. El miedo a moverse se identifica con la emoción que hace que se incremente el dolor percibido, lo que fomenta un tipo de afrontamiento pasivo, que lo hacen vulnerable al desuso, la discapacidad y la depresión. Por otro lado el catastrofismo, que es el componente cognitivo de este modelo, es la variable psicosocial que con mayor frecuencia ha mostrado aumentar la conducta de dolor y ser determinantes en la discapacidad funcional y de empeorar el dolor en el curso de su padecimiento. Entonces, podríamos afirmar que se trata de una teoría circular: en presencia de dolor, evito el movimiento por miedo a que duela, al no haber movimiento viene la disfuncionalidad y aumenta el dolor. Las personas que dejan de funcionar con normalidad debido al dolor, corren el riesgo de padecer depresión y discapacidad secundaria a la pérdida de funcionalidad y obtienen peores resultados en su tratamiento, lo que apunta a una influencia recíproca entre las diferentes variables psicológicas y la discapacidad.

El modelo cognitivo-conductual del dolor adapta conceptos de los modelos cognitivos de los trastornos de ansiedad, la incapacidad reside en la interpretación y evaluación que los pacientes hacen de su dolor, en su significado. Las cogniciones y creencias sobre el dolor serían el resultado de las historias de aprendizaje y antecedentes culturales, determinando el significado que la persona le otorga a su dolor.

El modelo más contemporáneo a analizar es la perspectiva motivacional de afrontamiento al dolor, la cual surge de una reformulación de la teoría miedo-evitación. Esta nueva perspectiva postula que el miedo al dolor va en relación con el grado en que éste interfiere directa o indirectamente con metas personales que el paciente considera valiosas, si sus metas son muy importantes el paciente será menos sensible al dolor, lo cual podría explicar las conductas de resistencia donde se ignora el dolor. Esta perspectiva se basa en el concepto de autorregulación en el ajuste de respuestas cognitivas, afectivas y comportamentales de cara a la consecución de actividades valiosas para sí mismo y sus metas vitales.

Desde el punto de vista de la aproximación biopsicosocial es necesario evaluar de forma global todas las variables



implicadas en el experiencia del DC, valorar las características descriptivas del dolor tales como intensidad, localización, frecuencia, duración, persistencia, diagnóstico, efectos de tratamiento, etcétera, así también, valorar los diferentes componentes de la experiencia del dolor como las respuestas cognitivas, el estado emocional, la discapacidad funcional, el impacto de la vida cotidiana, las respuestas del ambiente social y familiar, creencias, atribuciones, niveles de actividad del sujeto, recursos y estrategias de afrontamiento que maneja para resolver el problema, factores sociodemográficos; tales como la edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo. Por otro lado, medir también las variables fisiológicas como la variabilidad en la frecuencia cardiaca, temperatura, presión arterial, niveles de inflamación en el organismo, etcétera.

A manera de conclusión podríamos afirmar, basándonos en una revisión exhaustiva de la literatura al respecto, que el dolor, específicamente el DC, se manifiesta de manera compleja y caótica en cada ser humano, su sensación es subjetiva y percibida de manera individual, y que es contundente el hecho de que las variables psicológicas influyen sobre el DC. Las consecuencias que se derivan del dolor, los costos emocionales e interpersonales que genera en los individuos que lo padecen, que afecta las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, así como otras cuestiones personales justifican sobradamente el protagonismo que esta patología ha adquirido para la disciplina psicológica y como tema de investigación desde los diferentes ámbitos de la salud.

### **Evaluando el ciclo de la pareja**

Sofía Rivera Aragon, *Universidad Nacional Autónoma De México*

Las interacciones de pareja incluyen la resolución o no de las necesidades diarias, las conversaciones cotidianas y las discusiones que generan y resuelven problemas (Buss, 1989 en Notarius et al., 1997).

Para Díaz Loving y Andrade (1996) la interacción de pareja provoca en las personas involucradas ciertos efectos, reacciones y percepciones, que pueden considerarse como positivas o negativas. Estos autores consideran que los miembros de la pareja poseen diferentes rasgos de personalidad, intereses, opiniones y actitudes, lo que genera estilos de comunicación e interacción particulares que redundan en los niveles de satisfacción percibidos, que a su vez ejerce un impacto en la dinámica de la interacción de la díada. Entre los sentimientos que alguien es capaz de evocar en su pareja y que influyen en la interacción que se establece, pueden encontrarse la atracción, la cercanía, el afecto, el amor y los celos.

La búsqueda de pareja tiene que ver con varias situaciones, una implica, perpetuar la especie, otra la compañía, una más el afecto, asimismo el cuidado, la estabilidad, el apoyo, etc. Por ende, la mayoría de las personas busca en quien confiar, depositar el afecto, sentirse protegido y querido, etc. De ahí que, en la búsqueda, cada persona pase por diferentes etapas, no necesariamente secuenciadas, pero necesarias para el emparejamiento. A partir de esto, las parejas pasan por la elección o primeros encuentros, la permanencia, mantenimiento, o estabilidad y algunas por la disolución, separación y rompimiento.

La elección de pareja puede ser descrita como un proceso complejo en el que se consideran factores biológicos, personales, psicológicos, sociales y emocionales (Rice, 1997), e implica seleccionar o preferir a una persona entre varias (REA, 2001), con un fin de unión (Escordo, 1974) e interacción (Fernández, 1993), el cual puede ser a corto o largo plazo, un encuentro casual, noviazgo, matrimonio, etc. (Sánchez, 1995) y que tiene impacto favorable o desfavorable en la permanencia que puede llegar a tener la pareja (Valdez, 2007).

En el plano de la estructuración de la pareja, Lemaire (1986) considera "pareja" a cierta asociación de dos personas, aun cuando no tienen posibilidad recreativa, ni de cohabitación habitual, ni siquiera de relaciones sexuales pero que están ligadas por lazos afectivos densos organizados en función de cierta duración, amistad, pasión e intimidad.

De acuerdo con Murstein, (1976, Díaz-Loving et al., 1999), la elección de pareja se basa en tres factores, la atracción entre los miembros, la comparación mutua de valores y el funcionamiento debido a los roles individuales compatibles. Generalmente, el proceso de conformación de una pareja inicia en el cortejo, pasa por el noviazgo y concluye en el matrimonio.

Vanegas (2000) describe a la pareja como aquella conformada por dos personas que tienen un continuo en las expresiones de sexo, amistad, pasión, e intimidad. Y se refiere a la dinámica de cómo se establecen el vínculo de: dependencia, roles, integración de las familias de origen, valores y vivencias sexuales.

La pareja, es un tipo de vínculo afectivo que se caracteriza por una serie de elementos cognitivos, conductuales y emocionales compartidos por dos personas que reconocen una relación entre sí. En ellas, se suscitan experiencias afectivas que están influenciadas por la cultura, sociedad y las diferencias individuales (Dion & Dion, 1993; Neto, 2007; Rodríguez, 2006).

En cuanto al mantenimiento, Barrón (1993) menciona que la unión de pareja y su sostenimiento radicará en que se conserven los niveles de atracción física, intelectual y afectivos, a la vez que cada uno tenga la capacidad de captar las necesidades y motivaciones del otro ejerciendo la comunicación y empatía adecuadas, así mismo deberá cada uno mantener su propia identidad y respeto hacia el otro.